

SOCSAM
– försök med politisk och
finansiell samordning
En slutrapport

I serien Finansiell samordning publicerar Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen gemensamma produkter. De första rapporterna i serien behandlar utvärderingen av lokala försöksverksamheter med finansiell samordning – FINSAM och SOCSAM. Tidigare har rapporter kring dessa försöksverksamheter publicerats i RFVs serie REDOVISAR.

Upplysningar om skriften

Ed Palmer, RFV

Peter Wollberg, RFV

Joakim Söderberg, RFV

Svante Johnsson, RFV

Tel 08-786 90 00

Bo Lindblom, SoS

Göran Jägerby, SoS

Telefon 08-555 530 00

Rekvisition:

Riksförsäkringsverket

Kundtjänst

Tfn 08-795 23 55

Socialstyrelsen

Kundtjänst

Tfn 08-795 23 30

E-post: order@special.lagerhus.se
eller på Internet www.rfv.se

E-post: sosorder@special.lagerhus.se
eller på Internet www.strd.se/webshop/socialstyrelsen

Förord

Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst – SOCSAM – har bedrivits i åtta försöksområden; Stenungsund, Grästorp, Hisingen i Göteborg, Finspång, Gotland, Laholm, Hyllie och Haninge. Försöksverksamheten, som pågår till och med utgången av 2002, utgår från regeringens proposition 1993/94:205 och regleras i lag 1994:566.

Syftet med SOCSAM är att genom samordning av resurser från socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst uppnå både välfärdsvinster för enskilda och samhällsekonomiska vinster.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har gemensamt regeringens uppdrag att administrera, följa upp och utvärdera försöksverksamheten. I denna slutrapport redovisas bedömningar och slutsatser av SOCSAM. Tidigare har fyra lägesrapporter publicerats. Denna slutrapport överlämnas till regeringen den 29 november 2001.

En för de båda myndigheterna gemensam arbetsgrupp har genomfört utvärderingen och skrivit slutrapporten. Gruppen har bestått av Joakim Söderberg och Svante Johnsson från Riksförsäkringsverket och Göran Jägerby och Jan Möller (t.o.m. juli 2001) från Socialstyrelsen. Peter Wollberg, Riksförsäkringsverket, har varit projektledare. Evert Vedung, professor i statsvetenskap vid Uppsala universitet, har bistått med synpunkter.

I april 2000 bildades en gemensam ledningsgrupp för SOCSAM- och FRISAM-utvärderingarna. Den har bestått av Bo Lindblom, ordförande (Socialstyrelsen), Edward Palmer (Riksförsäkringsverket), Marianne Lindman (Arbetsmarknadsstyrelsen), Bernt Nilsson (Arbetsmiljöverket), Margareta Liljeqvist (Landstingsförbundet) och Britta Rundström (Svenska Kommunförbundet).

Ett särskilt tack riktas till företrädare för försöksområdena för deras arbete med datainsamling och redovisning av viktig information till denna slutrapport.

Stockholm den 29 november 2001

RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET

SOCIALSTYRELSEN

Innehåll

Övergripande bedömningar och slutsatser	7
1 Inledning.....	18
1.1 SOCSAM:s intentioner.....	19
1.2 SOCSAM:s organisation.....	20
1.3 SOCSAM:s försöksområden	21
1.4 Uppföljning och utvärdering	21
1.5 Rapportens disposition	25
2 Förutsättningar, motiv och organisation.....	26
2.1 Demografiska och organisatoriska förutsättningar.....	26
2.2 Varför pröva SOCSAM?	31
2.3 Organisation.....	35
2.4 Summering och slutsatser	40
3 Den politiska samordningen	42
3.1 Intentionerna bakom den politiska samordningen.....	42
3.2 Tillämpningen av den politiska samordningen.....	43
3.3 Summering och slutsatser	49
4 Den finansiella samordningen	51
4.1 Intentionerna bakom den finansiella samordningen	51
4.2 Tillämpningen av den finansiella samordningen.....	55
4.3 Erfarenheter av den finansiella samordningen	59
4.4 Summering och slutsatser	61
5 Aktörers syn på SOCSAM.....	63
5.1 Genomförande	64
5.2 Politikernas och personalens attityder till SOCSAM.....	66
5.3 Erfarenheter från försök som har avbrutits	73
5.4 Summering och slutsatser	77

6	SOCSAM:s värde för individen	79
6.1	<i>Hur stor är SOCSAM-gruppen?</i>	79
6.2	<i>Aktiviteternas inriktning</i>	82
6.3	<i>Förändringar i upplevd hälsa.....</i>	88
6.4	<i>Vem är SOCSAM-individen?</i>	94
6.5	<i>Inga undanträngningseffekter.....</i>	99
6.6	<i>Summering och slutsatser</i>	100
7	Försöksområdenas ekonomiska utveckling.....	103
7.1	<i>SOCSAM:s påverkan på kostnadsutvecklingen</i>	104
7.2	<i>Det ekonomiska utvärderingsresultatet</i>	107
7.3	<i>Utfallet av det ekonomiskt utvärderingsresultat</i>	108
7.4	<i>Summering och slutsatser</i>	125
	Litteratur- och referensförteckning	129
Bilaga A	Försöksområdenas kostnadsutveckling	133
Bilaga B	Försöksområdenas kontrollområden.....	141
Bilaga C	Försöksområdenas kostnadsutveckling mot kontrollområde.....	147
Bilaga D	Projektledarna i försöksområdena	158

Övergripande bedömningar och slutsatser

- Genom SOCSAM har behov och problem som kräver tvärsektoriella lösningar tydliggjorts. För kommun, landsting och försäkringskassa har det genom SOCSAM bildats ett gemensamt forum för tvärsektoriella aktiviteter. I dessa aktiviteter har även länsarbetsnämnden, som inte får ingå i den formella samordningen enligt försökslagstiftningen, varit en viktig part.
- De medverkande parternas gemensamma ansvar har inneburit drivkrafter för samordnade insatser. Detta har givit en struktur och kontinuitet för de särskilda aktiviteter som har bedrivits inom ramen för SOCSAM.
- SOCSAM-lagstiftningen har tillämpats på olika sätt. SOCSAM:s politiska ledning har givits olika mandat och ansvar, vilket medfört variationer i den politiska och finansiella samordningens inriktning och omfattning.
- Det är tveksamt om SOCSAM har minskat de ingående verksamheternas samlade kostnader i någon större omfattning. Däremot har SOCSAM medfört övervägande positiva effekter med avseende på sjukpenning- och socialbidragskostnader samt utvecklingen av långa sjukfall.
- Om SOCSAM ska kunna tillämpas generellt är det nödvändigt med vissa förändringar i SOCSAM-lagstiftningen.

Sedan 1994 har lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM) prövats i åtta av landets 289 kommuner. Försöksområdena har varit Stenungsund (medverkat sedan 1994), Grästorp, Hisingen, Finspång och Gotland (medverkat sedan 1997), Hyllie, Laholm och Haninge (medverkat sedan 1998). Försöksverksamheten, som regleras i proposition 1993/94:205 och lag 1994:566, gäller till och med 2002. Hyllie och Gotland avbröt sina försök

den 31 december 1998 respektive den 31 december 2000. Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utvärdera försöksverksamheten.

SOCSAM har inneburit att de medverkande parterna – kommun, landsting och försäkringskassa – har bildat ett gemensamt politiskt ledningsorgan och därmed givits ett gemensamt ansvar för de verksamheter som ingått i försöksverksamheten. Det unika med SOCSAM och dess trepartssamordning har således varit politisk och finansiell samordning.

SOCSAM:s intentioner har varit att genom den politiska och finansiella samordningen skapa formella förutsättningar för att prioritera gemensamma insatser. Försöksverksamhetens primära målgrupp har därmed varit personer som har behov av insatser över huvudmannaskapsgränserna. Det har dock funnits förväntningar om att ytterligare samordningsvinster ska kunna uppnås. För såväl försöksverksamhetens primära målgrupper som för övriga invånare förväntas att vård, rehabilitering, omsorg och service ska kunna ökas till samma eller lägre kostnad än tidigare. På så sätt kan såväl välfärdsvinster för enskilda som samhällsekonomiska vinster uppnås. Vilka bedömningar och slutsatser kan dras utifrån tillämpningen och erfarenheterna av denna försöksverksamhet? Vilken betydelse har den politiska och finansiella samordningen haft?

Anpassning till lokala förutsättningar

I försöksområdena har olika strategier valts för att uppnå de övergripande målen, välfärdsvinster för den enskilde och samhället. Skiljelinjen verkar i någon mån gå mellan de befolkningsmässigt små och medelstora kommunerna, där SOCSAM riktats till hela befolkningen, och de större kommunerna, där SOCSAM vänt sig till den arbetsföra befolkningen i åldern 16–64 år. Olikskheterna i valet av strategier avspeglas i hur såväl den politiska som den finansiella samordningen har tillämpats.

I de små och medelstora kommunerna (Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm) har politisk styrning utövats genom att SOCSAM:s politiska ledning har beslutat om resursfördelning till de verksamheter som ingår i försöket och som således omfattar stora delar av tre huvudmäns reguljära verksamhet. Genom avtal, budget och verksamhetsplan har verksamheternas förutsättningar angivits. I de större kommunerna (Hisingen, Hyllie, Gotland och Haninge) har den politiska styrningen utövats i mer begränsad omfattning genom att den politiska ledningen enbart har finansierat avgränsade samver-

kansprojekt. Beslut om resursfördelning till de reguljära verksamheterna har istället fattats inom ramen för huvudmännens ordinarie nämndorganisation. Det är således tydligt att den politiska ledningens mandat och ansvar varierar mellan försöksområdena.

Denna skillnad i tillämpningen av SOCSAM beror till stor del på försöksområdenas demografiska och organisatoriska förutsättningar. I de befolkningsmässigt större kommunerna har huvudmännen, med hänsyn till den rådande organisationsstrukturen, valt att inte låta SOCSAM:s politiska ledning fatta beslut för verksamheterna i sin helhet. I dessa områden har därmed inte SOCSAM:s politiska ledning övertagit det vidare ansvar som försökslagstiftningen möjliggör.

Effekter för individ och samhälle

SOCSAM:s primära målgrupp har varit personer i yrkesverksam ålder som har behov av samordnade insatser. Även i de försöksområden där man inom ramen för SOCSAM även samordnar insatser för barn och äldre har aktiviteter för yrkesverksamma varit mest framträdande. De personer som ingår i SOCSAM:s primära målgrupp har i regel befunnit sig relativt långt från arbetsmarknaden. Aktiviteter som syftar till att rehabilitera till arbete och sysselsättning har därför förekommit i störst utsträckning. Det har också varit kring sådana insatser som samverkan har skett mellan samtliga parter, arbetsförmedlingen/AMI inräknad. Det är alltså tydligt att arbetsförmedlingen/AMI har blivit en mycket viktig samverkanspart. Detta trots att länsarbetsnämnden inte har deltagit i den formella samordningen enligt försökslagstiftningen. Deras medverkan kan tolkas som att SOCSAM har underlättat samverkan med arbetsförmedlingen/AMI. Det förklaras troligen av att denna samverkan har formaliserats genom de samverkansavtal som ingåtts mellan SOCSAM:s politiska ledning och länsarbetsnämnden. Trots arbetsförmedlingens/AMI:s aktiva medverkan har merparten av aktörerna ansett att arbetsförmedlingen/AMI också bör delta som en likvärdig part i den politiska och finansiella samordningen.

Den struktur som har skapats utifrån försöksverksamheten har efter hand utgjort ett allt tydligare stöd för personalens arbete. Personalens medverkan i planering och genomförande har också ökat, men har företrädesvis berört den personal som har arbetat med de i SOCSAM särskilda samverkansaktiviteterna. Samverkan har således endast berört delar av personalgrupperna och dessa har, i högre grad än personalen i allmänhet, ansett att samverkan har förbättrats.

Målet för många aktiviteter har varit att föra den enskilde närmare arbetsmarknaden och därmed bort från ett långvarigt samhällsligt försörjningsbehov. För de individer som har medverkat i arbetsmarknadsinriktade aktiviteter har detta mål till stor del infriats. Beroendet av offentlig försörjning i form av socialbidrag och arbetslöshetsersättning har minskat. För de individer som har medverkat i socialmedicinskt inriktade aktiviteter har försörjningen genom offentliga medel däremot ökat och då framförallt kostnader för rehabiliteringspenning och förtidspension/sjukbidrag. Resultaten visar dock att för individer med hälso- och/eller missbruksrelaterade problem har hälsoförbättringar uppnåtts.

Det är tveksamt om SOCSAM har minskat de ingående verksamheternas samlade kostnader i någon större omfattning. Enligt den beräkningsmodell som har använts i utvärderingen utgör SOCSAM:s ekonomiska påverkan endast en liten andel av försöksverksamhetens totala ekonomi. En förklaring till detta är att de satsningar som har gjorts endast har berört ett fåtal individer och att eventuella positiva ekonomiska effekter därmed inte får genomslag på de sammantagna kostnaderna. En annan förklaring är att de satsningar som har gjorts inom ramen för SOCSAM har påverkat kostnaderna för de ingående verksamheterna på delvis olika sätt. Genom de SOCSAM-aktiviteter som har bedrivits har samordnade insatser för enskilda förstärkts, vilket till övervägande del har fått positiva effekter med avseende på sjukpenning- och socialbidragskostnader samt utvecklingen av långa sjukfall. Samtidigt har SOCSAM medfört att personal- och andra driftskostnader inom individ- och familjeomsorgen har ökat, vilket kan förklaras av de resursförstärkningar som gjorts i syfte att bedriva särskilda SOCSAM-aktiviteter. Däremot har knappast SOCSAM påverkat kostnaderna för äldre och handikappomsorgen, eftersom endast ett fåtal SOCSAM-aktiviteter har berört dessa områden. I vissa av försöksområdena har dessutom dessa verksamheter varit underställda andra politiska prioriteringar, vilket har inneburit att andra nämnder och styrelser beslutat om resursfördelningen mellan verksamheterna.

SOCSAM:s betydelse

SOCSAM har inte bara bestått av en organisatorisk förändring utan har även varit ett led i metodutvecklingen av verksamheterna. Genom SOCSAM har behovet av aktiviteter för personer som har behov av samordnade insatser uppmärksammat. Det har genomförts kartläggningar, inventeringar, utbildningsinsatser och samordnade bedömningar som har legat till grund för olika insatser från de samverkande myndigheterna. Det gäller inte bara de verk-

samheter som formellt ingår i SOCSAM utan även andra verksamheter, framförallt arbetsförmedlingen/AMI. I aktiviteter för barn och äldre har verksamheter från kommun och landsting samordnats – det har således inte förekommit någon tre- eller fyrpartssamverkan kring dessa grupper. SOCSAM (trepartssamordning) kan dock ha haft betydelse för tillkomsten av dessa aktiviteter så tillvida att behov och problem som kräver tvärsektoriella lösningar har tydliggjorts. Genom SOCSAM har det således bildats ett för de olika parterna gemensamt forum för tvärsektoriella aktiviteter.

Den politiska samordningens betydelse

SOCSAM:s politiska ledning har framförallt blivit en viktig aktör för huvudmän och chefer men även i viss utsträckning för personalen. En gemensam politisk ledning har förankrat SOCSAM som idé och behovet av samverkan i respektive huvudmans politiska ledning, vilket har underlättat för de tvärsektoriella aktiviteter som har bedrivits. Därmed har samverkan givits en struktur och kontinuitet i de berörda verksamheterna. Det faktum att SOCSAM har bedrivits i politisk konsensus har förstärkt denna legitimitet.

SOCSAM:s administrativa projektledning har haft en avgörande betydelse för att samordna verksamheterna. Projektledningen har fungerat som en länk mellan den politiska ledningen och företrädare för verksamheterna. Kansliet och dess personal har utgjort navet för samverkan. Som neutral part har kansliet dels identifierat och berett ärendena för den politiska ledningen, dels kommunicerat den politiska ledningens beslut ut till de olika parternas operationella ledningar.

I sex av försöksområdena har den politiska ledningen förlagts till ett så kallat beställarförbund och i två områden till en kommunal nämnd. De ingående parternas gemensamma ansvar har tydliggjorts när den politiska ledningen har varit en egen juridisk enhet, ett så kallat beställarförbund. Denna organisationsform har inneburit att samtliga huvudmän för de ingående verksamheterna har varit parter i den politiska ledningen. Huvudmännens revisorers kontinuerliga granskning har bidragit till att frågor om ansvar och mandat i flera fall har klarats ut. När den politiska ledningen har förlagts till en kommunal nämnd har det däremot varit otydligt vilket ansvar och mandat SOCSAM har haft gentemot andra nämnder och styrelser.

Politikerrollen i SOCSAM har skiljt sig från rollen i andra politiska uppdrag genom att politikerna har haft ansvaret för tre huvudmäns verksamheter. Däremot har de inte haft något arbetsgivar- eller driftsansvar, eftersom den politiska styrningen har utgått från ett beställar-utförarsystem. Politikerna har

upplevt sig ha större frihet i uppdraget och att arbetsformerna har varit mer informella. Det kan till del förklaras av att det har rått enighet över partigränserna, vilket till stor del beror på att de politiska besluten främst har avsett aktiviteter för grupper som har behov av samordnade insatser. I dessa frågor finns det sällan partipolitiska åsiktsskillnader utan det råder enighet om behovet av särskilda aktiviteter för dessa grupper. Det har således uppstått en samsyn eller värdegemenskap i den politiska ledningen kring de behov som har funnits i försöksområdet.

Politikernas kunskaps- och beslutsunderlag har främst utgjorts av den information som förmedlats internt. I samtliga försöksområden har projektledning, chefer och personal utgjort de viktigaste informationskällorna. Inledningsvis fanns det – framförallt i de små och medelstora kommunerna – ambitioner att inhämta information via kontakter med medborgare och brukar- och patientorganisationer. Detta har inte uppnåtts i någon större utsträckning. SOCSAM:s politiska ledning har således främst varit en synlig aktör inom de olika verksamheterna.

Den finansiella samordningens betydelse

När tre huvudmäns resurser samordnats har möjligheter öppnats för att initiera och finansiera gemensamma och nya aktiviteter. I försöksområdena har dock olika tillvägagångssätt valts för att anslå medel till nya aktiviteter. I ett av försöksområdena (Hisingen) har SOCSAM:s politiska ledning fått särskilda stimulansmedel av huvudmännen, vid sidan av de medel som har avsatts för att finansiera huvudmännens reguljära verksamhet, för att initiera och utveckla samordnade insatser. I övriga försöksområden har SOCSAM:s politiska ledning inom ramen för verksamheternas befintliga resurser initierat och utvecklat dessa aktiviteter.

En möjlighet som har använts i flertalet av försöksområdena för att finansiera aktiviteter har varit att omvandla delar av budgeten för kontantstöd (sjukpenning och socialbidrag) till att initiera nya aktiviteter. Möjligheten att använda sjukpenningmedel till aktiva åtgärder är unikt för SOCSAM. Benägenheten att omvandla sjukpenning och socialbidrag till aktiva åtgärder kan sägas bero på i vilken mån satsningarna bedöms resultera i lägre kostnader. En kritisk faktor i detta sammanhang har varit försöksverksamhetens finansiella resultat. Återkommande finansiella underskott har påverkat benägenheten att använda sig av de möjligheter till omvandling och omfördelning som SOCSAM-lagstiftningen har möjliggjort.

Oavsett hur de särskilda SOCSAM-aktiviteterna har finansierats har den finansiella samordningen medfört att parterna har givits insyn i varandras verksamheters utveckling. Därmed har de gemensamma beröringspunkterna mellan de olika sektorerna tydliggjorts. Den finansiella samordningen har således varit en drivkraft för att initiera och bedriva gemensamma aktiviteter, vilket har främjat en helhetssyn på de verksamheter som har ingått i försöket. Helhetssynen har också främjats genom att parterna har givits ett gemensamt kostnadsansvar för socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. I vissa försöksområden har dock det gemensamma kostnadsansvaret begränsats genom att enbart en del av försöksverksamhetens ekonomiska resultat har fördelats mellan parterna. Denna begränsning har gjorts för att undvika att en part finansierar en annan parts ekonomiska underskott eller får del av ett överskott som kan ha uppstått på grund av andra politiska prioriteringar än de som har beslutats av SOCSAM:s politiska ledning. Parterna har således velat undvika kostnadsövervältringar på grund av faktorer som inte bedömts bero på SOCSAM-försöket.

Tillämpningen i förhållande till SOCSAM-konstruktionen

Olika strategier har valts för att uppnå SOCSAM:s övergripande mål; välfärdsvinster för den enskilde och samhället. SOCSAM har i stor utsträckning anpassats till lokala förutsättningar, vilket har medfört variationer i hur den politiska och finansiella samordningen har tillämpats. Ansvar för de ingående verksamheterna har i de befolkningsmässigt större kommunerna avgränsats i förhållande till SOCSAM:s konstruktion. I dessa försöksområden har inte huvudmännen låtit SOCSAM:s politiska ledning överta det vidare ansvar som försökslagstiftningen möjliggör. De små och medelstora kommunerna ligger i sin tillämpning närmare SOCSAM:s konstruktion genom att SOCSAM:s politiska ledning har övertagit ansvaret för verksamheterna i sin helhet. Variationerna är en konsekvens av svårigheterna med att, utifrån de lokala förutsättningarna, strikt tillämpa SOCSAM-konstruktionen. Utifrån de områden som har prövat SOCSAM verkar det således vara lättare att tillämpa SOCSAM-konstruktionen i små och medelstora kommuner. Med avseende på effekter för individ och samhälle har däremot skillnaderna i tillämpningen av SOCSAM-konstruktionen inte någon betydelse för resultaten.

Variationerna i hur SOCSAM har tillämpats har medfört att beställarutförarmodellen, som utgör tanken bakom den politiska styrningen i SOCSAM, endast har tillämpats i de försöksområden som har övertagit ansvaret för verksamheterna i sin helhet. I de befolkningsmässigt större kommunerna har SOCSAM:s politiska ledning i egentlig mening inte beställt

verksamhet, utan har snarare finansierat samverkansprojekt. I de små och medelstora kommunerna har verksamheter bedrivits via beställningar och avtal. Beställar-utförarmodellen har i dessa försöksområden tydliggjort rollfördelningen mellan den politiska ledningen och utförarna. Genom en kontinuerlig dialog mellan beställare och utförare har förutsättningar skapats för avtal som har uppfattats som relevanta av berörda parter. SOCSAM:s projektledning har fungerat som en neutral arena för denna dialog.

Försökssituationens betydelse

Att SOCSAM har bedrivits som försöksverksamhet har troligen betydelse för de resultat som uppnått. De områden som har prövat SOCSAM har aktivt ansökt om deltagande utifrån en tro på idén. Det arbete som har bedrivits har uppmärksammats genom den särskilda utvärdering som har gjorts. Dessutom har troligen försöksverksamheten i sig viss betydelse för den struktur och kontinuitet som skapats för de tvärssektoriella aktiviteterna, eftersom huvudmännen under en period har förbundet sig att medverka i SOCSAM. Å andra sidan har förändringar av organisatorisk och administrativ karaktär inte alltid gjorts med hänvisning till att SOCSAM är ett tidsbegränsat försök.

Hur kan SOCSAM tillämpas i hela landet?

SOCSAM är en, till ett fåtal kommuner, begränsad försöksverksamhet. I dessa kommuner har man praktiskt prövat politisk och finansiell samordning. Genom SOCSAM har det skapats struktur, kontinuitet och ekonomiska drivkrafter för tvärssektoriella aktiviteter och samordnade insatser. En tvärssektoriell politisk ledning har gjort gemensamma överenskommelser och härigenom anvisat en gemensam färdriktning för de samverkande personalgrupperna. Det är emellertid inte möjligt att direkt omsätta försökslagstiftningen till en SOCSAM-lagstiftning för hela landet. För att de positiva erfarenheterna av samverkan inom ramen för SOCSAM-lagstiftningen ska kunna tas tillvara och vidareutvecklas bör några principiellt viktiga frågor beaktas. I följande avsnitt lyfts fyra frågor fram. Det handlar om länsarbetsnämndens medverkan, formerna för den politiska styrningen, budgeteringsprinciperna för sjukförsäkringen samt omfattningen av parternas gemensamma kostnadsansvar.

Länsarbetsnämndens medverkan

De aktiviteter som har bedrivits i SOCSAM har till stor del berört personer i yrkesverksam ålder och syftat till att föra den enskilde närmare arbetsmarknaden. Arbetsförmedlingen/AMI har därmed varit en central aktör i de särskilda

aktiviteterna. Däremot har inte försökslagstiftningen tillåtit länsarbetsnämnden att vara en formell part i den politiska och finansiella samordningen. SOCSAM:s politiska ledning har dock försökt formalisera arbetsförmedlingens/AMI:s medverkan genom att teckna särskilda samverkansavtal med länsarbetsnämnden. Detta försök till att formalisera samarbetet har varit betydelsefullt för arbetsförmedlingens/AMI:s medverkan. Ett annat sätt att formalisera denna samverkan är att göra det möjligt för länsarbetsnämnden att ingå som en likvärdig part i den politiska och finansiella samordningen. Ekonomiska drivkrafter och gemensamma mål kan skapa förutsättningar för en mer långsiktig medverkan från arbetsförmedlingens/AMI:s sida. Formerna för länsarbetsnämndens politiska representation och ekonomiska medverkan behöver dock lösas.

Den politiska samordningen

Det är de lokala förutsättningarna som har avgjort hur SOCSAM har bedrivits i respektive försöksområde. Det har bland annat medfört variationer i hur den politiska samordningen har tillämpats. Det har inneburit att beställarutförarmodellen, som utgör tanken bakom den politiska styrningen i SOCSAM, endast har tillämpats i de försöksområden som har övertagit ansvaret för verksamheterna i sin helhet. I dessa områden har den gemensamma verksamheten bedrivits genom beställningar och avtal. I de andra försöksområdena har SOCSAM:s politiska ledning i egentlig mening inte beställt den omfattande reguljära verksamhet som formellt underordnas finansiell samordning, utan har snarare finansierat samverkansprojekt. Eftersom beställarutförarmodellen inte har tillämpats i samtliga försöksområden är det inte nödvändigt att i ett generellt system låsa den politiska styrningen i ett beställarutförarsystem. Den politiska styrningen behöver därför ges möjlighet att i större utsträckning anpassas till den gemensamma verksamhetens omfattning och inriktning.

Den finansiella samordningen

En viktig komponent i den finansiella samordningen har varit SOCSAM:s politiska lednings tillgång till och ansvar för sjukpenningen. På lokal nivå finns det normalt sett ingen budget för sjukpenning och rehabiliteringspenning. Utbetalningar av sjukpenning görs enligt lagen om allmän försäkring (AFL). Försäkringskassans styrelse disponerar ingen rätt att använda sjukpenningmedel till andra syften än vad som regleras i AFL.

Genom den finansiella samordningen har det dock upprättats en budget (finansiell ram) för försöksområdets prognosticerade sjukpenningkostnader. Denna budget ska täcka kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning, men det är också möjligt att omvandla sjukpenningmedel till aktiva åtgärder. Den finansiella ramen för sjuk- och rehabiliteringspenningen har varit preliminär och fastställts först efter årets slut. Justeringar har gjorts med utgångspunkt i kostnadsutvecklingen i riket som helhet. Om ett försöksområde har haft lägre ökningstakt av sjukpenningkostnaderna än riksgenomsnittet har försöksområdet fått en disponibel summa som har kunnat användas till aktiviteter, personalresurser, omfördelningar till andra verksamheter eller för utdelning till huvudmännen. Om försöksområdet däremot har utvecklats sämre än riksgenomsnittet har det uppstått en underfinansiering av sjukpenningen som antingen har täckts av andra verksamheters överskott och/eller solidariskt av de medverkande huvudmännen. Däremot påverkar inte ett finansiellt underskott den enskildes lagstadgade rättigheter att vid behov uppbära sjukpenning.

För att denna beräkningsmodell ska fungera i ett generellt system förutsätts att sjukskrivningsfrekvensen i en kommun inte påverkas av andra faktorer än SOCSAM. Så är dock inte fallet. Förändringarna följer inte riksgenomsnittet med den exakthet som är nödvändig om man ska använda riksgenomsnittet som en norm för att beräkna vad som hade skett utan SOCSAM. Avvikelse sker till exempel på grund av lokala svängningar i konjunkturen. Om man dessutom använder samma beräkningsmodell över flera år kan troligen stora beräkningsfel uppstå. Utgångsläget, dvs. året före SOCSAM påbörjas, har också betydelse för det ekonomiska utfallet vad gäller sjukpenningen. Ett högt antal sjukskrivna innebär en potential till minskade kostnader som ger utdelning inom den finansiella ramen. I kommuner med höga ohälsotal kommer de medverkande parterna att ha större möjligheter att få ett tillgodohavande via sjukpenningkontot.

Om SOCSAM ska tillämpas generellt kan man i och för sig tänka sig att använda riksgenomsnittet som en avstämningsfaktor. Detta förutsätter att man accepterar att kommuner och landsting i närmare hälften av landets kommuner kan få ett tillgodohavande via sjukpenningkontot medan man i övriga kommuner behöver bidra till att finansiera sjukpenningkostnaderna. Det faktum att sjukförsäkringen är en rättighetslagstiftning medför att det i händelse av underfinansiering måste finnas en beredskap hos de medverkande parterna att gemensamt finansiera underskott avseende sjuk- och rehabiliteringspenning.

Det gemensamma kostnadsansvaret

Ekonomiska drivkrafter och gemensamma resurser har bidragit till att skapa förutsättningar för tvärssektoriella aktiviteter. SOCSAM:s politiska ledning har formellt sett disponerat och ansvarat för försöksverksamhetens hela ekonomi, den så kallade finansiella ramen. De medverkande parterna har därmed givits ett gemensamt kostnadsansvar för socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

I några av försöksområdena har den gemensamma politiska ledningen givits ansvar för helheten och de medverkande parterna har därmed tagit ett gemensamt kostnadsansvar för verksamheterna i sin helhet. I andra försöksområden har SOCSAM:s politiska ledning haft ett mer begränsat mandat och ansvar för de ingående verksamheterna, vilket har inneburit att det gemensamma kostnadsansvaret har begränsats. En avgörande fråga för att SOCSAM ska kunna vara en långsiktig och stabil lösning är att parternas gemensamma kostnadsansvar är väl anpassat till den gemensamma verksamhetens inriktning och omfattning.

Om den gemensamma politiska ledningen prioriterar och finansierar verksamheterna i sin helhet, vilket är i enlighet med SOCSAM:s intentioner och konstruktion, är det rimligt att parterna ges ett gemensamt kostnadsansvar för verksamheterna i sin helhet. Detta innebär ett utökat lokalt ansvar och inflytande över delar av välfärdssystemet där ansvaret idag ligger på regional eller statlig nivå. I förlängningen reser ett sådant system frågan om huvudmannaskapsförändringar i förhållande till dagens välfärdssystem.

Om den gemensamma politiska ledningen däremot verkar i en struktur där delar av verksamheterna styrs av andra politiska prioriteringar än de som beslutas av SOCSAM:s politiska ledning kommer SOCSAM att ges ett mer begränsat mandat och ansvar för de ingående verksamheterna. I ett sådant system bör parternas gemensamma kostnadsansvar begränsas till den gemensamma verksamhetens inriktning och omfattning. Därmed kan man undvika kostnadsövertäckningar på grund av faktorer som ligger utanför parternas gemensamma ansvarsområde. En sådan begränsning av det gemensamma kostnadsansvaret har också gjorts i flera av SOCSAM-områdena.

Oavsett vilket system som tillämpas är det således viktigt att roll- och ansvarsfördelningen mellan olika nämnder och styrelser är klart definierad. Då kan politisk och finansiell samordning skapa den struktur och kontinuitet för tvärssektoriella aktiviteter som har uppnåtts i de försöksområden som har prövat SOCSAM.

1 Inledning

Det politiska reformarbetet har resulterat i att en rad offentliga verksamheter successivt byggts upp. Olika styr- och värderingssystem har utvecklats inom välfärdssystemets olika delar. Individens behov har därmed blivit en fråga för allt fler specialister från olika verksamheter. Detta kan försvåra möjligheterna att utifrån ett helhetsperspektiv arbeta med individuella behov. Insikten om att helhetsbedömningar och gemensamma åtgärder krävs för att nå lösningar för vissa individer har ökat.

Samverkan och samordning som begrepp och medel har under 1990-talet allt mer kommit att prägla förändringsarbetet inom offentlig sektor. Individer ska bemötas med insatser som kännetecknas av samarbete. Onödiga väntetider och andra glapp mellan samhällsaktörer ska motverkas genom samsyn, samordning, samarbete och rationell ansvarsfördelning. Olika modeller kan sägas ha utvecklats och prövats under 1990-talet:

Skifte av huvudmannaskap har skett inom äldreomsorgen, psykiatrin och på försök inom primärvården¹ för att utvärdera om gemensamma organisationer kan möjliggöra ett bättre samband mellan olika verksamheter.

Ekonomiska incitament prövades i lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM). En särskild lagstiftning² tillät att man inom fem försöksområden gav huvudmännen för socialförsäkring och hälso- och sjukvård ett gemensamt kostnadsansvar för sjukpenningkostnaderna samt en möjlighet att disponera sjukförsäkringsmedel till olika typer av insatser i syfte att minska sjukpenningkostnaderna.

Generell/traditionell samverkan utgår ifrån att samarbete bedrivs inom ramen för befintliga organisationsstrukturer. Samverkan inom rehabiliteringsområdet bedrivs inom ramen för FRISAM (proposition 1996/97:63). FRISAM innebär att gemensamma verksamhets- och handlingsplaner ska upprättas på central och regional myndighetsnivå i syfte att förbättra samverkansformer och effektivisera rehabiliteringen. FRISAM utvärderas i särskild ordning och slutredovisas till regeringen i december 2001.

¹ Regeringens proposition 1990/91:121. *Försöksverksamhet med kommunal primärvård.*

² Regeringens proposition 1991/92:105 och SFS 1992:863.

Under de senaste åren har också en rad offentliga utredningar behandlat frågor om samverkan, till exempel utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen³, sjukförsäkringsutredningen⁴ och samverkansutredningen⁵. Den sistnämnda har behandlat förutsättningarna för utökad samverkan mellan kommun och landsting. Den pågående utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet har särskilt lyft fram behovet av samverkan mellan försäkringskassa och arbetsförmedling.⁶

Flera av ovanstående modeller kan sägas innebära en ökad lokal anpassning av delar av den offentliga sektorn. Allt fler verksamheter har förts över till kommunerna för att dels bättre samordna insatserna, dels renodla kompetensfördelningen mellan social och medicinsk omvårdnad. Flera av modellerna har också prövats i särskilda försöksverksamheter, till exempel försök med kommunal primärvård och försök med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Tanken är att reformförslag prövas i ett antal särskilt utvalda försöksområden. Om försöken uppvisar positiva resultat kan erfarenheterna ligga till grund för diskussioner och övervägande om generella reformer. En modell som kombinerar ökad lokal anpassning med verksamhet på försök är lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM).

1.1 SOCSAM:s intentioner

En särskild lagstiftning⁷ har gjort det möjligt att i högst tio områden i landet pröva försöksverksamhet med *politisk* och *finansiell samordning* mellan socialförsäkringen (staten), hälso- och sjukvården (landstinget eller kommunen) och socialtjänsten (kommunen). Den bärande idén i försöksverksamheten är att skapa formella förutsättningar för ett gemensamt forum där revirgränser mellan olika huvudmän kan motverkas. Genom den politiska och finansiella samordningen ges drivkrafter för att prioritera gemensamma insatser. I SOCSAM-propositionen anges:

³ SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete*.

⁴ SOU 2000:121, *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*.

⁵ SOU 2000:114, *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*

⁶ S 2000:7, *Punkter i en handlingsplan*.

⁷ SFS 1994:566, *Lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

*”Genom att sammanföra resurser från de tre samhällssektorerna i syfte att parternas resurser skall användas effektivare bör samordnade bedömningar och åtgärder kunna stimuleras. Vård-, rehabiliterings- och förebyggande insatser samt omsorg och service bör därigenom kunna ökas till samma eller till mindre kostnader än för närvarande, inte bara för ett försöks primära målgrupper utan också för övriga invånare i ett försöksområde. Detta skulle innebära inte bara samhällsekonomiska vinster utan även välfärdsvinster för enskilda.”*⁸

Försöksverksamhetens primära målgrupp är således personer som har behov av myndighetsgemensamma insatser. Det finns samtidigt förväntningar om att ytterligare samordningsvinster ska kunna uppnås.

1.2 SOCSAM:s organisation

I försöksverksamheten har nya former för politisk styrning av offentlig verksamhet prövats genom att de medverkande huvudmännen bildar en gemensam politisk ledning. Ledningsorganet har förfogat över de medel som åtgått för att finansiera socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det är denna konstruktion – politisk och finansiell samordning – som prövats i försöksverksamheten.

I enlighet med lagstiftningen som reglerar försöksverksamheten har den politiska ledningen kunnat organiseras på olika sätt. De samverkande parterna har kunnat bilda ett för de tre parterna gemensamt fristående ledningsorgan, ett så kallat beställarförbund, eller kunnat välja att bedriva försöksverksamheten genom ett kommunalförbund. Landstingsfria kommuner har också kunnat förlägga ledningen av försöksverksamheten till en kommunal nämnd. Enligt SOCSAM-propositionen ska ledningsorganet utifrån ett befolkningsansvar besluta om mål och riktlinjer för de verksamheter som ingått i försöket samt planera, prioritera, upphandla och finansiera dessa.

De resurser som har kunnat disponeras i försöksverksamheten är medel för hälso- och sjukvård, sjukreseersättning, socialtjänst, vård av unga och vård av missbrukare, sjukpenning, rehabiliteringsersättning, försäkringskassans köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster samt vissa administrationskostnader. Ledningsorganet har således ansvarat för att täcka kostnaderna för de verksamheter som parterna beslutat ska ingå i försöksverksamheten. Led-

⁸ Regeringens proposition 1993/94:205, s. 21.

ningsorganet har däremot inte haft ansvar för uppgifter som direkt berör enskilda, till exempel myndighetsutövning. Detta ansvar har legat kvar hos respektive huvudman.

1.3 SOCSAM:s försöksområden

Direktiven för SOCSAM utgår från regeringens proposition 1993/94:205 och försöksverksamheten regleras i SFS 1994:566. Försöksverksamheten inleddes den 1 juli 1994 och avsågs ursprungligen att bedrivas till den 31 december 1997. Försöksperioden har sedermera förlängts till utgången av 2002. SOCSAM har prövats i åtta av landets 289 kommuner:

- I Stenungsund påbörjades SOCSAM den 1 juli 1994.
- I Grästorp och kommundelen Hisingen i Göteborg inleddes försöken den 1 januari 1997.
- I Finspång och på Gotland påbörjades SOCSAM den 1 juli 1997. På Gotland avslutades försöksverksamheten den 31 december 2000.
- I Laholm och stadsdelen Hyllie i Malmö inleddes SOCSAM den 1 januari 1998. SOCSAM i Hyllie avslutades den 31 december 1998.
- I Haninge påbörjades försöket den 1 april 1998.

SOCSAM har således prövats under olika lång tid i försöksområdena. I Stenungsund har SOCSAM bedrivits i drygt sju år, medan SOCSAM i Hyllie endast bedrevs under ett år.

Försöksområdenas deltagande bygger på ett aktivt val från de, för respektive försöksområde, deltagande parterna. I SOCSAM-propositionen angavs de krav som skulle vara uppfyllda för att få delta i försöksverksamheten. Parternas ansökan bereddes av Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen och därefter godkände regeringen respektive försöksområdes uppläggning av försöksverksamheten. Förutom ovan nämnda områden har Burlöv och Jämtlands län ansökt om att få pröva SOCSAM, men dessa ansökningar ansågs inte uppfylla de formella krav som ställdes för att få delta i försöksverksamheten.

1.4 Uppföljning och utvärdering

Regeringen har givit Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen i uppdrag att administrera, följa upp och utvärdera försöksverksamheten på nationell nivå.

De båda myndigheterna har även i uppdrag att samordna de lokala utvärderingarna.⁹

Regeringen har bedömt att försöksverksamheten bör utvärderas enligt vissa gemensamma principer. Utvärderingen av SOCSAM ska läggas upp så att den beaktar dels syftet med försöksverksamheten, dels de grundläggande förutsättningarna om vård på lika villkor, kommunens yttersta ansvar och lagstadgade rättigheter inom socialtjänsten och socialförsäkringen. Regeringen anser därutöver att försöksverksamhetens effekter för enskilda individer ska studeras och att den speciella organisationsformen bör utvärderas i särskild ordning. Vidare ska ett ekonomiskt utvärderingsresultat beräknas för varje försöksområde. Även risken för kostnadsövertalningar till sektorer som ligger utanför försöksverksamheten bör följas upp.

De medverkande huvudmännen i respektive försöksområde har haft ansvaret för den lokala utvärderingen. För att resultaten från de lokala utvärderingarna ska kunna tas tillvara i den centrala utvärderingen har Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen haft till uppgift att samordna de lokala utvärderingarna. Det har bland annat inneburit att stödja försöksområdena i metodval och att organisera nätverk kring särskilda frågor av vikt för uppföljning och utvärdering av försöksverksamheten. De lokala utvärderingarna har redovisats i en för respektive försöksområde sammanfattande rapport.¹⁰

1.4.1 Metodologiska överväganden

Utvärderingen ska i möjligaste mån besvara om SOCSAM har uppnått resultat som inte skulle ha uppnåtts utan försöksverksamheten. De resultat och förändringar som har noterats måste därför härledas till försöksverksamheten. Med andra ord: Är resultaten en effekt av SOCSAM?

För att kunna besvara denna fråga krävs en experimentsituation som knappast kan skapas vid utvärderingar av ett samhällsvetenskapligt experiment som SOCSAM utgör. De förändringar som iakttas kan bero på andra faktorer än de som ryms inom ramen för försöksverksamheten, eftersom det finns externa påverkansfaktorer som har långt större betydelse för utvecklingen än vad SOCSAM som försök har. Svårigheterna att värdera SOCSAM:s betydelse gäller för effekter på såväl systemnivå som individnivå.

⁹ Utvärderingsuppdraget preciseras i proposition 1994/95:205.

¹⁰ Se litteraturförteckning.

Med systemnivå avses de effekter på transfereringar och verksamheter som kan avläsas i det geografiskt avgränsade område som försöksområdet utgör. För att mäta SOCSAM:s effekter på systemnivå behöver omvärldsfaktorer betydelse identifieras. Omvärldsfaktorer såsom reformer, regelförändringar och organisatoriska förändringar påverkar såväl försöksområdenas förutsättningar som de resultat som uppmäts. Många av dessa faktorer är dock generella i den meningen att de påverkar såväl försöksområdena som andra områden. Dessutom bör vissa faktorer ge liknande effekter i likartade områden. En ambition i SOCSAM-utvärderingen har därför varit att finna kontrollområden som så långt som möjligt kan anses likna respektive försöksområde.

För att mäta SOCSAM:s effekter på individnivå behöver resultaten av genomförda insatser isoleras från faktorer som inte beror på SOCSAM. Det är dock mycket svårt att mäta effekter för enskilda individer, eftersom det är svårt att anamma ett kontrollgruppsförfarande för att därigenom studera om den aktuella insatsen har varit effektivare än motsvarande insats hos en kontrollgrupp. Däremot kan man studera förändringar över en viss period för de individer som har deltagit i de aktiviteter som har bedrivits i försöksområdena. Dessa resultat kan sedan jämföras med resultat från andra undersökningar med liknande individgrupper och undersökningsupplägg. Ett sådant angreppssätt har bland annat använts i utvärderingen.

SOCSAM som konstruktion innebär en omfattande organisatorisk och administrativ förändring av parternas verksamheter. Implementeringen av försöksverksamheten är därför av stor betydelse i utvärderingen. Dels bör de resultat och effekter som har noterats kunna härledas till de särskilda insatser som har genomförts. Dels är det av stor vikt att belysa erfarenheterna av att pröva konstruktionen med politisk och finansiell samordning. En viktig del i utvärderingen har därför varit att studera de aktiviteter som har bedrivits och förmedla berörda aktörers erfarenheter av SOCSAM.

Möjligheterna att mäta effekter av försöksverksamheten påverkas av försöksperiodens längd. Försöksområdena har prövat SOCSAM under olika lång tid – alltifrån ett år (Hyllie) till drygt sju år (Stenungsund). I övriga försöksområden har SOCSAM prövats i tre-fyra år, det vill säga under en relativt kort period. Utvärderingen har således att, utifrån en ganska begränsad tidsperiod, dra slutsatser om SOCSAM:s påverkan på system-, individ- och organisationsnivå. Det krävs troligen ett antal år för ett förändringsarbete av SOCSAM:s omfattning ska få ett tydligt genomslag.

Samverkan mellan verksamheter och samarbete mellan handläggare är givetvis inget som är unikt för SOCSAM. Samverkan förekom redan innan SOCSAM

påbörjades i respektive försöksområde. Dessutom bedrevs och bedrivs omfattande samverkan i landet i övrigt. Sedan 1998 bedrivs exempelvis samverkan inom rehabiliteringsområdet utifrån intentionerna i proposition 1996/97:63 (FRISAM). Såväl samverkanstraditionen i försöksområdena som den samverkan som bedrivs i övriga landet har därmed betydelse för resultaten, men det är inte möjligt att kvantifiera denna effekt.

För att i möjligaste mån belysa SOCSAM:s effekter har ett brett angreppssätt eftersträvat där såväl kvantitativa som kvalitativa metoder har använts. Dessa har belyst såväl implementeringen som effekterna av försöksverksamheten. Intervju- och enkätundersökningar har genomförts, aktiviteter har kartlagts, dokument har studerats och olika former av registerdata har analyserats. För att åstadkomma största möjliga bredd och tillförlitlighet har ofta samma frågeställning belysts med hjälp av flera olika metoder.¹¹ I syfte att nå resultat som så långt som möjligt är generaliserbara har undersökningarna genomförts på likartat sätt i samtliga försöksområden. Undersökningarna har dessutom genomförts vid mer än ett tillfälle. I flera av undersökningarna har jämförelser gjorts med områden som inte bedriver samverkan inom ramen för SOCSAM. Därigenom har SOCSAM försökt jämföras med vad som sker inom ramen för ordinarie lagstiftning.¹²

1.4.2 Genomförda undersökningar

Följande undersökningar bildar underlag för denna rapport:

Intervjuer och enkäter

- Intervjuer och enkät till ledningsorganets politiker
- Enkät till huvudmännens politiker
- Enkät till berörd personal
- Intervjuer med projektledarna för SOCSAM
- Enkät till medaktörer
- Intervjuer med ekonomer, revisorer och projektledare
- Intervjuer med brukare och personal (de s.k. För vem-studierna)

¹¹ Kan benämnas som triangulering. Se till exempel Vedung, E, *Utvärdering i politik och förvaltning*, Studentlitteratur.

¹² Metodologiska överväganden kring enskilda studier redovisas i anslutning till respektive kapitel.

- Studie avseende upplevd hälsa och offentlig försörjning
- Intervjuer med funktionshindrade
- Intervjuer med anledning av att SOCSAM på Gotland avslutades
- Intervjuer med aktörer som medverkade i SOCSAM i Hyllie

Kartläggningar

- Granskning av ledningsorganets beslutsprotokoll
- Kartläggning av SOCSAM-aktiviteter

Registerdata

- Registerstudie avseende vårdtillgången för olika grupper
- Granskning av nyckeltal för SOCSAM-verksamheterna
- Beräkning av ekonomiskt utvärderingsresultat
- Granskning av transfereringarnas utveckling

Lokala utvärderingar

- Lokal utvärdering av Projekt 4S i Stenungsund
- Lokal utvärdering av SOCSAM 5S i Grästorp
- Lokal utvärdering av DELTA-projektet på Hisingen
- Lokal utvärdering av SOCSAM i Finspång
- Lokal utvärdering av SOCSAM på Gotland
- Lokal utvärdering av Fyrverkeriet i Laholm
- Lokal utvärdering av SOCSAM i Haninge

1.5 Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av försöksområdenas förutsättningar och motiv för att pröva SOCSAM. I kapitlet beskrivs också den formella SOCSAM-organisationen i respektive försöksområde. I de två därpå följande kapitlen redovisas erfarenheterna av det SOCSAM-unika – den politiska respektive finansiella samordningen. Därefter redogörs för olika aktörers syn på SOCSAM. I kapitel sex – SOCSAM:s värde för individen – redovisas de aktiviteter som bedrivs i SOCSAM och resultaten av dessa. I det avslutande kapitlet behandlas försöksområdenas ekonomiska utveckling.

2 Förutsättningar, motiv och organisation

- Genom SOCSAM har försöksområdena sett möjligheter att formalisera informell samverkan mellan olika sektorer.
- Försöksområdenas demografiska och organisatoriska förutsättningar medför variationer med avseende på hur SOCSAM:s intentioner och konstruktion har tillämpats.
- I de små och medelstora kommunerna (Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm) har SOCSAM riktats till hela befolkningen, vilket ligger närmare SOCSAM:s intentioner och konstruktion.
- I de befolkningsmässigt större kommunerna (Hisingen, Gotland, Hyllie och Haninge) har SOCSAM avgränsats till den yrkesverksamma befolkningen.

Även om försöksområdena har verkat inom samma särskilda lagstiftning varierar naturligtvis de demografiska och organisatoriska förutsättningarna. Dessutom kan motiven för att pröva SOCSAM och inriktningen på försöksverksamheten variera. I detta kapitel beskrivs respektive försöksområdes demografiska och organisatoriska förutsättningar samt motiv och mål för SOCSAM. Dessutom beskrivs den formella SOCSAM-organisationen. Beskrivningarna utgår i huvudsak från de försöksområdesvisa/lokala utvärderingsrapporterna.

2.1 Demografiska och organisatoriska förutsättningar

De demografiska förutsättningarna utgörs av bland annat kommuntyp och befolkningsunderlag. De organisatoriska förutsättningarna utgörs i detta sammanhang av förändringar i huvudmännens organisationer. Sedan SOCSAM påbörjades har en del huvudmannaskapsförändringar genomförts som påverkar förutsättningarna för respektive försöksområde. Därutöver har SOCSAM medfört en del organisationsförändringar hos huvudmännen.

Tabell 1 Förutsättningar

<i>Försöksområde</i>	<i>Tidpunkt för försöksstart</i>	<i>Kommuntyp *</i>	<i>Invånarantal, 1/1 2000</i>
Stenungsund	1/7 1994	Förortskommun	20 277
Grästorp	1/1 1997	Landsbygdskommun	5 970
Hisingen **	1/1 1997	Storstadskommun	118 089
Finspång	1/7 1997	Industrikommun	21 678
Gotland	1/7 1997	Landsbygdskommun	57 428
Hyllie **	1/1 1998	Storstadskommun	31 238
Laholm	1/1 1998	Landsbygdskommun	22 732
Haninge	1/4 1998	Förortskommun	68 610

* Svenska Kommunförbundets kommunindelning.

** Del av kommun.

2.1.1 Stenungsund – 4S

Som första försöksområde påbörjades SOCSAM i Stenungsund, *Projekt 4S*, den 1 juli 1994. Stenungsund i Västra Götaland (tidigare Bohuslän) är en kommun med drygt 20 000 invånare. Vid en jämförelse med såväl länet som riket i övrigt är kommunens medelålder något lägre och förvärvsfrekvensen hög. Såväl in- som utpendlingen är stor. Utpendlingen sker främst till Göteborg. Utbildningsnivån vad avser grundskola ligger i nivå med riket och är något lägre än i riket vad avser eftergymnasial utbildning.

När SOCSAM inleddes den 1 juli 1994 var Stenungsunds kommun, Bohuslans landsting och Bohuslans allmänna försäkringskassa huvudmän för försöksverksamheten. Sedan dess har en del huvudmannaskapsförändringar skett. Hälso- och sjukvården i Bohuslans landsting var sedan 1992 organiserat i en beställar-utförarorganisation, den s.k. Bohusmodellen. Från och med 1999 ingår Bohuslandstinget i Västra Götalandsregionen. I regionen finns tio hälso- och sjukvårdsnämnder med beställaransvar. En av dessa omfattar Stenungsund och närliggande kommuner. I och med bildandet av Västra Götalands län har Bohuslans allmänna försäkringskassa blivit en del av Västra Götalands läns allmänna försäkringskassa.

2.1.2 Grästorp – 5S

SOCSAM i Grästorp, *SOCSAM 5S*, påbörjades den 1 januari 1997. Grästorps kommun i Västra Götaland (tidigare Skaraborg) har cirka 6 000 invånare. Kommunen skiljer sig från riket i övrigt genom att det finns en större andel barn och äldre och en högre andel som förvärvsarbetar inom jordbruket. Nettoutpendlingen är cirka 900 personer och då främst till Trollhättan, Vänersborg och Lidköping. Utbildningsnivån är lägre än i riket vad avser eftergymnasial utbildning och något högre vad avser gymnasial utbildning.

Grästorps kommun, Skaraborgs läns landsting och Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa var huvudmän för SOCSAM vid starten 1997. I och med bildandet av Västra Götalands län har landstinget blivit en del av regionsjukvården i Västra Götaland. Därmed övergick hälso- och sjukvården från en organisation med driftsnämnder till Västra Götalandsregionens beställarutförarorganisation. Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa har blivit en del av Västra Götalands läns allmänna försäkringskassa. Det har medfört att lokalkontoret i Grästorp har färre anställda idag och inte längre någon lokal-kontorschef stationerad i Grästorp.

2.1.3 Hisingen – DELTA

Liksom Grästorp påbörjade kommundelen Hisingen i Göteborg försöksverksamheten, *DELTA*, den 1 januari 1997. I Göteborgs kommun bor cirka 444 500 invånare och av dem bor 118 000 på Hisingen. Befolkningen på Hisingen anses spegla Göteborg i sin helhet vad beträffar till exempel ålder, invandrartäthet, arbetslöshet och sjukfrånvaro. Arbetsmarknaden på Hisingen domineras av bilindustrin som har haft en stabil utveckling under flera år. Sedan 1989 är Göteborg indelat i 21 stadsdelsnämnder som har ansvaret för bland annat socialtjänst och grundskola i respektive stadsdel. Försöksområdet Hisingen består av sex stadsdelar; Biskopsgården, Lundby, Backa, Kärra-Rödbo, Torslanda och Tuve-Säve.

Vid försöksstarten 1997 var Göteborgs stad och Göteborgs allmänna försäkringskassa huvudmän för SOCSAM. Därmed var kommunen huvudman för hälso- och sjukvården. I och med bildandet av Västra Götalands län 1999 är Västra Götalandsregionen ny huvudman för hälso- och sjukvården. På samma sätt är Göteborgs allmänna försäkringskassa numera en del av Västra Götalands läns allmänna försäkringskassa.

2.1.4 SOCSAM i Finspång

Vid halvårsskiftet 1997 inleddes *SOCSAM i Finspång*. Finspång i Östergötland är en medelstor kommun med knappt cirka 22 000 invånare. Invånarantalet har successivt minskat till följd av strukturella förändringar av de dominerande industrierna i kommunen. Åldersfördelningen överensstämmer med riket i övrigt. Arbetsmarknaden domineras av tillverkningsindustrier. Nettoutpendlingen är cirka 700 personer och då främst till Norrköping. Utbildningsnivån är något lägre än i riket vad avser både grundskole- och högskoleutbildning.

Huvudmän sedan försöksstarten är Finspångs kommun, Landstinget i Östergötland och Östergötlands läns allmänna försäkringskassa. Under försöksperioden har det inte skett några större huvudmannaskapsförändringar.

2.1.5 SOCSAM på Gotland

Liksom Finspång påbörjade Gotland försöket, *SOCSAM på Gotland*, den 1 juli 1997. På Gotland bor drygt 57 000 invånare. Sedan 1960-talet har Gotland haft en årlig befolkningsökning, som bland annat beror på utbyggnaden av den offentliga sektorn. En hög andel av invånarna är bosatta på landsbygden. Inflyttningen till Gotland utgörs främst av unga med barn som bosätter sig på landsbygden, medan utflyttningen från Gotland utgörs av personer mellan 18 och 25 år som bor i Visby. Ett skäl till detta har varit den höga ungdomsarbetslösheten. Arbetsmarknaden skiljer sig från riksgenomsnittet. Andelen sysselsatta inom jordbruket och den offentliga sektorn är högre än i riket och turismen genererar cirka 2 000 arbetstillfällen per år. Utbildningsnivån på Gotland är lägre än i riket.

Alltsedan försöksstarten är Gotlands kommun och Gotlands läns allmänna försäkringskassa huvudmän för SOCSAM. Gotlands kommun är huvudman för såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. 1996 indelades kommunen i en länsvårdsnämnd och tre lokala vårdnämnder. De lokala vårdnämnderna har haft ansvaret för primärvård, socialtjänst, folktandvård och omsorgsverksamhet inom respektive nämndområde. Under 2000 omorganiserades hälso- och sjukvården och drivs numera av en hälso- och sjukvårdsnämnd. Samtidigt har socialtjänstens organisation setts över och en omorganisation planeras.

2.1.6 SOCSAM i Hyllie

Stadsdelen Hyllie påbörjade försöket, *SOCSAM i Hyllie*, den 1 januari 1998. Stadsdelen Hyllie i Malmö har drygt 30 000 invånare. Det finns stora variationer i den sociala strukturen i stadsdelen. Villaområden och vissa flerbostadsområden har en befolkning med hög förvärvsfrekvens, låg invandrarandel och hög genomsnittlig inkomst. Samtidigt finns det områden i stadsdelen med låg förvärvsfrekvens, hög invandrarandel där en relativt hög andel av befolkningen uppstår socialbidrag. I Hyllie finns cirka 4 000 arbetsplatser, varav drygt 3 000 finns inom tjänstesektorn. Det finns få arbetsplatser inom industrin.

Vid försöksstarten 1998 var Malmö stad och Malmöhus läns allmänna försäkringskassa huvudmän för SOCSAM. Malmö införde 1996 en decentraliserad organisation med tio stadsdelsnämnder, benämnda stadsdelsfullmäktige. Stadsdelsnämnderna fick ansvaret för såväl socialtjänst som primärvård. 1999 bildades Skåne län. Därmed överfördes hälso- och sjukvården till landstinget Region Skåne och Malmöhus läns allmänna försäkringskassa blev en del av Skåne läns allmänna försäkringskassa.

När landstinget Region Skåne bildades stod det klart att försöksverksamheten i Hyllie inte skulle kunna fortsätta som förut. Den ledningsform som valts för försöket (kommunal nämnd) är endast möjlig i landstingsfria kommuner. En ombildning av ledningsorganet var således nödvändig för att försöksverksamheten skulle kunna fortsätta. De medverkande huvudmännen kunde inte finna nya former för fortsatt medverkan i SOCSAM, varför försöksverksamheten avslutades vid årsskiftet 1998/1999. Idag sker samverkan istället inom ramen för ordinarie lagstiftning. Hur personalen och tjänstemännen ser på SOCSAM i Hyllie idag redovisas i kapitlet *Aktörers syn på SOCSAM*.

2.1.7 Laholm – Fyrverkeriet

Den 1 januari 1998 påbörjades även SOCSAM i Laholm, *Fyrverkeriet*. Laholms kommun i Halland är en medelstor kommun med knappt 23 000 invånare. Laholm är en utpräglad landsbygdskommun med endast 5 600 invånare i centralorten och resterande boende på landsbygden och i 13 mindre tätorter. Näringsstrukturen består i huvudsak av småföretag och kommunen är den största arbetsgivaren. Befolkningen i kommunen har en lägre inkomst jämfört med riket, medan arbetslösheten är i nivå med riksgenomsnittet. Utbildningsnivån vad avser grundskola ligger över riksgenomsnittet men lägre vad avser eftergymnasial utbildning. Nettoutpendlingen är drygt 1 900 personer och då främst till Halmstad.

Alltsedan försöksstarten har Laholm kommun, Landstinget Halland och Hallands läns allmänna försäkringskassa varit huvudmän för SOCSAM. Under försöksperioden har det inte skett några större huvudmannaskapsförändringar.

2.1.8 SOCSAM i Haninge

Som sista försöksområde påbörjade Haninge försöket, *SOCSAM i Haninge*, den 1 april 1998. Haninge kommun i Stockholms län har drygt 68 000 invånare. Folkmängden i Haninge har ökat stadigt under de senaste 40 åren. Expansionen var särskilt omfattande under 1960- och 1970-talet. Arbetsmarknaden domineras av privata varu- och tjänsteföretag och av den offentliga sektorn. Arbetslösheten ligger i nivå med riksgenomsnittet. Andel av befolkningen med förgymnasial utbildning och gymnasial utbildning är något högre än riket och något lägre vad avser eftergymnasial utbildning.

Huvudmän sedan försöksstarten är Haninge kommun, Stockholm läns landsting och Stockholms läns allmänna försäkringskassa. Det har inte skett några större huvudmannaskapsförändringar under försöksperioden.

2.2 Varför pröva SOCSAM?

1991 inleddes Projekt 4S – Samordning Socialtjänst, Sjukvård, Socialförsäkring – i Stenungsund. Diskussioner hade då förts från och till i 10 år. Projektetableringen var en följd av Socialdepartementets förfrågan om intresset för att medverka i lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM). Huvudmännen i Projekt 4S uppvaktade då regeringen för att få pröva trepartssamordning där även kommunens socialtjänst kunde delta. Därefter fördes omfattande diskussioner innan SOCSAM-propositionen och SOCSAM-lagen beslutades av riksdagen 1994.

I Grästorps förekom redan samarbete mellan handläggare från olika verksamheter. Det uppfattades dock som alltför personberoende eftersom det byggde på enskilda handläggares initiativ. SOCSAM uppfattades som ett sätt att aktivt utveckla samverkan.

På Hisingen sågs SOCSAM som ett sätt att pröva om samverkan kan vara ett effektivt verktyg för att förbättra välfärden för framförallt de människor som har behov av samordnade insatser. Ett annat viktigt motiv var att bredda och fördjupa personalens kompetens.

I Finspång hade kommunen, försäkringskassan, landstinget och länsarbetsnämnden under flera år diskuterat behoven av fördjupad samverkan. 1994 genomfördes en förstudie för att kartlägga behovet av sektorsövergripande samverkan. Därmed identifierades rundgångärenden och det konstaterades att de förebyggande insatserna var dåligt samordnade.

Mellan 1993 och 1997 deltog Gotland i lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM). Erfarenheterna av att bedriva FINSAM bidrog till intresset för att delta i SOCSAM. Eftersom hälso- och sjukvården och socialtjänsten var gemensamt organiserade i fyra lokala vårdnämnder sågs SOCSAM som en naturlig utveckling av samverkan mellan socialförsäkringen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Redan 1994 diskuterades i Halland möjligheterna att utveckla och fördjupa samverkan mellan olika verksamheter. Frågan drevs av landstinget och några av kommunerna i Halland. I Laholm fanns det både tjänstemän och politiker som drev frågan. Därför valdes Laholm till Hallands försöksområde. Inledningsvis försökte man få tillstånd att bedriva finansiell samordning även med länsarbetsnämnden. Dessutom ville man att arbetet skulle ledas av en utförarnämnd, inte en beställarnämnd. När inte detta var möjligt ansökte man om att delta i SOCSAM.

I Haninge fanns en tradition av samverkan mellan huvudmännen. SOCSAM sågs som ett medel för att utveckla och fördjupa denna samverkan. Förberedelse tiden var däremot ganska kort. Under hösten 1997 bedrevs ett intensivt arbete för att hinna beviljas medgivande att delta i SOCSAM, eftersom ansökningstiden gick ut den 31 december 1997.

2.2.1 Valfärdsvinster genom ökad samordning

I samtliga försöksområden har man sett behov av att utveckla och fördjupa samverkan mellan olika verksamheter. Man har sökt någon form av struktur för samverkan. Således är de övergripande motiven i stor utsträckning generella.

Tabell 2 Motiv och inriktning

<i>Försöksområde</i>	<i>Motiv</i>	<i>Inriktning</i>
Stenungsund	Individ, organisation, ekonomi, demokrati	Hela befolkningen
Grästorp	Individ, organisation, ekonomi	Hela befolkningen
Hisingen	Individ, organisation, ekonomi	Befolkningen i åldern 16–64 år
Finspång	Individ, organisation, ekonomi	Hela befolkningen
Gotland	Individ, organisation, ekonomi	Befolkningen i åldern 16–64 år
Hyllie	Individ, organisation, ekonomi	Befolkningen i åldern 16–64 år
Laholm	Individ, organisation, ekonomi, demokrati	Hela befolkningen
Haninge	Individ, organisation, ekonomi	Befolkningen i åldern 16–64 år

De mest framträdande motiven är de individinriktade. Man har framförallt uppfattat att det brister i samordningen mellan olika verksamheter i arbetet med människor som har kontakt med flera myndigheter. SOCSAM ses som ett medel för att få till stånd en helhetssyn på individens situation.

Det finns även organisatoriska och ekonomiska motiv för SOCSAM. Ökad samordning och samverkan förväntas leda till effektivare resursanvändning. Det förväntas i sin tur resultera i lägre kostnader. Det finns således höga förväntningar på att SOCSAM ska medföra samhällsekonomiska vinster.

Det finns även demokratiska motiv i ett par områden. I Stenungsund och Laholm fanns sådana motiv bakom områdenas önskan att bedriva ett försök med stöd av SOCSAM-lagstiftningen. I Stenungsund fanns starka politiska ambitioner att stärka den lokala demokratin. Man ville pröva nya former för politisk styrning. Att inom ramen för SOCSAM föra en dialog med medborgarna ansågs viktigt. Liknande motiv fanns i Laholm. Stenungsund var en förebild när SOCSAM diskuterades mellan huvudmännen i Laholm.

2.2.2 Olika inriktning men likartade mål

Försöksverksamheten har olika inriktning och omfattning i de åtta försöksområdena. I vissa av försöksområdena riktas SOCSAM till hela befolkningen, medan försöksverksamheten i andra områden riktas till personer i yrkes-

verksam ålder. Skiljelinjen verkar i någon mån gå mellan de små och medelstora kommunerna och de större kommunerna.

Däremot är målen i stor utsträckning likartade mellan försöksområdena. I samtliga försöksområden anges individinriktade, ekonomiska och organisatoriska mål. De individinriktade målen utgörs av inriktningsmål för särskilt utvalda målgrupper. Dessa mål kompletteras i vissa fall med effektmål. De är i huvudsak av mer övergripande karaktär, såsom ökad helhetssyn och god kvalitet i insatserna för den enskilde. I Stenungsund formulerades inledningsvis preciserade effektmål, men de uppfattades som orealistiska och har därför tonats ner¹³. I de försöksområden som riktar sig till personer i yrkesverksam ålder betonas arbetslinjen i stor utsträckning. De organisatoriska målen är inriktade på att utveckla samverkan mellan olika verksamheter. De ekonomiska målen utgår från effektivare resursanvändning som förväntas medföra lägre kostnader. Framförallt förväntar man sig lägre kostnader för sjukpenning och socialbidrag. De demokratiska målen är framförallt framträdande i Stenungsund. Där betonas politisk styrning i dialog med medborgarna.

De övergripande målen har inte ändrats under de år som SOCSAM bedrivits, men de har utvecklats och preciserats. Målen stämmer väl överens med huvudmännens motiv för att bedriva SOCSAM.

2.2.3 Prioriterade grupper

Utifrån motiv och mål har olika målgrupper särskilt prioriterats i de olika försöksområdena.

I Stenungsund har prioriterade grupper varit personer med behov av psykiatrisk stöd eller socialt stöd i vid bemärkelse, arbetslösa, personer med behov av samordnad rehabilitering eller enstaka insatser, personer med missbruksproblem, personer med funktionshinder som möter betydande hinder i sin livsföring, personer med svåra kroniska sjukdomar och behov av vård i livets slutskede, barn under 16 år, blivande föräldrar samt äldre (över 64 år).

I Grästorp har personer med långvariga sjukskrivningar eller besvär i rörelseorganen, arbetslösa med låg utbildning, personer med liten arbetslivserfaren-

¹³ Rapporten *Lokal utvärdering av SOCSAM projekt 4S Stenungsund 1994–2000*, Projekt 4S.

het eller missbruksproblem samt personer med psykiska besvär eller andra former av funktionshinder prioriterats.

På Hisingen har försöket riktats till personer i åldern 16–64 år som är eller riskerar att bli sjukskrivna eller långtidsarbetslösa.

I Finspång har fyra behovsgrupper prioriterats; barn och ungdom, unga vuxna, vuxna i yrkesverksam ålder och äldre (över 64 år).

På Gotland har insatser för rehabilitering och förebyggande åtgärder som förhindrar att människor slås ut från arbetslivet eller utestängs från ett socialt liv prioriterats.

I Laholm har sex målgrupper prioriterats; barn och ungdomar i riskzonen, personer med behov av komplicerad rehabilitering, missbrukare, psykiskt funktionshindrade, arbetslösa samt äldre i behov av rehabilitering och hemsjukvård.

I Hyllie har den primära målgruppen varit människor som var, eller riskerade att bli, långvarigt sjukskrivna eller människor som var, eller riskerade att bli, långvarigt beroende av socialbidrag. Särskild uppmärksamhet har riktats mot personer där samordnade åtgärder anses nödvändiga i rehabiliteringen.

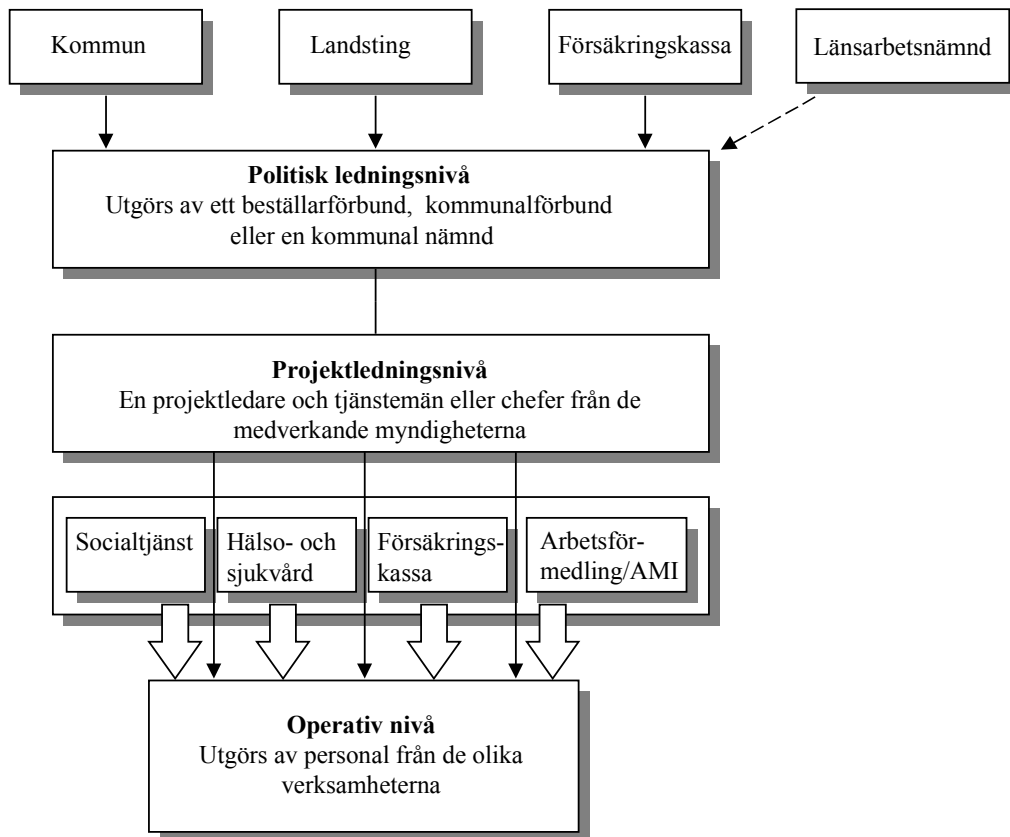
I Haninge har fyra målgrupper prioriterats; personer med psykisk ohälsa, personer med missbruksproblem, personer med besvär i rygg och nacke och personer i behov av arbetsbefrämjande åtgärder.

2.3 Organisation

Den politiska ledningen i SOCSAM kan organiseras på tre sätt. De samverkande parterna kan bilda ett för de tre parterna gemensamt fristående ledningsorgan, ett så kallat beställarförbund, eller välja att bedriva försöksverksamheten genom ett kommunalförbund. Landstingsfria kommuner kan också förlägga ledningen av försöksverksamheten till en kommunal nämnd.

Den formaliserade politiska ledningen innebär att en för parterna gemensam organisation införs. Denna går tvärs över de befintliga organisationerna. Försökslagstiftningen säger dock inget om hur verksamheten i dessa organisationer ska bedrivas. Relationen mellan den politiska ledningen och de verksamheter som ingår i SOCSAM kan ändå beskrivas på ett generellt sätt. I nedanstående figur illustreras SOCSAM-organisationen utifrån tre nivåer; politisk ledningsnivå, projektledningsnivå och operativ nivå.

Figur 1 SOCSAM-organisationen



Den politiska nivån utgörs av det för försöksverksamheten särskilt inrättade ledningsorganet. Enligt SOCSAM-propositionen ska ledningsorganet utifrån ett befolkningsansvar besluta om mål och riktlinjer för de verksamheter som ingår i försöket samt planera, prioritera, upphandla och finansiera dessa. På projektledningsnivå bereds ärenden och efter beslut verkställs besluten i form av avtal, projekt och uppdrag. Den operativa nivån utgörs av personal från de olika verksamheterna. I nedanstående tabell redovisas, utifrån de tre nivåerna, hur man valt att organisera försöksverksamheten i respektive försöksområden.¹⁴

¹⁴ I lägesrapporten *SOCSAM – tidiga erfarenheter*, Finansiell samordning 1998:2, illustreras respektive försöksområdes formella SOCSAM-organisation.

Tabell 3 Försöksverksamhetens organisation

<i>Försöksområde</i>	<i>Politisk ledningsnivå</i>	<i>Projektledningsnivå</i>
Stenungsund	Beställarförbund och samarbetsråd	Kansli, chefsgrupp
Grästorp	Beställarförbund och samarbetsråd	Projektledning, chefs-, utvärderings- och, ekonomigrupp
Hisingen	Beställarförbund	Projektledning, chefsgrupp, nätverk, t.ex. ekonomi och utvärdering
Finspång	Beställarförbund och samarbetsråd	Kansli, chefsgrupp
Gotland*	Kommunal nämnd	Kansli, lednings- och beredningsgrupp
Hyllie*	Kommunal nämnd	Projektledning och ledningsgrupp
Laholm	Beställarförbund och samarbetsråd	Kansli, chefs-, utvärderings- och ekonomigrupp
Haninge	Beställarförbund	Projektledning och chefsgrupp/ referensgrupp

* Landstingsfri kommun

2.3.1 Politisk ledningsnivå

Endast två av ledningsformerna har valts. I sex av de åtta försöksområdena har man valt att förlägga ledningen av försöksverksamheten till ett beställarförbund. På Gotland och i Hyllie har man förlagt ledningen till en kommunal nämnd. Denna ledningsform valdes eftersom kommunen var sjukvårdshuvudman när försöksverksamheten inleddes.

I beställarförbunden finns samtliga tre huvudmän representerade. I de kommunala nämnderna saknar försäkringskassan direkt politiskt inflytande. På Gotland har därför tre av de sex ledamöterna valts på förslag av försäkringskassan. I Hyllie har försäkringskassans inflytande reglerats genom ett särskilt samverkansavtal mellan kommunen och försäkringskassan.

Försökslagstiftningen tillåter inte att länsarbetsnämnden är en formell part i den finansiella samordningen. I flertalet av försöksområdena har därför ledningsorganet tecknat samverkansavtal med länsarbetsnämnden. Samverkan har formaliserats ytterligare genom att adjungera ledamöter från länsarbetsnämnden till ledningsorganet.

Huvudmännen följer försöksverksamheten och ledningsorganets arbete på olika sätt. I flera av de försöksområden som bedriver SOCSAM utifrån ett

helhetsansvar har det inrättats särskilda samarbetsråd bestående av förtroendevalda från respektive huvudman. Samarbetsrådets funktion är i vissa fall att ansvara för den lokala uppföljningen och utvärderingen av försöksverksamheten och i andra fall att fungera som en länk mellan ledningsorganet och huvudmännen i verksamhetsfrågor. I andra försöksområden fungerar nätverk och arbetsgrupper av tjänstemän som en länk mellan ledningsorganet och huvudmännen. Antalet ledamöter i ledningsorgan och samarbetsråd framgår av nedanstående tabell.

Tabell 4 Antal ledamöter i SOCSAM:s ledningsorgan och samarbetsråd (antal ersättare inom parentes)

<i>Försöksområde</i>	<i>Ledningsorgan</i>	<i>Samarbetsråd</i>
Stenungsund	11 (4)	3 (3)
Grästorp	7 (7)	3 (3)
Hisingen	9 (7)	–
Finspång	9 (9)	4 (4)
Gotland	6 (–)	–
Hyllie	5 (3)	–
Laholm	9 (9)	10 (9)
Haninge	9 (9)	–

Antal involverade politiker indikerar i vilken utsträckning som den politiska förankringen har formaliserats. I de försöksområden där SOCSAM leds av en kommunal nämnd, Gotland och Hyllie, har endast ett fåtal politiker varit involverade i försöksverksamheten. De särskilt inrättade samarbetsråden kan till del förklaras av att det är en försökssituation och att endast ett fåtal kommuner deltar. Det är knappast möjligt att huvudmännen representeras i motsvarande omfattning om Sveriges samtliga kommuner deltar i SOCSAM.

2.3.2 Projektledningsnivå

Projektledningen har organiserats olika i de åtta försöksområdena. I vissa försöksområden har ledningsorganet tillgång till ett kansli med tjänstemän och beställarfunktion. I andra försöksområden består projektledningen av en projektledare som genom nätverk och arbetsgrupper har kontakt med chefer och ledande tjänstemän från de ingående verksamheterna.

Sedan 1998 är projektledaren i Stenungsund ordförande i den lokala chefsgruppen. Rollen som kanslichef har därmed övergått i en tydligare projektledarroll.¹⁵

Projektledarrollen i SOCSAM har studerats i en särskild undersökning.¹⁶ Av studien framgår bland annat att flertalet av projektledarna sedan tidigare har erfarenhet från en eller flera huvudmannorganisationer. Det anses därmed ha varit lättare att förstå förutsättningarna för att delta i SOCSAM och fungera som en länk mellan verksamheterna. Projektledarna har också stor erfarenhet av att arbeta politik- och politikernära. Projektledarna verkar antingen som beställare eller som förändringsagent. Beställarrollen innehåller mer påtagliga inslag av förhandling medan rollen som förändringsagent mer handlar om att stimulera projektledare och personal i utförandet.

I samtliga försöksområden finns utvärderingskompetens knuten till försöksverksamheten. Antingen har särskild utredare eller utvärderare anställts eller har man knutit till sig externa utredare och utvärderare. Arbetet genomförs ibland i samarbete med universitet och högskolor. Utvärderingsarbetet har i vissa avseenden bedrivits i nära samarbete med Riksförsäkringsverkets och Socialstyrelsens utvärderingsgrupp.

2.3.3 Operativ nivå

Personal från de olika verksamheterna samarbetar både inom ramen för särskilda samverkansaktiviteter och i den dagliga verksamheten. Samverkan kan även innefatta verksamheter utanför SOCSAM. Inledningsvis tillsattes olika projekt- och arbetsgrupper.¹⁷

Strukturförändringar till följd av SOCSAM

I vissa av försöksområdena har SOCSAM medfört strukturförändringar i huvudmännens nämndorganisationer.

¹⁵ Rapporten *Lokal utvärdering av SOCSAM projekt 4S Stenungsund 1994–2000*, Projekt 4S.

¹⁶ Rapporten *Vilja och förmåga – en intervjustudie med projektledarna i SOCSAM*, underlagsrapport, september 2000.

¹⁷ De aktiviteter som bedrivs i SOCSAM beskrivs i kapitlet *SOCSAM:s värde för individen*.

När Stenungsund inledde försöksverksamheten 1994 hade kommunen en traditionell organisation med flera facknämnder. Från och med 1997 har socialnämnden ersatts av en myndighetsnämnd som ansvarar för myndighetsutövningen mot enskilda inom socialtjänstens verksamhetsområde. Beställarförbundet har därmed övertagit stora delar av socialnämndens uppgifter.

När SOCSAM inleddes i Laholm avskaffade landstinget primärvårdsnämnden i Laholm. Avtalspart gentemot beställarförbundet är därmed en tjänstemannaorganisation. År 2000 tillsattes en gemensam chef för primärvården och socialtjänsten.

I Stenungsund, Grästorp och Laholm är beställarförbundet även folkhälsoråd. I Grästorp har beställarförbundet övertagit arbetsförmedlingsnämndens funktion.

2.4 Summering och slutsatser

Försöksområdena har påbörjat SOCSAM vid olika tidpunkter. Det har inte funnits något krav på att försöksverksamheten ska påbörjas vid samma tidpunkt i samtliga försöksområden. Processen i det enskilda försöksområdet har varit styrande för när SOCSAM har påbörjats.

Gemensamt för flera av försöksområdena är att det har varit en lång process och startsträcka innan SOCSAM kunnat påbörjas. Starkt engagerade personer, främst tjänstemän men även politiker, har drivit idén om att kunna få pröva SOCSAM. Försöksområdena kännetecknas också av att det finns en tradition av samarbete, ofta informellt, mellan olika verksamheter. Genom SOCSAM har man sett en möjlighet att i större utsträckning formalisera samarbetet.

Stenungsunds motiv är även SOCSAM:s motiv. Processen i Stenungsund är upprinnelsen till SOCSAM-propositionen och försökslagstiftningen. Därmed är också SOCSAM:s intentioner desamma som Stenungsunds förutsättningar och önskemål. För övriga försöksområden har det därför handlat om att försöka tillämpa SOCSAM:s konstruktion, men utifrån de egna lokala förutsättningarna. Till exempel har SOCSAM i de befolkningsmässigt större kommunerna avgränsats till den yrkesverksamma delen av befolkningen. I de små och medelstora kommunerna riktas SOCSAM till hela befolkningen vilket ligger närmare SOCSAM:s (och därmed Stenungsunds) intentioner. Försöksområdenas motiv och mål är trots det ganska likartade. I samtliga försöksområden anges individinriktade, organisatoriska och ekonomiska motiv för

SOCSAM. Däremot är de demokratiska motiven mer framträdande i Stenungsund och Laholm.

Huvudmännens organisationsutformning har styrt de organisatoriska förutsättningarna för försöksverksamheten. Olika organisationsmodeller och styrsystem tillämpas. Dessutom varierar gränssnitten mellan olika verksamheter. Under försöksperioden har en rad organisationsförändringar och huvudmannaskapsförändringar genomförts. Dessa påverkar naturligtvis försöksverksamhetens förutsättningar. För Hyllies del var överflyttningen av hälso- och sjukvården från kommunen till landstinget, i samband med att Region Skåne bildades, den utlösande faktorn till att SOCSAM avbröts efter endast ett år.

3 Den politiska samordningen

- Politikerrollen i SOCSAM innebär ett gemensamt ansvar för tre huvudmäns verksamheter. Politikerna har fått insyn i varandras verksamheter och därmed sett helheten på ett tydligare sätt.
- Den politiska ledningens mandat och ansvar varierar mellan försöksområdena. I de små och medelstora kommunerna har den politiska ledningen givits mandat och ansvar för verksamheterna i sin helhet. I de befolkningsmässigt större kommunerna har den politiska ledningens mandat och ansvar för de tre parternas verksamhet begränsats. I dessa försöksområden utövas politisk styrning genom att den politiska ledningen endast fattar beslut om särskilda samverkansprojekt.
- När den politiska ledningen har förlagts till ett så kallat beställarförbund (egen juridisk enhet) har parternas gemensamma ansvar tydliggjorts.
- Projektledningen i respektive försöksområde har haft en avgörande betydelse för att samordna verksamheterna.

I försöksverksamheten prövas nya former för politisk styrning av offentlig verksamhet. Tanken är att huvudmännen ger SOCSAM:s politiska ledning mandat att utifrån en helhetssyn på befolkningens behov samordna aktiviteter inom de berörda verksamheterna. Huvudmännen ges ett gemensamt kostnadsansvar för dessa verksamheter. I detta kapitel redovisas intentionerna och tillämpningen av den politiska samordningen.

3.1 Intentionerna bakom den politiska samordningen

Enligt SOCSAM-propositionen ska den politiska ledningen för SOCSAM besluta om mål och riktlinjer för de verksamheter som ingår i försöket samt planera, prioritera, upphandla och finansiera dessa. Intentionerna kring den politiska styrningen utgår från intentionerna i Stenungsund. Beställarförbundet som organisationsform var ett strategiskt val för att finna nya former för po-

litisk styrning genom beställning och utvärdering istället för regelstyrning. Det var ett villkor från Bohuslandstinget sida att det skulle inrättas en beställar-utförarorganisation. Tanken var att ledningsorganet inte skulle bedriva egen verksamhet. Uppgiften skulle vara att aktivt definiera befolkningens behov och utifrån behovsprioriteringar upphandla tjänster inom sjukvård, socialtjänst, rehabilitering och folkhälsa. En viktig uppgift var att underlätta för olika verksamheter att samarbeta utifrån gemensamma mål.¹⁸

Den politiska ledningen kan organiseras på tre sätt. De samverkande parterna kan bilda ett för de tre parterna gemensamt fristående ledningsorgan, ett så kallat beställarförbund eller välja att bedriva försöksverksamheten genom ett kommunalförbund. Landstingsfria kommuner kan också förlägga ledningen av försöksverksamheten till en kommunal nämnd. I sex av försöksområdena har ledningen av försöksverksamheten förlagts till ett beställarförbund och i två områden har ledningen förlagts till en kommunal nämnd.

3.2 Tillämpningen av den politiska samordningen

Hur har då den politiska styrningen bedrivits i de sju försöksområdena? Vilka likheter och skillnader finns mellan försöksområdena? I det följande redovisas resultaten från de studier som belyser den politiska styrningen. Politikererna i SOCSAM:s ledningsorgan har i en enkät- och intervjuundersökning tillfrågats om hur de ser på sitt uppdrag i SOCSAM. Beslutsfattandet i två av de sju ledningsorganen har granskats närmare.

3.2.1 Politikerrollen och den politiska styrningen

Vid två tillfällen, vid försöksperiodens inledning¹⁹ och under perioden hösten 2000 till våren 2001 har SOCSAM-politikerna tillfrågats i en intervju- och enkätundersökning. Hur ser de på politikerrollen och på ledningsorganets uppgifter? Hur bedrivs den politiska styrningen?

¹⁸ Rapporten *Lokal utvärdering av SOCSAM projekt 4S Stenungsund 1994-2000*, Projekt 4S.

¹⁹ Studien har genomförts av Marie Fridolf vid CEFOS (Centrum för forskning om offentlig sektor) och redovisas i rapporterna *Politikerrollen i SOCSAM*, Finansiell samordning 1998:1 och *Politikerrollen i det lokala välfärdssystemet*, underlagsrapport september 1999.

Annorlunda politikerroll

I samtliga försöksområden menar politikerna att deras roll i SOCSAM skiljer sig från politikerrollen i andra uppdrag. Det anses finnas både organisatoriska och praktiska skillnader. Den organisatoriska skillnaden består i att ledningsorganet inte har något arbetsgivar- eller driftsansvar. Samtidigt anses ledningsorganet ha ett större ansvar för helheten än vad de intervjuade är vana vid. Den praktiska skillnaden består i att politikerna upplever sig ha större frihet i uppdraget och att arbetsformerna är mer informella.

Politikernas kunskaps- och beslutsunderlag utgörs främst av den information som förmedlas internt. I samtliga försöksområden anger de intervjuade att projektledning, chefer och personal utgör de viktigaste informationskällorna. Inledningsvis fanns det – framförallt i Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm – ambitioner att inhämta information via kontakter med medborgare och brukar- och patientorganisationer. Detta anses inte ha uppnåtts.

Den politiska styrningen varierar

I samtliga försöksområden anser de intervjuade att deras främsta uppgift är att skapa förutsättningar för samverkan mellan olika verksamheter. Däremot bedrivs den politiska styrningen på olika sätt.

I Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm utövas politisk styrning genom att ledningsorganet beslutar om resursfördelning mellan de verksamheter som ingår i försöket. Via avtal, budget och verksamhetsplan anges verksamheternas förutsättningar. De intervjuade ser som sin uppgift att själva ta initiativ till beslut. En förutsättning för att kunna samordna verksamheterna anses vara att det förs en kontinuerlig dialog med verksamhetsföreträdare. Projektledningskansliet utgör en viktig arena för denna dialog.

På Hisingen, Gotland och i Haninge utövas mer begränsad politisk styrning genom att ledningsorganet enbart finansierar olika samverkansprojekt. Ledningsorganet fattar enbart beslut som avser dessa aktiviteter. Beslut om resursfördelning till de enskilda verksamheterna fattas av huvudmännens nämnder. De intervjuade ser som sin uppgift att legitimera initiativ från verksamhetsföreträdare. Projektledningen samordnar detta arbete.

Beställar-utförarmodellen tillämpas i varierande omfattning

I Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm bedrivs verksamhet genom beställningar och avtal. En väl fungerande dialog mellan ledningsorgan (beställare) och verksamhetsföreträdare (utförare) anses vara en förutsättning

för att beställningar och avtal ska uppfattas som relevanta av berörda parter. Främst har huvudmännens utförarorganisationer kontrakterats, men också andra utförare i offentlig och privat regi förekommer. I Stenungsund tillämpades inledningsvis beställar-utförarmodellen utifrån ambitionen att upphandla verksamheterna i konkurrens, vilket skapade mycket diskussion. Det ansågs svårt att förena konkurrens och samverkan. Numera tillämpas beställar-utförarmodellen utifrån en kontinuerlig dialog mellan ledningsorganets projektledningskansli och verksamhetscheferna.

På Hisingen, Gotland och i Haninge är den politiska styrningen begränsad till att avse de särskilda SOCSAM-aktiviteterna. Det förs inga diskussioner mellan ledningsorgan och verksamhetsföreträdare beträffande verksamheterna i sin helhet. De intervjuade politikerna menar att de beställer samverkan, inte verksamhet.

Tillämpningen av beställar-utförarmodellen påverkas delvis av hur huvudmännens organisationer ser ut. De intervjuade menar att tillämpningen underlättas om man sedan tidigare har erfarenhet av beställar-utförarmodellen. Emellanåt har SOCSAM-politikerna i framförallt de befolkningsmässigt mindre kommunerna informellt velat ta över driftsansvaret från utförarnämnderna.

Syn på ansvar varierar

Hur den politiska styrningen utövas påverkar också synen på vilket ekonomiskt ansvar som SOCSAM medför. I Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm anser politikerna att de har det samlade ekonomiska ansvaret för de verksamheter som ingår i försöksverksamheten (den så kallade finansiella ramen). På Hisingen, Gotland och i Haninge anser man sig framförallt ha ett ansvar för de medel som har avsatts för att finansiera samverkansaktiviteter. Samtidigt är politikerna på Hisingen och i Haninge medvetna om att man enligt SOCSAM:s intentioner ska ha ett ekonomiskt ansvar för verksamheterna i sin helhet. På Gotland har politikerna däremot inte uppfattat att SOCSAM medför ett ekonomiskt ansvar för de ingående verksamheterna i sin helhet.²⁰

Ansvarsfördelningen mellan ledningsorganet och huvudmännens utförarnämnder har av vissa politiker uppfattats som otydlig. Det har funnits inslag

²⁰ En närmare beskrivning av hur inblandade aktörer har uppfattat SOCSAM på Gotland finns i kapitlet *Aktörers syn på SOCSAM*.

av dubbelkommando som skapat maktkamp mellan olika politiska nämnder. Det har varit oklart vilken nämnd som har ansvar och därmed befogenhet att fatta beslut om hur verksamheten ska bedrivas. Dessa politiker menar att förhållandet mellan beställare och utförare behöver klargöras.

Lokalpolitisk konsensus

Det politiska arbetet präglas av enighet över partigränserna. Det förekommer sällan partipolitiska diskussioner. I de befolkningsmässigt mindre försöksområdena anses detta bero på att man har en pragmatisk inställning till politik och i de större områdena på att det politiska arbetet är inriktat på att underlätta samverkan kring grupper som har behov av myndighetsgemensamma insatser.

Fördel med egen juridisk enhet

De intervjuade politikerna är mycket entusiastiska och i allmänhet positivt inställda till SOCSAM. I de försök som leds av ett beställarförbund menar de intervjuade att det är en fördel att ledningsorganet är en egen juridisk enhet. Det anses underlätta långsiktighet och stabilitet.

Däremot uppfattas försökslagstiftningen i vissa avseenden vara onödigt krånglig och för starkt styrande. Lokala lösningar och variationer tillåts inte alltid. Merparten anser att länsarbetsnämnden bör vara en formell och därmed likvärdig part i försöksverksamheten. En del av de intervjuade menar också att det är en brist att de små partierna saknar representation. I vissa försöksområden har detta lösts genom att ett större parti har givit ett mindre parti en av sina platser. Ett annat hinder som lyfts fram är frågan kring delegation. Försökslagstiftningen tillåter endast att beställarförbundet delegerar beslutanderätten till anställd inom beställarförbundet. Det betyder att tjänstemän i verksamheterna, till exempel projektledare för enskilda samverkansprojekt, inte har befogenheter att besluta i angelägenheter som ligger utanför den egna anställningsmyndighetens verksamhetsområde. I Laholm har man delvis löst detta genom att anställa en gemensam chef för primärvården och socialtjänsten som därmed är anställd av såväl landstinget som kommunen.²¹

Förutom hinder av lagteknisk karaktär anses de främsta hindren vara attityder, värderingar och hinder av organisatorisk karaktär. Det upplevs finnas ett

²¹ Se rapporten *En delrapport ifrån Socsam-försöket i Laholm 30 april 2001*, Fyrverkeriet.

visst motstånd på mellanchefsnivå. Det försöker man lösa genom att knyta till sig denna grupp i nätverk och arbetsgrupper. Samtidigt anses dessa hinder ha minskat över tid. Det största hindret idag anses vara att samverkan tar tid att åstadkomma.

3.2.2 Vilka ärenden ägnar sig politikerna åt?

I två av försöksområdena – Hisingen och Finspång – har det formella beslutsfattandet i ledningsorganet studerats²². Dessa försöksområden har valts dels för att de påbörjade SOCSAM under samma år, 1997, dels för att dessa områden kan sägas representera två varianter av SOCSAM. I Finspång riktas SOCSAM till hela befolkningen medan SOCSAM på Hisingen riktas till den yrkesverksamma delen av befolkningen (16–64 år).

Genom att studera protokollen från ledningsorganets sammanträden har det formella politiska beslutsfattandet studerats. Varje enskilt beslut har utifrån ett standardiserat formulär kodats och sammanställts i en databas för bearbetning och analys. De år som har granskats är 1997–2000.

Enighet över partigränserna

I intervjustudien med SOCSAM-politikerna framgår att det politiska beslutsfattandet präglas av enighet över partigränserna. Den politiska enigheten framgår också av protokollgranskningen.

Tabell 5 Ärendena fördelade på eniga och oeniga beslut

	<i>Finspång</i>	<i>Hisingen</i>
Eniga	240	130
Oeniga	1	2

De oeniga besluten i Hisingens politiska ledning utgjordes av två remissvar på yttranden, där man följde de politiska skiljelinjerna i stadsdelsnämnderna. I Finspång gällde oenigheten ett konstitutionellt beslut; val av 1:e vice ordförande.

²² Rapporten *Vilka ärenden ägnar sig de politiska ledningarna i Finspång och Hisingen åt?* Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, augusti 2001.

Merparten av ärendena i både Finspång och på Hisingen bereds av SOCSAM:s projektledning. Den största skillnaden mellan områdena med avseende på beredning är att ordföranden i ledningsorganet på Hisingen föredrar de flesta konstitutionella ärenden, vilket inte är fallet i Finspång.

Hög andel konstitutionella frågor

Vilken typ av ärenden behandlas av den politiska ledningen? I nedanstående tabell redovisas ärendena fördelade på huvudsaklig inriktning.

Tabell 6 Ärendena fördelade på inriktning, procent

	<i>Finspång</i>	<i>Hisingen</i>
Kartläggning	12	7
Ekonomi	8	8
Uppföljning/utvärdering	14	9
Organisationens utformning	3	1
Inleda ny verksamhet	12	12
Förlängning av verksamhet/aktivitet	11	5
Konstitutionella frågor	15	27
Utåtriktad information	3	11
Verksamhetsplanering	16	11
Kompetensutveckling	3	7
Remissyttranden	3	2

Det är viktigt att framhålla att undersökningen inte har mätt hur lång tid varje ärende tar vid sammanträdet. Man kan således inte dra slutsatsen att den politiska ledningen på Hisingen ägnar närmare en tredjedel av tiden åt konstitutionella frågor. Sådana frågor är ofta ytterst formella och snabbt avklarade. Det är värt att notera att SOCSAM:s politiska ledningar i relativt liten omfattning underställs remisser.

Främst offentliga utförare

En ideologisk tanke bakom beställar- och utförarmodellen som styrsystem är att öka konkurrensen genom att släppa in fler aktörer på utförarenan. Hur fördelas de ärenden som berör offentliga respektive icke-offentliga utförare?

I Finspång berör 22 procent av ärendena icke-offentlig utförare medan motsvarande andel för Hisingen är 14 procent. Över åren har ärendebalansen mellan offentliga/icke-offentliga utförare varit oförändrad på Hisingen, medan man i Finspång ökat andelen ärenden som avser icke-offentliga utförare. Det faktiska antalet icke-offentliga utförare hålls dock tämligen konstant under åren.

3.3 Summering och slutsatser

Den politiska samordningen tillämpas i enlighet med försöksområdenas förutsättningar och den lokala försöksverksamhetens inriktning. Det medför att den politiska ledningens mandat och ansvar varierar mellan försöksområdena. I de små och medelstora kommunerna utövas politisk styrning genom att den politiska ledningen beslutar om resursfördelning mellan de verksamheter som ingår i försöket. Genom avtal, budget och verksamhetsplan anges verksamheternas förutsättningar. SOCSAM:s politiska ledning har således övertagit ansvaret för verksamheterna i sin helhet. I de större kommunerna utövas den politiska styrningen i mer begränsad omfattning genom att den politiska ledningen enbart finansierar samverkansprojekt. Beslut om resursfördelning till de enskilda verksamheterna fattas av huvudmännens nämnder. SOCSAM:s politiska ledning har därmed inte övertagit det vidare ansvar som försökslagstiftningen möjliggör. Maktförskjutningen från huvudmännen till den gemensamma politiska ledningen har endast genomförts i begränsad utsträckning.

Variationerna i den politiska styrningen medför att beställar-utförarmodellen, som utgör tanken bakom den politiska styrningen i SOCSAM, endast tillämpas i de försöksområden där den politiska ledningen beslutar om resursfördelning mellan verksamheterna i sin helhet. En väl fungerande dialog mellan beställare och utförare har skapat förutsättningar för avtal som uppfattas som relevanta av berörda parter. SOCSAM:s projektledning fungerar som en neutral arena för denna dialog. Projektledningen har således en avgörande betydelse för att samordna verksamheterna.

Det mandat och ansvar som SOCSAM medför har tydliggjorts när den politiska ledningen har varit en egen juridisk enhet, ett så kallat beställarförbund. Huvudmännens revisorers granskning av verksamheten har bidragit till att oklarheter kring mandat och ansvar i flera fall har klarats ut. Den omedvetenhet som har funnits på Gotland kring ledningsorganets mandat och ansvar förklaras till stor del av att den politiska ledningen var förlagd till en kommunal nämnd.

Politikerrollen i SOCSAM skiljer sig från rollen i andra politiska uppdrag genom att politikerna har ansvaret för tre huvudmäns verksamheter. Det gemensamma ansvaret medför att politikerna har givits insyn i varandras verksamheter och därmed sett helheten på ett tydligare sätt. Däremot har endast den politiska ledningen i de små och medelstora kommunerna givits ett formellt ansvar för helheten. Därmed beslutar den politiska ledningen om resurstilldelning för verksamheterna i sin helhet. Politikerna är dock överens om vilka prioriteringar som ska göras mellan och inom olika verksamheter. I samtliga försöksområden präglas det politiska beslutsfattandet av konsensus, dvs. besluten fattas i enighet. Det beror sannolikt på att de politiska besluten främst avser aktiviteter för grupper som har behov av samordnade insatser. I dessa frågor finns det sällan partipolitiska åsiktsskillnader utan det råder enighet om behovet av särskilda aktiviteter för dessa grupper. Det har således uppstått en samsyn eller värdegemenskap i den politiska ledningen kring de behov som råder i försöksområdet.

SOCSAM:s politiska ledning har inte blivit synlig för medborgarna. Kontakterna med medborgarna har inte fått den omfattning som det, framförallt i de små och medelstora kommunerna, fanns förväntningar om. Inledningsvis fanns det ambitioner att inhämta information via kontakter med medborgare och brukare. Istället har projektledning, chefer och personal blivit de viktigaste informationskällorna för politikerna. SOCSAM:s politiska ledning har således främst blivit en synlig aktör inom de olika verksamheterna.

4 Den finansiella samordningen

- Den finansiella samordningen har varit en drivkraft för att initiera och bedriva gemensamma aktiviteter. Däremot finns det stora skillnader i tillämpningen av den finansiella samordningen.
- De befolkningsmässigt små och medelstora kommunerna har använt sig av den möjlighet som finansiell samordning innebär enligt SOCSAM:s intentioner, det vill säga att prioritera och finansiera de ingående verksamheterna i sin helhet.
- I de befolkningsmässigt större kommunerna har den finansiella samordningen tillämpats i begränsad omfattning i förhållande till försöksverksamhetens totala budget, eftersom endast samverkansprojekt prioriterats och finansierats inom ramen för försöksverksamheten.
- På Hisingen har det gemensamma kostnadsansvaret begränsats till de särskilda stimulansmedel som huvudmännen tilldelat försöket. I Laholm och Haninge har parternas gemensamma kostnadsansvar begränsats för att undvika kostnadsövertalningar på grund av faktorer som inte anses bero på försöksverksamheten.

Den finansiella samordningen utgör, vid sidan av den politiska samordningen, det unika med SOCSAM. Genom att samordna huvudmännens resurser prövas om de gemensamma resurserna kan användas effektivare. I detta kapitel redovisas intentionerna och tillämpningen av den finansiella samordningen.

4.1 Intentionerna bakom den finansiella samordningen

Genom den finansiella samordningen ges parterna ett gemensamt kostnadsansvar för socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Enligt SOCSAM-propositionen ska den gemensamma politiska ledningen nämligen besluta om mål och riktlinjer för de verksamheter som ingår i försöket samt

planera, prioritera, upphandla och finansiera dessa. Genom den finansiella samordningen är det således möjligt att omfördela resurser mellan de olika verksamheterna för att genomföra aktiviteter till gagn för den enskilde. Eventuella ekonomiska besparingar förväntas kunna avläsas i de verksamheter som ingår i den finansiella samordningen.

Parterna beslutar tillsammans vilka verksamheter som omfattas av det gemensamma kostnadsansvaret. De resurser som får disponeras i försöksverksamheten är medel för hälso- och sjukvård, sjukreseersättning, socialtjänst, vård av unga och vård av missbrukare, sjukpenning, rehabiliteringsersättning, försäkringskassans köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster samt vissa administrationskostnader.

I samtliga försöksområden ingår:

- Socialtjänstens kostnader för individ- och familjeomsorg
- Försäkringskassans kostnader för sjukpenning, rehabiliteringspennig och köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster
- Hälso- och sjukvårdens kostnader för primärvård.

I Stenungsund, Grästorp, Laholm och på Gotland ingår även socialtjänstens kostnader för äldre- och handikappomsorg. På Gotland ingår, förutom kostnader för primärvård, även kostnader för länssjukvård. Mellan 1994 och 1998 ingick kostnaderna för länssjukvård i Stenungsund, men sedan 1999 ingår, förutom primärvården, endast kostnaderna för de verksamheter av länssjukvården som är lokaliserade till Stenungsunds kommun. Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens kostnader för Hisingen, Gotland och Haninge är beräknade att avse den yrkesverksamma delen av befolkningen (16–64 år).

4.1.1 Finansiell ram

Kostnaderna för de ingående verksamheterna utgör försöksverksamhetens så kallade finansiella ram. Den finansiella ramens omfattning framgår av nedanstående tabell.

Tabell 7 Finansiell ram år 2000 (per huvudman och totalt). Tkr och procent

<i>Försöks- område</i>	<i>Försäkrings- kassan</i>	<i>Landstinget/ Regionen</i>	<i>Kommunen</i>	<i>Finansiell ram, 2000</i>
Stenungsund	102 911 (31 %)	54 985 (17 %)	172 091 (52 %)	329 987
Grästorps	17 048 (19 %)	12 740 (14 %)	60 055 (67 %)	89 843
Hisingen	559 277 (54 %)	50 500 (5 %)	424 617 (41 %)	1 034 394
Finspång	79 846 (45 %)	41 172 (23 %)	55 832 (32 %)	176 850
Gotland	164 641 (20 %)	– *	661 765 (80 %)	826 406
Laholm	63 798 (19 %)	60 164 (18 %)	215 326 (63 %)	339 288
Haninge	349 670 (38 %)	363 708 (45 %)	153 900 (17 %)	925 155

* Gotlands kommun är huvudman för hälso- och sjukvården. Därför ingår kostnaderna för hälso- och sjukvård i kommunens bidrag till den finansiella ramen.

Den finansiella ramen och respektive huvudmans resursinsats varierar mellan försöksområdena. Huvudmännens andelar av den finansiella ramen varierar beroende på vilka verksamheter som ingår i försöksverksamheten. Den finansiella ramens storlek påverkas i stor utsträckning av försöksområdenas storlek; ju större befolkningsunderlag desto större blir i regel den finansiella ramen.

Respektive huvudmans resursinsats vid försöksstart ska baseras på vad verksamheterna kostade året innan försöksverksamheten inleddes. För sjukpenning och rehabiliteringspenning finns inte någon formell budget. Försäkringskassans resursinsats vad avser sjukpenning och rehabiliteringspenning har därför beräknats utifrån senast kända utfall med antagande om att effekterna av regelförändringar m.m. är desamma som i övriga riket. Den finansiella ramen ska således inte belastas av över- eller underskott som uppkommit utanför försöksverksamheten. Den finansiella ramen justeras årligen enligt de principer huvudmännen kommit överens om. De senaste åren har framförallt

försäkringskassans andel av den totala finansiella ramen ökat, till följd av att sjukpenningkostnaderna i allmänhet har ökat.

4.1.2 Finansiellt resultat

Det finansiella resultatet visar det ekonomiska utfallet för de verksamheter som ingår i försöksverksamhetens finansiella ram. Om verksamhetens kostnader blir lägre än de budgeterade uppstår ett finansiellt överskott. Försöksverksamhetens finansiella resultat utgör således skillnaden mellan den finansiella ramen och de faktiska kostnaderna för de i försöket ingående verksamheterna.²³ I enlighet med det gemensamma kostnadsansvaret ska det finansiella resultatet fördelas mellan huvudmännen. Principerna för hur över- eller underskott skall fördelas bestäms gemensamt av huvudmännen. Ett finansiellt överskott kan till exempel användas till aktiviteter, personalresurser, omfördelningar till andra verksamheter eller för utdelning till huvudmännen. I nedanstående tabell redovisas det finansiella resultatet för åren 1997 till och med 2000.

Tabell 8 Finansiellt resultat för åren 1997 till och med 2000. Tkr

<i>Försöksområde</i>	<i>Finansiellt resultat 2000</i>	<i>Finansiellt resultat 1999</i>	<i>Finansiellt resultat 1998</i>	<i>Finansiellt resultat 1997</i>
Stenungsund	12 191	2 396	-15 864	-10 520
Grästorps	-1 089	-3 257	-1 695	-889
Hisingen	61 128	11 701	9 525	4 195
Finspång	-3 069	6 268	3 037	-475
Gotland	**	-35 578	-26 219	4 951
Laholm	-9 598	-6 778	-2 057	- *
Haninge	10 786	1 343	2 200	- *

* Laholm och Haninge påbörjade SOCSAM 1/1 respektive 1/4 1998.

** Det finansiella resultatet för 2000 är ännu inte fastställt.

²³ Det finansiella resultatet ska inte förväxlas med det ekonomiska utvärderingsresultatet som beräknas för att jämföra kostnadsutvecklingen i försöksområdena med särskilt utvalda kontrollområden. Det ekonomiska utvärderingsresultatet redovisas i kapitlet *Försöksområdenas ekonomiska utveckling*.

Det finansiella resultatet för försöksområdena och de enskilda verksamheterna beror i praktisk mening på hur säkra ekonomiska antaganden som gjorts kring verksamheternas framtida kostnader. Betydande delar av verksamheterna är osäkra att framtidsbedöma. Faktorer som sjuklighet, arbetslöshet och individers och grupper utsatthet innebär att även om föregående års utfall omvandlas till budgetramar så sker normalt avvikelser mellan prognoser och utfall.²⁴ Skillnader mellan prognos och utfall kan förväntas såväl i tider då landets ekonomi går in i en recession som under en accelererande expansion, vilket också har skett under försöksperioden.

Det finansiella resultatet påverkas också av i vilken utsträckning huvudmännen justerar sina resursinsatser. Huvudmännen beslutar i samstämmighet vilka justeringar som ska göras. I samtliga försöksområden justeras årligen budgeten för sjuk- och rehabiliteringspenning med hänsyn till kostnadsutvecklingen i riket. Om ett försöksområde har en lägre ökningstakt av sjukpenningkostnaderna än riksgenomsnittet uppstår ett finansiellt överskott för sjukpenningen. Resursinsatserna för socialtjänsten och hälso- och sjukvården justeras utifrån de principer som huvudmännen kommit överens om. I praktiken föreligger därför ingen slutligt fastställd finansiell ram (budget) förrän budgetåret/verksamhetsåret är avslutat.

Justeringarna görs för att försöksverksamheten inte ska belastas av över- eller underskott som inte anses bero på försöksverksamheten. De finansiella underskott som uppstått i försöksverksamheten på Gotland är ett exempel på att kommunens del av den finansiella ramen inte har justerats för de ekonomiska underskotten i den kommunala verksamheten.

4.2 Tillämpningen av den finansiella samordningen

Den finansiella samordningen är formellt utformad utifrån de principer som finns angivna i SOCSAM-propositionen, vilket innebär att den finansiella ramen är likartat uppbyggd i försöksområdena. Däremot finns det skillnader i hur den finansiella samordningen tillämpas. Detta gäller med avseende på hur de särskilda SOCSAM-aktiviteterna finansieras och i vilken utsträckning parterna tar ett gemensamt kostnadsansvar för de ingående verksamheterna.

²⁴ Respektive försöksverksamhets bedömningar av och förklaringar till det finansiella resultatet återfinns i ledningsorganens årsredovisningar (se litteraturlista).

4.2.1 Finansiering av aktiviteter

Kommun, landsting och försäkringskassa kan även inom ramen för ordinarie system finansiera gemensamma aktiviteter som erbjuder den enskilde samordnade insatser. Detta kräver då beredning och beslut i tre olika huvudmannasystem. I SOCSAM underlättas beredning och beslut kring finansiering av tvärssektoriella satsningar genom att samordningen underordnas ett gemensamt system.

Försöksverksamhetens finansiella ram är i princip intecknad av reguljär verksamhet eftersom det är dessa verksamheters senast kända utfall som utgör de så kallade ingångsvärdena. Försökets utmaning ligger i att genom förändrade prioriteringar möjliggöra nya satsningar som inte alltid går att skapa inom ramen för befintlig och reguljär verksamhet.

I Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm finansieras aktiviteter genom att ledningsorganet utifrån den finansiella ramen tilldelar respektive verksamhet en budget för att täcka verksamhetens kostnader under året. SOCSAM-aktiviteter kan därmed bedrivas i såväl projekt som i befintlig reguljär verksamhet. På Hisingen, Gotland och i Haninge finansieras aktiviteter genom att ledningsorganet beslutar om att finansiera särskilda samverkansprojekt. Finansiering av befintlig reguljär verksamhet beslutas av respektive huvudman. I dessa försöksområden tillämpas därmed den finansiella samordningen i begränsad omfattning i förhållande till försöksverksamhetens totala finansiella ram.

De satsningar som görs förväntas generera positiva resultat inom andra delar av försöksverksamhetens ekonomi, till exempel i form av lägre sjukpenning- och/eller socialbidragskostnader. Det är till exempel möjligt att använda sjukpenningmedel till åtgärder, exempelvis för att effektivisera rehabiliteringsarbetet. Detta är unikt eftersom det endast är inom ramen för SOCSAM som det är möjligt att använda medel från sjukpenninganslaget till andra insatser.²⁵ Enligt ordinarie lagstiftning – Lagen om allmän försäkring (AFL) – får sjukpenninganslaget enbart användas för utbetalning av sjukpenning. Samma tänkande, det vill säga att omvandla försörjningsstöd till aktiva rehabiliteringsinsatser, finns i synen på medel för socialbidrag. En sådan lösning förutsätter dock inte SOCSAM. Alla kommuner kan i princip utifrån social-

²⁵ Liknande möjlighet fanns i lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM) som prövades mellan 1993 och 1997.

bidragsbudgeten lägga upp särskilda aktivitetskonton och underförstått hoppas att sådana prioriteringar ska minska socialbidragsbehoven.

I försöksområdena har resurser för att finansiera särskilda SOCSAM-aktiviteter mobiliserats på olika sätt. I princip tre olika vägar har använts för att skapa dessa förutsättningar för finansiering av aktiviteterna:

1. SOCSAM:s politiska ledning finansierar aktiviteter inom ramen för den finansiella ramen. Medel från socialbidrags- och sjukpenninganslagen har utgjort en stor del av finansieringen av aktiviteterna. Stenungsund, Finspång, Gotland och Haninge har tillämpat denna modell. Stenungsund, Gotland, Laholm och Haninge kan genom sin redovisning ange respektive huvudmans del av finansieringen. Finspång förväntas göra detta i anslutning till att försöket slutregleras efter 2002. I de fall som det har uppstått ett finansiellt överskott har detta ytterligare bidragit till att skapa utrymme för satsningar på aktiviteter.
2. SOCSAM:s politiska ledning har måst förlita sig på att med stöd av befintliga resurser intensifiera och utveckla gemensamma aktiviteter. Det har inte med hänvisning till förväntade behov bedömts som möjligt att ur budgeten för socialbidrag eller sjukpenninganslaget föra över medel till andra ändamål. Dessa förutsättningar har kännetecknat försöket i Grästorps. Återkommande finansiella underskott har medfört att det inte har bedömts ha funnits utrymme för sådana satsningar.
3. De tre huvudmännen tilldelar SOCSAM:s politiska ledning extra medel vid sidan av den finansiella ramen. Man blandar inte samman dessa extra medel med den finansiella ramen utan markerar genom dessa ”öronmärkta” anslag att det är dessa medel som ska möjliggöra aktiviteter. Hur och till vilka aktiviteter medlen ska fördelas är däremot en fråga för SOCSAM:s politiska ledning. Hisingen har arbetat utifrån en sådan princip. Kommunens bidrag tas från stadsdelarnas anslag för socialbidrag, försäkringskassan använder anslaget för sjukpenning medan Regionens (Landstingets) medel tas från ett särskilt anslag. Under 2000 uppgick dessa medel, den så kallade disponibla ramen, till totalt 51 miljoner kronor.

I nedanstående tabell redovisas i vilken utsträckning som respektive försöksområde under försöksperioden har omvandlat sjukpenning- och socialbidragsanslagen till aktiva åtgärder.

Tabell 9 Omvandling av sjukpenning och socialbidrag under försöksperioden.* Tkr

<i>Försöksområde</i>	<i>Från sjukpenning</i>	<i>Från socialbidrag</i>	<i>Totalt</i>
Stenungsund	13 430	7 255	20 685
Grästorp	0	0	0
Hisingen	68 000	68 000	136 000
Finspång	**	**	**
Gotland	7 433	0	7 433
Laholm	5 082	1 500	6 582
Haninge	5 288	8 891	14 179

* Det finns ingen enhetlig redovisning av dessa uppgifter. Angivna belopp bygger på lokala företrädares bedömningar av förbrukade medel.

** I Finspång bedöms det inte ha varit möjligt att närmare redovisa dessa belopp.

I samtliga försöksområden, utom Grästorp, har man således använt sig av möjligheten att omvandla medel för kontanta ersättningar till åtgärdsmedel. Benägenheten att göra detta kan sägas bero på i vilken mån satsningarna bedöms resultera i lägre kostnader. Den intressanta frågan är om det är möjligt att se någon dynamisk effekt av omvandlingen. Har de satsningar som gjorts resulterat i till exempel färre sjukfall och lägre sjukpenningkostnader samt färre socialbidragstagare och lägre socialbidragskostnader? Dessa frågor belyses i kapitel 6 och 7.

4.2.2 Det gemensamma kostnadsansvaret

Genom den finansiella samordningen ges huvudmännen ett gemensamt kostnadsansvar för de ingående verksamheterna. Om verksamheternas kostnader blir lägre än vad som budgeterats uppstår ett finansiellt överskott som fördelas mellan huvudmännen enligt de principer som de har kommit överens om. Detta finansiella överskott kan användas till aktiviteter, personalresurser, omfördelningar till andra verksamheter eller för utdelning till huvudmännen. Vid ett finansiellt underskott bidrar parterna gemensamt till att täcka kostnaderna. Det bör poängteras att ett finansiellt underskott inte påverkar den enskildes lagstadgade rättigheter att vid behov uppbära till exempel sjukpenning eller socialbidrag. Dessa ersättningar betalas ut oavsett ett finansiellt underskott.

I försöksområdena används olika principer för fördelning av det finansiella resultatet. Det har inneburit att det gemensamma kostnadsansvaret i vissa försöksområden har begränsats i förhållande till den totala finansiella ramen. På Hisingen är det gemensamma kostnadsansvaret begränsat till de särskilda medel som huvudmännen har tilldelat försöket, den så kallade disponibla ramen. Begränsningen har gjorts mot bakgrund av det mandat och ansvar som huvudmännen har givit SOCSAM:s politiska ledning. I praktiken är Hisingens finansiella ram, som för år 2000 uppgick till mer än en miljard kronor, fiktiv eftersom ansvar och befogenheter i faktisk mening rörande dessa medel fortfarande ligger kvar hos huvudmännen. Prioriteringar och finansiering av verksamheterna i sin helhet görs således av respektive huvudman och inte av SOCSAM:s politiska ledning.

I Laholm och Haninge har det gemensamma kostnadsansvaret begränsats genom att endast en del av verksamheternas ekonomiska resultat fördelas mellan parterna. Respektive huvudman tar enskilt ansvaret för resterande resultat. Dessa begränsningar har bland annat gjorts på grund av att den finansiella ram som SOCSAM tilldelas av huvudmännen kan vara påverkad av andra politiska prioriteringar, till exempel besparingsbeting, som parterna annars ges ett fullt gemensamt kostnadsansvar för i SOCSAM. Det finansiella underskottet för SOCSAM på Gotland förklaras av de ekonomiska underskott som uppstått på grund av besparingsbeting i den kommunala verksamheten.

I övriga försöksområden har inte det gemensamma kostnadsansvaret begränsats på motsvarande sätt. I vilken utsträckning de finansiella resultaten för enskilda verksamheter beror på de av huvudmännen angivna budgetramarna eller är ett resultat av försöksverksamheten har inte bedömts.

4.3 Erfarenheter av den finansiella samordningen

Den finansiella samordningen förutsatte att huvudmännen för respektive försöksverksamhet inledningsvis bildade ett ekonomiskt nätverk. De ekonomer som av huvudmännen utsågs till att verkställa samordningen fick till uppgift att utifrån sina respektive ekonomisystem tillskapa den finansiella ramen för försöksverksamheten.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen tog vid inledningen av försöksperioden initiativet att bilda ett för samtliga försöksområden gemensamt ekonomiskt nätverk. Det fanns behov av att gemensamt diskutera frågor om

budget- och redovisningssystemens utformning liksom om den finansiella samordningen skulle baseras på fiktiva eller verkliga penningtransaktioner.

För att tillvarata och dokumentera erfarenheterna av arbetet med den finansiella samordningen har en särskild studie genomförts. Genom dokumentstudier och intervjuer med berörda ekonomer och revisorer liksom projektledarna för SOCSAM har ekonomiprocessen analyserats.²⁶ I det följande redovisas de huvudsakliga resultaten från denna studie.

I försöksområdena har olika modeller valts för administrationen av den finansiella samordningen. I tre av områdena – Stenungsund, Finspång och Laholm – har SOCSAM-kansliet förstärkts med en ekonom som ansvarar för handläggningen av ekonomiprocessen. I de andra områdena har en ekonom anställd hos någon av huvudmännen givits ett samordningsansvar för ekonomiprocessen. Det kan inte påvisas att de skilda modellerna skulle resultera i olika kvalitet i hanteringen av ekonomiprocessen. De avgörande faktorerna bedöms vara hur man uppfattar sin uppgift med avseende på exempelvis lojalitet, prioritet och neutralitet. En faktor som har framhållits av såväl SOCSAM-ekonomer som huvudmannaekonomer är det positiva i att ingå i ett nätverk för ekonomer med likartade arbetsuppgifter.

I försöksområdena har man också valt olika modeller för ekonomiprocessen. Till exempel är budgetprocessen olika uppbyggd. Dessutom har redovisningen och principerna för resultatfördelning mellan parterna olika utformning. Flertalet av de intervjuade uppfattar sin ekonomiprocess som ändamålsenlig. Under förutsättning att ekonomiprocessen hanteras rätt och uppfattas som relevant av användarna bedöms val av modell vara av underordnad betydelse.

Försökssituationen bedöms spela roll. Det faktum att verksamheten bedrivs i försöksform har, enligt flertalet av de intervjuade, inneburit att man inte alltid har gjort de förändringar som är nödvändiga för att skapa varaktiga lösningar.

Projektledarna för SOCSAM anser att arbetet med att till skapa en budget för försöksverksamheten tar mycket tid i anspråk och kräver mycket diskussion med huvudmännen. Det uppfattas som problematiskt att den finansiella ramen är preliminär och fastställs först efter verksamhetsårets utgång.

²⁶ Rapporten *Erfarenheter av ekonomiprocessen i SOCSAM – hur har administrationen av den finansiella samordningen fungerat?* Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, underlagsrapport augusti 2001.

I flera av försöksområdena pågår arbete med att hitta former för en ändamålsenlig återrapportering av försöksverksamhetens resultat. Det bedöms som viktigt att inblandade aktörer får relevant information om utvecklingen och det ekonomiska läget. Särskilt poängteras att rapporteringen mer bör uppmärksamma de aktiviteter som bedrivs och mindre på olika huvudmäns resursinsatser i försöksverksamheten.

En grundförutsättning för finansiell samordning bedöms vara att tydliga och gemensamt överenskomna principer för ekonomiprocessen upprättas och dokumenteras från början. Ekonomiprinciper som berörda parter är överens om stärker tilltron till försöksverksamheten. Trots de svårigheter som påtalats uppfattas försöksverksamheten och administrationen av den finansiella samordningen som övervägande positiv av de intervjuade.

4.4 Summering och slutsatser

Huvudmännen har givit SOCSAM:s politiska ledning olika mandat och ansvar, vilket medför att den finansiella samordningen tillämpas på olika sätt. I de små och medelstora kommunerna (Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm) har huvudmännen givit SOCSAM:s politiska ledning den möjlighet som finansiell samordning innebär enligt SOCSAM:s intentioner och konstruktion, det vill säga att prioritera och finansiera verksamheterna i sin helhet. I de befolkningsmässigt större kommunerna (Hisingen, Gotland och Haninge) har den finansiella samordningen tillämpats i mer begränsad omfattning i förhållande till försöksverksamhetens totala budget, eftersom endast samverkansprojekt prioriteras och finansieras inom ramen för försöksverksamheten. I dessa försöksområden har inte huvudmännen givit SOCSAM:s politiska ledning mandat och ansvar att fördela resurser till verksamheterna i sin helhet. Det kan dock inte påvisas att de skilda modellerna i sig resulterar i olika kvalitet i hanteringen av ekonomiprocessen. Det viktiga är att arbetet bedrivs utifrån tydliga och av huvudmännen gemensamt överenskomna principer.

När tre huvudmäns resurser samordnats har möjligheter öppnats för att initiera och finansiera gemensamma och nya aktiviteter. I försöksområdena har dock olika tillvägagångssätt valts för att förutom finansiering av befintlig reguljär verksamhet anslå medel till nya aktiviteter. Försöksverksamheten på Hisingen har fått särskilda stimulansmedel av huvudmännen vid sidan av de medel som avsatts för att finansiera huvudmännens reguljära verksamhet. I övriga försöksområden har försöksverksamheten måst förlita sig på att ge-

nom utveckling av befintliga resurser inom den finansiella ramen nå uppsatta mål om bättre samordning och fördjupad samverkan.

En möjlighet som har använts för att finansiera aktiviteter är att omvandla delar av budgeten för kontantstöd (sjukpenning och socialbidrag) till att initiera nya aktiviteter. Möjligheten att använda sjukpenningmedel till aktiva åtgärder är unikt för SOCSAM. Tanken är att de satsningar som görs ska generera positiva resultat inom andra delar av försöksverksamhetens ekonomi, till exempel i form av lägre sjukpenning- och/eller socialbidragskostnader. Benägenheten att omvandla sjukpenning och socialbidrag till aktiva åtgärder kan sägas bero på i vilken mån satsningarna bedöms resultera i lägre kostnader. En kritisk faktor i detta sammanhang kan vara försöksverksamhetens finansiella resultat. Återkommande finansiella underskott kan påverka benägenheten att använda sig av de möjligheter till omvandling och omfördelning som SOCSAM möjliggör.

Oavsett hur de särskilda SOCSAM-aktiviteterna har finansierats har den finansiella samordningen medfört att parterna har fått insyn i varandras verksamheter. Därmed har de gemensamma beröringspunkterna mellan de olika sektorerna tydliggjorts. Den finansiella samordningen har således blivit en drivkraft för att initiera och bedriva gemensamma aktiviteter. Det har bidragit till att främja en helhetssyn på de verksamheter som ingår i försöket. Helhetssynen har också främjats genom att parterna har givits ett gemensamt kostnadsansvar för socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. I vissa försöksområden har dock det gemensamma kostnadsansvaret begränsats. På Hisingen är det gemensamma kostnadsansvaret begränsat till de särskilda stimulansmedel som huvudmännen har tilldelat försöket inför respektive verksamhetsår. I Laholm och Haninge har en annan begränsning gjorts. I dessa försöksområden fördelas enbart en del av försöksverksamhetens totala ekonomiska resultat mellan parterna. Denna begränsning har gjorts för att en part inte ska finansiera en annan parts ekonomiska underskott eller få del av ett överskott som kan ha uppstått på grund av andra politiska prioriteringar än de som beslutas av SOCSAM:s politiska ledning. Man har således velat undvika kostnadsövervältringar mellan parterna på grund av faktorer som inte anses bero på SOCSAM-försöket.

5 Aktörers syn på SOCSAM

- Idag är politiker och personal betydligt försiktigare i bedömningen av SOCSAM:s effekter med avseende på lägre kostnader och högre kvalitet. Däremot anser den personal som arbetar i särskilda samverkansaktiviteter att SOCSAM haft effekt med avseende på ökad helhetssyn och minskad rundgång.
- Generellt sett har inte samverkan mellan olika verksamheter förbättrats. Däremot anser den personal som deltar i särskilda samverkansaktiviteter att samverkan har förbättrats. De anser också att försöksverksamheten är ett stöd i arbetet.
- SOCSAM har underlättat samverkan med arbetsförmedlingen/AMI som inte har tillåtits delta i den formella samordningen.
- SOCSAM på Gotland avbröts på grund av att parterna inte var överens om hur det kommunala finansiella underskottet skulle fördelas mellan kommunen och försäkringskassan.

En huvudtanke med försöksverksamheten är att SOCSAM ska förstärka samverkan mellan olika verksamheter för att därmed bättre kunna tillgodose den enskildes behov. Personalens inställning till försöksverksamheten har betydelse för hur väl SOCSAM lyckas med det övergripande syftet. Försöksverksamheten kan dessutom påverkas av huvudmännens inställning till försöket och dess politiska ledning.

Vid försöksperiodens början förväntade sig en majoritet av huvudmännens politiker att försöksverksamheten skulle förbättra kvaliteten i vård, omsorg och rehabilitering till en lägre kostnad än tidigare. Bland personalen var osäkerheten däremot betydligt större. Dessa undersökningar har upprepats under 2001 för att belysa attityder till SOCSAM och samverkan idag.

I detta kapitel redovisas resultaten av enkät- och intervjuundersökningar med huvudmännens politiker, personalen och aktörer som SOCSAM-personalen samverkar med, så kallade medaktörer. Dessutom har aktörer på Gotland och i Hyllie tillfrågats om sin syn på SOCSAM med anledning av att dessa två försök avbröts.

I avsnitt ett beskrivs kortfattat hur undersökningarna är genomförda. Därefter i det andra avsnittet beskrivs politikernas och personalens attityder till SOCSAM. Avsnittet redovisar hur synen på samverkan har förändrats bland de olika personalgrupperna. Dessutom beskrivs hur de olika aktörerna värderar SOCSAM:s betydelse. Kapitlet avslutas med en beskrivning av de erfarenheter som kan erhållas av de SOCSAM-försök som avbrutits.

5.1 Genomförande

Vid två tillfällen, 1997/1998 och 2001, har huvudmännens politiker (kommunstyrelsen, landstingsstyrelsen, försäkringskassans styrelse och berörda facknämnder), personal i de berörda verksamheterna (socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsförmedlingen/AMI, primärvården och i förekommande fall länssjukvården) och medaktörer (exempelvis länssjukvård, skola, förskola, fritidsverksamhet, polis, apotek och näringsliv) besvarat olika enkäter.

För de försöksområden som påbörjade SOCSAM under 1997 genomfördes den första mätningen 1997 och första halvåret 1998. För Haninge och Loholm, som påbörjade SOCSAM under 1998, genomfördes den första mätningen under andra halvåret 1998 och första halvåret 1999.²⁷ Den andra mätningen genomförde 2001. Hur svarsfrekvensen varierar mellan de olika mättillfällena återges i nedanstående tabell.

Tabell 10 Andel besvarade enkäter

<i>Aktör</i>	<i>1997/98</i>	<i>2001</i>
Huvudmännens politiker	67	67
SOCSAM-personal	66	58
Medaktörer*	88	76

* Medaktörerna besvarade den första enkäten i början av 1999.

Svarsfrekvensen hos huvudmännens politiker var lika hög (67 procent) vid båda mättillfällena. Vid andra mätningen besvarades enkäten av 418 person-

²⁷ En mer omfattande redovisning av enkätundersökningarna återfinns i *SOCSAM – tidiga erfarenheter. En lägesrapport*, Finansiell samordning 1998:2 och i *SOCSAM – en mångfacetterad verksamhet*, Finansiell samordning 1999:1.

er. Bortfallet är ganska högt mot bakgrund av den aktiva politiska process som ligger bakom försöksverksamheterna i de olika områdena.²⁸

Den första personalenkäten besvarades av 1 981 personer (66 procent) och bland försöksområdena hade då Grästorps högsta frekvens (76 procent) medan Finspång låg lägst (52 procent). 2001 års enkät besvarades av 1 455 personer vilket gav en svarsfrekvens på 58 procent. Denna gång har Finspång högsta svarsfrekvens (79 procent) medan Stenungsund har lägst (cirka 45 procent).²⁹

Det är försöksområdena som avgjort vilka personalgrupper som beretts tillfälle att besvara enkäten. Urvalet har således inte skett slumpmässigt och i de fall där en aktiv selektion av personalgrupper har skett har resultaten tolkats med viss försiktighet. Urvalsförfarandet har dels gjorts med avseende på verksamheter som ingår i försöket och dels den personal som i första hand skall utveckla samverkan. Eftersom olika urvalsförfaranden har använts i försöksområdena bör jämförelser mellan områdena tolkas varsamt. Däremot är huvudintresset vid resultatgenomgången att studera förändringar över tid i varje enskilt försöksområde, vilket reducerar problemet med olika urvalskriterier eftersom urvalen gjorts på ett likartat sätt vid båda mättillfällena.

Det relativt stora bortfallen vid mätningarna utgörs till stor del av personal inom äldre- och handikappomsorgen. De inom äldre- och handikappomsorgen som besvarat enkäten har i mycket större utsträckning än annan verksamhetspersonal lägre kännedom om SOCSAM-försöket liksom en lägre grad av delaktighet i försöket. En förklaring till detta förhållande är att relativt få aktiviteter har bedrivits inom äldre- och handikappomsorgen. Det finns således ett tydligt samband mellan delaktighet i försöket och svarsbenägenhet. Den personal som aktivt deltar i SOCSAM-aktiviteter har en högre svarsfrekvens.

I tre av försöksområdena, Finspång, Grästorp och Laholm³⁰ har en enkät skickats till aktörer som SOCSAM-personalen samverkar med, de så kallade

²⁸ Rapporten *Hur ser huvudmännens politiker på SOCSAM?*, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, november 2001.

²⁹ Rapporten *Hur ser personalen på SOCSAM?*, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, november 2001.

³⁰ Rapporten *Omvärldens perspektiv på SOCSAM - enkät riktad till SOCSAM:s medaktörer i tre försöksområden*. Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, juli 2001.

medaktörerna. De har tillfrågats om hur de anser att samverkan med de verksamheter som ingår i SOCSAM fungerar. Medaktörerna identifierades genom att SOCSAM-personal under en bestämd vecka angav vilka aktörer man samverkade med.

I Hyllie och på Gotland har utöver enkätundersökningar även intervjuundersökningar genomförts med anledning av att dessa båda försök avbröts. Undersökningarna har bestått av intervjuer med politiker och personal som på olika sätt har varit involverade i försöksverksamheterna. Undersökningarna genomfördes under våren 2001.³¹

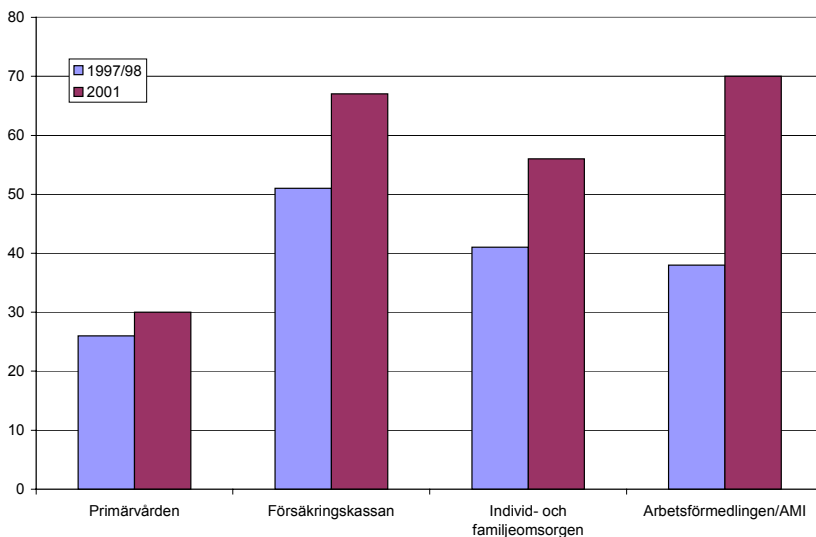
5.2 Politikernas och personalens attityder till SOCSAM

Politikernas kännedom om det allmänna syftet med SOCSAM har ökat mellan de båda mätstillfällena. Av huvudmännens politiker är det nu 61 procent som känner till försökets allmänna syfte bra eller mycket bra mot 50 procent vid den första mätningen. Den bästa kännedomen har huvudmännens politiker i Stenungsund, där 80 procent svarar bra eller mycket bra. Vid förra mätningen var kännedomen störst i Laholm (70 procent mot 75 vid den sista mätningen). Sämst kännedom har fortfarande huvudmännens politiker på Gotland som emellertid har ökat andelen från 30 till 41 procent. Det kan noteras att försöket på Gotland avslutades bland annat på grund av bristande politisk förankring (se vidare avsnittet *Erfarenheter från försök som har avbrutits* i detta kapitel). Överlag är således kännedomen hög bland politikerna.

Personalens kännedom om det allmänna syftet med SOCSAM har också ökat. Av SOCSAM-personalen anser idag 38 procent att de har bra eller mycket bra kunskaper (mot 28 procent vid första mätningen) om det allmänna syftet. I nedanstående figur redovisas hur kännedomen har förändrats för personalen i de olika verksamheterna.

³¹ Rapporterna *Hur uppfattades SOCSAM på Gotland? – erfarenheter från ett SOCSAM-försök som avslutades trots tron på idén*, underlagsrapport, augusti 2001 och *SOCSAM i Hyllie – mer än en parentes?* Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, maj 2001.

Figur 2 Andel av personalen som anser sig ha god kännedom om SOCSAM



Generellt har kännedomen om SOCSAM:s allmänna syfte ökat under perioden. Naturligtvis har också kännedomen ökat mer i verksamheter med en mer utvecklad samverkan. Att primärvårdens kännedom om SOCSAM i stort är oförändrad mellan de båda mätillfällena kan ha sin förklaring i hög personalomsättning på vårdcentralerna, framför allt bland läkarna. Emellertid föreligger stora lokala skillnader, 73 procent av primärvårdens personal på Hisingen säger sig ha bra eller mycket bra kunskaper om det allmänna syftet mot 15 procent av personalen inom Finspångs primärvård. På Hisingen pågår många samverkansaktiviteter inom primärvården, vilket kan förklara den goda kännedomen. Att länsarbetsnämndernas personal har blivit en alltmer aktiv part i aktiviteterna kan tydligt avläsas i att deras kunskaper om SOCSAM:s allmänna syfte också har ökat betydligt.

5.2.1 Samverkan berör endast delar av personalgrupperna

Personalen inom primärvård, individ- och familjeomsorg, försäkringskassa och arbetsförmedling/AMI har fått ge sin syn på hur samverkan fungerar mellan de olika verksamheterna. Hur samverkan utvecklats framgår av följande tabell. Tabellen visar på i vilken utsträckning personalen anser att samverkan mellan olika verksamheter har fungerat bra vid de två svarstillfällena.

Tabell 11 Andel av personalen som 1997/98 resp. 2001 anser att samverkan mellan olika verksamheter fungerar ganska bra eller mycket bra

	Primärvården ³²		Försäkringskassan		Individ- och familjeomsorgen		Af/AMI	
	1997/98	2001	1997/98	2001	1997/98	2001	1997/98	2001
Primärvården	–	–	32	20	22	22	8	29
Försäkringskassan	47	41	–	–	31	37	20	36
Individ- och familjeomsorgen	35	30	51	35	–	–	50	48
Af/AMI	25	14	46	40	51	61	–	–

Enligt enkätsvaren anser personalen inom primärvården att samverkan med försäkringskassan har försämrats. Primärvårdens samverkan med arbetsförmedlingen/AMI har däremot förbättrats betydligt, medan arbetsförmedlingen/AMI å sin sida anser att samverkan med läkarna på vårdcentralen försämrats. Även försäkringskassans och individ- och familjeomsorgens personal är av samma uppfattning beträffande utvecklingen av samverkan med läkarna. Arbetsförmedlingen/AMI:s samverkan med individ- och familjeomsorgen har förbättrats medan individ- och familjeomsorgens samverkan med arbetsförmedlingen/AMI är relativt oförändrad.

Försäkringskassans samverkan med individ- och familjeomsorgen har förbättras samtidigt som personalen inom individ- och familjeomsorgen anser att samverkan med försäkringskassan har försämrats. Såväl primärvården som individ- och familjeomsorgens och arbetsförmedlingen/AMI:s personal anser att samverkan med försäkringskassan har försämrats. Samtliga parter som samverkar med försäkringskassan har alltså uppfattningen att det har blivit sämre.

Det är tydligt att samverkan mellan de olika verksamheterna inte har förstärkts annat än i undantagsfall. Framförallt är det samverkan mellan arbetsförmedlingens personal och de övriga tre aktörerna som förstärks. Primärvårdens tillbakagång kan bero på hög personalomsättning bland läkarna.

³² Bedömningen beträffande primärvårdens samverkan med andra verksamheter kommer från den samlade primärvården. Samverkan med primärvården avser läkarna på vårdcentral.

Däremot anser personal som är delaktiga i särskilda SOCSAM-aktiviteter att samverkan mellan olika personalgrupper har förstärkts. I takt med att antalet särskilda samverkansaktiviteter har ökat har också personalens medverkan vid planering och genomförande av försöken ökat (från 6 procent till 20 procent vid det sista mättillfället).

Av huvudmännens politiker är det en stor andel som anser att de inte har någon uppfattning om hur samverkan fungerar. En tolkning som ligger nära till hands är att samverkan primärt är ett medel och därför i första hand är en fråga för professionerna. Politikernas primära roll torde i stället vara att koncentrera sig på målfrågor vilket innebär att de har en begränsad uppfattning om hur samverkan fungerar i praktiken.

Medaktörerna har tillfrågats om hur de uppfattar kontakterna med SOCSAM-personalen. Genomgående anses kontakterna vara ganska bra eller mycket bra – en uppfattning som inte har förändrats mellan mättillfällena. Medaktörerna i Finspång och Grästorps anser i något högre grad att så är fallet än medaktörerna i Laholm. Medaktörerna vill med få undantag öka kontakterna. Flera av aktörerna inom skolan poängterar vikten av ökad kontakt med sjukvårdspersonal, framför allt på barnvårdscentraler.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att samverkan inte har förbättrats mellan de båda mättillfällena. Anledningen kan vara att samverkan endast berör ett fåtal inom personalen samt att samverkan försvåras av personalomsättning, dvs. bristande kontinuitet. De som å andra sidan samverkar upplever att samverkan förbättrats.

Arbetsförmedlingens/AMI är en viktig part

Försökslagstiftningen tillåter inte att länsarbetsnämnden är en formell part i SOCSAM. I flertalet av försöksområdena har därför särskilda samverkansavtal tecknats med länsarbetsnämnden. Arbetsförmedlingen/AMI är också en aktiv part i SOCSAM-aktiviteterna.³³ Samverkan med arbetsförmedlingen/AMI anses också ha förbättrats. Ser då politiker och personal något behov av att arbetsförmedlingen/AMI deltar som formell part i SOCSAM?

En stor majoritet (82 procent) av huvudmännens politiker anser att det är av stor eller mycket stor vikt att arbetsförmedlingen/AMI deltar som en likvärdig part i politisk och finansiell samordning. De bland personalen som sam-

³³ Se även kapitlet *SOCSAM:s värde för individen*.

verkar med arbetsförmedlingen/AMI är även överlag angelägna om att arbetsförmedlingen/AMI deltar i den politiska och finansiella samordningen. Av arbetsförmedlingarnas egen personal anser 70 procent att det är av stor eller mycket stor vikt att den egna organisationen ingår som en part i politisk och finansiell samordning.

En stor majoritet av personalen, om än en mindre andel än bland politikerna, anser således att det är viktigt att arbetsförmedlingen/AMI deltar i den formella samordningen. Intresset från arbetsförmedlingens personal att få delta i formell mening understryks av svaren på frågan om huruvida skilda mål/uppdrag för olika myndigheter är ett problem i samverkan. I jämförelse med personalen i de myndigheter som formellt deltar i samordningen anser arbetsförmedlingens personal att skilda mål/uppdrag för myndigheterna är ett mycket större problem. Intresset från arbetsförmedlingens personal om att delta i den formella samordningen, samtidigt som man anser de skilda målen är större problem än andra personalgrupper, kan tolkas som att den formella samordningen skulle minska problemen.

Hindren för samverkan har minskat

SOCSAM syftar bland annat till att motverka revirgränser mellan olika huvudmän och därmed underlätta samverkan mellan olika verksamheter. Personalenkäten tyder på att hindren för samverkan har minskat.

Personalen ansåg inledningsvis att olika yrkesgruppers attityder till varandra utgjorde ett stort problem för samverkan. När försöksverksamheten pågått under några år anses problemet vara mindre (från 39 till 25 procent).

Personalen inom SOCSAM anser idag att sekretess mellan myndigheterna är ett mindre problem än vid försökets inledning. Vid den första mätningen ansåg 33 procent av personalen att detta var ett problem mot 22 procent vid andra mätningen. Personalgrupper som deltar i gemensamma aktiviteter anser i mindre utsträckning att sekretess utgör ett hinder. Det förklaras troligen av att man begär och får individens samtycke för att kunna utbyta information mellan de samverkande myndigheterna. Inte heller anser personalen att samverkan hindras av att det är svårt att se vinster med samverkan, att samverkan kostar pengar eller att det råder brist på mötesplatser för de olika aktörerna.

Knappt 40 procent av personalen anser att det är svårt att avsätta tid för samverkan. Det är intressant att notera att samtidigt som arbetsförmedlingens personal har svårt att avsätta tid för samverkan är man i hög grad positivt

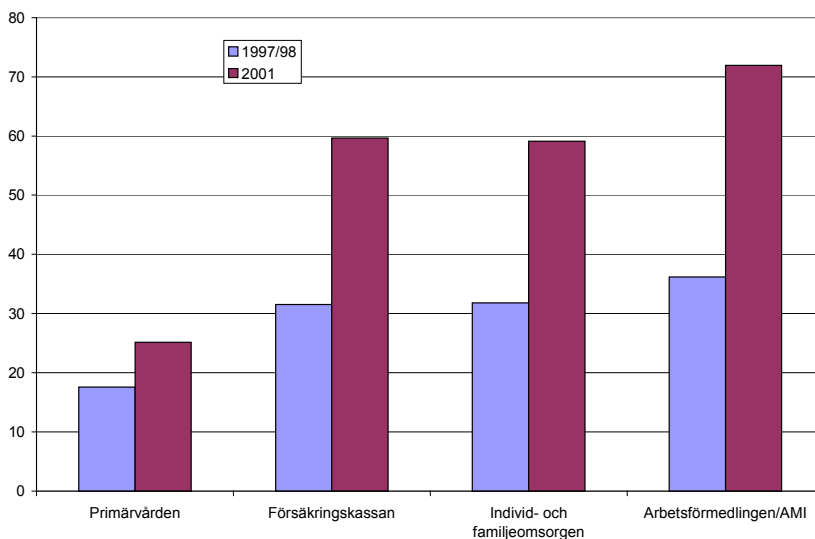
inställd till samverkan. Samverkan anses vara viktig och personalen anger att de skulle vilja lägga mer tid på den. Försäkringskassans personal uppger däremot att detta problem inte är ett så omfattande.

5.2.2 SOCSAM har blivit en viktig aktör

För huvudmännens politiker har SOCSAM:s ledningsorgan blivit en viktig informationskälla beträffande befolkningens levnadsförhållanden. I Stenungsund, Finspång, Hisingen och Laholm anses SOCSAM:s ledningsorgan vara den viktigaste informationskällan. I Haninge anses brukarna vara viktigast, i Grästorp enskild ledamot i SOCSAM-nämnden och på Gotland enskild tjänsteman på SOCSAM-kansliet. Det är viktigt att understryka att politikerna inte i något område bedömt respektive facknämnd som viktigare än SOCSAM:s ledningsorgan.

Personalen anser att de egna arbetskamraterna har störst betydelse för det egna arbetet (52 procent). Endast 15 procent av personalen anser att de politiska församlingarna har stor betydelse. Detta gäller för såväl SOCSAM:s ledningsorgan som den egna facknämnden. Av försöksområdena är det högst andel (26 procent) av personalen i Finspång som anser att SOCSAM:s politiska ledning har mycket stor betydelse och lägst andel (2 procent) på Gotland. Facknämnden är mest viktig för personalen i Stenungsund och minst viktig på Gotland. Att cheferna är mycket viktiga för det egna arbetet anser 32 procent av personalen där högst andel återfinns i Stenungsund. Endast 5 procent av personalen på Gotland anser de närmaste cheferna vara mycket viktiga för det egna arbetet. Cheferna å sin sida anser att SOCSAM:s ledningsorgan och dess tjänstemannaledning har stor betydelse.

Däremot anser personalen i allt större utsträckning att SOCSAM är ett stöd i arbetet. Av de svarande anser i dag 36 procent att SOCSAM är ett stöd i arbetet mot 22 procent vid den första mätningen. Fördelat på de olika verksamheterna är svaren följande:

Figur 3 Andel av personalen som anser att SOCSAM är ett stöd i arbetet

Det är närmare dubbelt så många av personalen inom försäkringskassan, individ- och familjeomsorgen och arbetsförmedlingen/AMI som vid det andra mättillfället anser att SOCSAM är ett stöd i arbetet. Samtidigt är det många som inte vet eller anser sig kunna bedöma om SOCSAM är ett stöd. Idag anser 38 procent att de varken vet eller kan bedöma huruvida SOCSAM är stöd i arbetet mot 54 procent vid den förra mätningen. Den relativt höga andelen av de svarande som inte anser sig kunna bedöma SOCSAM:s betydelse förklaras av att endast delar av personalgrupperna deltar i samverkan.

Stor osäkerhet om SOCSAM:s effekter

Vid försöksperiodens början förväntade sig en majoritet av huvudmännens politiker att försöksverksamheten skulle förbättra kvaliteten i vård, omsorg och rehabilitering till en lägre kostnad än tidigare. Bland personalen var osäkerheten däremot betydligt större.

Även vid andra mättillfället har huvudmännens politiker en mer optimistisk syn på SOCSAM:s effekter. Det är dock betydligt fler av de svarande som idag inte anser sig kunna bedöma SOCSAM:s effekter.

Osäkerheten hos personalen är stor även när försöket har pågått ett par år. Vid förra mätningen, som då kan betraktas som uttryck för personalens för-

väntan, angav en stor andel (43 procent) att de inte visste om försöket skulle leda till förbättrad helhetssyn. Andelen är oförändrad vid andra mätningen. Vid det första mättillfället ansåg 43 procent att effekten skulle bli förbättrad helhetssyn, idag anser 33 procent att en sådan effekt uppnåtts. Mindre rundgång som effekt antog 42 procent vid den första mätningen – idag anser 31 procent att en sådan effekt har uppnåtts. Det är framförallt arbetsförmedlingen/AMI:s personal och personal som arbetar i särskilda samverkansaktiviteter som anser att försöket har haft positiva effekter med avseende på förbättrad helhetssyn och minskad rundgång.

5.3 Erfarenheter från försök som har avbrutits

Gotland medverkade i SOCSAM mellan 1997 och 2000 och Hyllie bedrev SOCSAM under 1998. I dessa områden avslutades SOCSAM i förtid. Med anledning av det har två särskilda undersökningar genomförts för att belysa erfarenheterna av dessa båda försök. I det följande redovisas de huvudsakliga resultaten från undersökningarna.

5.3.1 Hur uppfattades SOCSAM på Gotland?

Gotland påbörjade SOCSAM den 1 juli 1997. Villkoren för SOCSAM på Gotland reglerades i ett särskilt avtal mellan parterna; Gotlands kommun och Gotlands läns allmänna försäkringskassa. Under 1998 och 1999 uppstod ett finansiellt underskott i SOCSAM på cirka 60 miljoner kronor. Underskottet hade generats i kommunens verksamhet.³⁴ Det finansiella resultatet föranledde en diskussion om behovet av vissa förändringar i parternas avtal, bland annat med avseende på resursinsatserna och ledningsorganets mandat. Parterna kunde inte enas om ett nytt avtal, vilket innebar att SOCSAM på Gotland formellt avslutades den 31 december 2000.

Med anledning av att SOCSAM på Gotland avslutades i förtid har en särskild studie genomförts för att belysa erfarenheterna av SOCSAM-konstruktionen på Gotland. Undersökningen har bestått av intervjuer med personer som på olika sätt har varit involverade i försöksverksamheten. Såväl politiker som

³⁴ Se även kapitlet *Den finansiella samordningen*.

tjänstemän har intervjuats. I det följande redovisas de huvudsakliga resultaten från denna undersökning.³⁵

FINSAM som förebild

FINSAM har haft en avgörande betydelse för uppläggningsen av SOCSAM. Mellan 1993 och 1997 medverkade Gotland i lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM). Det försöket genererade ett överskott inom sjukförsäkringen som bland annat kunde nyttjas till aktiviteter inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten på Gotland. FINSAM upphörde som försöksverksamhet 1997. När möjligheterna öppnades för ännu ett försök som byggde på finansiell samordning såg parterna detta som en väg att förlänga möjligheten att få del av socialförsäkringsmedel. När SOCSAM-försöket inleddes på Gotland fördes ackumulerade överskott från FINSAM-försöket in som ett tillskott till den finansiella ramen för SOCSAM.

Begränsat mandat och ansvar

Av intervjuerna framgår att parterna inte förstod att SOCSAM var ett försök som gick mycket längre än FINSAM. Den politiska samordningens ledningsstruktur fick i förhållande till övriga nämnder en kompletterande och sidordnad kommunal nämndsstatus. SOCSAM-nämnden tog i reell mening aldrig över ansvaret för de verksamheter som ingick i den finansiella ramen, vilket innebar att den finansiella ramen i praktiken endast var fiktiv. Vårdsnämnderna hade tvärsen mot försökslagstiftningens intentioner fortfarande reellt ansvar och mandat för sina verksamheter. Något maktskifte ägde därmed aldrig rum. Det saknades en ansvarig juridisk person för SOCSAM med den legitimitet och det mandat som följer därav.

Svag förankring såväl politiskt som administrativt

SOCSAM:s politiska ledning bestod av en kommunal nämnd med uppdrag att fatta beslut om att genomföra väl avgränsade projekt inom de olika verksamheterna. Projekten finansierades med medel ur försäkringskassans tillskott till den finansiella ramen, det vill säga på liknande sätt som skedde i

³⁵ Undersökningen redovisas i sin helhet i rapporten *Hur uppfattades SOCSAM på Gotland? – erfarenheter från ett SOCSAM-försök som avslutades trots tron på idén*, underlagsrapport, augusti 2001.

FINSAM-försöket.³⁶ SOCSAM-nämnden hade därmed inte något inflytande över de prioriteringar som gjordes i den ordinarie kommunala nämndsorganisationen.

Den ledningsgrupp som inrättades och som bestod av berörda förvaltningschefer avskaffades 1999. Dess uppgifter övertogs av en grupp med mellanchefer, den s.k. beredningsgruppen. SOCSAM:s svaga förankring blev därmed ännu tydligare. Kopplingen till den till den finansiella ramen blev ännu mer diffus.

Parternas finansiella spelregler skilde sig åt. Försäkringskassans tillskott till den finansiella ramen reglerades utifrån reellt utfall medan motsvarande reglering inte gjordes av kommunens tillskott. Kommunens finansiella ramar underordnades besparingar som inte kunde hämtas hem inom ramen för försöket. När kommunen inte justerade dessa underskott resulterade detta i återkommande finansiella underskott för SOCSAM-nämnden.

Intentionerna att den ekonomiska resultatberäkningen skulle baseras på utfallet för varje enskilt projekt förverkligades aldrig. Principen om ett gemensamt kostnadsansvar för den totala (fiktiva) ramen innebar att försäkringskassan skulle ersätta kommunen för dess underskott. Kommunen ansåg sig inte kunna justera det uppkomna underskottet. Försäkringskassans å sin sida ansåg sig inte kunna fortsätta SOCSAM under dessa förutsättningar. Detta var den utlösande faktorn till att avtalet för SOCSAM på Gotland inte förlängdes efter 2000.

Den underliggande orsaken till att försöket avbröts var att SOCSAM:s idé aldrig utvecklades som en gemensam och förankrad idé. I intervjuerna framträder ett förväntansgap mellan styrande politiker och engagerade verksamhetsföreträdare.

5.3.2 SOCSAM i Hyllie – mer än en parentes?

SOCSAM i stadsdelen Hyllie i Malmö blev kortvarigt eftersom det endast pågick under ett år, 1998. Skåne län bildades 1999 varvid hälso- sjukvården i Malmö organisatoriskt överfördes från Malmö kommun till det nybildade landstinget Region Skåne. Denna huvudmannaskapsförändring innebar att parterna var tvungna att byta ledningsform från kommunal nämnd till beställarförbund eller kommunalförbund.

³⁶ Se vidare kapitlet *Den finansiella samordningen*.

En viktig fråga i utvärderingen är om SOCSAM-idén och dess konstruktion har bäring för andra kommuner än de som sökt och beviljats medverkan i försöksverksamheten. Hur samverkansfrågorna utvecklats i Hyllie efter 1998 kan förhoppningsvis bidra till att belysa denna fråga. I det följande redovisas de huvudsakliga intrycken efter intervjuer med följande personer/funktioner i Hyllie:

- De båda försöksledarna för SOCSAM i Hyllie.
- Cheferna för individ- och familjeomsorgen och försäkringskassan.
- Handläggare från individ- och familjeomsorgen och försäkringskassan som deltagit i samverkansprojekt under och efter SOCSAM-tiden.

Undersökningen genomfördes under april 2001.³⁷

Tradition av samverkan

I Hyllie har det funnits en samverkanstradition sedan 1980-talet. Kommunen utsåg Hyllie som representativ stadsdel för Malmö. Där ansågs även finnas relativt många ”gråzonsärenden”. Målgruppen var långvarigt sjukskrivna och sjuka socialbidragstagare utan sjukpenninggrundad inkomst. Det så kallade Ronjaprojektet, som var en samordnad verksamhet, var en viktig förutsättning när man lokalt inledde ansökningsförfarande för att få delta i SOCSAM. Det fanns önskemål om att få en gemensam penningpåse för att arbeta med dessa individer. Den politiska samordningen var mindre viktig som motiv för att pröva SOCSAM.

Samverkan på operativ nivå

Under det år som Hyllie medverkade i SOCSAM fördes förutsättningslösa diskussioner tvärssektoriella arbetsgrupper, så kallade tvärgrupper. Tanken var att bilda konsultativa team men dessa kom aldrig igång. Genom SOCSAM finansierades olika insatser med SOCSAM-medel. Dessa medel betraktades som riskkapital. De båda projektledarna var samverkansambassadörer. Linjechefer hade fortfarande befogenheter och ansvar över personalresurserna, men det ansågs ändå lätt att få loss personal.

Politikerna i SOCSAM-nämnden hade ett svagt mandat. Ledningsgruppen (mellanchefer och projektledare) skulle vara ense innan förslag lades fram

³⁷ Undersökningen redovisas i sin helhet i rapporten *SOCSAM i Hyllie – mer än en parentes?* Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, maj 2001.

för nämnden. I ledningsgruppen var det mycket diskussioner men få förslag som ledde till beslut. Det var dessutom dålig kännedom om tvärgruppernas arbete i ledningsgruppen.

Den personal inom individ- och familjeomsorg som var involverad i SOCSAM såg i större utsträckning nyttan med samverkan. Övrig personal inom individ- och familjeomsorgen var misstänksam. Vården kom aldrig med i samverkan. Primärvården var styrd av antal besök, vilket påverkade medverkan i samverkansaktiviteter.

Svag politisk förankring

I och med bildandet av landstinget Region Skåne kunde inte försöket drivas i den organisationsform som fanns (kommunal nämnd). Diskussioner påbörjades under hösten 1998 om förändrad anpassad organisationsform, bland annat angående förändring till beställarförbund. Landstinget avböjde dock medverkan. Definitivt beslut fattades under våren 1999.

Hyllies variant av politisk samordning gjorde det politiskt tandlöst (vilket delvis var syftet), men var också en bidragande orsak till att försöket avbröts eftersom det vid bildandet av Skåne-regionen inte fanns någon tillräcklig politisk förankring inom hälso- och sjukvården.

Det informella samarbetet har utvecklats

Samverkan fungerade redan innan SOCSAM, men det blev dock mer legitimt i formell bemärkelse i och med SOCSAM. Försäkringskassan och arbetsförmedlingen samverkade bra tidigare och SOCSAM innebar ingen större skillnad. Samverkan med sjukvården fungerade dåligt då som nu. Samverkan mellan försäkringskassan och individ- och familjeomsorgen har utvecklats naturligt och med mer intensitet. SOCSAM har bidragit till att underlätta det informella samarbetet.

Fördelarna med SOCSAM ansågs vara: Legitimitet, långsiktighet, flexibilitet, förståelse för varandras verksamheters regler och begränsningar, tydliggjort rollerna. Nackdelarna ansågs vara: Krånglig finansiell konstruktion, onödigt med politisk ledning för lösningar kring enskilda.

5.4 Summering och slutsatser

Inledningsvis fanns det, framförallt hos politikerna, stora förväntningar på positiva effekter av SOCSAM. Det gällde med avseende på såväl lägre kost-

nader som högre kvalitet på verksamheterna. I dag är man betydligt försiktigare i bedömningar av SOCSAM:s effekter. Det förklaras delvis av att man har underskattat tidsfaktorns betydelse för att åstadkomma förändringar. Det kan också förklaras av den ekonomiska utvecklingen under försöksperioden. Exempelvis var sjukskrivningskostnaderna vid inledningen av försöken på en betydligt lägre nivå. De senaste åren har sjukskrivningskostnaderna ökat kraftigt. Emellertid har personal som arbetar i särskilda samverkansaktiviteter en mer optimistisk syn på SOCSAM:s effekter på minskad rundgång och ökad helhetssyn.

SOCSAM har fått ökad betydelse på såväl politisk nivå som hos personalen. Huvudmännens politiker anser att SOCSAM:s politiska ledning är en mycket viktig aktör. På Gotland och i Hyllie har SOCSAM haft en svag politisk förankring, vilket bidrog till att dessa försök avbröts. I dessa försöksområden sågs SOCSAM primärt som ett medel för att finansiera samverkansaktiviteter. De oklara principerna avseende parternas gemensamma kostnadsansvar bidrog till att SOCSAM på Gotland avbröts. SOCSAM:s politiska ledning gavs aldrig något inflytande över verksamheterna i sin helhet. Därmed bedrevs SOCSAM utifrån ett begränsat mandat och ansvar. Däremot gavs SOCSAM:s politiska ledning fullt ansvar för de finansiella underskott som uppstått på grund av prioriteringar som gjordes i den ordinarie kommunala nämndorganisationen. Oenigheten mellan parterna – kommunen och försäkringskassan – om hur det kommunala finansiella underskottet skulle fördelas var orsaken till att SOCSAM på Gotland avbröts.

Personalen anser i dag i större utsträckning att försöksverksamheten är ett stöd i arbetet. Personalens medverkan i planering och genomförande har också ökat betydligt, men berör företrädesvis den personal som arbetar med särskilda samverkansaktiviteter. Samverkan berör således endast delar av personalgrupperna och dessa anser också att samverkan har förbättrats.

Den personal inom arbetsförmedlingen/AMI som deltar i samverkansaktiviteter är överlag positivt inställda till samarbetet med SOCSAM-verksamheterna. Merparten av personalen inom arbetsförmedlingen/AMI anser också att arbetsförmedlingen/AMI bör delta som en likvärdig part i SOCSAM. En stor del av politiker och personal i SOCSAM-verksamheterna anser också att arbetsförmedlingen/AMI bör delta som en likvärdig part i den politiska och finansiella samordningen. Å ena sidan tycks således SOCSAM underlätta samverkan med parter som inte deltar i den formella samordningen. Å andra sidan tycks det vara så att samordning av vissa verksamheter tydliggör huvudmannaskapsgränserna och därmed behovet av ytterligare samordning.

6 SOCSAM:s värde för individen

- En stor andel av aktiviteterna har utgjorts av sysselsättnings- och arbetsmarknadsåtgärder för personer som står relativt långt från arbetsmarknaden.
- Arbetsförmedlingen/AMI har inte deltagit som en formell part i den politiska och finansiella samordningen, men har trots detta i stor utsträckning deltagit i aktiviteterna.
- För individer som medverkat i arbetsmarknadsinriktade aktiviteter har behovet av offentlig försörjning minskat.
- Individer som har medverkat i socialmedicinskt inriktade aktiviteter mår enligt egen utsago bättre.

En viktig fråga i utvärderingen av SOCSAM är hur individerna påverkas av de aktiviteter de deltar i. Ger SOCSAM ett mervärde för individen? Vad kan man säga om resultaten av de aktiviteter som under ett antal år har bedrivits inom ramen för SOCSAM? Dessa frågor kan inte enkelt besvaras genom en enda utvärderingsinsats men genom en sammanvägning av olika undersökningar kan man få en uppfattning om detta. Detta kapitel sammanfattar de undersökningar som genomförts i syfte att mäta effekter för de individer som har deltagit i de aktiviteter som bedrivits i SOCSAM.

I följande avsnitt redovisas en uppskattning av hur stor SOCSAM:s primära målgrupp bedöms vara. I avsnitt två beskrivs de aktiviteter som genomförts i SOCSAM. Därefter redovisas hur individers självupplevda hälsa påverkats av deltagande i de aktiviteter som bedrivits. I avsnitt fyra beskrivs den typiske SOCSAM-individen och hur dennes försörjning förändras genom deltagande i SOCSAM-aktiviteter. I avsnitt fem presenteras resultaten från en särskild prioriteringsstudie.

6.1 Hur stor är SOCSAM-gruppen?

Hur många individer har då behov av myndighetsgemensamma bedömningar och insatser? Med myndighetsgemensamma insatser ur ett SOCSAM-per-

spektiv menas när minst tre parter samverkar. Rent allmänt saknas kunskap om hur många individer som har deltagit i de aktiviteter som bedrivs i SOCSAM. De ansatser som gjorts försvåras av att vissa aktiviteter har avslutats och att någon statistik över antal individer aldrig fördes när aktiviteterna bedrevs.

Individernas behov av samverkan mellan minst tre parter kan ses på fyra nivåer. Den första nivån är samverkan kring kartläggningar och inventeringar för att reda ut vilka och hur många individer som samtidigt kan vara aktuella hos flera myndigheter (bruttomålgruppen). Den andra nivån är när myndigheterna i samverkan bedömer vilka individer i bruttomålgruppen som har behov av samordnade insatser. Den tredje nivån är en bedömning av vilka insatser den enskilde behöver samt samordningen av dessa. Den fjärde nivån är när handläggare från olika myndigheter lokalmässigt samordnar sig.

Inom ramen SOCSAM-utvärderingen på Hisingen har man försökt beräkna gruppens storlek. Beräkningarna visar att cirka 5 700 personer under år 2000 deltog i de individinriktade aktiviteterna på Hisingen. Det motsvarar cirka 7 procent av den yrkesverksamma befolkningen på Hisingen.³⁸ Det bör dock vara en viss överskattning i förhållande till riket, eftersom Hisingen till exempel har högre ohälsotal och socialbidragskostnader jämfört med riket. Dessutom har inte alla de individer som ingått i de individinriktade aktiviteterna på Hisingen behov av samordnade insatser från flera myndigheter. På Hisingen har därtill lokalmässig samordning i ett antal aktiviteter etablerats, som kan sägas utgöra den fjärde samverkansnivån. I dessa har cirka 600 personer deltagit under 1999, vilket utgör cirka 0,8 procent av den yrkesverksamma befolkningen.

I Finspång har under 1999 cirka 600 personer, cirka fem procent av den yrkesverksamma befolkningen, utgjort den så kallade bruttomålgruppen. Av dessa var 270 personer sjukskrivna mer än 28 dagar av primärvården och utgjorde ett underlag för vilka som kunde tänkas ha behov av gemensam bedömning.³⁹ Uppgifter föreligger inte kring hur många av dessa som sedan gick vidare till en gemensam bedömning. En särskild kartläggning fann att

³⁸ Rapporten *Sammanfattande utvärdering av DELTA-projektet*, DELTA.

³⁹ *Årsredovisning 1999*, Finspångs Beställarförbund.

290 personer i Finspång var arbetsföra men icke anställningsbara.⁴⁰ Hindren för anställningsbarhet identifierades i samverkan. Gemensamma insatser genomfördes för knappt hälften av dessa individer. Dessutom fanns det i Finspång ett tvärsektorielt bedömarteam som det året fann att 30 personer hade behov av en gemensam bedömning. Underlaget från Finspång tyder alltså på att cirka 3 procent av den yrkesverksamma befolkningen i Finspång har behov av en tvärsektorieell bedömning.

En metodisk bedömning av hur stor den primära målgruppen är har Grästorps gjort. Metoden utgår ifrån den modell som initierades när SOCSAM inleddes i Grästorp. Handläggare från de olika myndigheterna tog bokstavligen med sig sina kortlådor till ”samverkansrummet” och utifrån en gemensam inventering kunde man klarlägga vilka individer som hade behov av en gemensam individuell handlingsplan. Varje myndighet hade dessförinnan fått individernas samtycke till den gemensamma bedömningen. Under 2000 hade 60 personer ett sådant behov, vilket motsvarar cirka 2 procent av den yrkesverksamma befolkningen i Grästorp.⁴¹ Projektet och metoden för beräkningen utvärderades 1998 och redovisades i det årets lägesrapport.⁴²

Utifrån befintliga underlag är det svårt att exakt fastsälla gruppens storlek. Om den primära målgruppen definieras som de individer som har behov av samordnade insatser (nivå 3) kan gruppens storlek uppskattas till ungefär 2 procent av den yrkesverksamma befolkningen. Detta ska dock inte uppfattas som en skattning av den primära målgruppens storlek på riksnivå utan är endast en bedömning utifrån försöksområdenas egna redovisningar.

FRISAM-utvärderingen har däremot försökt uppskatta målgruppen för samverkan på riksnivå.⁴³ Där har man uppskattat att cirka 5 procent av den yrkesverksamma befolkningen är långtidsarbetslösa eller långtidssjukskrivna och kan utgöra en potentiell bruttomålgrupp för samverkan. På grundval av enskilda studier har FRISAM-utvärderingen beräknat att faktisk samverkan

⁴⁰ Rapporten *Hinder och resurser för arbetsföra men i dagsläget icke anställningsbara finspångsbor – myndigheternas behovsbilder*, Finspångs beställarförbund, 99-06-03.

⁴¹ *Årsredovisning 2000*, Beställarförbundet 5S Grästorpsnämnden.

⁴² Rapporten *SOCSAM – tidiga erfarenheter*, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, Finansiell samordning 1998:2.

⁴³ Rapporten *Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*, Socialstyrelsen 2001.

berör knappt 35 procent av bruttomålgruppen (FRISAM-utvärderingen använder begreppet riskgrupp). På riksnivå skulle det röra sig om knappt 100 000 personer eller 1,7 procent av den yrkesverksamma befolkningen.

6.2 Aktiviteternas inriktning

I SOCSAM ingår reguljära verksamheter inom socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. De verksamheter som bedrivs utöver de reguljära verksamheterna benämns *aktiviteter*. Det kan vara allt från samverkansprojekt till kartläggningar och utbildningsinsatser. Respektive försöksområde har haft tolkningsföreträde med avseende på vad som ska anses vara en aktivitet och ingå i en gemensam aktivitetskatalog.⁴⁴ Dess syfte utöver den rent beskrivande är att visa SOCSAM:s aktivitetsprofil.

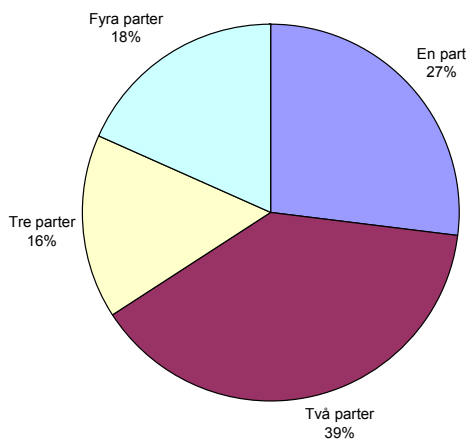
I de sju områdena har det bedrivits och bedrivs sammanlagt 201 aktiviteter.⁴⁵ Av dessa ”ärvdes” 43 aktiviteter, som således initierades före SOCSAM-tiden. SOCSAM har för dessa aktiviteter betytt såväl en förankring hos flera parter liksom tryggad ekonomisk finansiering. I och med SOCSAM har de tvärsektoriella aktiviteterna givits ett, för de samverkande myndigheterna, gemensamt forum.

I 26 av de 201 aktiviteterna (13 procent) bidrar ingen av parterna med personella resurser i direkt mening. Huvuddelen av sådana aktiviteter bedrivs av enskilda, föreningar eller andra sammanslutningar vars verksamhet finansieras med SOCSAM-medel. I de övriga 175 aktiviteterna bedrivs aktiviteten av en, två, tre eller fyra parter, se figur nedan.

⁴⁴ Samtliga aktiviteter redovisas i rapporten *Vad görs i SOCSAM? en aktivitetskatalog, underlagsrapport, november 2001*.

⁴⁵ Flera av aktiviteterna har utvärderats inom ramen för de lokala utvärderingarna. Resultat från dessa aktivitetsspecifika utvärderingar redovisas i de försöksområdesvisa utvärderingsrapporterna (se litteraturförteckning).

Figur 4 Andel enparts-, tvåparts-, treparts- och fyrapartsaktiviteter (N 175)



En stor andel av aktiviteterna utgörs av samverkan mellan två parter, huvuddelen av dessa är mellan kommun och landsting. I en tredjedel av aktiviteterna bedrivs tre- eller fyrapartssamverkan, där den fjärde parten utgörs av arbetsförmedlingen/AMI. I en fjärdedel av aktiviteterna är det en part ensam som driver aktiviteten.

6.2.1 Satsningar på organisations- och metodutveckling

Kartläggningar och utbildningsinsatser som ett led i organisations- och metodutveckling har varit ett framträdande drag i försöksområdena. Av de 201 upptagna aktiviteterna utgörs 18 av kartläggningar av allmän karaktär som utgör beslutsunderlag för insatser. Kartläggningarna har bland annat gjorts av väntetider till vård och behandling⁴⁶ samt i syfte att identifiera grupper som till

⁴⁶ Se t.ex. rapporterna *Väntetidsstudie i sjukförsäkringen*, DELTA, mars 1999 och *Väntetidsstudie Att utifrån ett försäkringskassaperspektiv analysera de flaskhalsar som skapar väntetider i ett sjukfall*, Projekt 4S Stenungsund, 2001.

exempel arbetsföra men ej anställningsbara⁴⁷ och sjuka socialbidragstagare⁴⁸. I sju av försöksområdena har så kallade För vem-studier genomförts. Genom intervjuer med utvalda behovsgrupper och med de aktörer som dessa grupper möter har det bedömts hur personal i berörda verksamheter organiserar sig kring människor med behov av samhällets stöd. Exempel på utvalda behovsgrupper är personer med rygg- och nackbesvär, missbrukare, arbetslösa ungdomar och personer med olika former av psykiska besvär.⁴⁹ I Stenungsund och Grästorp har även uppföljande studier genomförts.⁵⁰ Dessutom har särskilda processanalyser (till exempel rygg/nacke och psykisk ohälsa) utgjort underlag för särskilda satsningar.⁵¹ Av de kartläggningar som genomförts har cirka 70 procent genererat någon form av ny aktivitet. Av de 201 aktiviteterna består 43 av utbildningsinsatser för personal. Knappt hälften av dessa aktiviteter berör personal hos tre eller fyra parter, vilket kan tolkas som att utbildningsinsatserna är ett led i förstärkning av samverkan.

6.2.2 Främst sysselsättnings- och arbetsmarknadsåtgärder

När aktiviteter såsom kartläggningar och kompetensutveckling samt andra aktiviteter utan koppling till konkret insats för någon individ exkluderas återstår 120 aktiviteter. I följande figur framgår vilka primära insatser som aktiviteten innehåller.

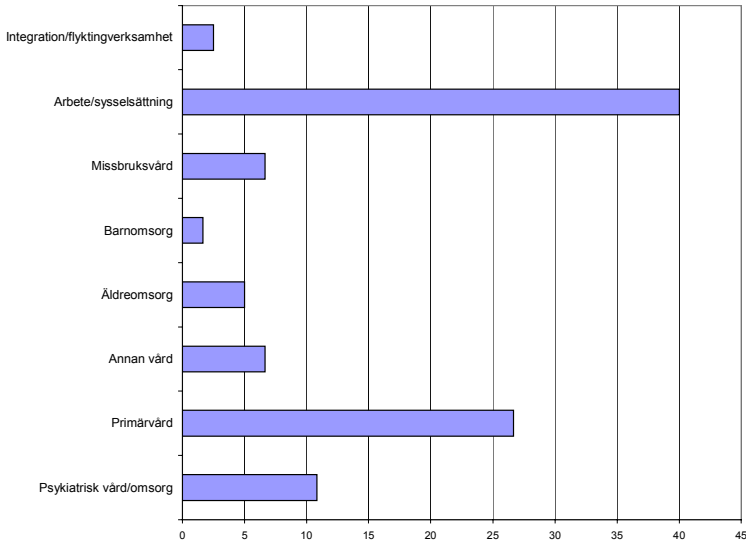
⁴⁷ Se t.ex. rapporten *Hinder och resurser för arbetsföra men i dagsläget icke anställningsbara finspångsbor – myndigheternas behovsbilder*, Finspångs beställarförbund, 99-06-03.

⁴⁸ Se t.ex. rapporten *Lägesrapport avseende sjuka socialbidragstagare boende på Hisingen, som inte är sjukpenningplacerade*, DELTA, november 1998.

⁴⁹ Resultaten redovisas i rapporten *Sammanfattning av tjugosex behovsgruppsbaserade organiseringsstudier i sju Socsamkommuner*, Socialstyrelsen/ABH Företags- och kommuninfo AB, 2000.

⁵⁰ Rapporterna *Lokal utvärdering av SOCSAM projekt 4S Stenungsund 1994–2000*, *Projekt 4S och SOCSAM 5S i Grästorp Utvärdering av fyra års verksamhet 2001-04-30*, Tabella Utvärdering.

⁵¹ Se *Lägesrapport SOCSAM i Haninge*, augusti 2001.

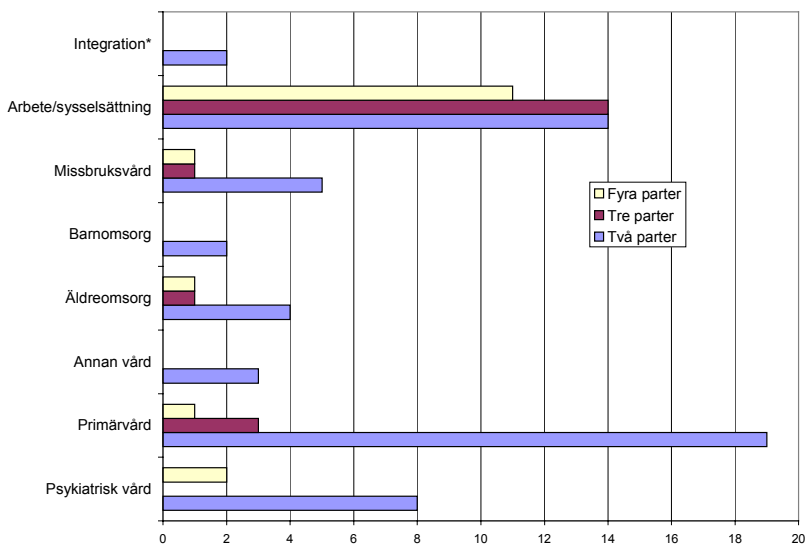
Figur 5 Aktivitetens primära insats, andel av samtliga (N 120)

En mycket stor andel av aktiviteterna har som primär insats en anknytning till arbete och sysselsättning. Det är inte särskilt förvånande eftersom tre av försöksområdena enbart riktar sig till den yrkesverksamma delen av befolkningen, men även i de fyra områden som riktar sig till hela befolkningen dominerar aktiviteter för yrkesverksamma. I samtliga försöksområden koncentreras alltså aktiviteterna till personer i yrkesverksam ålder.

De aktiviteter som riktar sig till barn bedrivs nästan uteslutande i Stenungsund och Finspång. De aktiviteter som berör alla åldrar bedrivs framförallt i Grästorp och Laholm. Endast ett fåtal aktiviteter riktar sig till äldre. I stort sett samtliga aktiviteter, cirka 95 procent, riktar sig till både kvinnor och män.

Av de 120 aktiviteterna som arbetar med insatser är det 92 som avser samverkan, dvs. mer än en part ingår i verksamheten. Fördelningen av två, tre och fyra parter i aktiviteter som arbetar med insatser för individer redovisas i figur nedan.

Figur 6 Antal medverkande parter fördelade på insatser för enskilda, andel av samtliga (N 92)



* Med integration avses insatser för flyktingar

Sammantaget av de aktiviteter som direkt avser insatser för enskilda är det 62 procent som berör två parter och 38 procent tre eller fyra parter. Att fyrparts-samverkan är mest frekvent i insatser med anknytning till arbete/sysselsättning är givet eftersom sådana insatser i hög grad berör den fjärde parten, arbetsförmedlingen/AMI.

Samtidigt som sysselsättningsåtgärder är vanligast förekommande är inte arbetsgivare någon central aktör i de aktiviteter som riktas till yrkesverksamma. Det förklaras troligen av att de människor man arbetar med i regel befinner sig ganska långt från arbetsmarknaden (till exempel långtidsarbetslösa, personer som uppburit socialbidrag under lång tid och långtidssjuk-skrivna). Istället deltar verksamheter inom vuxenutbildningen i relativt stor omfattning. Intresseorganisationer såsom patientföreningar deltar inte i någon större omfattning. Det bekräftas av en intervjuundersökning som genomförts

med funktionshindrade som också är aktiva i den lokala RTP-föreningen (Riksförbundet för trafik- och polioskadade) i respektive försöksområde.⁵²

I de aktiviteter som har barn som primär målgrupp deltar oftast socialtjänsten, hälso- och sjukvården och utbildningsförvaltningen. I aktiviteterna för ungdomar deltar förutom socialtjänst och utbildningsförvaltning framförallt arbetsförmedlingen. I aktiviteter för äldre samverkar verksamheter inom äldreomsorgen med hälso- och sjukvården.

6.2.3 Länsarbetsnämnden är en mycket viktig part

Bland de 201 aktiviteterna förekommer olika samverkanskonstellationer. I 129 aktiviteter är det två eller fler parter som samverkar (se nedanstående tabell).

Tabell 12 Förekommande samverkanskonstellationer

	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Kommun/landsting	45	35
Kommun/försäkringskassa	1	1
Kommun/länsarbetsnämnd	14	11
Landsting/försäkringskassa	7	5
Försäkringskassa/länsarbetsnämnd	1	1
Kommun/landsting/försäkringskassa	6	5
Kommun/försäkringskassa/länsarbetsnämnd	20	15
Landsting/försäkringskassa/länsarbetsnämnd	1	1
Samtliga fyra parter	34	26
Totalt	129	100

Mest förekommande samverkan är den mellan kommun och landsting (35 procent). En betydande andel utgörs som visats tidigare av samverkan mellan fyra parter (26 procent). Trepartsamverkan är mest aktuell mellan kommun, försäkringskassa och länsarbetsnämnd – denna samverkanskonstellation förekommer i 20 av de 27 trepartsaktiviteterna. Samverkan mellan SOCSAM-

⁵² Rapporten *Intervjuer med funktionshindrade personer*, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, juli 2001.

parterna (kommun, landsting och försäkringskassa) förekommer i sex aktiviteter. Länsarbetsnämnden är således en mycket viktig part i samverkan. Länsarbetsnämnden deltar i drygt hälften (55 procent) av aktiviteterna, trots att den inte deltar i den formella samordningen enligt försökslagstiftningen. SOCSAM har således i stor utsträckning blivit ett sysselsättningsprojekt för de personer som befinner sig långt från arbetsmarknaden. Genom SOCSAM har kommunen till exempel aktualiserat personer hos arbetsförmedlingen/AMI vilket har medfört att personer därmed har fått del av sysselsättningsåtgärder.

6.3 Förändringar i upplevd hälsa

Har individens hälsa påverkats positivt av genomförda aktiviteter? I flera av aktiviteterna har individens självupplevda hälsa studerats med hjälp av hälsoenkäten Euroqol (EQ-5D). I det följande redovisas de huvudsakliga resultaten från denna studie.⁵³

6.3.1 Euroqol och andra undersökningar

Euroqol är ett icke-sjukdomsspecifikt instrument för beskrivning och värdering av individens hälsotillstånd. Den enskilda individen besvarar fem frågor om rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Genom indexering beskrivs och värderas den enskildes självupplevda hälsotillstånd på en skala mellan 1,0 (bästa tänkbara hälsotillstånd) och -0,594 (sämst tänkbara hälsotillstånd). Undersökningen förutsätter samtycke från de deltagande individerna.

Euroqol är ett vedertaget hälsoinstrument som har använts i många olika undersökningar. Därmed är det möjligt att jämföra hälsotillståndet för personer som deltar i SOCSAM-aktiviteter med hälsotillståndet för personer som medverkat i andra undersökningar.

Vid en tidigare mätning har normalbefolkningen (18–78 år) i Sverige medelvärdet 0,89⁵⁴. I Östergötland genomfördes under 1999 en stor hälsomätning

⁵³ En utförlig redovisning finns i rapporten *Euroqolstudie i SOCSAM – inrapporterade uppgifter februari 2001*, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, oktober 2001.

⁵⁴ Björk, Norinder (1995).

av invånarna i åldern 20–74 år⁵⁵; männens medelvärde var 0,86 och kvinnornas 0,82. Vid en undersökning av 1 575 sjukskrivna med rygg och nackbesvär besvarade individerna Euroqolfrågorna efter 28 dagars sjukskrivning⁵⁶. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna med rygg- respektive nackbesvär, värdena varierade mellan 0,49 och 0,54. Försäkringskassan i Bohuslän undersökte 802 rehabiliteringsfall (köpta tjänster för rehabilitering av långtidssjukskrivna) 1994 och erhöll 0,43 i medelvärde före rehabiliteringsinsats. Sex månader senare hade medelvärdet ökat till 0,51. Efter ytterligare sex månader visade den tredje mätningen också 0,51.⁵⁷

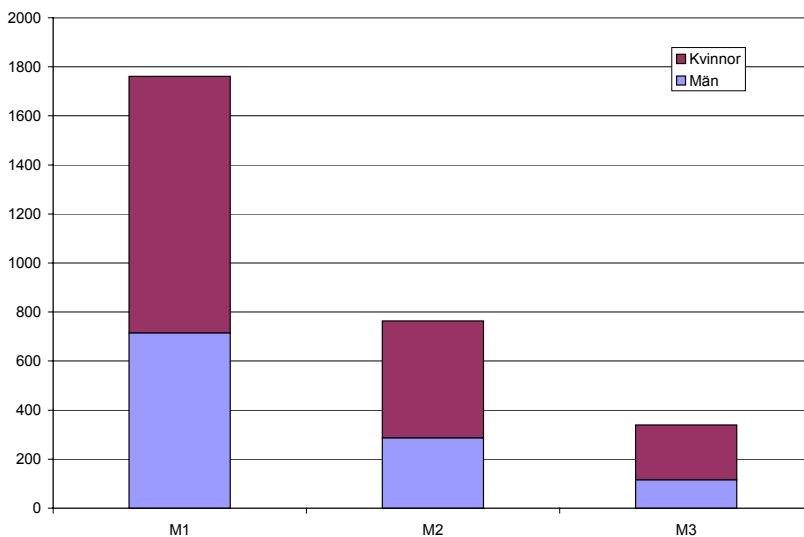
6.3.2 Studerad population

Individer som ingår i SOCSAM-studien kommer från fem försöksområden och 14 olika aktiviteter. Resultaten får därför i första hand anses representera dessa aktiviteter. I SOCSAM-studien finns uppgifter om drygt 1 750 individers Euroqol-svar vid första mätningen (M1). Det finns nästan 50 procent fler kvinnor än män. Vid andra mätningen (M2) finns uppgifter om drygt 750 individer och kvinnorna dominerar i ännu högre grad. Vid tredje mätningen (M3) finns uppgifter om 340 individer varav kvinnorna är nästan dubbelt så många som männen, se figur nedan.

⁵⁵ Ekberg K, Noorlind Brage H, Dastserri M (2000).

⁵⁶ Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset – Rapport nr 8: *Vad kan förutsäga utfallet av en sjukskrivning?* (2001). En jämförelse gjordes också mellan fem frågeinstrument som används för att mäta och värdera hälsotillstånd. Euroqolindex konstaterades överlag vara lämpligast för att mäta hälsotillstånd efter 28 dagars sjukskrivning.

⁵⁷ *Euroqol-projektet – utvärdering av rehabiliteringsarbetet inom försäkringskassan i Bohuslän*, Bohusläns allmänna försäkringskassa, 1996.

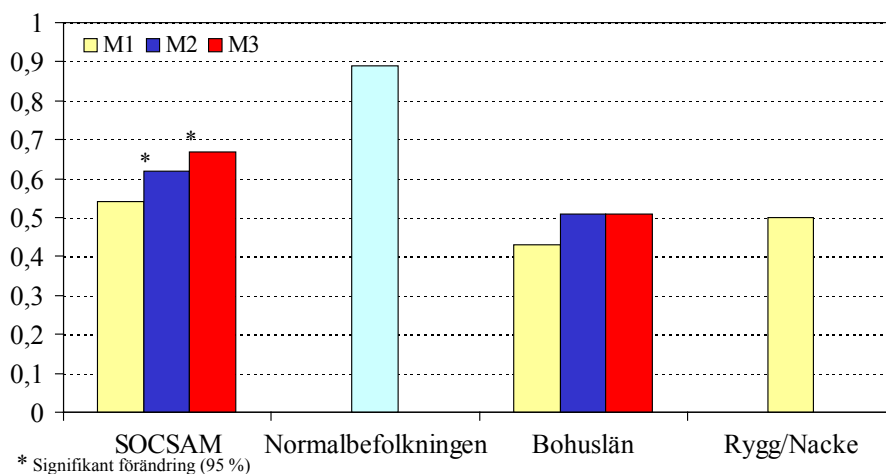
Figur 7 Antal registrerade individuppgifter för Euroqolindex

Antal individer som har besvarat Euroqol vid alla tre mättillfällena består av 172 kvinnor och 89 män. Kvinnorna svarar således för 66 procent. Att detta antal är väsentligt lägre än de 340 individer som har redovisat uppgifter vid M3 beror på att vissa aktiviteter inte har redovisat Euroqol vid varje mätning samt att det finns brister i underlag vid någon av de första mätningarna för vissa individer. Med detta urval ingår sålunda 261 individer från fem försöksområden. Drygt 80 procent av dessa deltar i aktiviteter på Hisingen.

6.3.3 Förbättrade hälsovärden

Den studerade gruppen har ökat Euroqolindex från 0,54 vid första mätningen till 0,62 vid andra mätningen. Ökningen har fortsatt till 0,67 vid tredje mätningen. Båda ökningarna är signifikanta, se nedanstående figur.

Figur 8 Euroqolindex för 261 individer i SOCSAM och jämförelser med andra studier

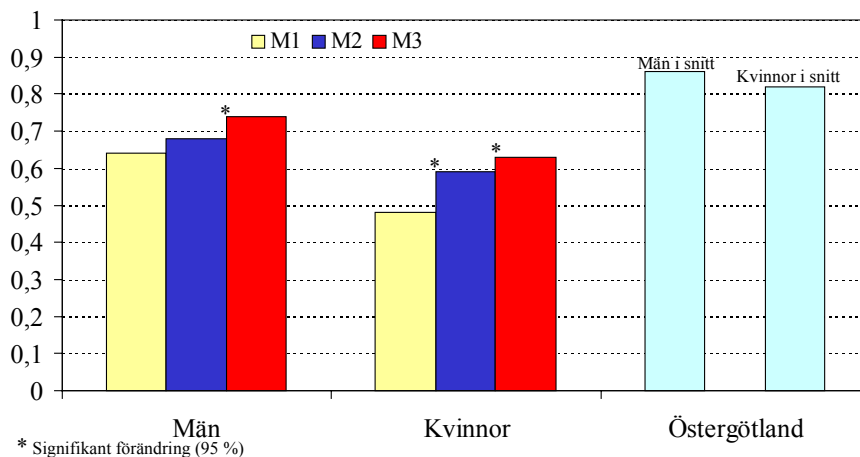


Jämfört med den studie av rehabiliteringsfall, som Försäkringskassan i Bohuslän genomförde, är medelvärdet för SOCSAM-gruppen något högre vid samtliga tre mätpunkter. Även vid Försäkringskassans undersökning gjordes mätningar med sex månaders intervall. Förbättringen mellan mätning ett och mätning två är ungefär lika stor i båda studierna. Däremot noteras ingen ökning mellan den andra och den tredje mätningen i Försäkringskassans undersökning. Vid Rygg/Nacke-studien var index något lägre efter fyra veckors sjukskrivning än vad SOCSAM-studien visar vid det första mätfallet.

Att Euroqolindex i genomsnitt har förbättrats 0,13 enheter mellan de tre mätfällena innebär inte att alla individer har förbättrat sina värden. Nästan hälften (49 procent) har förbättrat sina värden till den tredje mätningen medan drygt en fjärdedel har exakt samma värde och nästan en fjärdedel har försämrade värden.

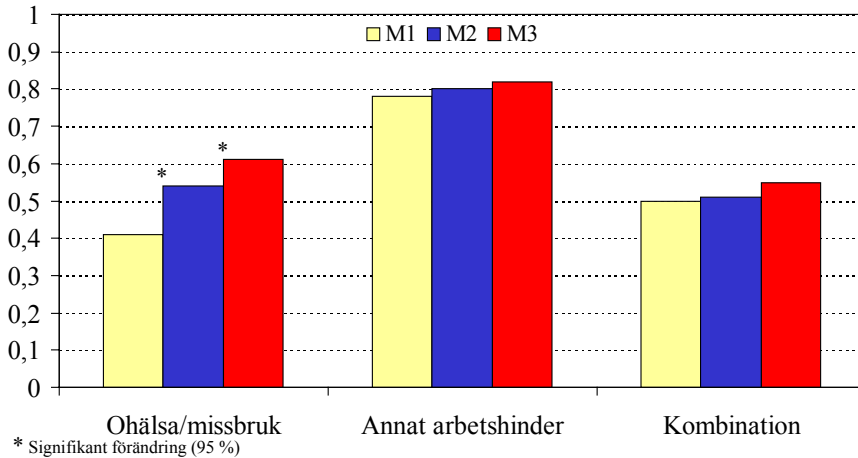
Olika studier har visat att kvinnor normalt har lägre indexvärde än män i motsvarande situation, vilket också bekräftas i denna studie. Kvinnorna har ett lägre indexvärde än männen vid det första mätfallet. Deras ökningspotential är därmed något större än männens och de ökar också mer än männen.

Figur 9 Euroqolindex per kön samt jämförelse med Östergötlands studie



Sammantaget har männen under den här aktuella perioden ökat från 0,64 till 0,74 vid mätning tre. Kvinnornas ökning från 0,48 till 0,63 är emellertid större. Som framgår av figurens jämförelse med studien i Östergötland har kvinnor i allmänhet lägre indexvärde än männen.

Två intressanta frågor är om den egenupplevda hälsan skiljer sig mellan grupper med olika orsaker till insatser och om förändringen över tid är annorlunda. I nedanstående figur redovisas Euroqolvärdena fördelade på huvudorsak för individens medverkan i en aktivitet.

Figur 10 Euroqolindex för olika huvudorsaker till aktivitetsinsatser

Av de 261 individerna som här studeras finns uppgifter för 249 personer. Gruppen med *Ohälsa/missbruk* är störst och omfattar 60 procent. *Annat arbetshinder* inbegriper 30 procent och den återstående *kombinationsgruppen*, som endast omfattar 26 individer, motsvarar 10 procent.

De individer som har problem inom *ohälsoområdet* visar på tydliga förbättringar. Vid det första mättillfället var medelvärdet lågt (0,41) men ökar till 0,54 vid det andra mättillfället. Förbättringen av index fortsätter och är i genomsnitt 0,61 vid den tredje mätningen. Av individerna i denna grupp förbättrar 60 procent sina indexvärden. Det är endast 21 procent som redovisar försämrade värden från den första till den sista mätningen. Om man enbart studerar gruppen med ohälsoproblem har förbättringen varit påtaglig (från 0,41 till 0,61). Detta är betydligt större förbättring än den som redovisades i Bohuskassans studie. Emellertid måste man nog räkna med att det även i Bohuskassans studie fanns individer med arbetsmarknadsproblem i större eller mindre utsträckning.

Annat arbetshinder avser bland annat bristande utbildning/yrkeserfarenhet, språksvårigheter och kulturella/sociala faktorer. Denna grupp hänsyftar således främst på faktorer som innebär begränsningar när det gäller att få och behålla ett arbete. Ohälsoproblem är givetvis det som främst ger utslag i Euroqolindex och därför har gruppen *Annat arbetshinder* ett relativt sett högt medelvärde vid första mätningen (0,78). Ökningarna mellan olika mättidpunkter ligger inom felmarginalen. Detta innebär att potentialen för förbättringar av Euroqolindex är mycket liten och förklarar varför SOCSAM-

gruppens gemensamma indexvärde vid den första mätningen är högre än vad Försäkringskassan i Bohuslän redovisat för sjukskrivna.

Kombinationsgruppen med både ohälsoproblem och arbetsmarknadsproblem har vid mätning 1 i genomsnitt 0,50 i index. Det sker en viss ökning mellan mättpunkterna och index vid tredje mätningen är 0,55. Ökningen är dock inte signifikant. Här uppkommer frågan om detta hänger samman med det lilla och därmed osäkra underlaget eller om resultatet är en följd av att de har en särskilt komplicerad situation med blandade problem.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det är svårt att koppla de signifikanta förbättringar vi har noterat till de aktiviteter som har genomförts i SOCSAM. Att använda en kontrollgrupp för jämförelse är av flera skäl knappast möjligt. En riktigt kontrollgrupp för att neutralisera självläkningseffekten medför etiska problem på grund av att vissa individer inte får den hjälp som de är i behov av.

Resultaten visar således inte helt entydigt att de individer som deltar i aktiviteterna efterhand mår allt bättre. Emellertid talar resultaten för att de individer som har problem med ohälsa/missbruk har förbättrat den egenupplevda hälsan under den period som de har deltagit i SOCSAM-aktiviteter. Däremot ger inte Euroqolindex något säkert underlag för att bedöma hälsoförbättringar för individer som har andra arbetshinder än ohälsa/missbruk.

6.4 Vem är SOCSAM-individen?

Med utgångspunkt i de individuppgifter som har registrerats i anslutning till utvärderingens hälsoenkät (se avsnittet *Förändringar i upplevd hälsa* i detta kapitel) har individer som deltagit i SOCSAM-aktiviteterna studerats. Totalt omfattar databasen 3 129 individer. Något förenklat kan den typiske SOCSAM-individen beskrivas på följande sätt:

Den typiske SOCSAM-individen kan förenklat sägas vara en Sverige-född 37-årig kvinna med tvåårig gymnasieutbildning. Hon är ensamstående utan hemmavarande barn och har under sex-månadersperioden före aktiviteten fått 26.000 kr i socialbidrag. Huvudorsaken till att hon får stöd av SOCSAM är psykiska besvär. Förutom kartläggning berörs hon av medicinska insatser och arbetsmarknadsinsatser. Hon har socialtjänsten och arbetsförmedlingen som närmast inblandade aktörer. Hennes SOCSAM-period är drygt fyra månader.

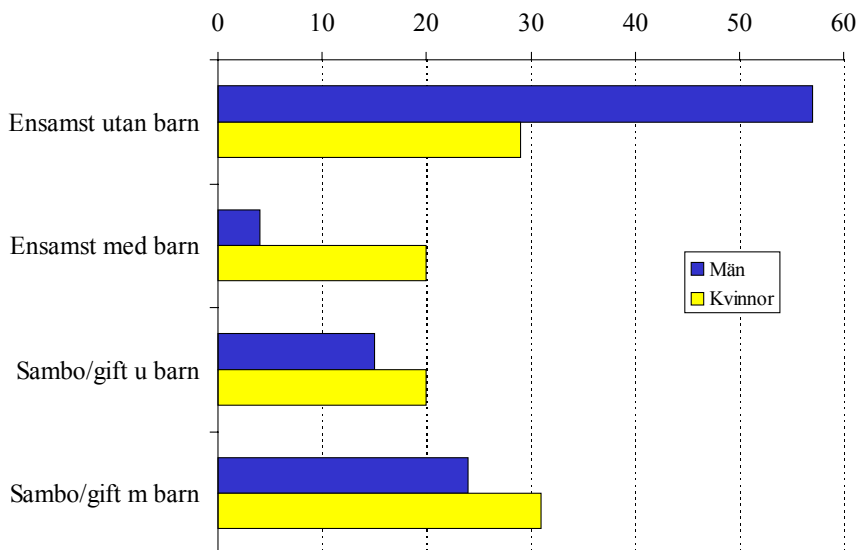
Individerna som SOCSAM-försöket vänder sig till har en lägre utbildningsnivå än riksgenomsnittet. Nära hälften är födda i Sverige och har också föräldrar som är födda i Sverige. Nästan 40 procent är emellertid födda utanför Sverige och har föräldrar som båda är födda utanför Sverige.

Det är betydligt fler kvinnor än män som deltar i SOCSAM-aktiviteter. Kvinnorna svarar för 58 procent. Jämfört med Sverigebefolkningen i åldern 18–64 år är andelen kvinnor stor i SOCSAM; andelen kvinnor enligt SCB:s befolkningsstatistik är 49 procent i den aktuella åldersgruppen. Enligt SCB:s arbetskraftsundersökning är det 48 procent kvinnor i åldersgruppen 16–64 år.

Medelåldern är 37 år för kvinnor och 36 år för män. I stort sett är skillnaden liten mellan könen men det är relativt sett något fler män än kvinnor i de lägre åldrarna.

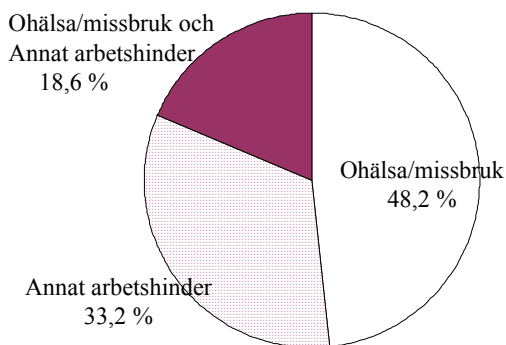
Över hälften av männen är ensamstående utan hemmavarande barn. Andelen kvinnor som är ensamstående utan barn är betydligt lägre. Kvinnorna är i större utsträckning än männen ensamstående med hemmavarande barn.

Figur 11 Procentfördelning per kön på familjesituationer



Nästan hälften av individerna tillhör gruppen för *Ohälsa/missbruk*. En tredjedel anses ha *Annat arbetshinder* (bristande utbildning/yrkeserfarenhet, språksvårigheter och kulturella/sociala faktorer) och nästan en femtedel har registrerats för problem inom båda dessa huvudområden.

Figur 12 Procentfördelning av individerna på huvudorsak till åtgärd



Av kvinnorna hör 57 procent till gruppen *Ohälsa/missbruk* medan männens motsvarande andel är 37 procent. Männens andel med *Annat arbetshinder* är

47 procent vilket är dubbelt så stor andel som kvinnorna. Individer som har problem enligt båda huvudorsakerna utgör av kvinnorna 20 procent och av männen 17 procent.

Individen deltar i SOCSAM-aktiviteter under en relativt lång period. Tiden från att individen har börjat en aktivitet till avslutning är i genomsnitt 157 dagar. Mediantiden är 133 dagar. Inom sex månader har 70 procent av individerna avslutat aktiviteten. Männens aktiviteter är längre än kvinnornas. Männens genomsnitt är 169 dagar vilket kan jämföras med kvinnornas 146 dagar. Däremot finns det inga stora skillnader i aktivitetslängd mellan olika åldersgrupper.

Individer med huvudorsak ohälsa/missbruk har genomsnittstiden 116 dagar. De individer som har annat arbetshinder än ohälsa/missbruk har 190 dagar i genomsnitt. De individer som har problem både med ohälsa/missbruk och annat arbetshinder deltar emellertid under ännu längre tid (226 dagar). Det bör dock påpekas att studien har genomförts under en begränsad tid, vilket troligen har medfört att de riktigt långa aktivitetsperioderna är under-representerade.

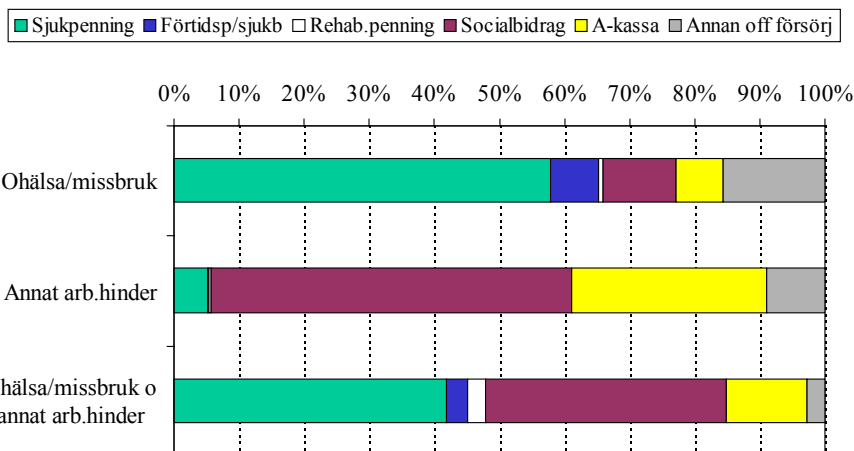
6.4.1 Individens försörjning

Merparten av individerna (89 procent) har någon form av offentlig försörjning. I genomsnitt har beloppet varit 39 000 kr under sex månader. Drygt hälften har fått socialbidrag med i genomsnitt 27 000 kr. En tredjedel har fått sjukpenning med i genomsnitt 33 000 kr.

Männen har något högre belopp av offentlig försörjning under de sex månader som föregår aktivitet. I genomsnitt har männen 38 800 kr och kvinnorna har 36 500 kr. Tjugo procent har mer än 60 000 kr. Av utbetalda belopp före åtgärd är 40 procent socialbidrag, 29 procent är sjukpenning och 21 procent är a-kassa.

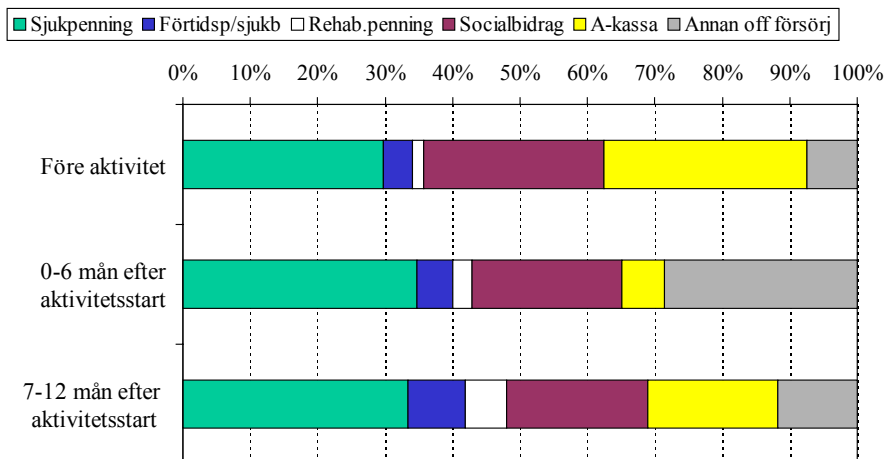
När huvudorsaken uppges vara *Ohälsa/missbruk* svarar sjukpenningen för 58 procent av den offentliga försörjningen. När orsaken är *Annat arbetshinder* utgör socialbidrag den största delen med 56 procent; a-kassan svarar för 30 procent. Vid kombination av huvudorsaker består den offentliga försörjningen i första hand av sjukpenning (42 procent) och socialbidrag (37 procent).

Figur 13 Procentuell fördelning av offentlig försörjning sex månader före aktivitetsstart – per huvudorsak till insats



För 158 individer finns uppgifter om offentlig försörjning för tre sexmånadersperioder. Avsikten är att mäta i vilken mån som förskjutningar mellan olika försörjningsformer förekommer. Eftersom underlaget endast utgörs av 158 individer bör man vara försiktig med att dra några generella slutsatser.

Figur 14 Procentuell fördelning av offentlig försörjning för 158 individer vid tre olika mätperioder



De största förändringarna synes vara inom arbetsmarknadsstödsområdet där utbildningsbidrag (annan offentlig försörjning) till stor del ersatt a-kassa under den närmaste perioden efter det att individen påbörjat en aktivitet, vilket också måste anses vara en ganska naturligt förändring. Efter ytterligare en period minskar utbildningsbidragen medan försörjning genom a-kassa ökar, dock inte till samma nivå som före aktivitetsstart. Förtidspension/sjukbidrag och sjukpenning/rehabiliteringspenning har ökat andelen efterhand. Före aktivitet omfattade dessa socialförsäkringsförmåner 36 procent av den offentliga försörjningen men ökade till 48 procent under sista mätperioden. Socialbidrag har minskat från 27 procent före aktivitet till 21 procent under sista mätperioden.

Trots att förändringsunderlaget omfattar en mycket liten andel av individerna kan det vara ett värde i sig att visa på förskjutningar för denna mindre andel, inte minst för att visa på vikten av att på detta sätt mäta förskjutningarna. Den totala försörjningen är tämligen oförändrad men det sker vissa förskjutningar mellan systemen. Det finns dock en skillnad beroende på huvudorsak till insats. De individer som har medverkat i arbetslivsinriktade aktiviteter har totalt sätt minskat beroendet av offentlig försörjning – dvs. de har återinträtt på arbetsmarknaden. För de individer vars främsta problem utgjorts av socialmedicinska orsaker har tvärtom den offentliga försörjningen ökat.⁵⁸ Med andra ord har de aktiviteter som bedrivits inom SOCSAM inneburit att individen har bytt ersättningsform. Exempelvis har sjuka socialbidragstagare genom aktiviteterna kvalificerat sig för sjukpenning. Det kan tolkas som att de därmed har tagit ett steg närmare arbetsmarknaden och på sikt kan bli självförsörjande.

6.5 Inga undanträngningseffekter

Eftersom merparten av aktiviteterna bedrivs för personer i yrkesverksam ålder uppkommer frågan om resurser därmed har undandragits andra grupper i samhället. I syfte att undersöka huruvida det förekommit några undanträngningseffekter för äldre invånare till förmån för insatser bland de som är yrkesverksamma har en särskild studie genomförts.⁵⁹

⁵⁸ Se rapporten *Sammanfattande utvärdering av DELTA-projektet*, DELTA.

⁵⁹ Rapporten *Statistisk analys av operationsfrekvenser i samband med SOCSAM-försöken*, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, maj 2001.

Den finansiella samordningen skulle kunna innebära en upprustning av operationsverksamheter med syfte att förkorta sjukskrivningar. Eftersom muskuloskeletala sjukdomar är den i särklass mest kostsamma sjukdomsgruppen⁶⁰ så är ortopedisk kirurgi ett exempel på en sådan verksamhet. SOCSAM skulle därmed kunna innebära en ökning av operationsfrekvenser bland människor i arbetsför ålder på bekostnad av människor i andra åldersgrupper. I Finspång har till exempel särskild satsning gjorts på extra ortopedbedömning för sjukskrivna i yrkesverksam ålder. Genom extra resursinsatser har yrkesverksamma blivit uppsatta på förturslista till ortopedbedömning för att minska väntetiderna och därmed förkorta sjukskrivningsperioderna.⁶¹ I SOCSAM-propositionen anges:

”Försöken får inte generellt innebära att vårdtillgången för befolkningen i övrigt minskar till följd av att verksamheten inriktas mot vissa målgrupper.”⁶²

Med hjälp av Socialstyrelsens patientregister har operationsfrekvenser i fem av försöksområdena studerats (Stenungsund, Finspång, Gotland, Laholm och Haninge). Studien visar att operationsfrekvensen bland de äldre i försöksområdena, i förhållande till motsvarande i hela svenska befolkningen, totalt sett ej förändrats i samband med försöksverksamheten. Denna studie visar således att gruppen äldres tillgång till sjukvård inte har blivit nedprioriterad till följd av SOCSAM.

6.6 Summering och slutsatser

SOCSAM:s intentioner är att bredda och förstärka samverkan för personer som har behov av myndighetsgemensamma insatser. Hur stor SOCSAM:s målgrupp bedöms vara beror på vilken nivå man utgår från. När man exempelvis arbetar med mål och riktlinjer samt allmänt förebyggande arbete kan hela befolkningen utgöra målgrupp. För att bedriva samordnade insatser för särskilda målgrupper krävs kunskaper om vilka och hur många individer som samtidigt är aktuella i de olika verksamheterna.

⁶⁰ Se t.ex. Leijon et al. 1998 och Månsson et al., 1998.

⁶¹ Rapporten *Finspångs bidrag till den nationella utvärderingsgruppen*, Finspångs Beställarförbund, 2001-05-02.

⁶² Regeringens proposition 1993/94:205, s. 41.

Uppgifter från tvärspektoriella bedömarteam i Finspång, Grästorp samt inventeringen av Hisingens individinriktade aktiviteter har bidragit till kunskaper om hur stor SOCSAM:s primära målgrupp kan vara. Slutsatsen utifrån dessa kartläggningar är att cirka 2 procent av den yrkesverksamma befolkningen i SOCSAM utgör den primära målgruppen för samordnade insatser. Det är dock ingen uppskattning av målgruppens storlek på riksnivå.

FRISAM-utvärderingen har däremot försökt uppskatta målgruppen för samverkan på riksnivå⁶³. Där har man uppskattat att cirka 5 procent av den yrkesverksamma befolkningen utgör den potentiella målgruppen. För cirka 35 procent av dessa, eller 1,7 procent av den yrkesverksamma befolkningen, bedrivs samordnade insatser. Det motsvarar cirka 100 000 personer i landet.

I försöksområdena pågår eller har pågått 201 aktiviteter. I 120 av dessa bedrivs insatser direkt riktade till personer i behov av samhällets stöd. I 92 av dessa samverkar minst två parter. Av de aktiviteter som direkt avser insatser för enskilda är det sammantaget 62 procent som berör två parter och 38 procent som berör tre eller fyra parter. I FRISAM-utvärderingens slutrapport konstateras att det 1999 förekom samverkan mellan två parter i 62 procent av de redovisade aktiviteterna och i 38 procent förekom samverkan mellan tre eller fyra parter.⁶⁴ Detta indikerar således att i SOCSAM bedrivs samverkan mellan tre eller fyra parter i samma utsträckning som landet i övrigt.

Aktiviteter som syftar till att rehabilitera till arbete och sysselsättning är mest förekommande. Det är också kring sådana insatser som samverkan sker mellan samtliga parter, arbetsförmedlingen/AMI inräknad. Det är alltså tydligt att arbetsförmedlingen/AMI har blivit en mycket viktig samverkanspart. Detta trots att den inte deltar i den formella samordningen enligt försökslagstiftningen. Dess medverkan kan tolkas som att SOCSAM har underlättat samverkan med arbetsförmedlingen/AMI.

Har då SOCSAM genererat ett mervärde för individen? Många av aktiviteterna har berört individer som befunnit sig relativt långt ifrån arbetsmarknaden. Detta bekräftas också av att få aktiviteter bedrivs i samverkan med någon arbetsgivare. Målet för många aktiviteter (undantaget aktiviteter riktade

⁶³ Se *Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*, Socialstyrelsen, 2001.

⁶⁴ Enligt FRISAM-utvärderingen kan de redovisade aktiviteterna i viss utsträckning vara dubbelräknade.

till äldre samt barn och ungdomar) har därmed varit att föra den enskilde närmare arbetsmarknaden och därmed bort från ett långvarigt samhälleligt försörjningsbehov. För de individer som medverkat i arbetsmarknadsinriktade aktiviteter har detta mål till stor del infriats. Beroendet av offentlig försörjning i form av socialbidrag och a-kassa har minskat. För de som har medverkat i socialmedicinskt inriktade aktiviteter har försörjning från offentliga medel däremot ökat och då framförallt kostnader för rehabiliteringspenning och förtidspension/sjukbidrag. Resultaten tyder dock på att individer med hälso- och/eller missbruksproblem som deltar i dessa aktiviteter har uppnått hälsoförbättringar. Hälsoförbättringarna hos dessa grupper har också visat sig vara större än för liknande grupper i andra jämförbara studier.

Sammanfattningsvis kan konstateras att för de aktiviteter som har bedrivits i försöksområdena har SOCSAM-lagstiftningen utgjort ett tillräckligt villkor för att samverkan ska ha kommit till stånd. SOCSAM har inneburit att samverkan har uppnåtts och upprätthållits, bland annat genom att försökslagstiftningen har inneburit såväl en förankring hos de ingående parterna liksom en tryggad ekonomisk finansiering för aktiviteterna. I och med SOCSAM har de tvärssektoriella aktiviteterna givits ett, för de samverkande myndigheterna, gemensamt forum.

Däremot utgör inte SOCSAM en nödvändig förutsättning för att ett fungerande samarbete ska etableras mellan två eller flera myndigheter. Det unika är snarare de möjligheter den politiska och finansiella samordningen skapar för att omprioritera befintliga resurser när så fallet kräver. SOCSAM kan således skapa förutsättningar för en effektivare resursanvändning och en kontinuitet för tvärssektoriella aktiviteter.

7 Försöksområdenas ekonomiska utveckling

- SOCSAM har inneburit att samordnade insatser för enskilda har förstärkts, vilket till övervägande del har fått positiva effekter med avseende på sjukpenning- och socialbidragskostnader samt utvecklingen av långa sjukfall.
- Inom individ- och familjeomsorgen kan SOCSAM i viss utsträckning ha ökat kostnaderna genom de resursförstärkningar som har gjorts inom ramen för försöksverksamheten. Däremot är det tveksamt om SOCSAM har lyckats påverka kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen.
- I samtliga försöksområden har SOCSAM:s ekonomiska påverkan endast utgjort en liten andel av försöksverksamheternas totala ekonomi (finansiella ram). Det är således tveksamt om SOCSAM har påverkat de ingående verksamheterna samlade kostnader i någon större omfattning.

De aktiviteter som bedrivs i SOCSAM förväntas, förutom att påverka den enskildes situation, även påverka kostnadsutvecklingen för de verksamheter som ingår i försöksverksamheten. En väsentlig del av verksamheternas kostnader utgörs av ekonomiska transfereringar till enskilda och hushåll medan kostnaderna inom individ- och familjeomsorgen och äldre- och handikappomsorgen framförallt utgörs av olika drifts- och personalkostnader. I SOCSAM-propositionen beskrivs att det är inom vården och genom rehabilitering av personer som till exempel uppbär sjukpenning eller rehabiliteringspenning som de stora välfärds-, effektivitets- och samordningsvinsterna förväntas uppnås. Inom dessa områden finns även förväntningar om positiva resultat från försöksverksamheternas huvudmän och personalen i de medverkande verksamheterna.⁶⁵

Utvärderingen av försöksområdenas ekonomiska utveckling inriktas bland annat på att tillgodose regeringens krav på att redovisa ett ekonomiskt utvär-

⁶⁵ Förväntningar på SOCSAM redovisas i lägesrapporten *SOCSAM – en mångfacetterad verksamhet*, Finansiell samordning 1999:1.

deringsresultat. Det beräknas i syfte att jämföra ett försöksområdes kostnadsutveckling med ett särskilt utvalt kontrollområde. Det ekonomiska utvärderingsresultatet kan däremot inte ensamt ligga till grund för en bedömning av SOCSAM:s påverkan på försöksområdenas ekonomiska utveckling. Lika viktigt är att mer i detalj studera utvecklingen av olika nyckeltal i syfte att ge en mer nyanserad och kompletterande bild av utvecklingen. Det ekonomiska utvärderingsresultatet och utvecklingen av de studerade nyckeltalen ger sedan den sammantagna bedömningen av SOCSAM:s inverkan på försöksområdenas ekonomiska utveckling.

Detta kapitel inleds med en översiktlig diskussion av några metodologiska överväganden kring beräkningen av det ekonomiska utvärderingsresultatet. Därefter redovisas resultatet av beräkningarna för respektive försöksområde. Resultaten belyses med utgångspunkt i hur kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning hittills utvecklats i SOCSAM-områdena.⁶⁶ Dessutom redovisas ett antal nyckeltal för socialförsäkring och socialtjänst.

Uppgifterna för 2000 jämförs i första hand med uppgifterna avseende 1996. Valet av basår kan naturligtvis diskuteras, särskilt eftersom det ur ett socialförsäkringsperspektiv utgör ett år då såväl sjukskrivningar som nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag låg på en relativt låg nivå. Att 1996 ändå valts som basår beror på att det, för alla försöksområden utom Stenungsund (påbörjade försöket 1994), representerar en tid innan SOCSAM påbörjades.

7.1 SOCSAM:s påverkan på kostnadsutvecklingen

En viktig fråga är hur ekonomiska transfereringar och nyckeltal har påverkats av de aktiviteter som genomförts i de kommuner som bedriver SOCSAM jämfört med kommuner som inte bedriver försöksverksamhet. Det föreligger åtminstone tre metodologiska problem vid utvärderingen av denna frågeställning.

För det första utgör den korta försökstiden ett problem. Framst är detta ett problem i utvärderingen av de områden som bedrivit försöksverksamhet under kortast tid (Haninge och Laholm har endast 3 år i försöket vid utvärderings-

⁶⁶ I bilaga A redovisas kostnadsutvecklingen för respektive verksamhet i försöksområdena och i bilaga C redovisas utvecklingen i förhållande till respektive kontrollområde.

tillfället och Grästorp, Hisingen, Finspång och Gotland har 4 år i försöket). För Stenungsund som har bedrivit försöksverksamhet under 7 år bör inte försökstidens längd utgöra något problem. Eftersom försöksområdena har påbörjat SOCSAM vid olika tidpunkter bör jämförelser mellan försöksområdenas utveckling undvikas.

För det andra: Det är antalsmässigt relativt få individer som kommer i fråga för de samverkansaktiviteter som bedrivs i försöksområdena. De allra flesta individer som har kontakt med antingen socialförsäkringen, socialtjänsten, hälso- och sjukvården eller arbetsförmedlingen kommer aldrig att vara aktuella för de särskilda SOCSAM-aktiviteter som bedrivs, utan de uppbär ersättning genom de reguljära systemen.⁶⁷ Kostnadsutvecklingen för den antalsmässigt lilla grupp individer som berörs av SOCSAM utgör följaktligen endast en liten andel av alla de som uppbär ersättning. Dessutom är kostnadsutvecklingen inom flera verksamheter (äldre- och handikappomsorgen och individ- och familjeomsorgen) i vissa försöksområden underordnade andra politiska prioriteringar som inte direkt kan härledas till effekter av samverkan. Vidare speglar transfereringarnas utveckling i stor utsträckning den allmänna konjunktur- och samhällsutvecklingen. Med andra ord finns det externa påverkansfaktorer som bör ha långt större betydelse för kostnadsutvecklingen än den påverkan som SOCSAM utgör.

För det tredje: Eftersom de områden som ingår i försöket verkar under en speciell lagstiftning, som övriga kommuner i landet ej omfattas av, kan SOCSAM-försöket och dess lagstiftning sägas utgöras av en experimentell situation. Eftersom endast sju områden ingår i försöket innebär detta att det ökar svårigheten att dra några starka generella slutsatser från de erhållna resultaten. Dessutom är ingen randomisering av försöksområdena gjord – snarare är det så att de områden som ingår i försöket själva har valt att delta.⁶⁸ Samtliga försöksområden har också en långvarig tradition av samverkan. Det finns därför skäl att förmoda att det skett en viss selektion av de kommuner/kommundelar som medverkar. Detta selektionsproblem kan utvärderingen inte komma runt. Det finns därmed skäl att förmoda att de områden som ingår i försöket har bättre förutsättningar för att lyckas med samverkan enligt SOCSAM-modellen. Den långvariga traditionen av samverkan kan också ha en annan effekt: försöksområdena kan i större utsträckning redan ha gjort stora intäkter via den tidigare informella samverkan. Därmed kanske vinster-

⁶⁷ Se kapitlet *SOCSAM:s värde för individen* för en diskussion om gruppens storlek.

⁶⁸ Se kapitlet *Förutsättningar, motiv och organisation*.

na av samverkan enligt SOCSAM-konstruktionen underskattas. Det finns däremot inga möjligheter att, inom ramen för denna utvärdering, kvantifiera dessa effekter eller avgöra vilken effekt som är störst.

För att delvis möta ovanstående problem och skapa förutsättningar för att studera huruvida SOCSAM som försöksverksamhet har inneburit lägre kostnader för de huvudmän vars verksamheter ingår i SOCSAM har respektive försöksområde jämförts med områden som inte bedriver SOCSAM. Dessa kontrollområden har valts så att de i så nära överensstämmelse som möjligt liknar försöksområdena bland annat vad avser faktorer som demografi, arbetsmarknad och utbildningsstruktur. Som grund ligger antagandet att det enda som skiljer försöksområdena åt från jämförelseområdena är den speciella lagstiftning som SOCSAM utgör.

Det föreligger dock ett problem med att värdera försökets effekt genom att bara studera kostnadssidan. Anledningen är att ingen hänsyn tas till intäktsidan vid beräkningarna av det ekonomiska utvärderingsresultatet.⁶⁹ Det vill säga att ingen hänsyn tas till det positiva faktum att en stark konjunkturuppgång (som skiljer sig från kontrollområdet) – med fler individer i arbete – också genererar skatteintäkter åt kommunen som bland annat kan användas till att förbättra kommunens allmänna service, t.ex. genom ökade utgifter för äldre- och handikappomsorgen. Detta förhållande skulle alltså innebära större kostnader i äldre- och handikappomsorgen i förhållande till jämförelseområdet och därmed ett negativt ekonomiskt utvärderingsresultat.

I den lokala utvärderingen av SOCSAM som Hisingen genomfört har ett försök att genomföra en samhällsekonomisk analys gjorts. Undersökningen visar att en fullständig utvärdering inte har kunnat genomföras på grund av bristande information och pekar på svårigheterna att kunna fastställa grad av samband mellan insats och resultat.⁷⁰

Den lokala konjunkturrella utvecklingen i försöksområdet jämfört med kontrollområdet är med andra ord central för utfallet av det ekonomiska utvärderingsresultatet. Även om ett kontrollområde ur matchningssynpunkt är optimalt kan alltså en oförutsedd tillfällig extern ekonomisk ”chock” förändra utvecklingen i försöksområdet som då kommer att avvika mot kontrollområ-

⁶⁹ För en regelrätt samhällsekonomisk analys (kostnads-intäktsanalys) krävs information om såväl intäktsidan som kostnadssidan.

⁷⁰ Rapporten *Sammanfattande utvärdering av DELTA-projektet*, DELTA.

det – utan att några andra förutsättningar har förändrats. Mätt mot utvecklingen i ett kontrollområde utgör alltså kontrollområdet ett slags balanspunkt i förhållande till försöksområdet, det vill säga om den ekonomiska utvecklingen i försöksområdet skiljer sig markant från utvecklingen i kontrollområdet får detta direkt genomslag i det ekonomiska utvärderingsresultatet.

7.2 Det ekonomiska utvärderingsresultatet

Det ekonomiska utvärderingsresultatet beräknas i syfte av visa skillnaden mellan utfallet av kostnaderna i försöksområdet och utfallet av kostnaderna i ett kontrollområde som inte bedriver SOCSAM. Resultatet av denna beräkning blir försökets ekonomiska effekt. Resultatet utgör sålunda det beräknade värdet som försöket gett i förhållande till vad som varit fallet om SOCSAM inte bedrivits. Resultatet har beräknats så att det så nära som möjligt överensstämmer med de verksamheter som ligger inom respektive försöksområdes finansiella ram (se kapitlet *Den finansiella samordningen* för en redogörelse av försöksområdenas finansiella ram). Observera att det ekonomiska utvärderingsresultatet inte är liktydigt med det företagsekonomiska begreppet finansiellt resultat. I det finansiella resultatet beräknas budget i förhållande till utfall medan det ekonomiska utvärderingsresultatet beräknas genom att relatera kostnadsutvecklingen i ett område till motsvarande utveckling i ett jämförelseområde.

Modellens konstruktion innebär att nivån på verksamhetskostnaderna vid modellens startår, det vill säga, året innan försökets start, är kritisk för utfallet av det ekonomiska utvärderingsresultatet.⁷¹ Nivån blir än viktigare då försökstiden är kort. Detta innebär att om ett försöksområde (i relation till kontrollområdet) har exceptionellt höga kostnader vid modellens startår som därefter följs av en mer normal kostnadsnivå, kommer detta få ett positivt genomslag för det ekonomiska utvärderingsresultatet för det första året.

7.2.1 Kontrollområden och statistiska underlag

För att så långt som möjligt komma förbi problemen med avsaknaden av ett välbesignat experiment och samtidigt möta kraven på en beräkning av ett ekonomiskt utvärderingsresultat måste tydliga och väldefinierade kontrollområden till SOCSAM-områdena väljas. Eftersom kostnadsutvecklingen i

⁷¹ För en ingående beskrivning av modellen se *Den ekonomiska utvärderingsmodellen*, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen, stencil, november 2001.

respektive försöksområde kommer att ställas i relation till utvecklingen i ett kontrollområde är valet av kontrollområden av kritisk betydelse. Att använda sig av riket som kontrollområde för SOCSAM:s försöksområden kan innebära systematiska fel vid beräkningar av det ekonomiska utvärderingsresultatet. Anledningen är att rikets utveckling i vissa fall skiljer sig markant från några av försöksområdena om man studerar de senaste årens utveckling.

Respektive försöksområde jämförs med den F-region som kommunen tillhör.⁷² För varje huvudman/verksamhet beräknas, i jämförelse med kontrollområdet, ett delresultat ur vilket försökets ekonomiska effekt för respektive huvudman/verksamhet kan utläsas. Summan av de ingående delarna ger sedan det ekonomiska utvärderingsresultatet – försökets ekonomiska effekt.

För att beräkna det ekonomiska utvärderingsresultatet har statistik avseende kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning, kostnaderna för utbetalda socialbidrag (exklusive flyktingar), kostnader för individ- och familjeomsorgen (IFO) samt kostnader för äldre- och handikappomsorgen (ÄHO) använts.⁷³

Observera att endast verksamheter som ingår i den finansiella ramen bör ingå i det ekonomiska utvärderingsresultatet. Alltså omfattas inte det ekonomiska utvärderingsresultatet av arbetsförmedlingen/AMI:s kostnader. Däremot används arbetslöshetsersättningens utveckling i analysen av försöksområdenas konjunkturella utveckling och därmed de ingående verksamheternas kostnadsutveckling.

7.3 Utfallet av det ekonomiskt utvärderingsresultat

Det sammantagna ekonomiska utvärderingsresultatet utgörs av det ackumulerade årliga resultatet för respektive försöksområde. Det innebär att resultatet för Stenungsund utgörs av summan av åren 1994 till 2000 och för Grästorp, Finspång, Hisingen och Gotland summan av åren 1997 till 2000. För Laholm och Haninge summeras perioden 1998 till 2000.⁷⁴

⁷² Se bilaga B för en kort beskrivning av hur kontrollområdena har konstruerats samt vilka kommuner som respektive försöksområde har som kontrollområde.

⁷³ Se bilaga B för en utförligare beskrivning av ingående statistik.

⁷⁴ Se kapitlet *Förutsättningar, motiv och organisation* för en beskrivning av respektive försöksområde.

Nedan redovisas det sammantagna ekonomiska utvärderingsresultatet. Resultatet är beräknat i förhållande till försöksperiodens längd för respektive försöksområde samt i så nära överensstämmelse som möjligt med respektive försöksområdes finansiella ram. Det ekonomiska utvärderingsresultatet ställs också i relation till respektive områdes invånarantal och till dess finansiella ram.

Ett positivt resultat ska tolkas som att kostnadsutvecklingen för de ingående verksamheterna i försöksområdet har varit lägre i jämförelse med kontrollområdet. Det är viktigt att poängtera att ett negativt resultat inte nödvändigtvis ska tolkas som ett dåligt resultat. Den samverkan som är resultatet av SOCSAM kan ha inneburit att nya behovsgrupper har identifierats. Eftersom försöken i enlighet med detta till del kan vara investeringstunga i början och inte förrän på lite sikt förväntas ge stabila resultat kan den korta försökstiden för flertalet av försöksområdena utgöra ett problem.

Den tillgängliga statistiken över kostnaderna avseende sjuk- och rehabiliteringspenning samt socialbidrag utgörs, till skillnad från kostnaderna för individ- och familjeomsorgen och äldre- och handikappomsorgen, av rena transfereringar. Analysen av det ekonomiska utvärderingsresultatet vad avser individ- och familjeomsorgen och äldre- och handikappomsorgen försvåras av att utvecklingen för dessa kostnadsslag för några av försöksområdena till stor del förklaras av stora kommunala besparingsinsatser. Dessutom utgörs kostnaderna till stor del av drifts- och personalkostnader som inte SOCSAM direkt har för avsikt att, eller kan, påverka i någon större omfattning. Av denna anledning kommer analysen av det ekonomiska utvärderingsresultatet främst att behandla transfereringsdelarna, det vill säga sjuk- och rehabiliteringspenning samt socialbidrag.

7.3.1 Det ekonomiska utvärderingsresultatet varierar

Det ekonomiska utvärderingsresultatet uppdelad på försöksområdenas ingående verksamheter är sammanfattat i följande tabell.

Tabell 13 Det ekonomiska utvärderingsresultatet per ingående verksamhet. Miljoner kronor

	<i>Sjuk- penning</i>	<i>Rehabili- terings- penning</i>	<i>Social- bidrag</i>	<i>IFO</i>	<i>ÄHO</i>	<i>Summa</i>
Stenungsund	-8,65	-0,28	10,73	-6,10	8,80	4,50
Grästorps	1,69	-0,61	-0,27	-1,19	13,87	13,49
Hisingen	36,17	-2,59	6,92	-54,21		-13,71
Finspång	5,75	-0,29	-1,02	-4,10		0,34
Gotland	-13,17	0,77	-0,51	-4,65	-6,28	-23,84
Laholm	0,42	-1,91	-7,17	-13,76	11,98	-10,44
Haninge	-2,89	-0,67	23,94	-15,68		4,70

Fyra av de sju försöksområdena (Stenungsund, Grästorps, Finspång och Haninge) uppvisar ett sammantaget positivt ekonomiskt utvärderingsresultat. Stenungsund som varit med sedan 1994 uppvisar ett sammanlagt resultat om 4,5 mkr, ett resultat som framförallt härrör från minskade kostnader vad avser utbetalningar av socialbidrag. Grästorps resultat om 13,49 mkr kan främst hänföras till äldre- och handikappomsorgen. Finspångs resultat är 0,34 mkr. Haninge som gick med i SOCSAM först den 1 april 1998 har ett resultat om 4,7 mkr. Hisingen som befolkningsmässigt är störst har ett resultat om -13,71 mkr. Även Laholm (-10,44 mkr) och Gotland (-23,84 mkr) uppvisar ett negativt ekonomiskt utvärderingsresultat

Resursförstärkningar har ökat kostnaderna för individ- och familjeomsorgen

I samtliga försöksområden har det bedrivits ett antal aktiviteter inom individ- och familjeomsorgen. Den resursförstärkning som detta innebär kan förklara att samtliga försöksområden uppvisar ett negativt ekonomiskt utvärderingsresultat. Framförallt är det Hisingen (-54,21 mkr) och Laholm (-13,76 mkr) som i jämförelse med kontrollområdena har en mycket högre kostnadsutveckling. Se följande tabell.

Tabell 14 Sammantaget ekonomiskt utvärderingsresultat för individ- och familjeomsorgen. Resultat i genomsnitt under försöksperioden samt i genomsnitt mot befolkningen och år

	<i>Resultat för IFO, mkr</i>	<i>Resultat i genomsnitt per år, mkr</i>	<i>Resultat per år mot befolkningen, kr</i>
Stenungsund	-6,10	-0,87	-43
Grästorp	-1,19	-0,30	-50
Hisingen	-54,21	-13,55	-115
Finspång	-4,10	-1,02	-47
Gotland	-4,65	-1,16	-20
Laholm	-13,76	-4,59	-202
Haninge	-15,68	-5,23	-76

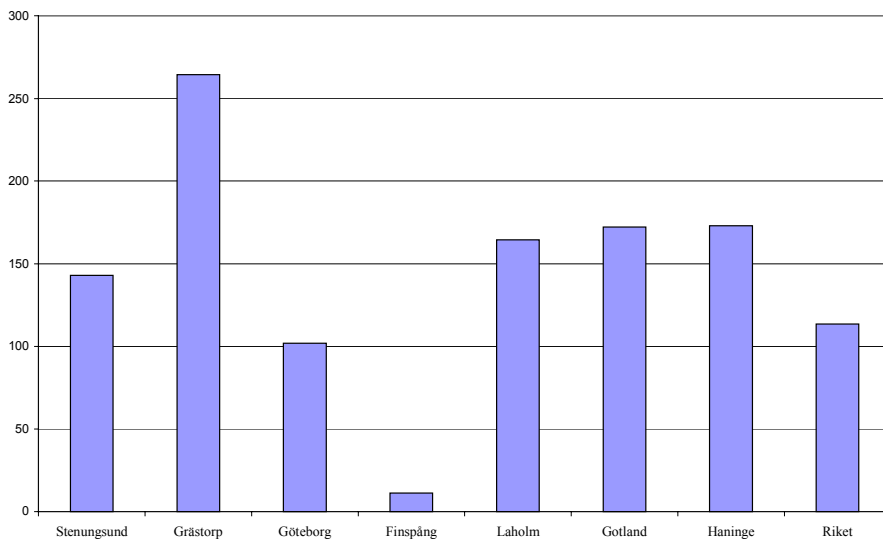
Laholm uppvisar det största negativa resultatet mätt per person (-202 kr). Haninge som uppvisade ett kraftigt positivt resultat för socialbidragskostnaderna har en motsatt utveckling vad avser den övriga individ- och familjeomsorgen och har ett resultat om minus 15,68 mkr. Finspång uppvisar ett resultat om -4,10 mkr. Stenungsunds negativa resultat vad avser individ- och familjeomsorgen (-6,1 mkr) kan vara ett resultat av att Stenungsund bedriver ett flertal nya aktiviteter inom ramen för SOCSAM.

Att samtliga områden uppvisar ett negativt ekonomiskt utvärderingsresultat inom individ- och familjeomsorgen kan vara ett uttryck för att det parallellt med den reguljära verksamheten har etablerats nya aktiviteter som ännu inte har fått effekt med avseende på lägre kostnader. Med andra ord tenderar den resursförstärkning som nya aktiviteter inneburit att också vara kostnadsdrivande.

Kostnadsutveckling för vård i familjehem och på institution

En möjlig effekt av ökad samverkan och samordning är att exempelvis vård i familjehem och institution skulle kunna ersättas av mer öppna vårdformer. Kommunens socialtjänst och landstingets barn- och psykiatriska verksamhet kan genom samverkan ge ett ökat stöd till familjer i krissituationer. Det skulle på sikt kunna innebära lägre kostnader för placeringar i familjehem och på institution. I nedanstående figur redovisas kostnadsutvecklingen för vård i familjehem och institution.

Figur 15 Procentuell kostnadsutveckling 1996–2000 för vård i familjehem och hem för vård och boende per invånare 0–20 år.*



* Statistik finns endast redovisad för hela Göteborg

Utvecklingen i de försöksområden som riktar sig till hela befolkningen (Stenungsund, Grästorp, Finspång, Laholm) och som därmed även samordnar verksamheter för barn och ungdom ger ingen entydig bild. I tre av de fyra försöksområdena har kostnaderna ökat mer än i riket. Det fjärde området, Finspång, har en betydligt mindre kostnadsökning för vård i familjehem och institution, vilket kan vara ett resultat av de aktiviteter som bedrivs inom ramen för SOCSAM. Inom ramen för den lokala utvärderingen i Stenungsund redovisas att under åren 1997–2000 har antalet placeringar i en av placeringsformerna, institutionsvården, minskat från 68 till 46 stycken i Stenungsund, trots att antalet ärenden under motsvarande period i det närmaste har fördubblats. Detta anses vara ett resultat av de samordningsinsatser som bedrivits inom ramen för SOCSAM.⁷⁵ Man kan således anta att Stenungsund skulle haft en mer negativ kostnadsutveckling utan de samordningsinsatser som gjorts och som därmed har påverkat antalet institutionsplaceringar.

⁷⁵ Rapporten *Lokal utvärdering av SOCSAM projekt 4S Stenungsund 1994–2000*, Projekt 4S.

Marginell påverkan på äldre- och handikappomsorgen

I fyra försöksområden (Stenungsund, Grästorp, Gotland och Laholm) ingår även äldre- och handikappomsorgen i den finansiella ramen.

Tabell 15 Sammantaget ekonomiskt utvärderingsresultat för äldre- och handikappomsorgen. Resultat i genomsnitt under försöksperioden samt i genomsnitt mot befolkningen och år

	<i>Resultat för ÅHO, mkr</i>	<i>Resultat i genomsnitt per år, mkr</i>	<i>Resultat per år mot befolkningen, kr</i>
Stenungsund	8,80	1,26	62
Grästorp	13,87	3,47	581
Gotland	-6,28	-1,57	-27
Laholm	11,98	3,99	176

I Stenungsund (8,80 mkr), Grästorp (13,87 mkr) och Laholm (11,98 mkr) är det ekonomiska utvärderingsresultatet positivt, det vill säga kostnaderna är lägre jämfört med respektive kontrollområde. På Gotland däremot är resultatet negativt (-6,28 mkr).

Trots att äldre- och handikappomsorgen ingår i den finansiella ramen på Gotland har inga SOCSAM-aktiviteter bedrivits eftersom försöket har riktat sig till den yrkesverksamma delen av befolkningen. De prioriteringar som gjorts har genomförts i de ordinarie nämnderna. Utfallet är därför inte ett resultat av SOCSAM. Det positiva resultatet för Stenungsund beror enligt lokala företrädare på att kommunen under 1997 var i ett allvarligt ekonomiskt läge avseende resultat och soliditet och omfattande sparåtgärder infördes inom hela kommunen. Vidare har Stenungsund en senare utveckling avseende andelen äldre och står inför en kraftig ökning av antalet äldre. Grästorp och Laholm är de områden som framförallt har bedrivit aktiviteter inom äldre- och handikappomsorgen. För Grästorps del beror, enligt lokala företrädare, det positiva resultatet på att man haft en hög ambitionsnivå såväl vad gäller tillgänglighet till äldreboende som hög standard. Detta har bl.a. medfört att andra än egna kommuninvånare sökt sig till Grästorps äldreboende. Kostnaderna i Grästorp har under 2000 också minskat i jämförelse med kontrollområdet.

Eftersom få aktiviteter har riktats till äldre i försöksområdena är det inte troligt att SOCSAM har haft mer än marginell inverkan på resultaten.

Marginell påverkan i förhållande till försöksområdenas finansiella ram

Även om beloppen i de sammantagna ekonomiska utvärderingsresultaten kan vara ganska stora utgör de endast mellan –1,1 och 4,2 procent av försöksverksamhetens sammanlagda finansiella ram. Observera att Grästorps resultat om 4,2 procent utgörs till största delen av utfallet inom äldre- och handikappomsorgen. För flera försöksområden ligger resultatet i förhållande till den finansiella ramen också nära noll (mellan –0,9 och 0,3 procent). SOCSAM har alltså ännu inte påverkat de sammantagna kostnaderna i någon större omfattning. Anledningen till detta är troligtvis att de aktiviteter som genomförts inom ramen för SOCSAM berört en relativt liten grupp individer.⁷⁶ Det kan också vara så att det krävs ett antal år för att förändrade prioriteringar i verksamheterna får genomslag på kostnadsutvecklingen.

Fördelat i förhållande till befolkningen uppvisar Grästorp det största positiva resultatet. Det blir fallet även om det genomsnittliga resultatet per år och mot befolkningen studeras. Då har Grästorp ett resultat om 565 kr per invånare och år. Om resultatet relateras mot den finansiella ramen har Laholm det lägsta resultatet med –1,1 procent och Grästorp det högsta med 4,2 procent av den finansiella ramen. Se nedanstående tabell.

Tabell 16 Sammantaget ekonomiskt utvärderingsresultat mot befolkningen, genomsnittligt resultat per år samt resultat mot sammantagen finansiell ram

	<i>Resultat, mkr</i>	<i>Resultat per år, mkr</i>	<i>Resultat mot befolkningen, kr</i>	<i>Genomsnittligt resultat per år mot befolkningen, kr</i>	<i>Resultat mot finansiell ram, procent</i>
Stenungsund	4,50	0,64	222	32	0,3
Grästorp	13,49	3,37	2 259	565	4,2
Hisingen	–13,71	–3,43	–116	–29	–0,4
Finspång	0,34	0,08	15	4	0,1
Gotland	–23,84	–5,96	–415	–104	–0,9
Laholm	–10,44	–3,48	–459	–153	–1,1
Haninge	4,70	1,57	69	23	0,2

⁷⁶ Se kapitlet *SOCSAM:s värde för individen*.

De områden där försöksverksamheten riktar sig till hela befolkningen (Stenungsund, Grästorp, Finspång och Laholm), undantaget Finspång, uppvisar större svängningar i resultatet jämfört med de områden (Hisingen, Gotland och Haninge) som riktar sig mot den yrkesverksamma befolkningen. Att resultaten varierar på detta sätt beror på att de områden som riktar sig till hela befolkningen också har inkluderat äldre- och handikappomsorgen inom ramen för SOCSAM. En stor del av kostnaderna i de kommunala verksamheterna (ÄHO men också IFO) utgörs av drifts- och personalkostnader. Dessa kostnader är inte heller de som SOCSAM i första hand har för avsikt att påverka. SOCSAM förväntas på kort sikt framförallt påverka transfereringarna och eventuellt först på lång sikt påverka drifts- och personalkostnader.

7.3.2 Positiva effekter för transfereringarna

Det ekonomiska utvärderingsresultatet består av summan av de i den finansiella ramen ingående verksamheterna. Resultaten varierar mellan de olika verksamheterna inom samma försöksområde och inget försöksområde uppvisar ett positivt (eller negativt) resultat för samtliga ingående verksamheter. Detta gäller även om man enbart studerar de kostnader som utgörs av transfereringar. Mot bakgrund av att det är relativt svårt att genom de aktiviteter som bedrivits inom SOCSAM påverka kostnadsutvecklingen inom främst individ- och familjeomsorgen samt att aktiviteter bedrivna inom detta område tenderar att vara kostnadsdrivande analyseras nedan det ekonomiska utvärderingsresultatet för transfereringarna. Med transfereringar avses kostnaderna för utbetald sjuk- och rehabiliteringspenning samt kostnaderna för utbetalda socialbidrag (exklusive flyktingar).

I tre av försöksområdena (Stenungsund, Gotland och i Haninge) har kostnadsutvecklingen vad avser sjukpenningen varit högre än i jämförelse med respektive kontrollområde. För Grästorp, Hisingen, Finspång och Laholm har däremot utvecklingen varit positiv, det vill säga lägre kostnadsökningar än kontrollområdena. I dessa områden har också utvecklingen av antalet långa sjukfall varit markant lägre jämfört med den i riket.

Kostnaderna för rehabiliteringspenning har i samtliga områden utom för Gotland ett resultat som är negativt jämfört med kontrollområdena. Denna utveckling kan vara ett resultat av att ett mer omfattande rehabiliteringsarbete har kommit till stånd i försöksområdena. Utvecklingen av kostnaderna av rehabiliteringspenningen kan förklara utvecklingen av sjukpenningkostnaderna eftersom utbetalningarna av rehabiliteringspenning annars i stor utsträckning skulle ha belastat kostnaderna för sjukpenning.

I tre av försöksområdena (Stenungsund, Hisingen och Haninge) är resultatet för utbetalningarna av socialbidrag positivt. Stenungsunds utfall kan till del bero på att det inom ramen för SOCSAM har bedrivits ett flertal aktiviteter riktade till individer som uppbär socialbidrag. För Haninges del kan det ekonomiska utvärderingsresultatet med avseende på socialbidrag till del tillskrivas den förbättrade konjunkturen.

Endast två områden (Gotland och Laholm) uppvisar ett negativt resultat för de samlade transfereringarna, det vill säga sjuk- och rehabiliteringspenning samt utbetalning av socialbidrag. I relation till befolkningen uppvisar Haninge (99 kr) det högsta resultatet och Laholm det största negativa resultatet (–127 kr).

Tabell 17 Ekonomiskt utvärderingsresultat för de samlade transfereringarna totalt, genomsnittligt resultat per år, mot befolkningen samt resultat mot sammantagen finansiell ram

	<i>Resultat, mkr</i>	<i>Resultat per år, mkr</i>	<i>Genomsnittligt resultat per år mot befolkningen, kr</i>	<i>Resultat mot finansiell ram, procent</i>
Stenungsund	1,80	0,26	13	0,1
Grästorp	0,81	0,20	34	0,3
Hisingen	40,50	10,13	86	1,1
Finspång	4,43	1,11	51	0,8
Gotland	–12,91	–3,23	–56	–0,5
Laholm	–8,66	–2,89	–127	–0,9
Haninge	20,38	6,79	99	0,9

Det största positiva ekonomiska utvärderingsresultatet har Hisingen med 40,5 mkr följt av Haninge och Finspång med 20,38 mkr och 4,43 mkr. Samtliga försöksområdens resultat med avseende på transfereringarna ligger mellan –0,9 och 1,1 procent av den finansiella ramen. Eftersom SOCSAM framförallt har för avsikt att påverka transfereringarnas utveckling tyder resultaten på att de aktiviteter som genomförts inom ramen för SOCSAM kan ha haft betydelse för det ekonomiska utvärderingsresultatet avseende transfereringarna.

Nedan analyseras mer ingående det ekonomiska utvärderingsresultatet för socialförsäkringen respektive socialbidragskostnaderna.

Det ekonomiska utvärderingsresultatet för sjuk- och rehabiliteringspenning

Samtliga försöksområden har uttalat att det är genom rehabilitering av personer som t.ex. uppbär sjukpenning eller rehabiliteringspenning som de stora välfärds-, effektivitets- och samordningsvinsterna förväntas uppnås. En stor del av de aktiviteter som bedrivs i försöksområdena är också inriktade på att förkorta sjukskrivningsperioderna.

Det ekonomiska utvärderingsresultatet inom sjuk- och rehabiliteringspenning uppvisar stora skillnader mellan försöksområdena. Grästorp, Hisingen och Finspång uppvisar ett sammantaget positivt resultat. Övriga områden har haft en sämre utveckling i jämförelse med kontrollområdena.

Tabell 18 Sammantaget ekonomiskt utvärderingsresultat för sjuk- och rehabiliteringspenning. Resultat i genomsnitt under försöksperioden samt i genomsnitt mot befolkningen och år

	<i>Resultat sjukpenning, mkr</i>	<i>Resultat rehabiliteringspenning, mkr</i>	<i>Sammantaget resultat i genomsnitt per år, mkr</i>	<i>Sammantaget resultat per år mot befolkningen, kr</i>
Stenungsund	-8,65	-0,28	-1,28	-63
Grästorp	1,69	-0,61	0,27	46
Hisingen	36,17	-2,58	8,93	71
Finspång	5,74	-0,29	1,36	63
Gotland	-13,17	0,77	-3,1	-54
Laholm	0,42	-1,91	-0,58	-22
Haninge	-2,89	-0,67	-1,19	-17

Stenungsund uppvisar ett sammantaget resultat om -8,9 mkr för sjuk- och rehabiliteringspenningen under de sammanlagt sju år de medverkat i försöket. Detta motsvarar ca -1,28 mkr per år i genomsnitt, eller i förhållande till år och mot befolkningen -63 kr. Även för Gotland, Laholm och Haninge är det sammantagna resultatet negativt (-12,4, -1,49 respektive -3,56 mkr). Laholm och Haninge som har den kortaste försöksperioden (3 år) har också ett resultat mot befolkningen som i absoluta tal är minst. Huruvida dessa resultat beror på den korta försöksperioden går ej att avgöra.

Grästorp har under de fyra år man medverkat ett positivt resultat om ca 1,1 mkr, eller 0,27 mkr per år och 46 kr mätt i relation till befolkning och år. Under de sammanlagt fyra år Hisingens bedrivit SOCSAM har det resulterat i ett positivt resultat om ca 33,6 mkr. Även Finspång uppvisar ett positivt resultat för sjuk- och rehabiliteringspenningen om ca 5,45 mkr, eller i genomsnitt 1,36 mkr per år vilket omsatt i relation mot befolkning och år innebär ett resultat om ca 63 kr per person och år.

I nedanstående tabell jämförs utvecklingen av kostnaderna i försöksområdena med motsvarande kontrollområde.⁷⁷

Tabell 19 Sjuk- och rehabiliteringspenningkostnadernas utveckling i försöksområdena i jämförelse med respektive kontrollområde. Förändring i procent mellan 1996 och 2000

	<i>Försöksområde</i>	<i>Kontrollområde</i>
Stenungsund	120,9	96,2
Grästorp	95,1	120,4
Hisingen	76,9	96,2
Finspång	91,6	101,7
Gotland	114,1	101,8
Laholm	95,0	101,7
Haninge	124,7	111,4

Skillnaderna i kostnadsutvecklingen i jämförelse med kontrollområdena kan mycket väl vara ett resultat av de aktiviteter som bedrivs i försöksområdena. I Grästorp, Finspång, Laholm och på Hisingen bedrivs särskilda aktiviteter med syfte att minska sjukskrivningarna. Utvecklingen i Stenungsund, på Gotland och i Haninge kan tolkas som att de olika aktiviteter som bedrivs inte har varit tillräckliga för att möta de ökade sjukskrivningarna.

Mindre ökning av långa sjukfall

Antalet sjukfall har i riket ökat kraftigt under andra hälften av 1990-talet. Mellan år 1996 och 2000 uppgick ökningen av pågående sjukfall som varat i

⁷⁷ Se bilaga C för en redovisning av respektive försöksområdes utveckling gentemot dess kontrollområde.

minst 29 dagar till 73 procent. Cirka 60 procent av de sjukskrivna är kvinnor – ett mönster som går igen oavsett vilken längdklass som studeras.

De sju försöksområdena uppvisar en likartad utveckling som den i riket vad avser ökningen av det totala antalet långa sjukfall mellan år 1996 och 2000. Mellan försöksområdena och mellan de olika sjuklängdsklasserna finns dock betydande skillnader när det gäller utvecklingen av antalet sjukfall.

Tabell 20 Förändringen i procent mellan år 1996 och 2000 för olika sjukfallslängder i försöksområdena och riket

	<i>29–59 dagar</i>	<i>60–179 dagar</i>	<i>180–364 dagar</i>	<i>365 dagar och uppåt</i>
Stenungsund	53	86	106	96
Grästorp	40	99	85	32
Hisingen	53	82	86	27
Finspång	30	61	71	59
Gotland	40	63	89	117
Laholm	51	68	74	43
Haninge	57	80	95	135
Riket	48	72	93	81

I Stenungsund har antalet sjukfall mellan år 1996 och 2000 ökat mer i samtliga studerade längdklasser i jämförelse med riket. Gotland ligger lägre än i riket i alla längdklasser utom i den längsta längdklassen – klassen ”365 dagar och uppåt”. Finspång har en gynnsam utveckling i alla studerade längdklasser, både i jämförelse med riket och de andra försöksområdena. Grästorp, Laholm och Hisingen har en likartad utveckling som den i riket med undantag för den längsta klassen där ökningen är betydligt mindre. Det föreligger således en intressant tendens i några försöksområden: ökningen är betydligt mindre i de riktigt långa sjukfallen (sjukfall mellan 180 och 364 dagar samt i klassen 365 dagar och uppåt) i jämförelse med riket. Detta kan mycket väl vara ett resultat av SOCSAM.

Utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag

I den finansiella ramen ingår inte kostnader för förtidspensioner och sjukbidrag. Regeringen har motiverat detta med att det under försöksperioden snarare handlar om att förkorta sjukskrivningsperioder och försöka motverka

att en nedsatt arbetsförmåga hos en person blir permanent än att rehabilitera dem som redan blivit förtidspensionerade. Eftersom förmånssystemen i viss mån kan betraktas som kommunicerande kärl är det likväl viktigt att följa utvecklingen av förtidspensioner och sjukbidrag.

En antalsmässig ökning av förtidspensioner och sjukbidrag behöver inte innebära ett problem om det samtidigt är förknippat med en nedgång i antalet långa sjukfall. Gotland har under perioden en utveckling med en hög andel nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag samtidigt med ett ökande antal långvarigt sjukskrivna. Ökningen av de långa sjukfallen har alltså inte sin förklaring i en minskning av antal nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Det förefaller alltså som om de aktiviteter som bedrivits på Gotland inte har lyckats med syftet att motverka ohälsoutvecklingen. Detta gäller även i viss mån utvecklingen i Haninge och till viss del i Stenungsund.

Finspång, Laholm och Grästorp däremot har en utveckling med färre antal nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag och lägre antal långa sjukfall jämfört med riket. Detta kan ha sin grund i de aktiviteter som bedrivs i dessa områden.

Hisingen har, i förhållandet till riket, betydlig färre långa sjukfall men en tendens till en ökning av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag under 2000. Det är möjligt att de aktiviteter som bedrivits på Hisingen har bidragit till att identifiera de personer som bör få förtidspension eller sjukbidrag.

Man bör dock beakta att en antalsmässigt liten förändring ger tämligen stora procentuella förändringar i de mindre försöksområdena, där normalt få människor beviljas förtidspension eller sjukbidrag.

Ohälsotalets utvecklingen

Utvecklingen av sjukfrånvaro och förtidspension kan också analyseras med hjälp av ohälsotalet. Måttet anger antalet ersatta dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag och förtidspension per sjukpenningförsäkrad (person med rätt till ersättning) och person som uppbär sjukbidrag eller förtidspension. Eftersom ohälsotalet är ett relativt mått är det enkelt att använda vid jämförelse mellan områden av olika storlek. Ohälsotalets utveckling för försöksområdena jämfört med kontrollområdenas utveckling redovisas i följande tabell.

Tabell 21 Ohälsotalets utveckling i försöksområdena och kontrollområdena. Förändringen i procent mellan 1996 och 2000. (Nivå för riket år 1996 37,0 och år 2000 49,6)

	<i>Försöks- område, %</i>	<i>Kontroll- område, %</i>	<i>Nivå försök 1996</i>	<i>Nivå försök 2000</i>	<i>Nivå kontroll 1996</i>	<i>Nivå kontroll 2000</i>
Stenungsund	41,9	30,9	34,1	48,5	37,2	48,7
Grästorp	30,9	34,0	31,0	40,6	39,6	53,1
Hisingen	24,7	30,9	52,4	65,4	37,2	48,7
Finspång	31,5	36,1	36,7	48,2	37,9	51,6
Gotland	46,3	33,1	33,2	48,5	39,6	52,7
Laholm	26,9	36,1	34,8	44,1	37,9	51,6
Haninge	40,9	33,3	37,5	52,8	32,4	43,2

För Grästorp, Hisingen, Finspång och Laholm har ohälsotalet utvecklats gynnsammare än i respektive kontrollområde. Det finns en antydning till att de områden som hade en lägre nivå jämfört med respektive kontrollområde har haft en gynnsammare utveckling av ohälsotalet. Undantaget Hisingen som med den högsta nivån på ohälsotalet 1996 (52,4) har haft den lägsta ökningen mellan 1996 och 2000 på 24,7 procent. De aktiviteter som bedrivits kan således ha haft betydelse för ohälsotalets utveckling i dessa försöksområden.

Stenungsund, Gotland och Haninge har en förändring i ohälsotalet som vida överstiger förändringen i respektive kontrollområde. Ökningen i Haninge och Stenungsund kan främst tillskrivas ökningen av antalet sjukfall – en ökning som kan noteras i alla längdklasser. Stenungsund har även en ogynnsam utveckling av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. För Gotlands del bidrar främst ökningen av antalet långa sjukfall till den negativa utvecklingen i ohälsotalet, men också utvecklingen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. En förklaring till utvecklingen på Gotland kan vara att man medverkade i lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (FINSAM) mellan åren 1993 och 1997. Nivån 1996 kan således delvis bero på Gotlands medverkan i FINSAM. Det kan ha påverkat möjligheterna att ytterligare påverka ohälsotalet.⁷⁸

⁷⁸ Se *FINSAM – en slutrapport*, Finansiell samordning 1997:1.

Det ekonomiska utvärderingsresultatet för utbetalningarna av socialbidrag

I samtliga försöksområden ingår kostnader för socialbidrag i den finansiella ramen. Tre områden (Stenungsund 10,73 mkr, Hisingen 6,92 mkr, samt Haninge 23,94 mkr) uppvisar ett positivt ekonomiskt utvärderingsresultat vad avser socialbidragskostnaderna.

Tabell 22 Sammantaget ekonomiskt utvärderingsresultat för utbetalning av socialbidrag (exklusive flyktingar). Resultat i genomsnitt under försöksperioden samt i genomsnitt mot befolkningen och år

	<i>Resultat för socialbidrag, mkr</i>	<i>Resultat per i genomsnitt per år, mkr</i>	<i>Resultat per år mot befolkningen, kr</i>
Stenungsund	10,73	1,53	76
Grästorp	-0,27	-0,07	-11
Hisingen	6,92	1,73	15
Finspång	-1,02	-0,26	-12
Gotland	-0,51	-0,13	-2
Laholm	-7,17	-2,39	-105
Haninge	23,94	7,98	116

Haninge uppvisar även det högsta resultatet mätt i genomsnitt per år mot befolkningen (116 kr). Stenungsunds resultat är 76 kr och Hisingen är resultatet 15 kr.

Finspång, Laholm, Gotland och Grästorp har i jämförelse med sina kontrollområden haft en motsatt utveckling med resultat om -1,02, -7,17, -0,51 respektive -0,27 mkr. Laholm har det största negativa resultatet mätt i genomsnitt mot befolkningen (-105 kr) medan Gotlands resultat stannar vid -2 kr.

I följande tabell jämförs utvecklingen i försöksområdena med motsvarande kontrollområde. Stenungsund har minskat sina kostnader betydligt mer jämfört med kontrollområdet och skillnaden i förhållande till kontrollområdet uppgår till 39 procentenheter. Stenungsund har bedrivit ett flertal aktiviteter riktade till individer som uppbär socialbidrag, vilket också bör kunna förklara det kraftigt förbättrade resultatet. Även Haninge har en utveckling som kraftigt skiljer sig från kontrollområdet (24,3 procentenheter mellan kontrollområde och Haninge). Resultatet i Haninge kan inte enbart förklaras av

det förbättrade arbetsmarknadsläget i storstockholmsregionen som helhet eller av de aktiviteter som bedrivits inom ramen för SOCSAM utan är också ett resultat av många företagsetableringar i Haninge.

Tabell 23 Utvecklingen av kostnader för socialbidrag mellan 1996 och 2000. Procent

	<i>Försöksområde</i>	<i>Kontrollområde</i>
Stenungsund	-40,0	-1,0
Grästorp	1,8	7,4
Hisingen	-3,7	-1,0
Finspång	2,8	-3,7
Gotland	-5,2	-6,2
Laholm	52,0	-3,7
Haninge	-40,3	-16,0

Mellan Laholm och kontrollområde skiljer det 55,7 procentenheter och mellan Finspång och kontrollområde skiljer det 6,5 procentenheter. Finspåns och Laholms utveckling kan förklaras av att de tog emot ett relativt stort antal flyktingar i början av 1990-talet som i och med den allmänna lågkonjunkturen sedan inte lyckats få fotfäste på arbetsmarknaden. Efter att det statliga introduktionsbidraget till flyktingar där sedermera har upphört innebär detta att kostnaderna nu istället belastar de kommunala utbetalningarna av socialbidrag. Socialbidragskostnaderna (exklusive flyktingar) har (framförallt i Finspång) emellertid börjat sjunka.

Grästorps utveckling (5,6 procentenheter mellan kontrollområde och Grästorp) kan, enligt lokala företrädare, till del förklaras av ett mycket lågt ingångsvärde för socialbidragskostnaderna samt en medveten strategi inom verksamheten att långsiktigt hjälpa klienter till anställningsbarhet och egen försörjning. På Gotland och Hisingen är skillnaden i förhållande till respektive kontrollområde marginell (1 respektive 2,7 procentenheter).

7.3.3 Arbetslöshetsersättningens utveckling

Eftersom länsarbetsnämnden inte är en formell part i SOCSAM ingår inte kostnader för arbetslöshetsersättning (a-kassa) och arbetsmarknadsåtgärder i den finansiella ramen. Däremot medverkar länsarbetsnämnden i försöksverksamheten genom samverkansavtal. Arbetsmarknadsfrågorna har således hög

prioritet i försöksområdena, såväl i fråga om målsättningar som i bedrivna aktiviteter. Arbetsförmedlingen och AMI är därmed viktiga aktörer i försöksverksamheten.⁷⁹

Det är uppenbart att den allmänna konjunkturutvecklingen spelar en stor roll i relationen mellan utbetalningar av sjukpenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning.⁸⁰ Även om kontrollområdesförfarandet söker ta hänsyn till den konjunkturrella utvecklingen på lokal nivå så kan givetvis ett försöksområdes utveckling skilja sig från ett kontrollområde. Av denna anledning är det viktigt att även studera den lokala konjunkturrella utvecklingen – här mätt som utbetald arbetslöshetsersättning.

Tabell 24 Förändring mellan 1996 och 2000 för antalet arbetslösa. Procent. Förändring i procent i utbetald a-kassa mellan 1998 och 2000

<i>Försöksområde</i>	<i>Förändring i procent, utbetald a-kassa 1998–2000</i>	<i>Förändring i procent, antal arbetslösa 1996–2000</i>	<i>Arbetslöshetsnivå 1996</i>	<i>Arbetslöshetsnivå 2000</i>
Stenungsund	-22,4	-52,4	9,45	4,5
Grästorps	-38,4	-59,4	10,6	4,3
Hisingen/Göteborg*	-39,5	-60,2	12,3	7,4
Finspång	-55,1	-48,5	9,92	5,1
Gotland	-42,1	-42,1	10,7	6,4
Laholm	-33,7	-40,2	10,2	7,1
Haninge	-79,7	-60,9	9,2	3,6
Riket	-40,6	-43,6	11,0	6,2

* Statistik finns endast tillgänglig för hela Göteborg

⁷⁹ Se kapitlet *SOCSAM:s värde för individen*.

⁸⁰ Den underliggande teorin innebär att en högre arbetslöshet har en disciplinerande effekt på arbetskraftens sjukskrivningsbeteende. Se t.ex. Lidwall, U och Skogman Thoursie, P (2000), *Arbetsliv och Hälsa 2000*, Staffan Marklund (red). Se även RFV redovisar 1997:6 *Risk- och friskfaktorer*.

I takt med den förbättrade konjunkturen har utbetalningen av arbetslöshetsersättning minskat. De samlade kostnaderna för arbetslöshetsersättningen i riket har minskat med ca 41 procent mellan år 1998 och 2000. I Haninge och Finspång, där kostnaderna sjunkit mest, har kostnaderna för arbetslöshetsersättningen sjunkit med 80 respektive 55 procent. För Stenungsund och Laholm har kostnaderna minskat med 22 respektive 34 procent. Utvecklingen i Grästorp, Göteborg och på Gotland överensstämmer väl med den för riket och där minskar kostnaderna med 38, 39 respektive 42 procent.

7.4 Summering och slutsatser

Genom SOCSAM har behov upptäckts och ett antal nya aktiviteter har därmed initierats. Denna resursförstärkning är i sig kostnadsdrivande, vilket bland annat skulle kunna förklara det negativa ekonomiska utvärderingsresultaten (ökade kostnaderna) inom individ- och familjeomsorgen som observerats för samtliga försöksområden. Analysen har av denna anledning framförallt koncentrerats till nyckeltal och transfereringarnas utveckling. Det är framförallt här det går att skönja effekter av de aktiviteter som bedrivits inom ramen för SOCSAM.

SOCSAM bör ha bidragit till att påverka kostnaderna vad avser sjuk- och rehabiliteringspenning och socialbidrag, men även om fem av de sju försöksområdena uppvisar ett sammanlagt positivt ekonomiskt utvärderingsresultat är det tveksamt om SOCSAM har varit orsaken i alla försöksområden. Inom individ- och familjeomsorgen kan SOCSAM i viss utsträckning ha påverkat kostnaderna genom att resursförstärkning har ökat kostnaderna. Däremot är det tveksamt om SOCSAM hittills har lyckats påverka kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen eftersom få aktiviteter har bedrivits inom detta område. I vissa av försöksområdena är dessutom dessa verksamheter underställda andra politiska prioriteringar, vilket innebär att andra nämnder och styrelser fattar beslut om resursfördelningen till dessa verksamheter.

Det är viktigt att framhålla att de beräknade resultaten (både positiva och negativa) kan vara en effekt av den korta försöksperioden i vissa av försöksområdena. Att försöksperioden är kort betyder att det ekonomiska utvärderingsresultatet är känsligt för ingångsvärdet, det vill säga kostnadsnivån året före försöksstart. Konjunkturen har också betydelse för tolkningen av det ekonomiska utvärderingsresultatet. Att kostnaderna för arbetslöshetsersättning och socialbidrag minskar vid högkonjunktur är väl känt sedan tidigare. Likaså att kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning ökar.

Till del beror de ekonomiska utvärderingsresultaten på andra faktorer än på SOCSAM. Framförallt kan lokala konjunkturella skillnader påverka utfallen mer än vad SOCSAM som konstruktion kan göra. Tolkningen av det ekonomiska utvärderingsresultatet påverkas också av att det är tämligen få individer som har berörts av de aktiviteter som bedrivits inom ramen för SOCSAM.⁸¹ Det innebär att det är svårt att spåra kostnadsförändringar för detta fåtal individer i mängden utbetalningar i de reguljära systemen. Detta betyder att den enskilde individen (på mikronivån) kan ha fått det bättre genom den bedrivna aktiviteten, men att det helt enkelt inte går att fastställa detta genom att studera de aggregerade kostnadsflödena (makronivån). Utvärderingen har inte heller kunnat skönja något tydligt trendbrott i den befintliga statistiken som kan stödja tanken att SOCSAM får genomslag först efter en viss period. Analysen har försvårats av att försöksområdena har varit med olika länge (mellan tre och sju år) och påbörjat försöksperioden vid olika tidpunkter. Osäkerheten i beräkningarna är därmed stora. Det är således svårt att säkerställa effekter av SOCSAM på den övergripande makronivån. Kostnadsutvecklingen vad avser sjukpenning, rehabiliteringspenning och socialbidrag samt nyckeltalens utveckling (särskilt vad avser utvecklingen av antalet långa sjukfall) visar dock på positiva resultat som bör kunna tillskrivas SOCSAM.

Stenungsunds ekonomiska utvärderingsresultat är 4,5 mkr. Om hänsyn endast tas till transfereringsdelarna (det vill säga exklusive individ- och familjeomsorgen samt äldre- och handikappomsorgen) uppvisar Stenungsund ett resultat om 1,80 mkr. Detta resultat har sin grund i en positivt resultat vad avser kostnaderna för utbetalda socialbidrag (10,75 mkr). I samtliga längdklasser har antalet långa sjukfall legat högre än i riket – särskilt de långa fallen över 365 dagar har accelererat. Men samtidigt har antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag ökat mindre jämfört med riket. Eftersom Stenungsund varit med sedan 1994 och därigenom bedrivit SOCSAM under en relativt lång period bör resultatet kunna tillskrivas SOCSAM. Men med reservationen att resultatet inom äldre- och handikappomsorgen främst härrör från faktorer som ej kan tillskrivas SOCSAM. Eftersom SOCSAM:s politiska ledning prioriterar och finansierar dessa verksamheter kan det positiva resultatet vara ett resultat av försöksverksamheten.

Utifrån det ekonomiska utvärderingsresultatet har SOCSAM i Grästorps ett resultat om 1,69 mkr (0,81 mkr om endast transfereringsdelarna beaktas).

⁸¹ Se kapitlet *SOCSAM:s värde för individen*.

Mätt mot den finansiella ramen uppvisas ett överskott om 4,2 procent. Om transfereringarnas andel av den finansiella ramen beaktas blir resultatet däremot 0,3 procent. Av transfereringsdelarna är det endast resultatet för sjukpenningkostnaderna som uppvisar ett positivt resultat. Denna kostnadsutveckling och den positiva utvecklingen vad avser sjukfallslängder och nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag kan mycket väl vara ett resultat av SOCSAM.

Hisingen uppvisar ett sammantaget negativt ekonomiskt utvärderingsresultat om -13,71 mkr. Det negativa resultatet härrör främst från ett mycket stort negativt utfall för individ- och familjeomsorgen (-54,21 mkr). Däremot uppvisar Hisingen ett positivt resultat vad avser kostnaderna för utbetalda socialbidrag och sjukpenning vilket medför att det ekonomiska utvärderingsresultatet vad avser de sammanlagda transfereringarna är positivt (40,50 mkr). Med tanke på de aktiviteter som bedrivs i syfte att påverka sjukpenning- och socialbidragskostnader kan därför utfallet vara ett resultat av SOCSAM. Hisingen har också en gynnsam utveckling vad avser antalet långa sjukfall.

Finspångs resultat (0,34 mkr och 4,43 mkr för transfereringsdelarna) bör kunna tillskrivas SOCSAM. Endast utbetalningar av rehabiliteringspenning och en förklarad negativ utveckling av kostnaderna för socialbidrag har belastat det annars positiva resultatet.

Gotlands sammanlagda negativa resultat (-23,84 mkr) kan främst hänföras till ett negativt resultatet för kostnaderna vad avser utbetalningarna av sjukpenning. Det ekonomiska utvärderingsresultatet beräknat endast på transfereringsdelarna (det vill säga exklusive individ- och familjeomsorgen samt äldre- och handikappomsorgen) uppvisar ett resultat om minus 12,91 mkr. Gotland har en utveckling av antalet långa sjukfall parat med en ökning av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag som kan förklara de högre kostnaderna. FINSAM-försöket, som Gotland medverkade i mellan 1993 och 1997, kan ha haft viss betydelse för sjukpenningkostnadernas utveckling mellan 1996 och 2000. Resultaten kan inte tillskrivas SOCSAM.

Laholms negativa resultat (-10,44 mkr och -8,66 mkr för transfereringsdelen) kan främst hänföras till de ökade kostnaderna för utbetalda socialbidrag och ökade kostnader inom individ- och familjeomsorgen. Antalet långa sjukfall har minskat markant i Laholm samtidigt som antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag inte har ökat mer jämfört med riket. SOCSAM kan ha bidragit till denna utveckling. Däremot har troligen försökstiden varit för kort för att SOCSAM ska ha haft någon större effekt på det sammantagna ekonomiska utvärderingsresultatet.

För Haninge är det utvecklingen av kostnaderna för socialbidrag som har bidragit till det positiva resultatet (4,70 mkr och 20,38 mkr för transfereringsdelarna). Resultatet vad avser kostnaderna för sjukpenning är däremot negativt (-2,89 mkr). Även här har försökstiden troligtvis varit för kort för att kunna dra några slutsatser om SOCSAM:s inverkan på det sammantagna ekonomiska utvärderingsresultatet.

Sammanfattningsvis tycks det vara så att SOCSAM har inneburit att samordnade insatser för enskilda har förstärkts, vilket till övervägande del har fått positiva effekter med avseende på sjukpenning- och socialbidragskostnader samt utvecklingen av långa sjukfall. I samtliga försöksområden har däremot utfallen av de ekonomiska utvärderingsresultaten endast utgjort en liten andel av den totala finansiella ramen (mellan -1,1 och 4,2 procent eller mellan -0,9 och 1,1 procent för transfereringsdelarna). Det är således tveksamt om SOCSAM har påverkat de ingående verksamheterna samlade kostnader i någon större omfattning.

Litteratur- och referensförteckning

Arbetskyddsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet, Staffan Marklund (red):
Arbetsliv och hälsa 2000

Beställarförbund 4S: *Årsredovisning 2000*

Beställarförbundet 5S, Grästorpsnämnden: *Årsredovisning 2000*

Beställarförbundet DELTA på Hisingen: *Årsredovisning och verksamhetsberättelse 2000*

Björk, Norinder *The weighting exercise for Swedish version of the Euroqol. Euroqol plenary meeting, HERG Research Report No. 20 september 1995*

Bohusläns allmänna försäkringskassa *Euroqol-projektet – Utvärdering av rehabiliteringsarbetet inom försäkringskassan i Bohuslän, 1996*

DELTA: *Lägesrapport avseende sjuka socialbidragstagare boende på Hisingen, som inte är sjukpenningplacerade, november 1998*

DELTA: *Väntetidsstudie i sjukförsäkringen, mars 1999.*

DELTA: *Sammanfattande utvärdering av DELTA-projektet, 2001*

Ekberg K, Noorlind Brage H, Dastserri M *Östgötens hälsa och miljö 2000, Rapport 00:1, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland 2000*

Finspångs Beställarförbund: *Hinder och resurser för arbetsföra men i dagsläget icke anställningsbara finspångsbor – myndigheternas behovsbilder, 1999-06-03*

Finspångs Beställarförbund: *Årsredovisning 2000*

Finspångs Beställarförbund: *Finspångs bidrag till den nationella utvärderingsgruppen, 2001-05-02*

Fyrverkeriet: *Årsredovisning 2000*

Fyrverkeriet: *En delrapport från Socsam-försöket i Laholm, 30 april 2001*

Leijon M, Hensing G, Alexanderson K: *Gender trends in sick-listing with musculoskeletal symptoms in a Swedish county during a period of rapid increase in sickness absence*, Scandinavian Journal of Social Medicine 26:204-213, 1998

Månsson NO, Råstam L, Adolfsson Å: *Disability pension in Malmöhus county: Aspects of long term financial effects*, Scandinavian Journal of Social Medicine 26:102-105, 1998

NUTEK Regioner på väg mot år 2015 *Förutsättningar, fakta och tendenser*, R 1997:10

Projekt 4S: *Att utifrån ett försäkringskassaperspektiv analysera de flaskhalsar som skapar väntetider i ett sjukfall*, 2001

Projekt 4S: *Lokal utvärdering av SOCSAM projekt 4S Stenungsund 1994-2000*

Proposition 1990/91:121: *Försöksverksamhet med kommunal primärvård*

Proposition 1991/92:105: *Om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård*

Proposition 1993/94:205: *Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst*

Riksförsäkringsverket: *Risk- och friskfaktorer*, RFV Redovisar 1997:6

Riksförsäkringsverket & Sahlgrenska Universitetssjukhuset *Vad kan förutsäga utfallet av en sjukskrivning?*, Rygg och nacke 8, 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *FINSAM – en slutrapport*, Finansiell samordning 1997:1

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *SOCSAM Tre huvudmän i samma båt – en lägesrapport*, Finansiell samordning 1997:2

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Politikerrollen i SOCSAM*, Finansiell samordning 1998:1

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *SOCSAM – tidiga erfarenheter En lägesrapport*, Finansiell samordning 1998:2

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Politikerrollen i det lokala välfärdssystemet*, Finansiell samordning Underlagsrapport, september 1999

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *SOCSAM – en mångfacetterad verksamhet*, Finansiell samordning 1999:1

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Verksamhetsplan för uppföljning och utvärdering av SOCSAM*, Finansiell samordning, 1999-06-29

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Vilja och förmåga – en intervjustudie med projektledarna i SOCSAM*, Finansiell samordning, Underlagsrapport september 2000

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *SOCSAM i Hyllie – mer än en parentes?* Stencil, maj 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Statistisk analys av operationsfrekvenser i samband med SOCSAM-försöken*, Stencil, maj 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Intervjuer med funktionshindrade personer*, Stencil, juli 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Erfarenheter av ekonomiprocesen i SOCSAM – hur har administrationen av den finansiella samordningen fungerat?* Finansiell samordning, Underlagsrapport, augusti 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Hur uppfattades SOCSAM på Gotland? – erfarenheter från ett SOCSAM-försök som avslutades trots tron på idén*, Finansiell samordning, Underlagsrapport, augusti 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Hur ser huvudmännens politiker på SOCSAM?* Stencil, november 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Hur ser personalen på SOCSAM?* Stencil, november 2001.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Vad görs i SOCSAM? – en aktivitetskatalog*, underlagsrapport, november 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Den ekonomiska utvärderingsmodellen*, Stencil, november 2001

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Omvärldens perspektiv på SOCSAM – enkät riktad till SOCSAM:s medaktörer i tre försöksområden*, Stencil, juli 2001

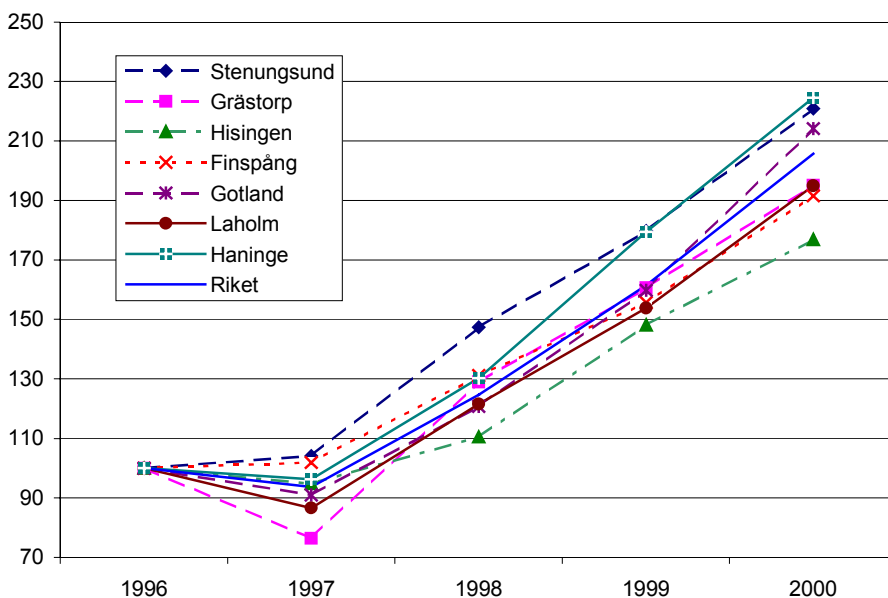
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: Euroqolstudie i SOCSAM – *inrapporterade uppgifter februari 2001*, stencil, oktober 2001
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Vilka ärenden ägnar sig de politiska ledningarna i Finspång och Hisingen åt?* Stencil, augusti 2001
- SFS 1994:566, *Lag om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst*
- Socialstyrelsen: *Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*, 2001
- Socialstyrelsen/ABH Företags- och kommuninfo AB (2000): *Sammanfattning av tjugosex behovsgruppsbaserade organiseringsstudier i sju Socsam-kommuner*
- Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet och Statistiska centralbyrån: *Jämförelsetal för socialtjänsten*, 1996, 1997, 1998, 1999 och 2000
- SOU 2000:78: *Rehabilitering till arbete*
- SOU 2000:121: *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*
- SOU 2000:114: *Samverkan – om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.*
- S 2000:7: *Punkter i en handlingsplan*. Delrapport från utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet
- Statistiska centralbyrån *Lokala arbetsmarknader och förvärvsregioner*, SCB rapport 1991:7
- SOCSAM i Haninge: *Lägesrapport SOCSAM i Haninge*, augusti 2001
- SOCSAM i Haninge: *Årsredovisning 2000*
- SOCSAM-projektet, Gotlands kommun: *Årsredovisning 990101–991231*, SOCSAM-rapport, nummer 12, februari 2000
- SOCSAM på Gotland: *Sammanfattning av den lokala utvärderingen*, arbetsmaterial, 2001
- Tabella Utvärdering: *SOCSAM 5S i Grästorp Utvärdering av fyra års verksamhet*, 2001-04-30
- Vedung, E: *Utvärdering i politik och förvaltning*, 1991, Studentlitteratur

Bilaga A Försöksområdenas kostnadsutveckling

Utbetalningar av sjuk- och rehabiliteringspenning

Under perioden 1996–2000 ökade kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenningen i riket med 106 procent. Utvecklingen är likartad i alla försöksområden.

Figur A.1 Sjuk- och rehabiliteringspenning, 1996–2000 (Index 1996=100) i försöksområdena och riket



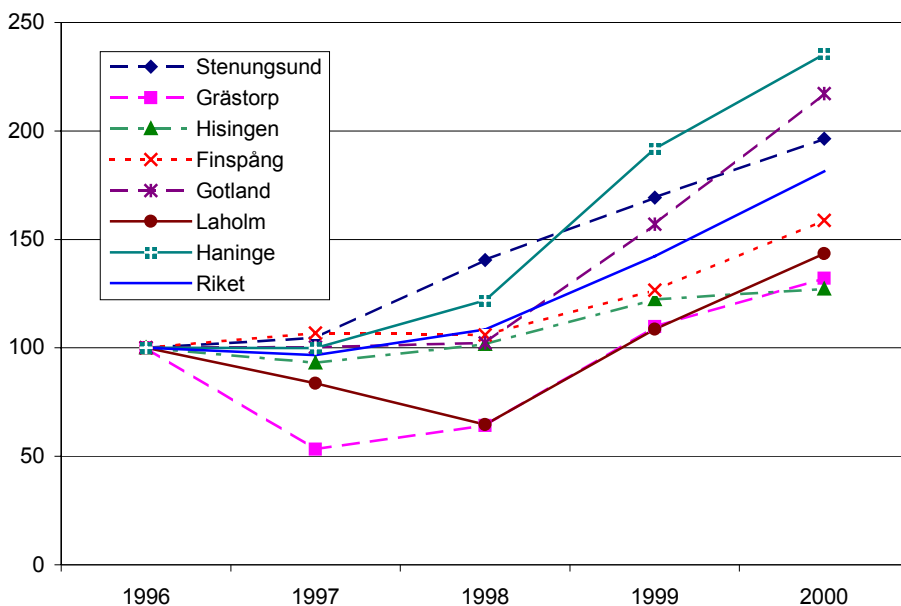
I Stenungsund och i Haninge har kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning ökat med 121 respektive 125 procent mellan år 1996 och 2000. Gotland, Laholm, Finspång och Hisingen har haft en lägre kostnadsökning jämfört med riket och ökat sina kostnader med 114, 95, 92 respektive 77 procent. Grästorps har efter 1997 års relativt sett låga kostnader en ökningstakt som liknar den för Stenungsund och Haninge och har under perioden en

kostnadsökning på samma nivå som för Laholm det vill säga en ökning med 95 procent.

I Stenungsund, som har bedrivit SOCSAM sedan 1994, har kostnaderna minskat med 13 procent mellan år 1993 och 1996. Sammantaget för hela perioden mellan år 1993 och 2000 har kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning i Stenungsund ökat med 92 procent. Riket hade under samma period en ökning med 87 procent.

Under 2000 fanns det i riket i genomsnitt drygt 82 000 sjukfall som varat i minst 365 dagar. Mellan år 1996 och 2000 uppgick ökningen av pågående sjukfall som varat i minst 365 dagar till 81 procent, vilket motsvarar en ökning med ca 37 000 långa sjukfall.

Figur A.2 Antalsutvecklingen av långa sjukfall (minst 365 dagar) i försöksområdena och riket, 1996–2000 (Index 1996=100)



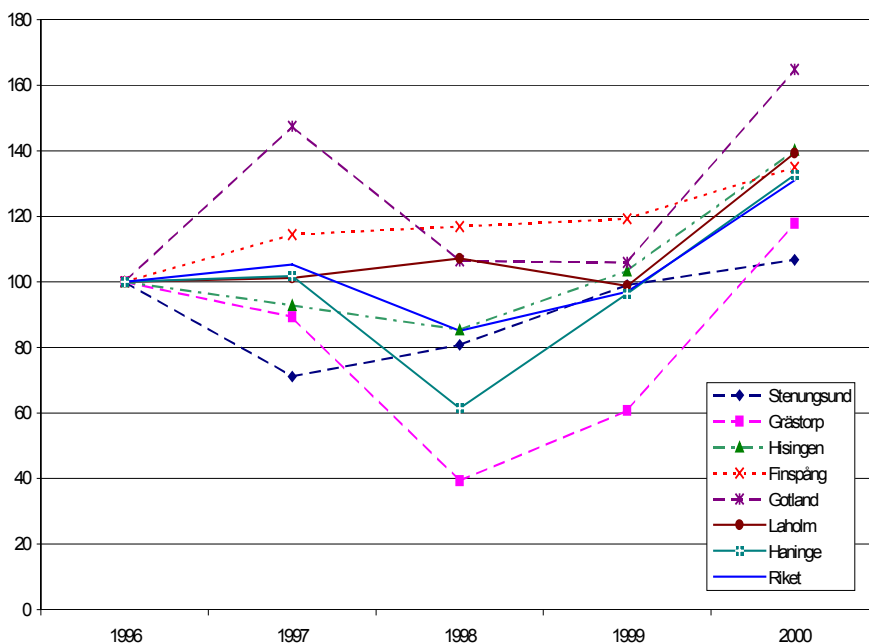
Utveckling av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag

I den finansiella ramen ingår inte kostnader för förtidspensioner och sjukbidrag. Regeringen har motiverat detta med att det under försöksperioden snarare handlar om att förkorta sjukskrivningsperioder och försöka motverka

att en nedsatt arbetsförmåga hos en person blir permanent än att rehabilitera dem som redan blivit förtidspensionerade. Eftersom förmånssystemen i viss mån kan betraktas som kommunicerande kärl är det likväl viktigt att följa utvecklingen av förtidspensioner och sjukbidrag.

Under 1998 låg antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag på en, för 1990-talet, relativt låg nivå. Under 2000 ökade antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag i riket till cirka 49 000. Därmed är antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag tillbaka på 1995, 1996 och 1997 års nivå. Ökningen gäller för såväl kvinnor som män och avser både sjukbidrag och förtidspensioner.

Figur A.3 Utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag i försöksområdena och riket, 1996–2000. (Index 1996=100)



Även här är skillnaderna mellan de sju försöksområdena stora. På Gotland, Hisingen, i Laholm, Finspång och Haninge har antalet nybeviljade ökat mer än i riket (65, 41, 39, 35 respektive 33 procent). Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag på Hisingen följer i stort utvecklingen i riket som ökade med 31 procent. Stenungsund och Grästorp har en ökning om bara 7 respektive 18 procent. Gotland, Finspång och Laholm har under perioden en

utveckling som präglas av ett högre antal nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag jämfört med riket.

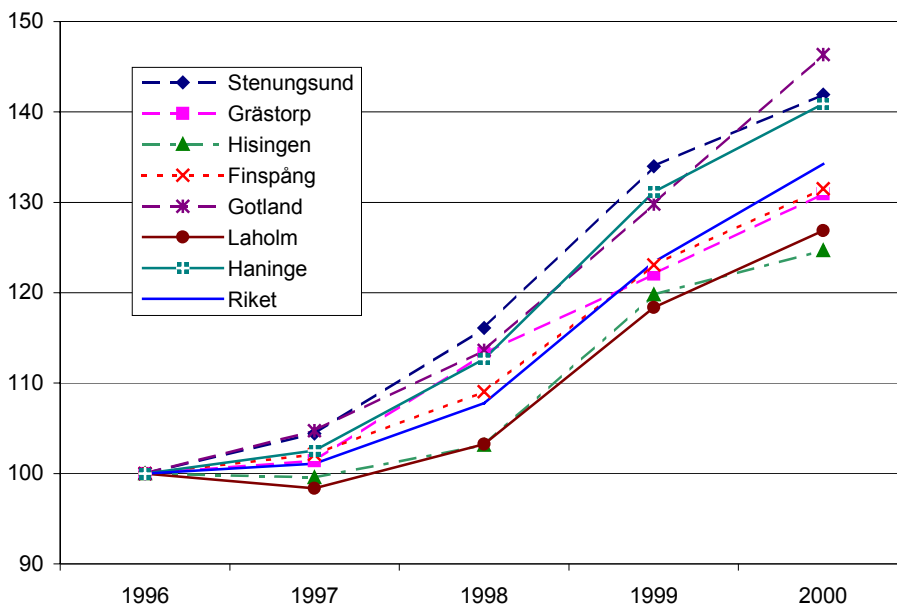
Ohälsotalets utveckling

Utvecklingen av sjukfrånvaro och förtidspension kan också beskrivas med hjälp av ohälsotalet. Måttet anger antalet ersatta dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag och förtidspension per sjukpenningförsäkrad (person med rätt till ersättning) och person som uppbär sjukbidrag eller förtidspension. Eftersom ohälsotalet är ett relativt mått är det enkelt att använda vid en jämförelse mellan områden av olika storlek.

Ohälsotalet i riket uppgick 2000 till 49,6 dagar, varav 30,7 dagar avsåg förtidspension och sjukbidrag och 18,1 dagar avsåg sjukpenning. Under perioden 1996–2000 har ohälsotalet ökat med 12,7 dagar. I huvudsak återfinns denna ökning i ohälsotalets sjukpenningsdel (9,1 dagar) medan förtidspensionsdelen har ökat i något mindre omfattning (3,5 dagar).

På samma sätt som utvecklingen av antalet sjukfall och nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag skiljer sig också ohälsotalet åt mellan de sju försöksområdena. Hisingen är det område som har högst ohälsotal medan Grästorp har det lägsta ohälsotalet. Alla försöksområden utom Hisingen och Haninge hade 1999 ett ohälsotal som understeg rikets ohälsotal.

Figur A.4 Ohälsotalet i försöksområdena och riket, 1996–2000.
Förändring i procent mellan år 1996 och 2000

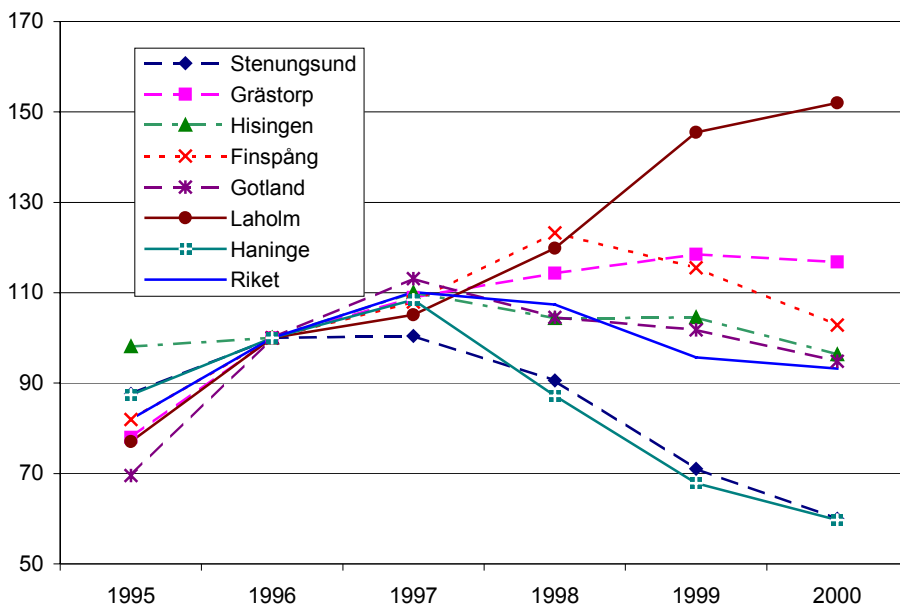


Ohälsotalet har, liksom i riket, ökat i försöksområdena mellan år 1996 och 2000. I Stenungsund, på Gotland och i Haninge har ökningen varit större än i riket och i Laholm och på Hisingen har ökningen varit mindre än i riket. Det är ohälsotalets sjukpenningdel som ökat mest, både i riket och i försöksområdena.

Utvecklingen av utbetalda socialbidrag

Att kostnaderna för socialbidrag varierar kontracykliskt med konjunkturen är väl känt sedan tidigare. Socialbidragskostnaderna (exklusive flyktingar) har ökat i riket fram till 1998 för att därefter börja avta. Denna utveckling är likartad i alla försöksområden utom för Laholm och Grästorp som har en motsatt utveckling med stigande kostnader fram till 1999 för att därefter börja avta till år 2000. I dessa områden ökade kostnaderna under perioden med 38 respektive 17 procent.

Figur A.5 Utbetalda socialbidrag (exklusive flyktingar) i försöksområdena och riket (index 1996=100)



I Finspång har kostnaderna ökat med 3 procent. I riket har kostnaderna minskat med 7 procent. Haninge och Stenungsund har under samma period minskat sina kostnader med drygt 40 procent. På Gotland och på Hisingen har kostnaderna minskat med 5 respektive 4 procent.

Mönstret går igen även då utbetalda socialbidrag per invånare studeras, men försöksområdena skiljer sig kraftigt åt vad avser nivå.

Tabell A.1 Utbetalda socialbidrag (exklusive flyktingar) per invånare i försöksområdena och riket. Kronor per invånare

	1996	1997	1998	1999	2000
Stenungsund	1 137	1 139	1 028	795	671
Grästorp	486	534	565	587	579
Hisingen	2 249	2 475	2 346	2 341	2 166
Finspång	601	658	762	727	647
Gotland	905	1 066	953	931	868
Laholm	514	526	600	733	765
Haninge	1 306	1 404	1 111	854	751
Riket	994	1 096	1 101	1 033	971

Hisingen har de högsta kostnaderna per invånare (2 166 kr) och ligger år 2000 ca 123 procent över nivån för riket. Övriga försöksområden ligger under riket där Grästorp, som har de lägsta kostnaderna per invånare (579 kr), har en nivå som understiger riket med ca 40 procent. Haninges kostnadsförändring ligger väl i linje med den starkt förbättrade konjunkturen i Stockholmsområdet.

Utvecklingen av socialbidrag enligt ovanstående antyder att nivån på socialbidrag per invånare inte har någon betydelse för kostnadsutvecklingen. Snarare speglar det den sociala struktur som råder i kommunen.

Sammanfattning av kostnadsförändringarna för sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag samt arbetslöshetsersättning

I tabellen nedan sammanfattas kostnadsförändringarna för sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning för försöksområdena, kontrollområdena och riket.

Tabell A.2 Kostnadsförändringar mellan år 1996 och 2000 i försöksområdena, kontrollområden och riket. Procent

	<i>Sjuk- och rehabiliteringspenning</i>	<i>Kontrollområde</i>	<i>Socialbidrag</i>	<i>Kontrollområde</i>	<i>Arbetslösa*</i>
Stenungsund	120,9	96,2	-40,0	-1,0	-52,4
Grästorp	95,1	120,4	1,8	7,4	-59,4
Hisingen (Göteborg)	76,9	96,2	-3,7	-1,0	-60,2
Finspång	91,6	101,7	2,8	-3,7	-48,5
Gotland	114,1	101,8	-5,2	-6,2	-42,1
Laholm	95,0	101,7	52,0	-3,7	-40,2
Haninge	124,6	111,4	-40,3	-16,0	-79,7
Riket	105,7	–	-5,8	–	-43,6

* Statistik finns endast tillgänglig för hela Göteborg.

Utbetalningarna av sjuk- och rehabiliteringspenning har ökat mindre i fyra av försöksområdena (Grästorp, Hisingen Finspång och Laholm). Socialbidragskostnaderna har mellan 1996 och 2000 minskat mer i tre områden (Stenungsund, Gotland och Haninge) jämfört med kontrollområdena. I tre (Stenungsund, Hisingen och Haninge) försöksområden minskar de utbetalda arbetslöshetsersättningarna mer än i riket mellan år 1998 och 2000.

Bilaga B Försöksområdenas kontrollområden

I denna bilaga redovisas kortfattat hur kontrollområdena har skapats samt vilka kontrollområden som respektive försöksområde blivit tilldelat. Vidare beskrivs kortfattat den statistik som använts vid beräkning av det ekonomiska utvärderingsresultatet.

Hur kontrollområden ska väljas anges inte i propositionen. De bör dock väljas så att de är så lika försöksområdena som möjligt. Att skapa kontrollområden som är lika försöksområdena med avseende på socialförsäkringen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten är inte möjligt, inte minst eftersom data om hälso- och sjukvårdens kostnader är svåra att säkerställa på kommunnivå. Om valet av kontrollområden är optimalt kan det antas att eventuella externa påverkansfaktorer väntas slå mot försöksområdena och kontrollområdena på ett systematiskt likartat sätt. Syftet är alltså att finna den unika utvecklingen i försöksområdena – en utveckling som antas vara resultatet av SOCSAM.

Ett alternativ till kontrollområden som är lika med avseende på de verksamheter som ingår i försöket är att använda kontrollområden som är lika försöksområdena i andra avseenden. En väl beprövad indelning av landets kommuner är de så kallade förvärvsregionerna (F-regionerna).⁸²

En F-region består av ett antal kommuner som är lika med avseende på areal, befolkningsunderlag, utbildningsstruktur, näringsstruktur och företagsstruktur. För att skapa F-regionerna har först kommunerna grupperats i 108 lokala arbetsmarknadsregioner (LA-regioner) som sedan har analyserats och grupperats till tio, ej geografiskt sammanhängande, F-regioner. Grupperingen har gjorts med avseende på ett antal grundläggande produktionsförutsättningar bl.a. LA-regionernas storlek, hur välutbildad arbetskraften är, hur dynamiskt näringslivet är och olika tillgänglighets- eller kommunikationsfaktorer.

⁸² SCB rapport 1991:7 ”Lokala arbetsmarknader och förvärvsregioner” samt NUTEK rapport 1997:10 ”Regioner på väg mot år 2015”.

Statistiska underlag

Den offentliga statistik som används för att beräkna det ekonomiska utvärderingsresultatet utgörs av data från *socialförsäkringen*. Här ingår kostnader för sjukpenning, rehabiliteringspenning och nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Endast försäkringskostnaderna ingår.

Data från *socialtjänsten* utgörs av kostnader för individ- och familjeomsorg samt äldre- och handikappomsorg. Med kostnader avses driftskostnader. I kostnaderna ingår verksamhetens samtliga kostnader inklusive central och lokal administration, lokal-, kapital- och lönekostnader.

I kostnaderna för individ- och familjeomsorgen (IFO) ingår barn- och ungdomsvård, missbrukarvård, ekonomiskt bistånd (utgörs till största delen av socialbidrag) och vård av övriga vuxna. De kostnader som utgörs av socialbidrag kommer emellertid att särredovisas i syfte att förtydliga socialbidraget som en transferering.

I kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen (ÄHO) ingår boende i särskilda boendeformer, sjukhemsverksamhet och hemtjänst, omsorg om psykiskt utvecklingsstörda och förebyggande verksamhet. Färdtjänst ingår inte.

Data från *hälso- och sjukvården* används däremot inte. Det beror på att det är svårt att på ett likartat sätt beräkna primärvårdens kostnader i alla landets kommuner.

Observera att endast verksamheter som ingår i den finansiella ramen bör ingå i det ekonomiska utvärderingsresultatet. Alltså omfattas inte det ekonomiska utvärderingsresultatet av arbetsförmedlingens/AMI:s kostnader. Däremot används arbetslöshetsersättningens utveckling i analysen av försöksområdenas konjunkturella utveckling och därmed de ingående verksamheternas kostnadsutveckling.

Tabell B.1 Kontrollområden för Haninge

Botkyrka	Sollentuna
Danderyd	Solna
Ekerö	Stockholm
Huddinge	Sundbyberg
Håbo	Södertälje
Järfälla	Tyresö
Lidingö	Täby
Nacka	Upplands-Bro
Norrtälje	Upplands-Väsby
Nykvarn	Vallentuna
Nynäshamn	Vaxholm
Salem	Värmdö
Sigtuna	Österåker

Tabell B.2 Kontrollområden för Hisingen och Stenungsund

Ale	Lerum
Alingsås	Mark
Bollebygd	Mölnadal
Dals-Ed	Orust
Falköping	Partille
Göteborg	Tjörn
Härryda	Vårgårda
Kungsbacka	Öckerö
Kungälv	

Tabell B.3 Kontrollområden för Grästorp

Arboga

Avesta

Degerfors

Emmaboda

Essunga

Filipstad

Hagfors

Hylte

Hällefors

Karlskoga

Kungsör

Köping

Lidköping

Lilla Edet

Mellerud

Storfors

Tidaholm

Trollhättan

Vänersborg

Tabell B.4 Kontrollområden för Finspång och Laholm

Alvesta	Karlstad	Surahammar
Askersund	Kil	Svalöv
Bjurholm	Kinda	Svenljunga
Bjuv	Klippan	Säter
Boden	Kristianstad	Söderköping
Bollebygd	Kumla	Sölvesborg
Borgholm	Landskrona	Tibro
Borlänge	Leksand	Tierp
Borås	Lessebo	Timrå
Boxholm	Linköping	Tingsryd
Bromölla	Lomma	Torsås
Båstad	Luleå	Tranemo
Enköping	Mjölby	Trosa
Eskilstuna	Motala	Uddevalla
Falköping	Mullsjö	Ulricehamn
Falun	Munkedal	Umeå
Forshaga	Mörbylånga	Uppsala
Färgelanda	Nora	Uppvidinge
Gagnef	Nordmaling	Vadstena
Gnesta	Norrköping	Vaggeryd
Grums	Norsjö	Valdemarsvik
Gävle	Nybro	Vara
Habo	Nyköping	Vindeln
Hallsberg	Ockelbo	Vännäs
Hallstahammar	Osby	Västerås
Halmstad	Oxelösund	Växjö
Hammarö	Perstorp	Åstorp
Heby	Piteå	Åtvidaberg
Helsingborg	Robertsfors	Älvkarleby
Herrljunga	Rättvik	Älvsbyn
Hjo	Sala	Ängelholm
Härnösand	Sandviken	Ödeshög
Hässleholm	Skara	Örebro
Höganäs	Skellefteå	Örkelljunga
Jönköping	Skövde	Östhammar
Kalmar	Strängnäs	Östra Göinge
Karlsborg	Sundsvall	

Tabell B.5 Kontrollområden för Gotland

Aneby	Malå
Arvika	Mariestad
Bollnäs	Mönsterås
Eda	Norberg
Eksjö	Nordanstig
Fagersta	Nässjö
Falkenberg	Osby
Flen	Oskarshamn
Gullspång	Ovanåker
Götene	Ronneby
Haparanda	Skinnskatteberg
Hedemora	Smedjebacken
Hudiksvall	Sotenäs
Högsby	Säffle
Kalix	Söderhamn
Karlshamn	Tranås
Karlskrona	Töreboda
Katrineholm	Varberg
Kramfors	Vingåker
Kristinehamn	Värnamo
Lidköping	Västervik
Lindesberg	Ydre
Ljungby	Åmål
Ljusnarsberg	Älmhult
Ludvika	Örnsköldsvik
Lycksele	Övertorneå
Lysekil	

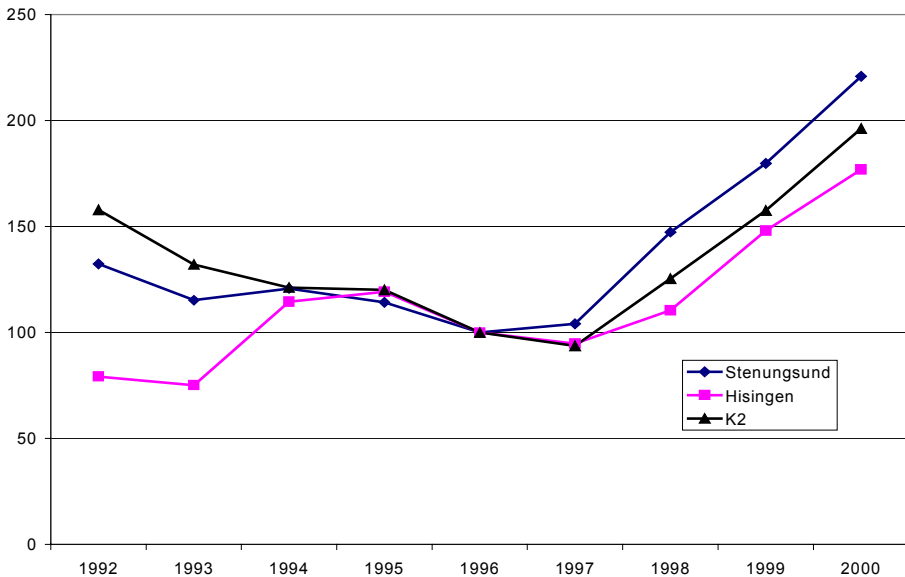
Bilaga C Försöksområdenas kostnadsutveckling mot kontrollområde

I denna bilaga redovisas försöksområdets kostnadsutveckling inom sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag, individ- och familjeomsorgen (IFO) och äldre- och handikappomsorgen (ÄHO) mot respektive försöksområdes kontrollområde.

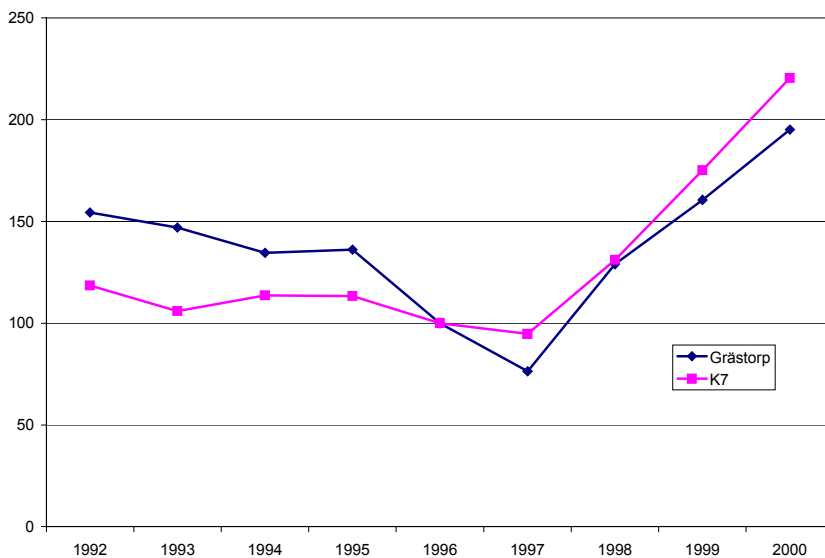
I avsnitt ett presenteras sjuk- och rehabiliteringspenningens utveckling, i avsnitt två socialbidragens utveckling, avsnitt tre presenterar utvecklingen inom IFO och slutligen redovisas utvecklingen inom ÄHO.

Sjuk- och rehabiliteringspenning

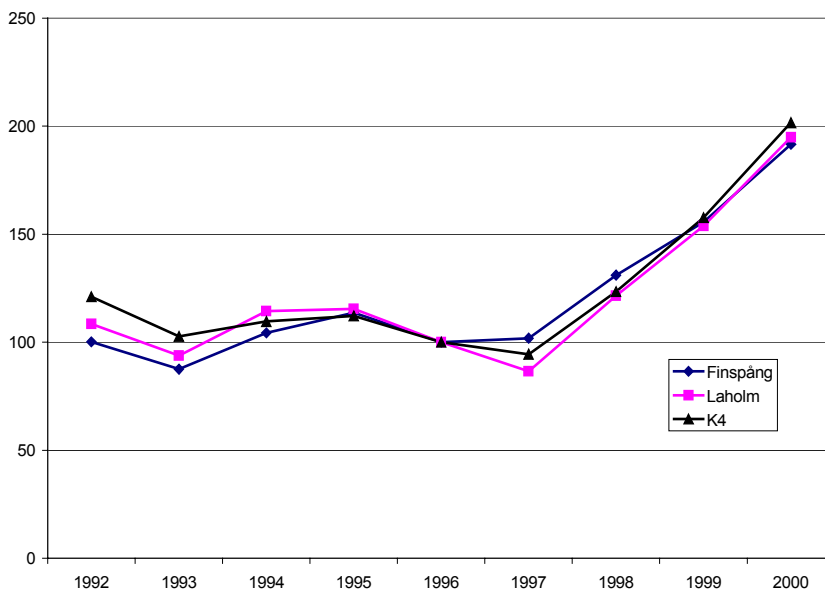
Figur C.1 Sjuk- och rehabiliteringspenning för Stenungsund, Hisingen och kontrollområde (K2). Index 1996=100



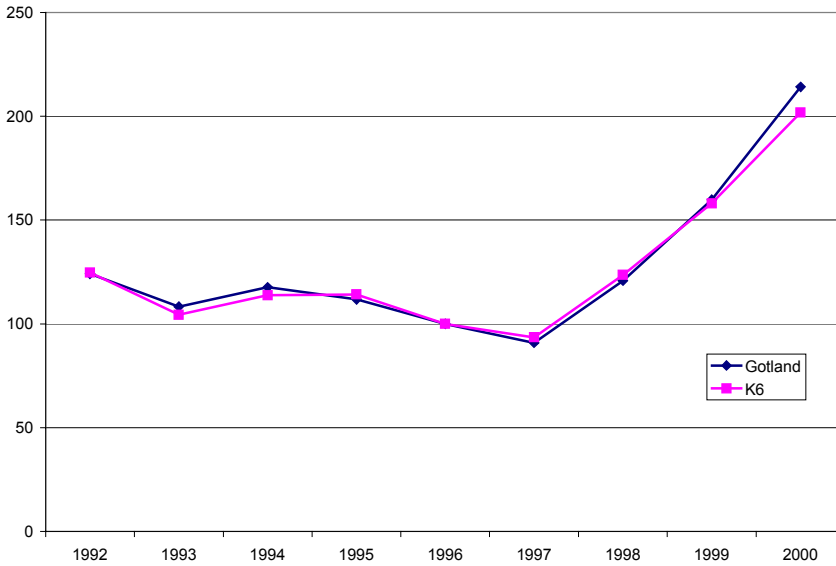
Figur C.2 Sjuk- och rehabiliteringspenning för Grästorp och kontrollområde (K7). Index 1996=100



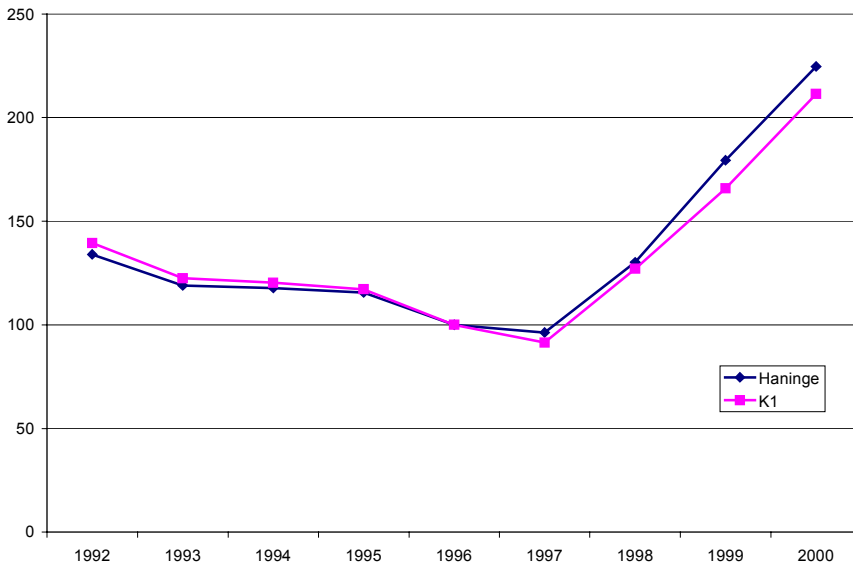
Figur C.3 Sjuk- och rehabiliteringspenning för Finspång, Laholm och kontrollområde (K4). Index 1996=100



Figur C.4 Sjuk- och rehabiliteringspenning för Gotland och kontrollområde (K6). Index 1996=100

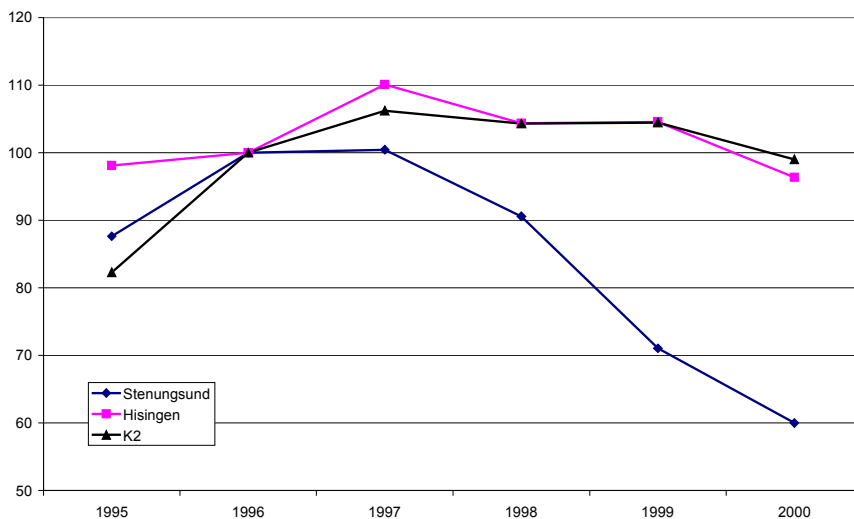


Figur C.5 Sjuk- och rehabiliteringspenning för Haninge och kontrollområde (K1). Index 1996=100

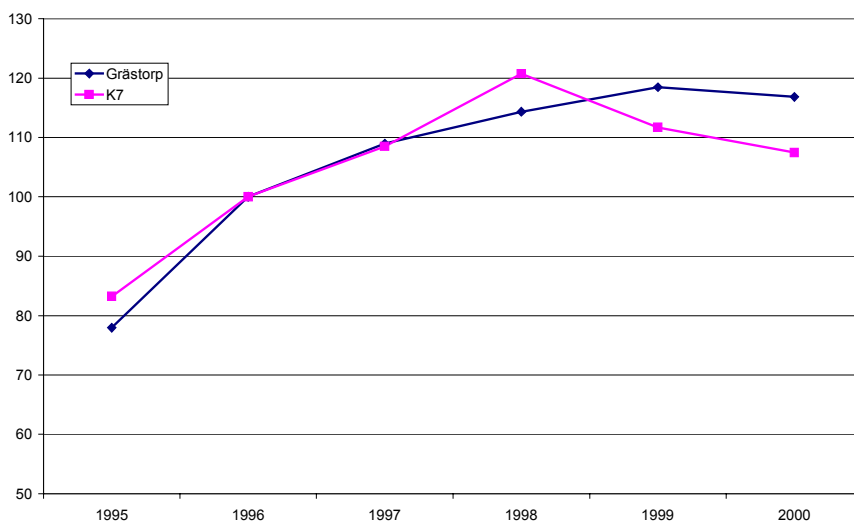


Socialbidragens utveckling

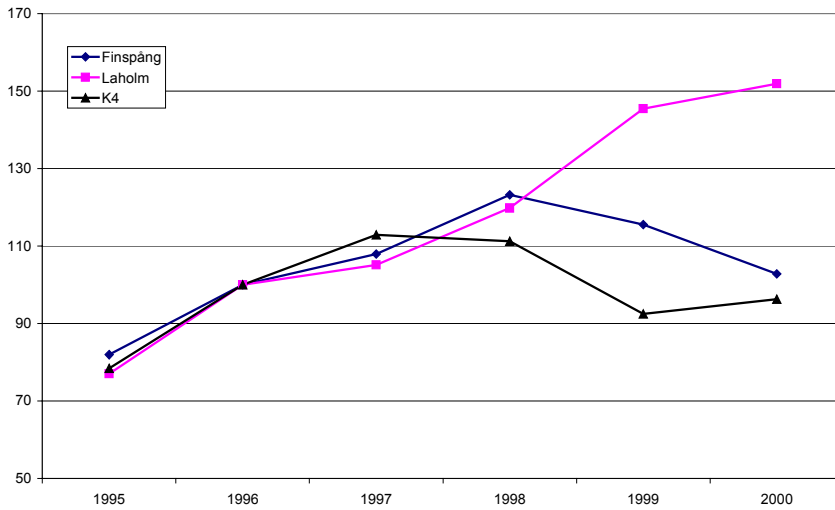
Figur C.6 Socialbidragens utveckling för Stenungsund, Hisingen och kontrollområde (K2). Index 1996=100



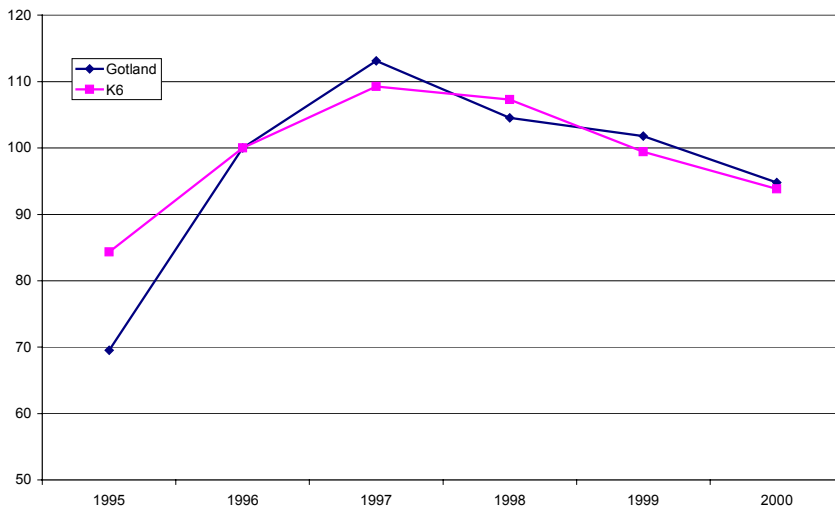
Figur C.7 Socialbidragens utveckling för Grästorps och kontrollområde (K7). Index 1996=100



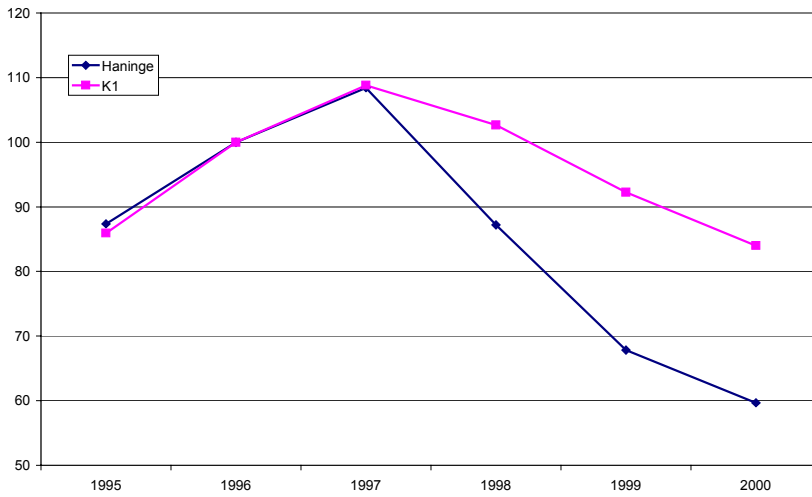
Figur C.8 Socialbidragens utveckling för Finspång, Laholm och kontrollområde (K4). Index 1996=100



Figur C.9 Socialbidragens utveckling för Gotland och kontrollområde (K6). Index 1996=100

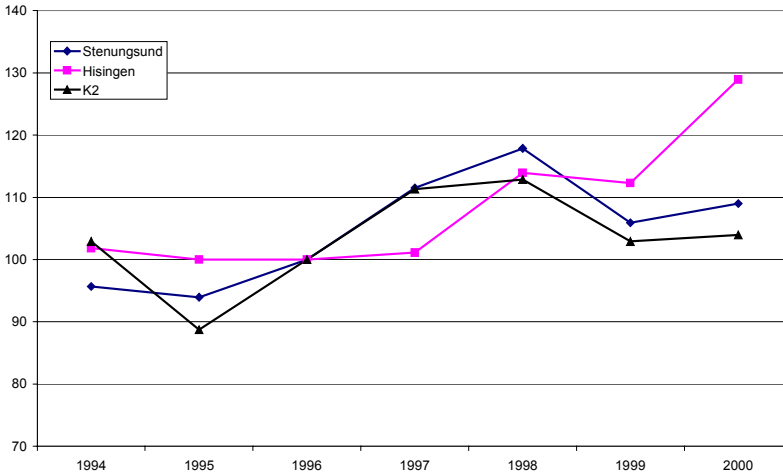


Figur C.10 Socialbidragens utveckling för Haninge och kontrollområde (K1). Index 1996=100

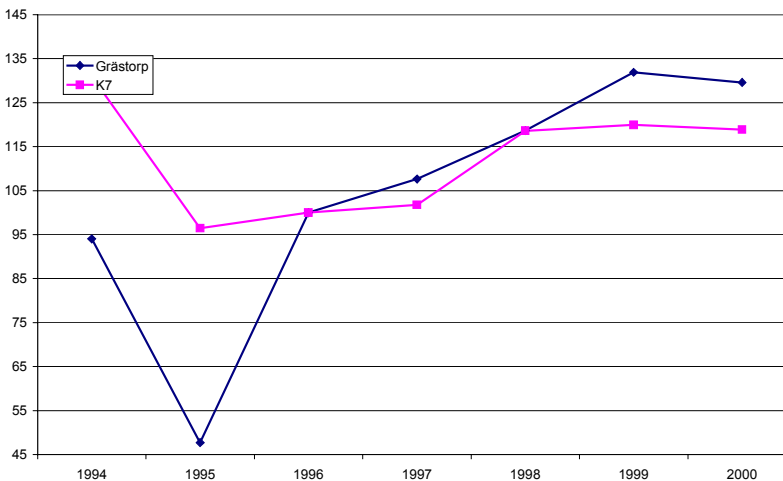


Utvecklingen inom Individ- och familjeomsorgen (IFO)

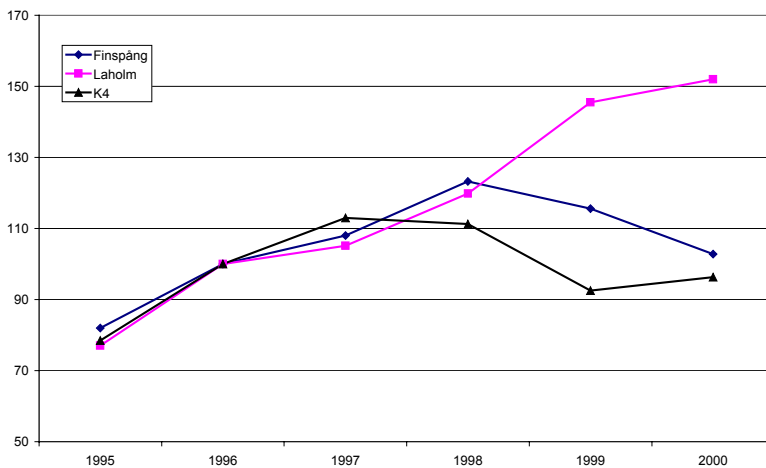
Figur C.11 Utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen för Stenungsund, Hisingen och kontrollområde (K2). Index 1996=100



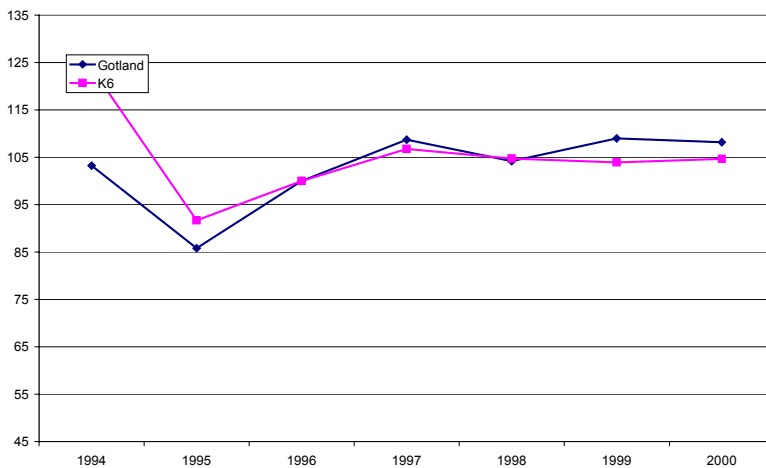
Figur C.12 Utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen för Grästorp och kontrollområde (K7). Index 1996=100



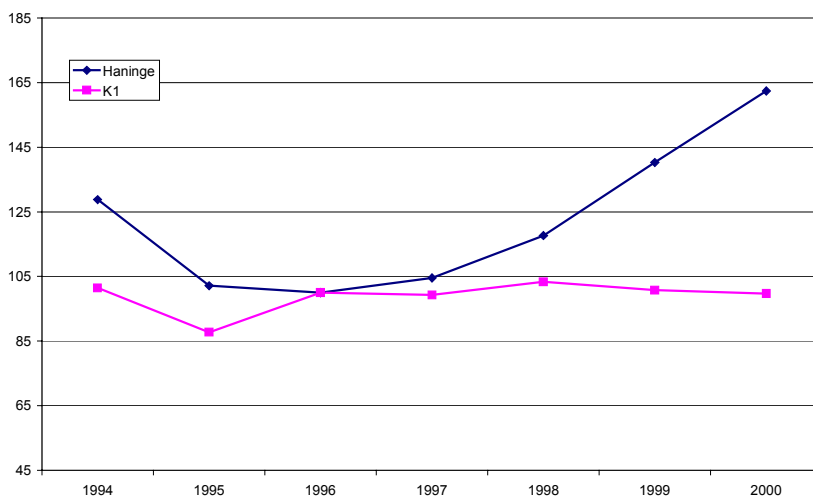
Figur C.13 Utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen för Finspång, Laholm och kontrollområde (K4). Index 1996=100



Figur C.14 Utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen för Gotland och kontrollområde (K6). Index 1996=100

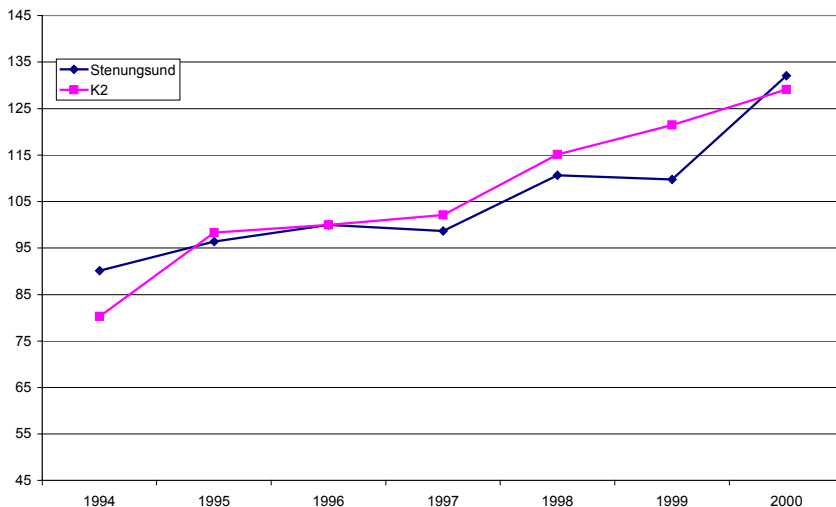


Figur C.15 Utvecklingen inom individ- och familjeomsorgen för Haninge och kontrollområde (K1). Index 1996=100

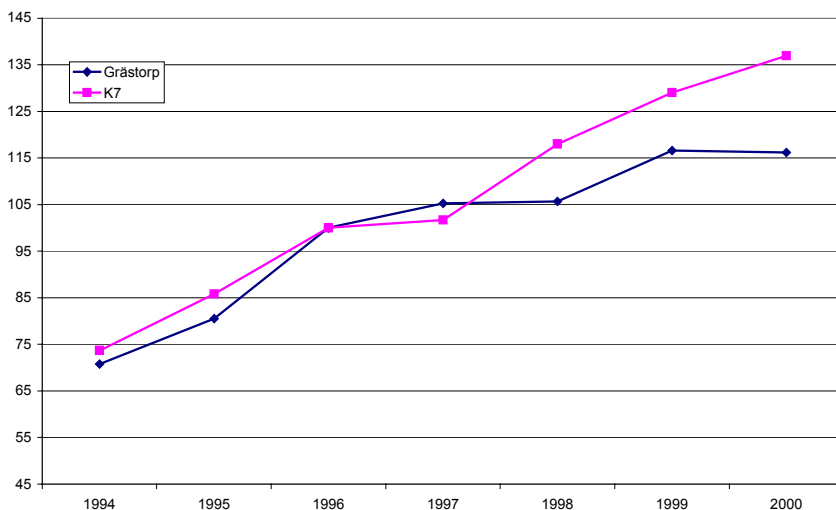


Utvecklingen inom Äldre- och handikappomsorgen (ÄHO)

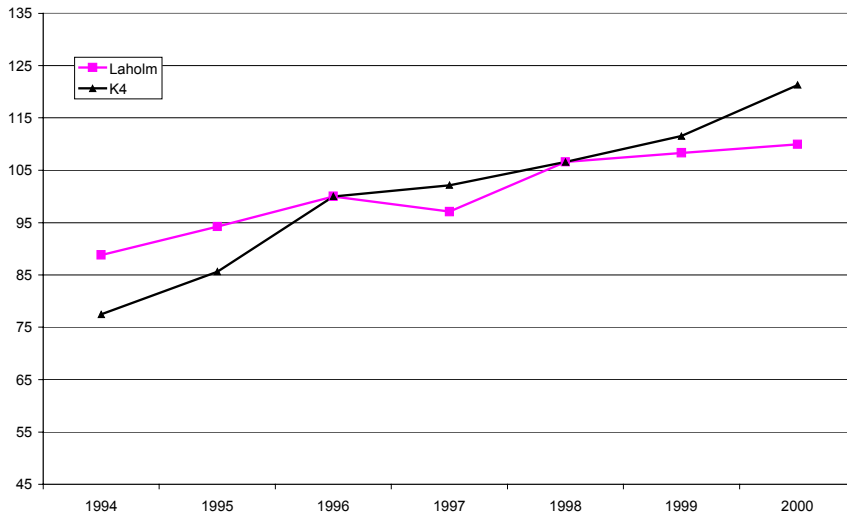
Figur C.16 Utvecklingen inom äldre- och handikappomsorgen för Stenungsund och kontrollområde (K2). Index 1996=100.



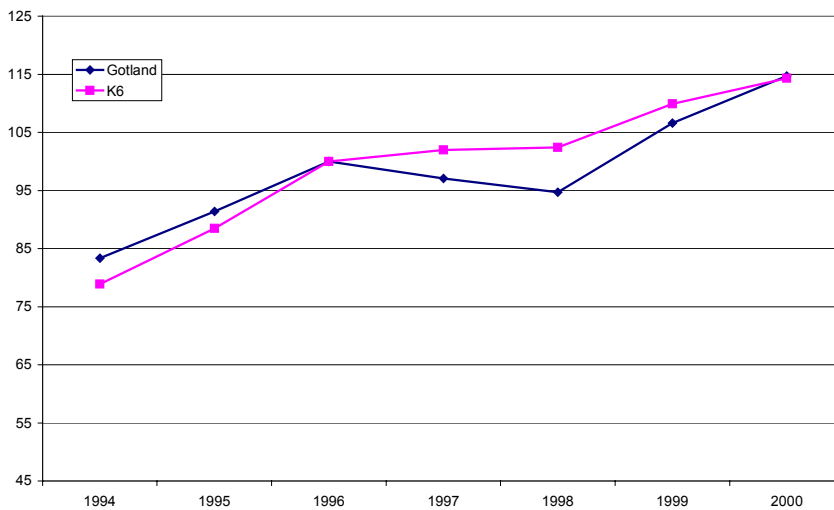
Figur C.17 Utvecklingen äldre- och handikappomsorgen för Grästorp och kontrollområde (K7). Index 1996=100



Figur C.18 Utvecklingen inom äldre- och handikappomsorgen för Laholm och kontrollområde (K4). Index 1996=100



Figur C.19 Utvecklingen inom äldre- och handikappomsorgen för Gotland och kontrollområde (K6). Index 1996=100



Bilaga D Projektledarna i försöksområdena

Gemensam hemsida för SOCSAM: www.socsam.se

Stenungsund

Inger Sahlin
Projekt 4S
Kommunkontoret
444 82 STENUNGSUND
Tfn: 0303-680 19
Fax: 0303-680 20

Grästorp

Kjell-Åke Hansson
Grästorpsnämnden
c/o Socialförvaltningen
Box 163
467 22 GRÄSTORP
Tfn: 0514-581 87
Fax: 0514-580 20

Hisingen

Johan Jonsson
DELTA
c/o Försäkringskassan
Box 8813
402 71 GÖTEBORG
Tfn: 031-700 57 22
Fax: 031-700 57 19

Finspång

Christina Källgren Peterson
Finspångs beställarförbunds kansli
Förvaltningshuset
612 80 FINSPÅNG
Tfn: 0122-851 06
Fax: 0122-851 04

Laholm

Agneta Kessman
Laholmsnämndens kansli
312 80 LAHOLM
Tfn: 0430-159 56
Fax: 0430-715 42

Haninge

Ola Wiktorsen
SOCSAM i Haninge
Försäkringskassan Handen
Box 44
136 21 HANINGE
Tfn: 08-606 80 57
Fax: 08-606 80 69