

SOCSAM – visar vägen?

En lägesrapport

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

Jan Möller, SoS

Telefon 08-555 530 00

Rekvisation:

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.sos.se

SOCSAM – visar vägen?

En lägesrapport

**Lokal försöksverksamhet med finansiell
samordning mellan socialförsäkring,
hälso- och sjukvård och socialtjänst**

Förord

Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst – SOCSAM – bedrivs i sju försöksområden; Stenungsund, Grästorp, Hisingen i Göteborg, Finspång, Gotland, Laholm och Haninge. Under 1998 medverkade även stadsdelen Hyllie i Malmö. Försöksverksamheten, som pågår till och med utgången av 2002, utgår från regeringens proposition 1993/94:205 och regleras i lag 1994:566.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har gemensamt regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera SOCSAM. Årets lägesrapport beskriver vilken inriktning och vilka prioriteringar försöksområdena hittills har valt samt hur de ekonomiska transfereringarna har utvecklats. Rapporten bygger på några av de undersökningar som genomförs i utvärderingen.

En samlad redovisning av genomförda undersökningar och därmed en värdering av SOCSAM ges i den slutrapport som lämnas till regeringen i december 2001. I samband med slutrapporten ska det redogöras för vilka frågeställningar som eventuellt återstår att utvärdera. Dessa frågeställningar kan utvärderas vid ett senare tillfälle, dock senast 1 juli 2003.

Lägesrapporten har skrivits av Svante Johnsson, Joakim Söderberg och Peter Wollberg vid Riksförsäkringsverket och Göran Jägerby och Jan Möller vid Socialstyrelsen.

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

RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET

SOCIALSTYRELSEN

Ed Palmer

Bo Lindblom

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
SOCSAM:s intentioner	9
Sveriges sju SOCSAM-områden	10
Uppföljning och utvärdering av SOCSAM	13
Rapportens disposition	14
<i>SOCSAM i praktiken – aktiviteter hittills</i>	15
Fortlöpande sammanställning	15
Aktiviteter i SOCSAM – Hur ser det ut?	17
Aktiviteter för olika grupper	18
Huvudsakliga ämnesområden	21
Individ-, allmänt eller strukturinriktade aktiviteter?	23
Tendenser	27
<i>Utvärdering av individinriktade aktiviteter</i>	29
Tre utfallsmått	29
Upplevd hälsa enligt Euroqol	31
Varierande hälsovärden för olika grupper i SOCSAM	32
<i>Ekonomi och transfereringar</i>	35
Försöksverksamhetens finansiella resultat	35
Utvärdering av försöksområdenas ekonomiska utveckling	37
De ekonomiska transfereringarnas utveckling	38
Samlad bild av transfereringarnas utveckling	48
<i>Diskussion</i>	51
<i>Litteraturförteckning</i>	53
<i>Projektledarna i de sju försöksområdena</i>	55

Sammanfattning

I sju av landets 289 kommuner provas, med stöd av en särskild lagstiftning, politisk och finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst, benämnt SOCSAM. De sju försöksområdena är Stenungsund, Grästorp, Hisingen, Finspång, Gotland, Laholm och Haninge. Försöksverksamheten pågår till och med utgången av 2002.

SOCSAM innebär att de medverkande huvudmännen i respektive försöksområde bildar en gemensam politisk ledning. För sitt arbete får ledningen möjlighet att disponera de resurser som anvisas för att finansiera socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det övergripande målet med SOCSAM är att uppnå välfärdsvinster för såväl enskilda som för samhället.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har tillsammans regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera försöksverksamheten. Denna lägesrapport är en del i detta arbete. Den slutliga utvärderingen ska rapporteras till regeringen i december 2001.

Lägesrapporten behandlar följande frågeställningar: Vilken inriktning och vilka prioriteringar har försöksområdena valt? Utvecklas kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning annorlunda i försöksområdena i förhållande till riket i övrigt?

En särskild kartläggning visar att det i försöksområdena bedrivs eller har bedrivits totalt cirka 180 aktiviteter. Flertalet av aktiviteterna riktar sig till individer som bedöms ha behov som kräver åtgärder av flera verksamheter i samverkan. Aktiviteterna speglar i stor utsträckning respektive försöksområdes inriktning och målsättningar. I tre av försöksområdena är försöksverksamheten enbart riktad till personer i yrkesverksam ålder. Detta återspeglas i de aktiviteter som bedrivs. I de övriga områdena är försöksverksamheten riktad till hela befolkningen. Därmed bedrivs även aktiviteter för barn, ungdomar och personer över 65 år. För ungdomar bedrivs i stor utsträckning sysselsättningsåtgärder. De aktiviteter som riktas till barn och familjer sker ofta i form av förebyggande åtgärder.

För att studera mönster i försöksområdenas arbete har de redovisade aktiviteterna bedömts med avseende på om de är individuellt, allmänt eller strukturellt inriktade. I inledningen av försöksperioden var aktiviteterna få och i viss utsträckning ”ärvda”. Genom SOCSAM finansierades aktiviteter som ansågs lyckade och därför införlivades i SOCSAM. Aktiviteterna var till en början huvudsakligen individ- eller strukturinriktade. De strukturinriktade aktiviteterna bestod främst av olika former av kartläggningar och inventeringar som

syftade till att utgöra beslutsunderlag inför framtida satsningar. Under försöksperiodens gång har framför allt de individinriktade aktiviteterna ökat i antal. Samtidigt bedrivs fortfarande aktiviteter som är allmänt eller strukturellt inriktade.

Arbetsmarknadsfrågorna har hög prioritet i försöksområdena, såväl i fråga om målsättningar som i bedrivna aktiviteter. Eftersom arbetslivsinriktade aktiviteter är vanligt förekommande innebär det att arbetsförmedlingen och AMI är viktiga aktörer. Försökslagstiftningen medger dock inte att länsarbetsnämnden är en formell part i den finansiella samordningen. I försöksområdena har i stället särskilda samverkansavtal tecknats med länsarbetsnämnden.

En särskild undersökning visar, inte helt oväntat, att många av de personer som påbörjar en SOCSAM-aktivitet upplever sin hälsa som betydligt sämre än vad normalbefolkningen gör. Ett framgångsrikt arbete med dessa individer bör resultera i förbättrade hälsovärden vid kommande uppföljningar. Emellertid har de personer som påbörjat arbetslivsinriktade aktiviteter hälsovärden i nivå med normalbefolkningen. För denna grupp studeras framför allt hur deras försörjningssituation förändras under och efter aktivitetsperioden.

Det finansiella resultatet för 1999 varierar mellan försöksområdena. Fyra områden redovisar överskott medan tre områden redovisar underskott. Försöksområdenas finansiella resultat utgörs av skillnaden mellan tilldelad budget och de faktiska kostnaderna för de verksamheter som ingår i försöksverksamheten. Möjligheten att genom det finansiella resultatet bedöma försöksområdenas ekonomiska utveckling är därför mycket begränsad.

Utvärderingen av försöksområdenas ekonomiska utveckling inriktas på att beräkna ett ekonomiskt utvärderingsresultat. De ekonomiska transfereringarna är en del av det ekonomiska utvärderingsresultatet. Kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning varierar mellan försöksområdena, både vad avser nivå och förändring. Skillnaderna i utveckling beror snarast på att försöksområdena är olika med avseende på befolknings- och näringsstruktur. Huvuddelen av kostnadsutvecklingen förklaras i hög grad av den förbättrade konjunkturen. Troligtvis är det därför för tidigt att dra några långtgående slutsatser vad avser SOCSAM:s betydelse för transfereringarnas utveckling. Inför den slutliga utvärderingen i december 2001 kommer därför utvecklingen i respektive försöksområde att jämföras med områden som har likartad befolknings- och näringsstruktur.

Inledning

Resurserna för socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst är traditionellt uppdelade på skilda regelsystem och huvudmän. Om det brister i helhetssynen på den enskilde och dennes behov av vård, omsorg och rehabilitering kan det innebära att resurserna inte alltid används effektivt, inte bara sett ur individens utan även ur samhällets perspektiv.

En särskild lagstiftning¹ har gjort det möjligt att pröva lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM). Genom att sammanföra resurser från de olika huvudmännen – försäkringskassan, landstinget och kommunen – kan bedömningar och åtgärder samordnas. För såväl försöksverksamhetens primära målgrupper som för övriga invånare i försöksområdet förväntas vård, rehabilitering, omsorg och service kunna ökas till samma eller lägre kostnad än tidigare. På så sätt kan såväl välfärdsvinster för enskilda som samhällsekonomiska vinster uppnås.

SOCSAM:s intentioner

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

När ett område går med i SOCSAM upprättas ett samverkansavtal mellan de medverkande huvudmännen. Avtalet reglerar formerna för den politiska ledningen och den finansiella samordningen.

Den politiska ledningen kan organiseras på olika 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. En landstingsfri kommun kan också 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 ingår i försöket samt planera, prioritera, upphandla och finansiera dessa.

¹ Proposition 1993/94:205 och lag 1994:566.

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 arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster samt vissa administrationskostnader. Ledningsorganet ansvarar således för att täcka kostnaderna för de verksamheter som parterna beslutat ska ingå i försöksverksamheten. Ledningsorganet har däremot inte ansvar för uppgifter som direkt berör enskilda, till exempel myndighetsutövning. Detta ansvar ligger kvar hos respektive huvudman.

Sveriges sju SOCSAM-områden

SOCSAM bedrivs i sju av landets 289 kommuner; Stenungsund, Grästorp, kommundelen Hisingen i Göteborg, Finspång, Gotland, Laholm och Haninge. I Stenungsund har SOCSAM pågått sedan 1994. I övriga områden påbörjades verksamheten under 1997 eller 1998. Under 1998 medverkade även stadsdelen Hyllie i Malmö.

Även om de sju försöksområdena verkar inom samma särskilda lagstiftning är de naturligtvis olika. Exempelvis varierar befolknings- och näringsstrukturen. Försöksområdena har dessutom olika inriktning och omfattning på försöksverksamheten.²

² En närmare beskrivning återfinns i lägesrapporten *SOCSAM – tidiga erfarenheter*, Finansiell samordning 1998:2.

Tabell 1 **Försöksområdena i SOCSAM**

<i>Försöks- område</i>	<i>Invånar- antal, 1/1 2000</i>	<i>Tidpunkt för försöksstart</i>	<i>Ledningsform</i>	<i>Inriktning</i>
Stenungsund	20 277	1/7 1994	Beställarförbund	Hela befolkningen
Grästorp	5 970	1/1 1997	Beställarförbund	Hela befolkningen
Hisingen	118 098	1/1 1997	Beställarförbund	Befolkningen i åldern 16–64 år
Finspång	21 678	1/7 1997	Beställarförbund	Hela befolkningen
Gotland	57 428	1/7 1997	Kommunal nämnd	Befolkningen i åldern 16–64 år
Laholm	22 732	1/1 1998	Beställarförbund	Hela befolkningen
Haninge	68 610	1/4 1998	Beställarförbund	Befolkningen i åldern 16–64 år

Projekt 4S i Stenungsund inriktas på att få till stånd en helhetssyn på enskildas och grupperns behov av stöd, vård, omsorg och rehabilitering samt att bättre kunna använda de samlade resurserna. Försöksverksamheten ska också i möjligaste mån förebygga ohälsa, möta problem så tidigt som möjligt samt ge stöd och hjälp, så att den enskilde kan ta ansvar för sin egen hälsa. Målgrupper är personer med behov av psykiatriskt 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).

Grästorps försök *SOCSAM 5S* är inriktat på att bättre söka utnyttja de totala resurser som står till huvudmännens förfogande samt att ta initiativ till nya former för samverkan, samordning och metodutveckling. Den politiska ledningen – Grästörpsnämnden – har även det formella ansvaret som arbetsförmedlingsnämnd och folkhälsoråd. Målgrupper som uppmärksammas är personer med långvariga sjukskrivningar eller besvär i rörelseorganen, arbetslösa med

låg utbildning, personer med liten arbetslivserfarenhet eller missbruksproblem samt personer med psykiska besvär eller andra former av funktionshinder.

Hisingens försök *DELTA* har som mål att minska kostnaderna för sjukskrivning, arbetslöshet och socialbidrag, öka välbefinnandet hos enskilda samt öka personalens professionalitet i mötet med Hisingsborna. Försöket bedrivs i nätverk och aktiviteterna riktas till personer i åldern 16–64 år som är eller riskerar att bli sjukskrivna eller långtidsarbetslösa.

SOCSAM i Finspång försöker att genom ett samlat resursutnyttjande erbjuda Finspångsborna insatser som är bättre behovsanpassade. Försöket vänder sig till hela befolkningen men riktas särskilt till fyra behovsgrupper; barn och ungdom, unga vuxna, vuxna i yrkesverksam ålder och äldre (över 64 år).

Försöket *SOCSAM på Gotland* prioriterar insatser för rehabilitering och förebyggande åtgärder som förhindrar att människor slås ut från arbetslivet eller utestängs från ett socialt liv. Tidigt insatta åtgärder med förberedande och yrkesinriktad rehabilitering, parallellt med medicinska och sociala behandlingsinsatser utgör hörnstenarna. En viktig uppgift är att samordna myndigheternas insatser för att skapa tillräckligt många platser för arbetsträning och sysselsättning.

Fyrverkeriet i Laholm verkar för en helhetssyn på medborgarnas behov. Den finansiella och politiska samordningen används som ett medel för att integrera de olika myndigheternas resurser. Försöksverksamheten prioriterar sex målgrupper; barn och ungdomar i riskzonen, personer med behov av komplicerad rehabilitering, missbrukare, psykiskt funktionshindrade, arbetslösa samt äldre i behov av rehabilitering och hemsjukvård.

SOCSAM i Haninge har i likhet med de andra försöken den övergripande målsättningen att använda de gemensamma resurserna bättre, minska lidandet för den enskilde och öka andelen tidiga insatser. Försöket riktas till befolkningen i åldern 16–64 år. Försöksverksamheten prioriterar fyra målgrupper; personer med psykisk ohälsa, personer med missbruksproblem, personer med besvär i rygg och nacke och personer i behov av arbetsbefrämjande åtgärder.

Försökslagstiftningen medger inte att länsarbetsnämnden är en formell part i den finansiella samordningen. I försöksområdena har i stället särskilda samverkansavtal tecknats med länsarbetsnämnden.

Uppföljning och utvärdering av SOCSAM

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har tillsammans regeringens uppdrag att administrera, följa upp och utvärdera försöksverksamheten på nationell nivå. De båda myndigheterna har även i uppdrag att samordna den lokala utvärderingen.³

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har en gemensam verksamhetsplan för uppföljning och utvärdering av SOCSAM.⁴ Inom ramen för utvärderingen genomförs ett tjugotal undersökningar, såväl kvantitativa som kvalitativa. Dessa belyser såväl implementeringen som effekterna av försöksverksamheten. I syfte att nå generaliserbara resultat genomförs undersökningarna på likartat sätt i samtliga försöksområden. I flertalet av undersökningarna görs jämförelser med områden som inte bedriver SOCSAM. Därigenom jämförs SOCSAM med det som sker inom ramen för ordinarie lagstiftning.

Det senaste året har en rad undersökningar genomförts. De lokala projektledarna för SOCSAM har tillfrågats om sina erfarenheter av försöksverksamheten.⁵ De aktiviteter som bedrivs i försöksområdena har kartlagts. Flertalet av dessa aktiviteter utvärderas genom en särskild undersökning. Riksförsäkringsverkets och Socialstyrelsens samordning av denna undersökning sker fortlöpande. Utvecklingen för olika transfereringar har studerats. Resultaten från de organiseringsstudier (s.k. För vem-studier) som har genomförts i sex av försöksområdena har sammanställts i en samlad rapport.⁶ Under året har även det fortsatta utvärderingsarbetet planerats tillsammans med företrädare för försöksområdena. Den slutliga utvärderingen ska rapporteras till regeringen i december 2001.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen medverkar även som samrådspartner när de medverkande huvudmännen vill göra förändringar av försöksverksamheten. En viktig förändring under året är att respektive försöksområdes huvudmän fattat beslut om att bedriva SOCSAM till och med utgången av

³ Utvärderingsuppdraget preciseras i proposition 1994/95:205.

⁴ *Verksamhetsplan för uppföljning och utvärdering av SOCSAM*, Finansiell samordning, 1999-06-29.

⁵ Studien redovisas i rapporten *Vilja och förmåga – en intervjustudie med projektledarna i SOCSAM*, Finansiell samordning Underlagsrapport september 2000.

⁶ Resultaten redovisas i rapporten *Sammanfattning av tjugosex behovsgruppsbaserade organiseringsstudier i sju Socsamkommuner*, Utkast, 2000-08-28.

2002. I samband med budgetpropositionen för 2000 beslutade riksdagen om att förlänga SOCSAM till och med utgången av 2002. Det innebär en förlängning av försöksverksamheten med två år.

Under året har det även bildats en ny ledningsgrupp för SOCSAM-utvärderingen. Tidigare bestod denna grupp av representanter för Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Den nya ledningsgruppen är gemensam för SOCSAM- och FRISAM-utvärderingen och består av representanter för Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetarskyddsstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

Rapportens disposition

Försöksområdena har nu några års erfarenheter av att omsätta SOCSAM-idén i praktisk handling. I årets lägesrapport behandlas därför följande frågeställningar: Vilken inriktning och vilka prioriteringar har de olika områdena valt? Utvecklas kostnaderna för sjukpenning, rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning annorlunda i de sju försöksområdena i förhållande till riket i övrigt?

Ovanstående frågeställningar belyses med hjälp av några av de studier som genomförs i utvärderingen av SOCSAM. I lägesrapporten redovisas således inte samtliga studier som genomförs. Däremot innehåller rapporten hänvisningar till vissa genomförda undersökningar.

Rapporten inleds med en lägesbeskrivning av de aktiviteter som bedrivs eller har bedrivits i SOCSAM. Därpå beskrivs en studie som avser att mäta effekter för de individer som medverkar i olika SOCSAM-aktiviteter. Därefter beskrivs ekonomi och transfereringar. Huvuddelen av det kapitlet redovisar transfereringarnas utveckling. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion.

SOCSAM i praktiken – aktiviteter hittills

I de sju försöksområdena genomförs en löpande kartläggning av de aktiviteter som pågått och pågår inom ramen för SOCSAM, en s.k. aktivitetskatalog. Syftet med studien är dels att kartlägga SOCSAM-aktiviteterna, dels att använda kartläggningen för att urskilja eventuella mönster i det praktiska SOCSAM-arbetet. I detta kapitel redovisas vad som hittills går att urskilja av denna studie.⁷

Fortlöpande sammanställning

Med aktivitet menas i detta sammanhang all upptänklig verksamhet riktad, antingen direkt eller indirekt, till personer som omfattas av försöksverksamheten. Aktiviteterna kan vara av skiftande karaktär, från projekt med tydliga mål och budgeterade medel till aktiviteter av mer informell karaktär, t.ex. möten mellan handläggare från olika verksamheter.

Antingen kan aktiviteten riktas direkt till grupper av individer i form av t.ex. olika rehabiliteringsinsatser eller inbegriper aktiviteten samtliga kommuninvånare t.ex. i form av en folkhälsokampanj. Det kan också vara fråga om utbildning av personal, konferenser, etc. Aktiviteten kan bedrivas av en eller flera SOCSAM-aktörer. Den kan också inkludera aktörer utanför ”SOCSAM-familjen”.

Sammanställningen av aktiviteter är genomförd i ett nära samarbete med lokala företrädare i respektive försöksområde. De aktiviteter som ingår i sammanställningen har tagits upp av de lokala företrädarna. Aktiviteterna i de sju försöksområdena har många likheter men också stora skillnader, både till form och innehåll. Den gemensamma nämnaren har varit att aktiviteten bedrivs inom ramen för SOCSAM. Respektive försöksområde har således haft tolkningsföreträde med avseende på vilka aktiviteter som ska ingå i sammanställningen.

⁷ Aktivitetskatalogen redovisas i rapporten *SOCSAM i praktiken – en aktivitetskatalog*, Finansiell samordning, Underlagsrapport oktober 2000.

Utgångspunkten för informationsinhämtningen har varit en gemensam mall. Mallen innehåller följande uppgifter:

- **Ämnesområde** – t.ex. rehabilitering, social insats, arbete/sysselsättning och psykosociala insatser.
- **Syfte** – vad är syftet med aktiviteten?
- **För vem** – till vilka individer riktar sig aktiviteten?
- **Tillvägagångssätt** – vilken strategi och arbetssätt används?
- **Resurser** – vad står till förfogande (pengar, olika professioner, verksamheter m.m.)?
- **Tidsplan** – under vilken period pågår aktiviteten?
- **Utvärdering** – hur följs och utvärderas aktiviteten?
- **Resultat** – vad uppnås?
- **Kontaktperson** – person som kan lämna fördjupad information om aktiviteten.

Mallen är således relativt allmänt hållen. Svaren anges i form av fritext. Detta för att kunna fånga information om aktiviteter med olika inriktningar.

Insamling av information har genomförts på olika sätt och olika källor har använts. Detta medför att informationen om aktiviteterna varierar både vad avser kvalitet och kvantitet. Vad gäller källmaterial har detta utgjorts av till exempel projektplaner, årsredovisningar och muntlig information. Det har inneburit ett digert arbete för de lokala företrädarna att finna information om framför allt de aktiviteter som påbörjades tidigt under försöksverksamheten och/eller har avslutats. Informationen kan saknas eller vara bristfällig, samtidigt kan aktiviteten vara avslutad och ansvarig person ha slutat, vilket gör att även muntlig information kan vara svår att komma över. För några områden har sammanställningen gjorts fortlöpande med flertaliga uppdateringar medan andra har gjorts samlat vid några enstaka tillfällen.

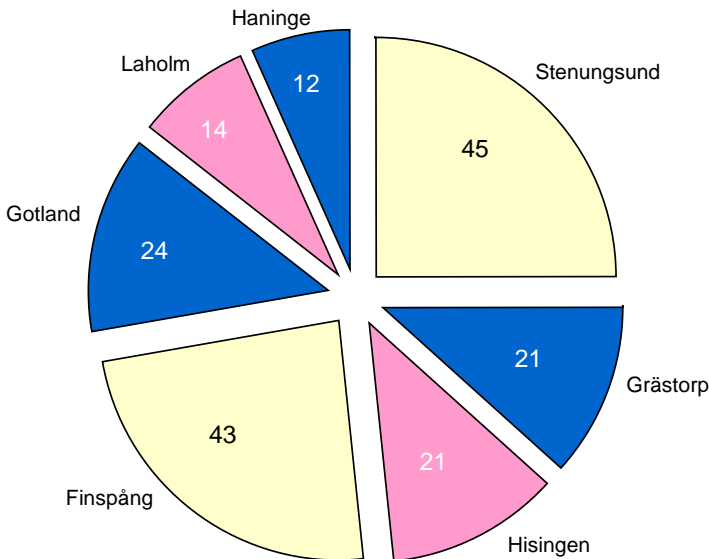
Sammanställningen har i en del fall genomförts samlat av en och samma lokala representant. I något fall har respektive aktivitetsansvarige sammanställt ”sin” aktivitet. För några områden har sammanställningen delvis genomförts av Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Gemensamt för alla försöksområden är dock att respektive område slutgiltigt har granskat informationen.

I det följande redovisas en sammanställning av inrapporterade aktiviteter. De beskrivs med avseende på grupper av individer, ämnesområde och huvudsakligt inriktning.

Aktiviteterna i SOCSAM – Hur ser det ut?

I dagsläget är det 180 aktiviteter som rapporterats av försöksområdena. Nedanstående diagram visar fördelningen av dessa på respektive försöksområde.

Figur 1 **Antal aktiviteter per försöksområde**



Som beskrivs ovan medför studiens genomförande stora variationer i vad som kan klassificeras som en aktivitet. Mängden aktiviteter är därför i sig relativt ointressant då det är innehållet och formen på aktiviteterna som är det intressanta.

Aktiviteterna skiftar mycket både vad gäller omfattning och innehåll. Ytterligheterna kan åskådliggöras genom två aktiviteter i Grästorps. Den ena aktiviteten är en tredagars kvalitetsmessa där syftet var att informera mässbesökare om SOCSAM i Grästorps. Denna aktivitet var således mycket begränsad i tid. Den andra aktiviteten är Grästorpskontoret som är ett, under hela försöksperioden, inrättat informationskontor för alla kommuninvånare. Kontoret är gemensamt för alla SOCSAM-verksamheter och bemannas av personal med

generalistkompetens. Grästorpskontoret är öppet kontorstid och lokaliserat i kommunhusets entré. Kontoret planeras att utvidgas till ett medborgarkontor med handläggare från de samverkande myndigheterna inklusive arbetsförmedlingen. Utöver att vara ett renodlat informationskontor är det tänkt att handläggare även ges viss beslutanderätt.

Vissa aktiviteter består vid en närmare granskning av ett flertal olika aktiviteter. Ett exempel är Hälsodisken på Hisingen. Denna aktivitet är fysiskt lokaliserad till ett bibliotek i Lundby stadsdel, centralt på Hisingen. Aktivitetens huvudsakliga karaktär är egenvård. Syftet är att stärka patienten att ta ansvar och påverka den egna situationen. Kurser i Qigong och Feldenkrais har genomförts. Aktiviteten innehåller även studiecirklar för änkor och änklingar, skapande av nätverk och självhjälsgrupper. Det som kallas för "Värkstaden" utgör en mötesplats för personer med långvarig värk och smärta. Man har skapat en hemsida på Internet. Tillvägagångssättet är således att på olika sätt utgöra ett komplement till traditionella former av rehabilitering. Hälsodisken är samtidigt intressant med tanke på att försöksverksamheten på Hisingens riktar sig till personer i åldern 16–64 år, alltså personer i yrkesverksam ålder. Det är dock inte omöjligt att deltagarna är både yngre och äldre, t.ex. som besökare på Internet-hemsidan och äldre deltagare i studiecirkelarna för änkor och änklingar.

Aktiviteter för olika grupper

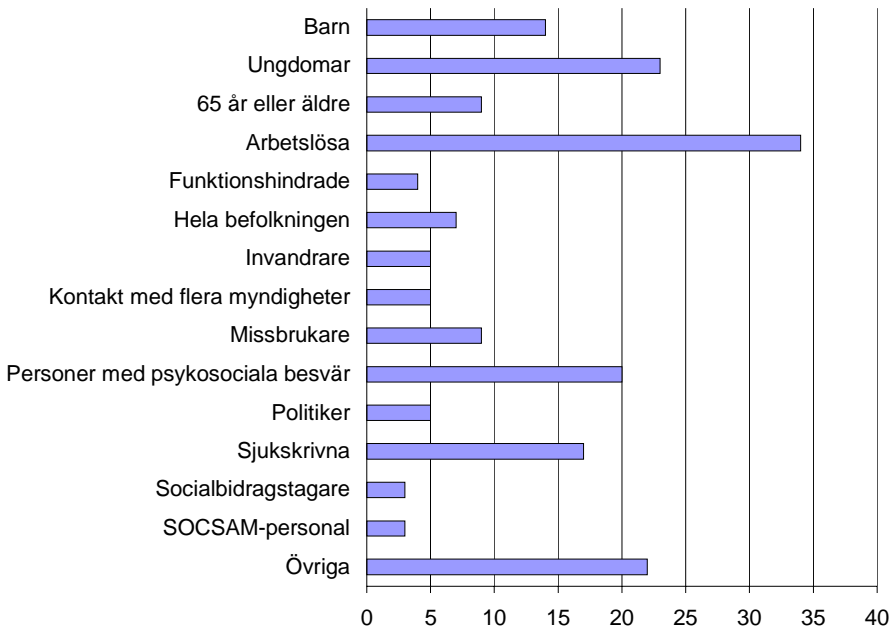
Av de 180 inrapporterade aktiviteterna är det endast 9 stycken som i första hand riktar till personer som är äldre än 64 år. Finspång har 6 och Grästorp 3 aktiviteter för denna grupp. Indirekt kan det dock finnas fler aktiviteter som riktar mot äldre eftersom en del aktiviteter är riktade till exempelvis personer med psykosociala besvär och samtliga kommuninvånare. Att det är så få som är riktade till äldre kan även förklaras av att SOCSAM i tre av försöksområdena (Gotland, Hisingen och Haninge) enbart riktar till personer i arbetsför ålder.

Desto fler aktiviteter berör barn och ungdomar. Det är 14 som riktar till barn och 23 till ungdomar. För några enstaka aktiviteter gäller att målgruppen är familjen men att det underförstått är barn som är aktuella. De allra flesta aktiviteterna för ungdomar riktar sig till åldersgruppen 18–25 år. I några enstaka fall även lägre åldrar, ner till 13 år. Finspång och Stenungsund har de flesta av aktiviteterna som riktar till barn och ungdomar. Finspång har 4 för barn och 11 för ungdomar och Stenungsund 8 för barn och 7 för ungdomar.

I Finspång pågår till exempel en aktivitet riktad till barn (och familjen) i samarbete mellan barnavårdscentralen, socialtjänsten och förskolan. Det är ett förebyggande arbete där målsättningen är att tidigt upptäcka barnfamiljer som är i behov av särskilt stöd. Mellan aktörerna skapas, utifrån gemensamma mål, rutiner för långsiktig samverkan med ett gemensamt ansvar för hälsa och utveckling. Det sker genom att skapa mötesplatser för barnfamiljer där flera verksamheter integreras. Föräldrar kan erbjudas stöd vid t.ex. en förestående separation, omvårdnad, boende, umgänge, matlagning etc. Barnavårdscentralen förlägger även föräldragrupper till de gemensamma lokalerna. Områdesteamen är socialtjänstens lagarbete i närmiljö, vilket innebär att bostadsområdet är arenan för arbetet.

Flertalet av aktiviteterna riktas till personer i yrkesverksam ålder. Det är därför intressant att gruppera aktiviteterna utifrån vilka individer som är berörda.

Figur 2 **Antal aktiviteter per grupp av individer**



De mest förekommande grupperna är arbetslösa, ungdomar, personer med psykosociala besvär och sjukskrivna. Gruppen övriga består av enstaka aktiviteter riktade till vissa grupper och aktiviteter som är svårdefinierade. Flera av grupperna överlappar givetvis varandra. Grupperingen utgår därför ifrån den grupp av individer som aktiviteten främst riktar sig till.

Individerna i de flesta av grupperna har en utsatt situation av mer eller mindre långvarig art. Jämförelsevis är det mycket få av grupperna som har en välavgränsad medicinsk diagnos, oavsett om det är en akut eller kronisk sådan. För grupperna arbetslösa, sjukskrivna, psykosociala besvär, kontakt med flera myndigheter samt socialbidragstagare är det i regel individer som har varit i denna situation sedan lång tid. Det är således relativt få aktiviteter som riktar sig till personer som under kort tid haft kontakt med någon (eller flera) av aktörerna.

Vad gäller aktiviteter riktade till SOCSAM-personal går dessa ut på att förebygga sjukdom bland anställda. Aktiviteten Personal-DELTA på Hisingen syftar till att, på kort och lång sikt, minska sjukfrånvaron för personal i de verksamheter som ingår i försöksverksamheten. Detta sker bl.a. genom kartläggning och analys av sjukfrånvaron, gemensamma aktiviteter för personal som har behov av rehabilitering och rehabiliteringsutbildning för chefer.

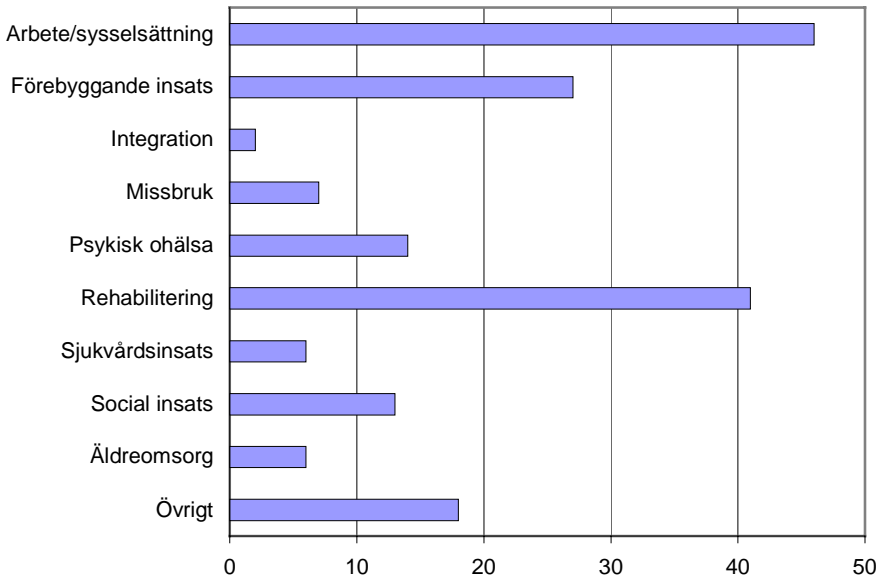
De aktiviteter som är riktade till politiker är sådana som syftar till att ta fram beslutsunderlag. Ett exempel på en sådan aktivitet är arbetet med att under hösten 2000 tillsätta en förvaltningschef med ansvar för både socialtjänsten och primärvården i Laholm. Syftet är att underlätta genomförandet av de avtal som tecknas mellan ledningsorganet och de ingående verksamheterna. Det förväntas skapa en utförargemenskap mellan de olika huvudmännen genom en effektivare organisation som lättare samverkar och samorganiseras. Samtidigt förväntas detta ge ledningsorganet bättre möjligheter att följa upp och styra verksamheterna.⁸

⁸ Beställare-utförare-modellen i SOCSAM diskuteras i underlagsrapporten *Vilja och förmåga – en intervjustudie med projektledarna i SOCSAM*, Finansiell samordning Underlagsrapport september 2000.

Huvudsakliga ämnesområden

Aktiviteterna bedrivs inom en rad ämnesområden. I följande figur grupperas aktiviteterna med avseende på huvudsakligt ämnesområde.

Figur 3 Antal aktiviteter per huvudsakligt ämnesområde



Ämnesområdena arbete/sysselsättning och rehabilitering står för närmare hälften av aktiviteterna. Det förekommer endast ett fåtal insatser av sjukvårdskaraktär. Ett exempel på detta är Finspånsaktiviteten; ”Ny metod för ljumskbråcksoperationer”. Även denna indelning av aktiviteterna bekräftar bilden av ett fåtal sjukvårdsaktiviteter riktade till olika specifika diagnosgrupper och att tonvikten i stället ligger på en bredare inriktning i form av arbete/sysselsättningsåtgärder och rehabilitering. Dessutom finns relativt många förebyggande insatser. Det rör sig då om bl.a. information, utbildning och rådgivning. ”Övrigt” består främst av aktiviteter där det inte går att ange något huvudsakligt ämnesområde. Bland annat ingår kartläggningar som inte kan föras till något huvudsakligt ämnesområde.

Självklart rör sig flera av aktiviteterna över och inom flera ämnesområden. Det är därför inte alltid självklart vilken grupp aktiviteten tillhör. I utvärderingsarbetet framöver är denna indelning önskvärd att konkretisera ytterligare, i synnerhet ämnesområdena rehabilitering och förebyggande insatser.

I samtliga försöksområden är arbete/sysselsättning och rehabilitering vanligt förekommande. I Finspång, på Hisingen och Gotland står dessa ämnesområden för drygt hälften av aktiviteterna. Två aktivitetsexempel på rehabilitering är Bedömarteamet och Rehabrådgivarna i Finspång.

Syftet med Bedömarteamet är att öka effektiviteten i insatserna samt öka kvaliteten i tjänsten för den enskilde. Aktiviteten riktas till personer med minst två samtidiga myndighetskontakter där samordning bedöms nödvändig. Bedömarteamet är ett tvärprofessionellt team som består av personal från försäkringskassan, hälso- och sjukvården, arbetsförmedlingen, socialförvaltningen och psykiatrikliniken. Tillvägagångssättet är att genomföra samtal, utredningar och bedömningar utifrån individuella behov, samt besluta om en handlingsplan till berörda verksamheter. Arbetet förutsätter den enskildes medgivande till myndighetsgemensamma kontakter. Verksamheten har numera integrerats i den ordinarie verksamheten. Bland annat arbetar en arbetsvägledare med rehabiliteringskompetens en del av arbetstiden på försäkringskassan.

Rehabrådgivarna syftar till att förkorta sjukskrivningstider och minska ohälsa. Aktiviteten riktas till personer som varit sjukskrivna i mer än 28 dagar. I samarbete mellan distriktsläkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, handläggare från försäkringskassan och beteendevetare utvecklas metoder och handlingsplaner för sjukskrivna med besvär i rörelseorganen.

Stenungsund har relativt många aktiviteter av förebyggande karaktär. Var fjärde aktivitet har denna inriktning. Merparten av dessa riktas till barn eller ungdomar. Exempel på en förebyggande aktivitet i Stenungsund är ”Aktionsgruppen mot droger” vilken riktas till högstadielärover. Bl.a. utbildas ungdomar till droginformatörer, lägerverksamhet och mässbesök genomförs. Ett annat exempel är ”Babyöppet” som i första hand riktas till förstagångsföräldrar som riskerar att isoleras under spädbarnstiden. Det är en samverkansaktivitet mellan barnavårdscentral, förskola och socialtjänst.

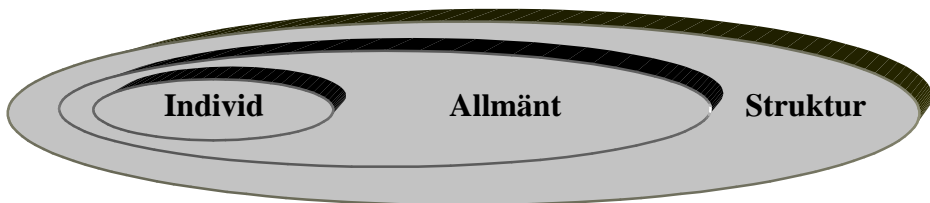
Det är relativt vanligt att ett flertal aktörer, uttryckt i både verksamheter och professioner, är inblandade i de olika aktiviteterna. En fullständig bild av hur detta förhållande ser ut framgår inte av befintligt material. Detta är ett arbete som behöver kompletteras. I dagsläget framgår dock att det för de allra flesta aktiviteterna förekommer ett mer eller mindre omfattande samarbete mellan olika verksamheter respektive professioner.

Individ-, allmänt eller strukturinriktade aktiviteter?

För att studera mönster i försöksområdenas arbete har de redovisade aktiviteterna bedömts med avseende på om de är individuellt, allmänt eller strukturellt inriktade. Denna indelning ger möjlighet att komplettera bilden av försöksområdenas inriktning i arbetet med SOCSAM. Grupperingen ger en överblick om arbetet för att förbättra situationen för individer sker genom individuellt anpassade insatser eller om arbetet sker i mer eller mindre övergripande form. Grupperingen utgår ifrån intentionerna att socialtjänsten och hälso- och sjukvården breddar sina insatser och i samverkan med andra verksamheter motverkar att generella missförhållande utvecklas till individuella problem.⁹

Individinriktade är de aktiviteter som är direkt anpassade till den enskildes behov. Allmänt inriktade är de aktiviteter som är generellt utformade till grupper av individer. Strukturellt/samhällsinriktade aktiviteter är sådana som avser att påverka/förändra lagstiftning, regler, förhållningssätt, arbetsmiljön, medverkan i samhällsplaneringen etc. De tre nivåerna kan illustreras med följande figur:

Figur 4 Nivåerna individ-, allmänt och strukturinriktade aktiviteter

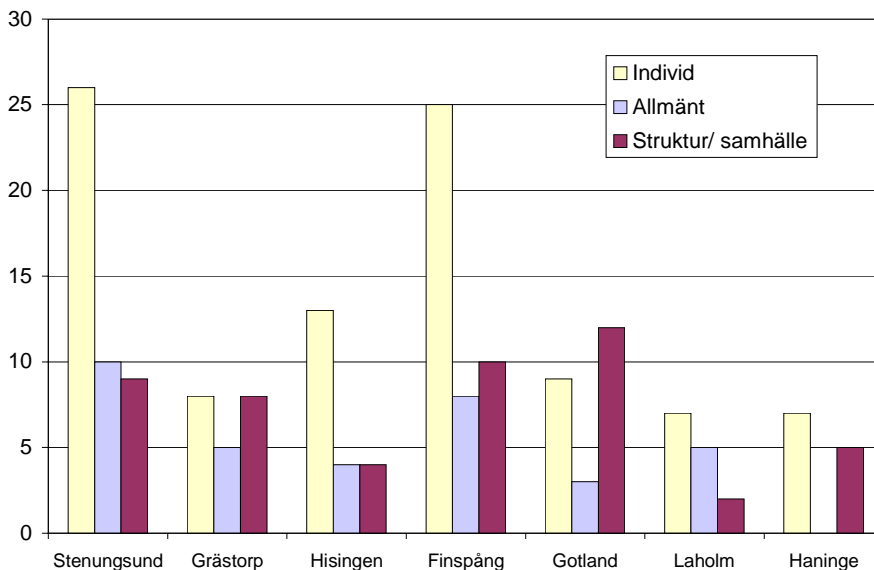


Insatser för att minska utbredningen av tobaksrökning anges som exempel: Individinriktad aktivitet kan vara att under individuellt anpassade former stödja den enskilde till att sluta röka. Allmänt inriktad aktivitet är att driva en upplysningskampanj om rökningens skadeverkningar riktad till exempelvis skolungdomar. Strukturinriktad aktivitet kan vara att införa förbud mot rökning på allmänna platser, höja tobaksskatten eller införa/höja åldersgränsen för inköp av cigaretter.

⁹ Se till exempel SOU 1977:40, *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Lagar och motiv. Socialutredningens slutbetänkande* och SOU 1998:43, *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén.*

I nedanstående figur redovisas försöksområdenas aktiviteter utifrån denna gruppering.

Figur 5 Antal aktiviteter per försöksområde fördelade på inriktning



Som framgår av figuren är merparten av aktiviteterna riktade direkt till individen medan relativt få är allmänt inriktade. Haninge har exempelvis ingen allmänt inriktad aktivitet. I fyra av områdena (Stenungsund, Hisingen, Finspång och Haninge) är en klar majoritet av aktiviteterna individinriktade. I Laholm är hälften individinriktade. Gotland har en övervikt mot att satsa på strukturellt inriktade aktiviteter.

I kategorin strukturinriktade aktiviteter ingår många av de kartläggningar som genomförts. Ett exempel på detta är en genomförd inventering bland handläggare vid försäkringskassan, arbetsförmedlingen, AMI och socialtjänsten på Gotland. Syftet var att få en samlad bild av handläggarnas uppfattning om förekomst och behov av samverkan kring enskilda sökande, vilka hinder och möjligheter man såg för samverkan och gemensamma handlingsplaner som ett instrument för samverkan kring den enskilde. Majoriteten av de deltagande handläggarna ansåg att samverkan mellan myndigheterna borde utvecklas, både i samverkansgrupper och kring enskilda klienter.

Haninge har inrapporterat tolv aktiviteter varav sju har listats som individinriktade och fem som strukturinriktade. Av dessa fem är fyra så kallade

processanalyser. De syftar till att kartlägga och beskriva konsekvenser för personer med olika behov. De fyra processanalyserna berör olika områden; rygg/nacke, missbruk, psykisk ohälsa och arbete. Av Haninges individinriktade aktiviteter kan bland annat Jordbros frestelse nämnas. Det är en arbetsmarknadsåtgärd riktad till kvinnor med invandrarbakgrund. Syftet med aktiviteten är att, bland annat genom studiecirklar, skapa bättre förutsättningar till arbete och utbildning.

Ett exempel på en allmänt inriktad aktivitet är Laholms satsning på en folkhälsoenhet. Enheten bemannas av en hälsoplanerare, hälsopedagog och en sjukgymnast. Målet är att öka kunskaperna om hälsa/folkhälsa bland olika personalgrupper som lärare, skolsköterskor, fritidsledare, sjukgymnaster m.fl. Personalen erbjuds utbildning, stöd och vägledning. Barn och ungdomar erbjuds upplevelsepedagogik kring bland annat mat, rökning och droger. Enheten är lokaliserad till Laholmsbadet och ses som ett första steg att omvandla hela anläggningen till ett folkhälsocentra.

I nedanstående tabell redovisas aktiviteterna fördelade på ämnesområde och inriktning.

Tabell 3 Antal aktiviteter per ämnesområde fördelade på inriktning

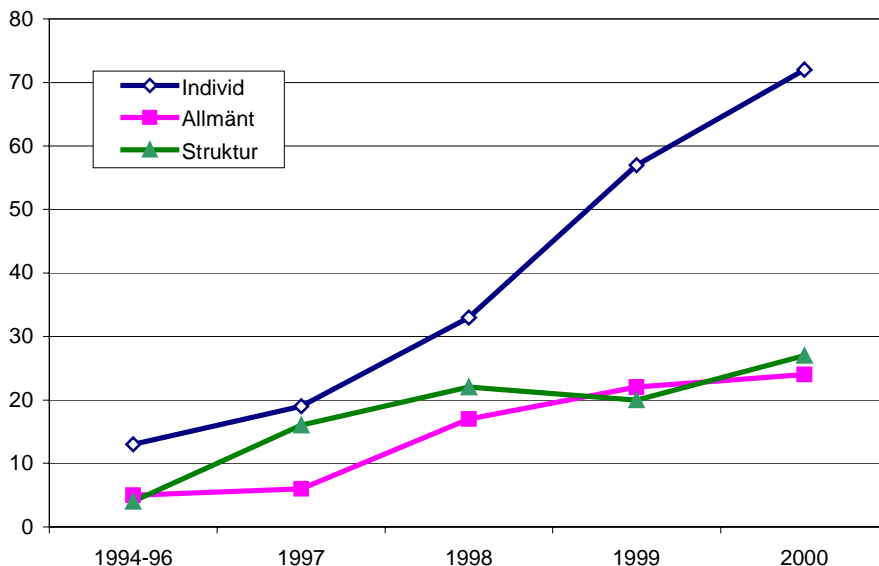
	Individ	Allmänt	Struktur/ sambälle	Totalt
Arbete/sysselsättning	38	3	5	46
Sjukvårdsinsats	2	2	2	6
Social insats	9	1	3	13
Psykisk hälsa	8	3	3	14
Missbrukarvård	6	–	1	7
Rehabilitering	21	8	12	41
Förebyggande insats	8	15	4	27
Integration/flyktingar	2	–	–	2
Äldreomsorg	1	3	2	6
Övrigt	–	–	18	18
Totalt	95	35	50	180

Med avseende på områdena arbete/sysselsättning, social insats, psykisk hälsa och missbrukarvård är nästan alla dessa aktiviteter individinriktade. Även rehabilitering består av många individinriktade aktiviteter men även en hel del strukturinriktade.

Av de förebyggande insatserna är drygt hälften allmänt inriktade. Gruppen ”Övrigt” består av strukturinriktade aktiviteter, främst utbildningar av personal och beslutsunderlag i form av utredningar och kartläggningar.

Har aktiviteternas inriktning förändrats under försöksperioden? I nedanstående figur redovisas hur många aktiviteter som pågått under respektive försöksår.¹⁰ Notera att många aktiviteter sträcker sig över flera år.

Figur 6 Antal aktiviteter som pågått under respektive försöksår fördelade på inriktning



Aktiviteternas inriktning har förändrats över tiden. I inledningen av försöksperioden var aktiviteterna få och i viss utsträckning ”ärvda”. SOCSAM kunde finansiera aktiviteter som bedrivits tidigare och som ansågs vara lyckade och därför införlivades i SOCSAM. Aktiviteterna var huvudsakligen individ- eller strukturinriktade. De strukturinriktade aktiviteterna bestod främst av olika former av kartläggningar och inventeringar som syftade till att utgöra beslutsunderlag inför framtida satsningar. Numera bedrivs en mängd individinriktade aktiviteter i form av rehabilitering, sysselsättnings-

¹⁰ Stenungsund har bedrivit SOCSAM sedan 1994. Grästorp och Hisingen startade den 1 januari 1997 och Gotland och Finspång den 1 juni 1997. Laholm startade den 1 januari 1998 och Haninge den 1 april 1998.

åtgärder etc. Samtidigt bedrivs fortfarande aktiviteter som är allmänt eller strukturellt inriktade.

Tendenser

Ur befintligt material framgår att många aktiviteter är inriktade mot olika former av sysselsättningsåtgärder. Likaså avser en betydande andel av aktiviteterna arbetslivsinriktad rehabilitering.

I tre av försöksområdena är försöksverksamheten riktad till personer i yrkesverksam ålder. Det återspeglas också i de aktiviteter som pågår. Detta gäller i stor utsträckning även de fyra försöksområden som riktar sig till hela befolkningen. Aktiviteter riktade till ungdomar är främst sysselsättningsåtgärder. De aktiviteter som riktas till barn och familjer sker ofta i form av förebyggande åtgärder.

Aktiviteterna varierar både till form och innehåll. Det gäller vid jämförelser mellan såväl aktiviteter inom respektive försöksområde som mellan de olika försöksområdena. En tydlig tendens är att det i inledningen av försöksperioden pågick relativt många aktiviteter av strukturinriktad karaktär. De bestod av till exempel kartläggningar, utredningar, utbildning för personal och omorganisationer. Över tiden har aktiviteter riktade direkt till individen ökat i antal. Det kan sägas att försöken går från lärande och övergripande insatser till att rikta in sig mot anpassade lösningar för individen.

Utvärdering av individriktade aktiviteter

Flertalet av de aktiviteter som bedrivs i SOCSAM utvärderas i särskild ordning. Formerna för dessa utvärderingar varierar mellan försöksområdena. Olika metoder och angreppssätt används. Många av de individriktade aktiviteterna utvärderas dock med hjälp av en, för alla försöksområden, enhetlig undersökningsmodell. Denna syftar till att mäta effekter för individer som medverkar i olika SOCSAM-aktiviteter. I detta kapitel redovisas individernas upplevda hälsa vid den tidpunkt då de påbörjar en SOCSAM-aktivitet. Dessa hälsovärden relateras till motsvarande hälsovärden framtagna i andra undersökningar.

Tre utfallsmått

I undersökningen studeras tre olika utfallsmått, nämligen hur upplevd hälsa, offentlig försörjning och vård- och behandlingskonsumtion förändras för individer som medverkar i olika SOCSAM-aktiviteter. Upplevd hälsa mäts med hjälp av hälsoenkäten Euroqol (EQ-5D). Offentlig försörjning och vård- och behandlingskonsumtion bygger på registeruppgifter. Undersökningen förutsätter samtycke från de deltagande individerna.

De efterfrågade uppgifterna samlas in, sammanställs och analyseras i respektive försöksområde. Därutöver vidarebefordras materialet till Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen för en samlad redovisning och analys. Ett ambitiöst arbete i försöksområdena är således en förutsättning för undersökningens genomförande. Undersökningen har påbörjats under 1999 och kommer att genomföras löpande under försöksperioden.

En lägesavstämning har gjorts beträffande registrerade uppgifter per den 1 juli 2000. Totalt har uppgifter för 2 251 individer från sammanlagt 33 aktiviteter inrapporterats.

Tabell 4 Antal individer per försöksområde

<i>Försöksområde</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
Stenungsund	33	1,5
Grästorp	34	1,5
Hisingen	1 799	79,9
Finspång	211	9,4
Gotland	52	2,3
Laholm	92	4,1
Haninge	30	1,3
Total	2 251	100,0

Antalet aktiviteter och individer som ingår i undersökningen varierar mellan försöksområdena. Detta beror bland annat på att antalet deltagare per aktivitet varierar mellan försöksområdena, vilket delvis beror på försöksområdenas skilda invånarantal. Tre försöksområden har, vid uppföljningstillfället, endast ett trettiotal individer med i undersökningen. Från Haninge har det till exempel endast rapporterats uppgifter från en aktivitet. Denna vänder sig till utlandsfödda kvinnor med annat arbetshinder än ohälsa/missbruk. Hisingen redovisar många aktiviteter med sammantaget ett stort antal individer. Detta speglar delvis i vilken utsträckning man lyckats motivera individer att delta i undersökningen.

Eftersom antalet individer varierar kraftigt mellan de olika aktiviteterna kommer följande gruppering att användas för försöksområden och aktiviteter i denna redovisning.

Tabell 5 Antal individer per område/aktivitet

<i>Område/aktivitet</i>	<i>Antal individer</i>	<i>Procent</i>
Stenungsund	33	1,5
Grästorp	34	1,5
Hisingen-Arbitlivsinriktning	1 057	47,0
Hisingen-Socialmedicinsk inriktning	742	33,0
Finspång-Bedömarteam	25	1,1
Finspång-Rehabrådgivarna	142	6,3
Gotland	52	2,3
Laholm-Humlan	76	3,4
Haninge-Jordbros frestelse	30	1,3
Övriga Finspång/Laholm	60	2,7
Total	2 251	100,0

Hisingens arbetslivsinriktade aktiviteter består av 8 olika aktiviteter som utgör knappt hälften av undersökningens nuvarande population. I Hisingens aktiviteter med socialmedicinsk inriktning finns också ett stort antal individer. Dessa är fördelade på 5 olika aktiviteter. I gruppen Övriga Finspång/Laholm ingår 60 individer som inte kan föras till redovisade aktiviteter i Finspång (44 stycken) och Laholm (16 stycken).

Bland uppgifterna för de 2 251 individerna finns också ett visst bortfall. Vidare används inte samtliga tre utfallsmått i alla aktiviteter. Euroqoluppgifter finns t.ex. för drygt 1100 individer vid första mätningen.

I dagsläget går det inte att ge någon samlad redovisning för uppgifterna om offentlig försörjning och vård- och behandlingskonsumtion. Dessa uppgifter har ännu inte kvalitetssäkrats. Därför redovisas i dagsläget enbart Euroqoluppgifterna. I det följande redovisas hur individerna upplever sin hälsa vid den första mätningen, dvs. när de påbörjar en SOCSAM-aktivitet. Euroqolvärdena redovisas fördelade på kön, åldersgrupp och huvudorsak till insats.¹¹

Observera att de värden som presenteras nedan inte kan användas för resultatjämförelser mellan olika aktiviteter. Värdena kan däremot ses som en beskrivande faktor när det gäller individerna man arbetar med i respektive SOCSAM-aktivitet.

Upplevd hälsa enligt Euroqol

För att mäta upplevd hälsa används hälsoenkäten Euroqol (EQ-5D) som är ett icke-sjukdomsspecifikt instrument för beskrivning och värdering av individens hälsotillstånd. Den enskilde individen besvarar fem frågor om rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Genom indexering beskrivs och värderas den enskildes hälsotillstånd på en skala mellan 1,0 (bästa tänkbara hälsotillstånd) och -0,594 (sämsta tänkbara hälsotillstånd).

Euroqol är ett vedertaget hälsoinstrument som används i många olika undersökningar. Därmed är det möjligt att jämföra hälsotillståndet för personer som deltar i SOCSAM-aktiviteter med andra personers hälsotillstånd. Vid en

¹¹ En utförlig beskrivning av denna datainsamling redovisas i rapporten *Effektstudie i SOCSAM – inrapporterade uppgifter juli 2000 om 1:a mätningen*, underlagsrapport 2000-11-17.

tidigare mätning har normalbefolkningen i Sverige medelvärdet 0,89 i Euroqolindex¹². I Östergötland genomfördes under 1999 en stor hälsomätning av invånarna i åldern 20–74 år¹³. Männens medelvärde var 0,86 och kvinnornas 0,82. Vid en undersökning av sjukskrivna med rygg och nackbesvär i försäkringskassorna i Stockholm, Kristianstads och Västernorrlands län var medelvärdet cirka 0,5¹⁴. I Försäkringskassan i Bohuslän undersökte man 800 rehabiliteringsfall 1994 och fick 0,43 i medelvärde före rehabiliteringsinsats¹⁵.

Varierande hälsovärden för olika grupper i SOCSAM

Euroqolindex vid första mätningen finns för 1 133 av de 2251 individerna. Medelvärdet för denna grupp är 0,577. Bästa tänkbara hälsotillstånd (1,0) har redovisats av 18 procent och 8 procent har ett värde lägre än 0.

Tabell 6 Medelvärde Euroqolindex per kön/åldersgrupp

Åldersgrupper	<i>Antal</i>		<i>Genomsnitt</i>		<i>Genomsnitt</i>
	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Totalt</i>
16–19	9	6	0,92	0,92	0,92
20–29	115	125	0,77	0,62	0,69
30–39	125	204	0,75	0,51	0,60
40–49	127	168	0,67	0,44	0,54
50–59	97	104	0,53	0,41	0,47
60–64	12	18	0,45	0,34	0,39
Totalt	485	625	0,69	0,50	0,58

Männen har i genomsnitt högre medelvärden än kvinnorna. Männens värde uppgår i genomsnitt till 0,68 medan kvinnornas värde i genomsnitt är 0,50. I ovanstående undersökningar har männen i allmänhet högre indexvärden än kvinnorna. Det är sedan tidigare känt att kvinnor i genomsnitt upplever sin hälsa som sämre än män.

¹² Björk, Norinder (1995).

¹³ Ekberg K, Noorlind Brage H, Dastserri M (2000).

¹⁴ Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset (1997).

¹⁵ Bohusläns allmänna försäkringskassa (1996).

Indexvärdet varierar påtagligt mellan olika åldersgrupper. Den lilla grupp som är under 20 år har över 0,9 i medelvärde. Gruppen 20–29 år har omkring 0,7 i medelvärde. Gruppen 60–64 år har under 0,4 i medelvärde. Att indexvärden sjunker med åldern har visats i flera undersökningar och har förklarats av att ohälsan ökar med åldern och att människor i högre åldrar har utsatts för påfrestningar under längre tid än yngre.¹⁶

Med utgångspunkt i huvudorsakerna till insats framkommer tydliga skillnader mellan de olika grupperna. De individer som deltar i en SOCSAM-aktivitet på grund av ohälsa/missbruksproblem har ett index på 0,41 medan de som har annat arbetshinder har 0,81. De individer som har både ohälsa/missbruksproblem och annat arbetshinder har i genomsnitt värdet 0,55. Om olika former av ohälsa/missbruksproblem och annat arbetshinder studeras för grupper med minst 25 individer framkommer följande värden.

Tabell 7 Medelvärde Euroqolindex för vissa huvudorsaksgrupper

<i>Huvudorsak till insats</i>	<i>Antal</i>	<i>Genomsnitt</i>
Fysiska besvär	193	0,38
Psykiska besvär	96	0,56
Fysiska och psykiska besvär	66	0,28
Bristande utbildning/yrkeserfarenhet	37	0,88
Kulturella faktorer/sociala faktorer	27	0,88
Bristande utbildning/yrkeserfarenhet och kulturella/sociala faktorer	147	0,82

Individer med olika former av ohälsa/missbruksproblem har relativt låga Euroqolvärden. Däremot har de individer som inte har direkt hälsorelaterade problem och besvär Euroqolvärden i nivå med normalbefolkningen.

Eftersom aktiviteterna i försöksområdena vänder sig till olika grupper av individer varierar Euroqolvärdena mellan olika områden/aktiviteter.

¹⁶ Holmberg S och Weibull L (1998).

Tabell 8 Medelvärde Euroqolindex per område/aktivitet

<i>Område/aktivitet</i>	<i>Antal</i>	<i>Genomsnitt</i>
Stenungsund	33	0,62
Grästorps	34	0,71
Hisingen-Arbitlivsinriktning	363	0,74
Hisingen-Socialmedicinsk inriktning	328	0,38
Finspång-Bedömarteam	25	0,31
Finspång-Rehabrådgivarna	139	0,41
Gotland	49	0,73
Laholm-Humlan	76	0,82
Haninge-Jordbros frestelse	30	0,64
Övriga Finspång/Laholm	56	0,62

Finspångs Bedömarteam har i likhet med Hisingens aktiviteter med socialmedicinsk inriktning lågt medelvärde. Aktiviteten Humlan i Laholm har högt medelvärde. Områdena Stenungsund, Grästorps och Gotland har värden som är något högre än det totala genomsnittet (0,58). Detta beror troligen på att de hälsorelaterade problemen hos dessa individer är begränsade.

De individer som medverkar i olika SOCSAM-aktiviteter har i genomsnitt lägre Euroqolvärden än normalbefolkningen. Däremot har de något högre värden än grupper i undersökningar med enbart hälsorelaterade problem. Detta är inte överraskande med tanke på att en stor andel av undersökningsgruppen inte direkt har hälsorelaterade problem. Dessa individer deltar i stor utsträckning i arbetslivsinriktade SOCSAM-aktiviteter. För denna grupp är det därför särskilt intressant att studera hur försörjningssituationen förändras under och efter aktivitetsperioden. Däremot har individer med olika former av ohälsa låga Euroqolvärden. Dessa värden ligger i nivå med liknande grupper i andra undersökningar. Ett framgångsrikt arbete med dessa individer bör resultera i högre hälsovärden vid uppföljningar med Euroqol. Det är då möjligt att relatera dessa värden till resultaten i andra undersökningar.

Ekonomi och transfereringar

I SOCSAM prövas bland annat om en sammanläggning av de ekonomiska resurserna kan medföra att dessa utnyttjas på ett från samhällets och den enskildes synpunkt effektivare sätt. För sitt arbete disponerar ledningsorganet de medel som anvisas för att finansiera socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessa medel utgör försöksverksamhetens ekonomiska utrymme, den så kallade finansiella ramen.¹⁷

Utifrån den finansiella ramen upprättar ledningsorganet sin budget för försöksverksamheten. Ledningsorganet har möjlighet att besluta om en annan fördelning av resurserna än den som huvudmännen gjort när de tilldelat medel till försöksverksamheten. Genom politisk och finansiell samordning ges således möjlighet till omfördelning av befintliga resurser.

I det följande redovisas det ekonomiska utfallet för de verksamheter som ingår i försöksverksamhetens finansiella ram. Därefter redovisas transfereringarnas utveckling. Vissa av transfereringarna ingår i försöksverksamhetens finansiella ram.

Försöksverksamhetens finansiella resultat

Det finansiella resultatet visar det ekonomiska utfallet för de verksamheter som ingår i försöksverksamhetens finansiella ram. Om verksamhetens kostnader blir lägre än budgeterat uppstår ett finansiellt överskott. Försöksverksamhetens finansiella resultat är således skillnaden mellan den finansiella ramen och de faktiska kostnaderna för de i försöket ingående verksamheterna.

¹⁷ En utförlig beskrivning av försöksverksamhetens finansiella ram finns i lägesrapporten *SOCSAM – tidiga erfarenheter*, Finansiell samordning 1998:2.

Tabell 9 Finansiellt resultat 1997, 1998 och 1999. Tkr

Område	Finansiell ram 1999	Verksamhetens kostnader 1999	Finansiellt resultat 1999	Finansiellt resultat 1998	Finansiellt resultat 1997
Stenungsund	295 109	292 713	2 396	-15 864	-10 520
Grästorp	80 722	83 979	-3 257	-1 695	-889
Hisingen	892 238	880 537	11 701	9 525	4 195
Finspång*	151 110	144 842	6 268	3 037	-475
Gotland*	746 537	772 756	-35 578	-26 219	4 951
Laholm**	310 492	317 270	-6 778	-2 057	-
Haninge**	786 490	785 147	1 343	2 200	-

* Finspång och Gotland påbörjade SOCSAM 1/7 1997. Det finansiella resultatet 1997 avser således andra halvåret 1997.

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

Det finansiella resultatet varierar mellan försöksområdena. Respektive försöksverksamhets bedömningar av och förklaringar till det finansiella resultatet återfinns i ledningsorganens årsredovisningar för 1999 (se litteraturförteckning).

Som helhet är det, med hänsyn till osäkerheterna med att bedöma framtida behov bland befolkningen, tämligen god träffsäkerhet i prognoserna för de ingående verksamheterna även om de enskilda försöksområdena skiljer sig åt. De största procentuella avvikelserna har Gotland, Finspång, Grästorp och Laholm.¹⁸

Möjligheten att genom det finansiella resultatet bedöma försöksområdenas ekonomiska utveckling är mycket begränsad. De ekonomiska utfallen 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 avvikelser mellan prognoser och utfall.

Huruvida försöksområdena gör bättre eller sämre antaganden än omvärlden har inte bedömts. Det bör dock påpekas att huvudmännen i vissa fall gör

¹⁸ Från och med 1999 har den finansiella ramen justerats för försöksverksamheten i Stenungsund. Länssjukvårdens medverkan har begränsats till de verksamheter som är lokaliserade till Stenungsunds kommun.

löpande justeringar av sina tillskott till den finansiella ramen. I regel justeras de finansiella ramarna årligen för lagändringar, löne- och prisförändringar.

Utvärdering av försöksområdenas ekonomiska utveckling

Utvärderingen av försöksområdenas ekonomiska utveckling inriktas på att tillgodose regeringens krav på att redovisa ett ekonomiskt utvärderingsresultat. Detta beräknas i syfte att jämföra kostnadsutvecklingen i respektive försöksområde med kostnadsutvecklingen i ett kontrollområde. Därmed jämförs kostnadsutvecklingen i försöksområdena med kostnadsutvecklingen i kommuner som inte bedriver SOCSAM.

Varje försöksområde tilldelas ett kontrollområde som utgörs av en förvävsregion, s.k. F-region. En F-region består av ett antal kommuner som är lika med avseende på areal, befolkningsunderlag, utbildningsstruktur, näringsstruktur och företagsstruktur. Respektive försöksområde jämförs med den F-region som kommunen tillhör.

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. I samband med den slutliga utvärderingsrapporten kommer det ekonomiska utvärderingsresultatet att kunna jämföras med det finansiella resultatet.

Den offentliga statistik som kommer att användas för att beräkna det ekonomiska utvärderingsresultatet utgörs av data från *socialförsäkringen* (kostnader för sjukpenning, rehabiliteringspenning och nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag), *socialtjänsten* (kostnader för individ- och familjeomsorg samt äldre- och handikappomsorg) och *hälso- och sjukvården* (läns- och region-sjukvård och primärvård).

Än finns inte alla uppgifter tillgängliga för att kunna beräkna det ekonomiska utvärderingsresultatet. Med de data som finns tillgängliga kan däremot transfereringarnas utveckling studeras. I det följande presenteras kortfattat transfereringarnas utveckling i SOCSAM-områdena i jämförelse med riket i övrigt. Inför den slutliga utvärderingsrapporten kommer utvecklingen i försöksområdena att jämföras med utvecklingen i respektive kontrollområde.

De ekonomiska transfereringarnas utveckling

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 är ekonomiska transfereringar till enskilda och hushåll. I SOCSAM-propositionen beskrivs att det är inom vården och genom rehabilitering av personer som t.ex. 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.¹⁹

I detta avsnitt beskrivs hur kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning hittills utvecklats i SOCSAM-områdena.²⁰ Dessutom redovisas ett antal nyckeltal för socialförsäkring och socialtjänst. Uppgifterna för 1999 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, representerar en tid innan SOCSAM påbörjades.

Utvecklingen inom socialförsäkringen

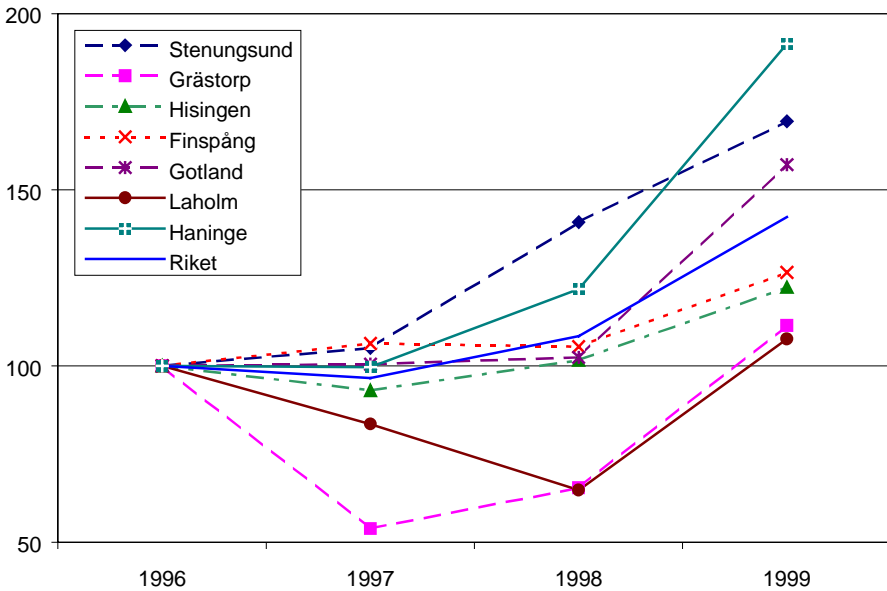
Antalet sjukfall har i riket ökat kraftigt under andra hälften av 1990-talet. Mellan år 1996 och 1999 uppgick ökningen av pågående sjukfall som varat i minst 29 dagar med 43 procent. Cirka 60 procent av de sjukskrivna är kvinnor – ett mönster som går igen oavsett vilken längdklass som studeras.

Under 1999 fanns det i riket i genomsnitt drygt 65 000 sjukfall som varat i minst 365 dagar. Mellan år 1996 och 1999 uppgick ökningen av pågående sjukfall som varar i minst 365 dagar till 42 procent, vilket motsvarar en ökning med ca 20 000 långa sjukfall.

¹⁹ Förväntningar på SOCSAM redovisas i lägesrapporten *SOCSAM – en mångfacetterad verksamhet*, Finansiell samordning 1999:1.

²⁰ Eftersom statistik för Hisingen avseende socialbidrag ännu inte finns för hela den studerade perioden redovisas data för hela Göteborg. Data avseende arbetslöshetsersättningen gäller också för hela Göteborg.

Figur 7 Utvecklingen av långa sjukfall (minst 365 dagar) i försöksområdena och riket, 1996–1999 (Index 1996=100)



De sju försöksområdena uppvisar en likartad utveckling som den i riket vad avser ökningen av det totala antalet långa sjukfall mellan år 1996 och 1999. Mellan försöksområdena och mellan de olika sjuklängdsklasserna finns dock betydande skillnader när det gäller utvecklingen av antalet sjukfall.

Tabell 10 Förändringen i procent mellan år 1996 och 1999 för olika sjukfallslängder i försöksområdena och riket

	29–59 dagar	60–179 dagar	180–364 dagar	365 dagar och uppåt
Stenungsund	43%	61%	61%	69%
Grästorp	30%	64%	54%	12%
Hisingen	31%	47%	49%	22%
Finspång	24%	35%	56%	27%
Gotland	23%	28%	40%	57%
Laholm	28%	40%	56%	8%
Haninge	36%	49%	60%	91%
Riket	29%	42%	54%	42%

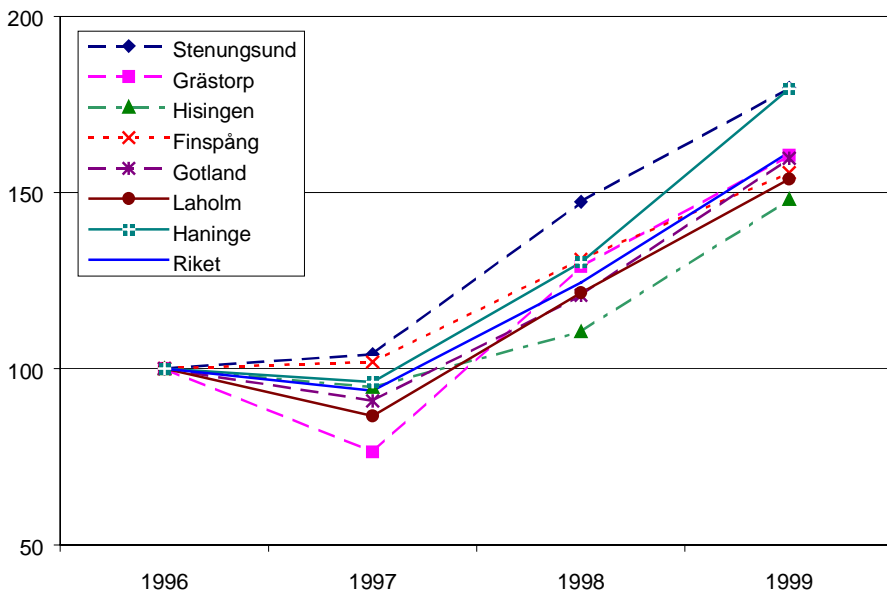
I Stenungsund och Haninge har antalet sjukfall ökat mellan år 1996 och 1999 i samtliga studerade längdklasser i jämförelse med riket. Gotland ligger lägre än i riket i alla längdklasser utom i den längsta längdklassen – klassen ”365

dagar och uppåt”. Finspång, 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 mindre i de riktigt långa sjukfallen (sjukfall mellan 180 och 364 dagar och i klassen 365 dagar och uppåt) i jämförelse med riket.

Sjuk- och rehabiliteringspenning

I samtliga försöksområden ingår kostnader för sjuk- och rehabiliteringspenning i den finansiella ramen. Under perioden 1996–1999 ökade kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenningen i riket med 61 procent. Utvecklingen är likartad i alla försöksområden.

Figur 8 Sjuk- och rehabiliteringspenning, 1996–1999 (Index 1996=100) i försöksområdena och riket



I Stenungsund och i Haninge har kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning ökat med 80 respektive 79 procent mellan år 1996 och 1999. Grästorp 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 riket. Gotland, Finspång, Laholm och Hisingen har

haft en lägre kostnadsökning jämfört med riket och ökat sina kostnader med 60, 56, 54 respektive 48 procent.

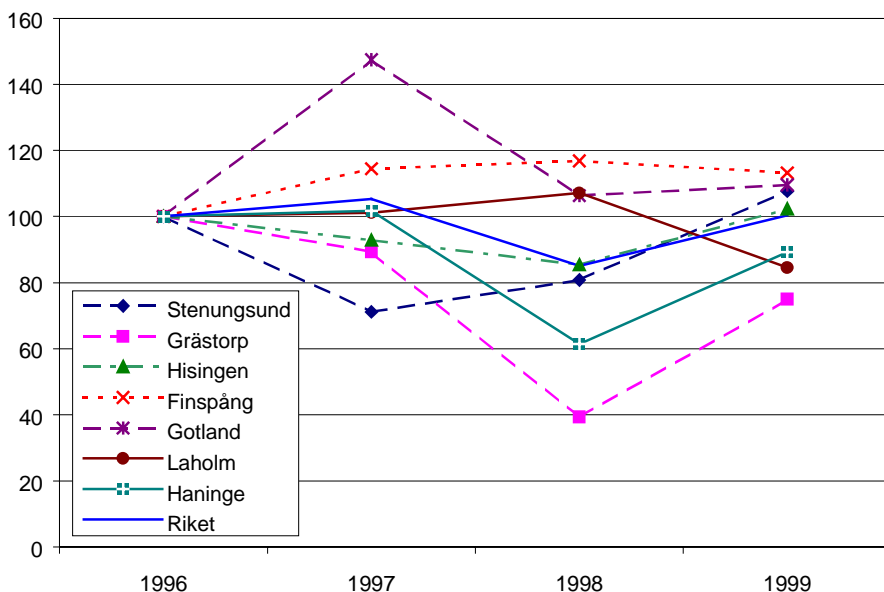
I Stenungsund, som har bedrivit SOCSAM sedan 1994, har kostnaderna minskat med 13 procent mellan år 1993 och 1996. Sammantaget för hela perioden mellan år 1993 och 1999 har kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning i Stenungsund ökat med 56 procent.

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. Likväl är det 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 1999 ökade antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag i riket med cirka 6 000 till cirka 38 000. 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 9 Utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag i försöksområdena och riket, 1996–1999 (Index 1996=100)



Även här är skillnaderna mellan de sju försöksområdena stora. I Finspång, på Gotland och i Stenungsund har antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag ökat mer än riket (13, 10 respektive 8 procent). Antalet nybeviljade på Hisingen följer i stort utvecklingen i riket med en ökning mellan år 1996 och 1999 på 2 procent. I Grästorp, Laholm och Haninge har antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag minskat med 25, 15 respektive 11 procent.

Två försöksområden – Laholm och Finspång – har dock en utveckling som går i motsatt riktning den i övriga försöksområden; i stället för en ökande trend efter 1998 så faller antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag något.

Gotland har under perioden en utveckling med en hög andel nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag samtidigt med ett ökande antal långvarigt sjukskrivna. Detta gäller även i viss mån utvecklingen i Haninge och Stenungsund. Finspång, Laholm och Grästorp däremot har en utveckling med färre antal nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag och lägre antal långa sjukfall jämfört med riket. Hisingen har, i förhållandet till riket, färre långa

sjukfall men en tendens till en ökning av nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag under 1999.

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 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 jämförelse mellan områden av olika storlek.

Ohälsotalet i riket uppgick 1999 till 43 dagar, varav 29,3 dagar avsåg förtidspension och sjukbidrag och 13,7 dagar avsåg sjukpenning. Under perioden 1996–1999 har ohälsotalet ökat med 5,3 dagar. I huvudsak återfinns denna ökning i ohälsotalets sjukpenningsdel (3,9 dagar) medan förtidspensionsdelen har ökat i något mindre omfattning (1,4 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.

Tabell 11 Ohälsotalet i försöksområdena och riket, 1996–1999. Förändring i procent mellan år 1996 och 1999

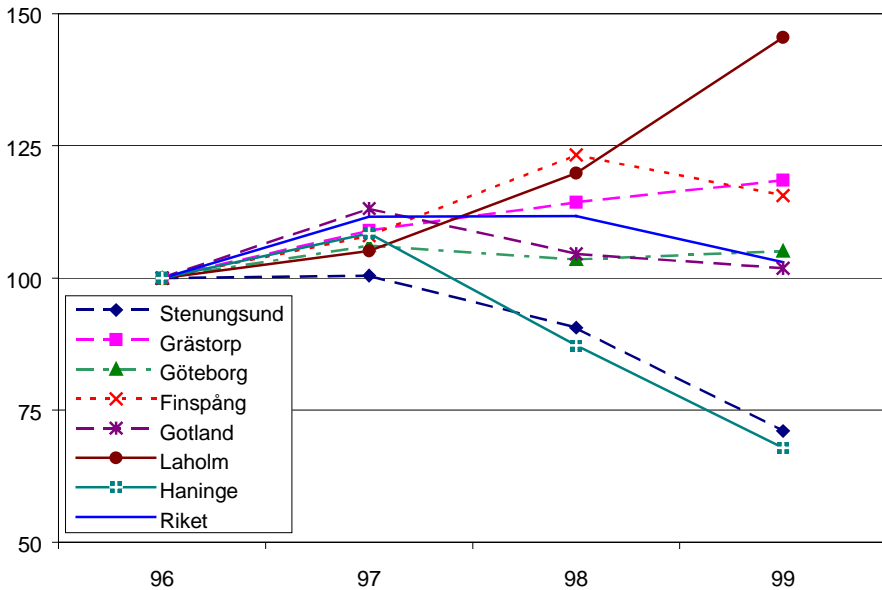
	1996	1997	1998	1999	Förändring i %
Stenungsund	34,2	35,7	39,7	41,6	22
Grästorp	31,0	31,5	35,1	36,2	17
Hisingen	52,4	52,2	54,1	55,8	6
Finspång	36,7	37,5	40,0	41,6	13
Gotland	33,2	34,7	37,7	39,7	20
Laholm	34,8	34,2	35,9	38,1	9
Haninge	37,5	38,5	42,3	44,6	19
Riket	37,7	38,2	40,8	43,0	14

Ohälsotalet har, liksom i riket, ökat i försöksområdena mellan år 1996 och 1999. 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 kostnader för socialbidrag

I samtliga försöksområden ingår kostnader för socialbidrag i den finansiella ramen. 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 under hela perioden 1996–1999. Där ökade kostnaderna under perioden med 46 respektive 18 procent. I riket ökade kostnaderna med 3 procent. Haninge och Stenungsund har under samma period minskat sina kostnader med 32 respektive 29 procent. På Gotland, i Göteborg och i Finspång har kostnaderna ökat med 2, 5 respektive 16 procent.

Figur 10 Utbetalda socialbidrag (exklusive flyktingar) i försöksområdena och riket (index 1996=100)



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

Tabell 12 Utbetalda socialbidrag per invånare i försöksområdena och riket (kronor per invånare)

	1996	1997	1998	1999
Stenungsund	1 137	1 139	1 028	795
Grästorp	486	534	565	587
Göteborg	2 339	2 468	2 391	2 413
Finspång	601	658	762	727
Gotland	905	1 066	953	931
Laholm	514	526	600	733
Haninge	1 306	1 404	1 111	854
Riket	994	1 096	1 101	1 033

Göteborg har de högsta kostnaderna per invånare (2 413 kr) och ligger 1999 ca 34 procent över nivån för riket. Övriga försöksområden ligger under riket där Grästorp, som har de lägsta kostnaderna per invånare (587 kr), har en nivå som understiger riket med ca 43 procent.

Arbetslöshetsersättningens utveckling

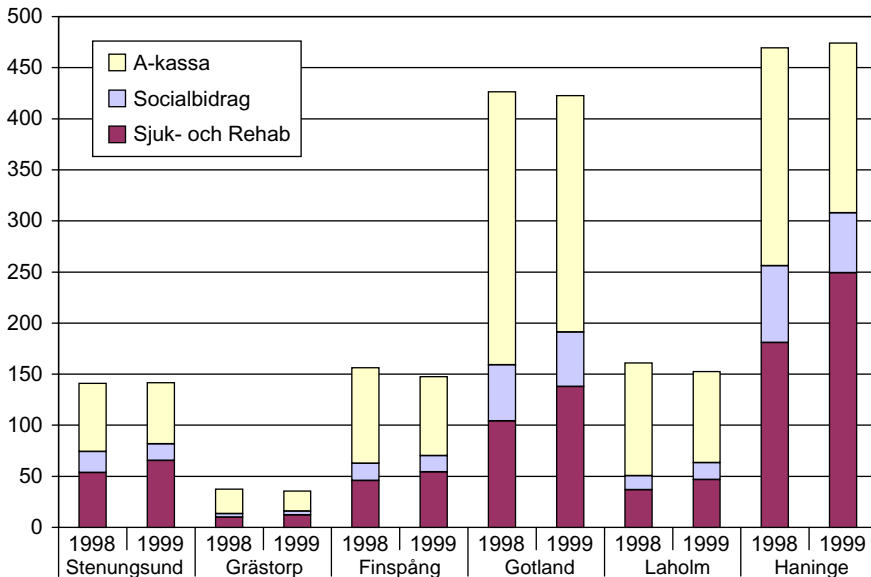
Eftersom länsarbetsnämnden inte är en formell part i SOCSAM ingår inte kostnader för arbetslöshetsersättning (a-kassa) i den finansiella ramen. Däremot medverkar länsarbetsnämnden i försöksverksamheten genom samverkansavtal. Arbetsförmedlingen och AMI medverkar också i flera av de aktiviteter som bedrivs. Det är därför intressant att följa arbetslöshetsersättningens utveckling. Det är också viktigt att studera i vilken mån det finns ett samband mellan utvecklingen av sjukpenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning.

Eftersom uppgifter om arbetslöshetsersättning på kommunnivå endast finns tillgängliga för 1998 och 1999 går det ännu inte att fullt ut studera samspelet mellan socialbidrag, sjuk- och rehabiliteringspenning och arbetslöshetsersättning.

I takt med den förbättrade konjunkturen har utbetalningen av arbetslöshetsersättning minskat. De samlade kostnaderna för arbetslöshetsersättningen i riket har minskat med ca 16 procent mellan år 1998 och 1999. För Stenungsund och Gotland har kostnaderna för arbetslöshetsersättningen minskat med 10 respektive 13 procent. I Haninge och Laholm, där kostnaderna sjunkit mest, har kostnaderna för arbetslöshetsersättningen sjunkit med 22 respektive 19 procent. I Grästorps och Göteborg har kostnaderna minskat med 18 procent och i Finspång med 17 procent.

De sammantagna utgifterna för arbetslöshetsersättning, socialbidrag och sjuk- och rehabiliteringspenning har i riket sjunkit med ca 4 procent mellan 1998 och 1999. I nedanstående figur redovisas motsvarande utgifter för försöksområdena.

Figur 11 Sammantagna utgifter för försöksområdena för 1998 och 1999 *



* De sammantagna utgifterna kan inte redovisas för Hisingen eftersom kostnaderna för socialbidrag och arbetslöshetsersättning avser hela Göteborg.

Fyra av sex försöksområden uppvisar samma mönster som i riket. Finspång, Laholm och Grästorp har de största sammantagna förändringarna med en minskning på 6 procent för Finspång och 5 procent för Grästorp och Laholm. Gotlands sammantagna utgifter minskar med 1 procent. Haninge och Stenungsund avviker från detta mönster. Stenungsund har en oförändrad sammantagen utgiftsnivå medan Haninges samlade utgifter ökar med 1 procent (framför allt beroende på en kraftig ökning av kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning).

Av figuren framgår också att socialbidrag och sjuk- och rehabiliteringspenning tillsammans utgör en mindre kostnad än kostnaden för arbetslöshetsersättningen. Endast i Haninge och Stenungsund utgör socialbidrag och sjukpenning tillsammans en större kostnad än arbetslöshetsersättningen. En stor del av de samlade utgifterna finns alltså hos en part vars kostnader inte ingår i den finansiella ramen.

Samlad bild av transfereringarnas utveckling

Liksom i riket har antalet långtidssjukskrivna (över 365 dagar) i försöksområdena ökat under 1990-talets andra hälft. Ökningen är mindre än i riket i fyra av de sju försöksområdena. Mellan år 1996 och 1999 har kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning ökat mindre i fem av de sju försöksområdena jämfört med riket. Socialbidragskostnaderna har under samma period minskat/ökat mindre i tre områden jämfört med riket. I fem försöksområden minskar de utbetalda arbetslöshetsersättningarna mer än i riket mellan år 1998 och 1999.

Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag har i jämförelse med 1996 minskat i tre områden medan antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag ökat mer än i riket i fyra områden. I flera fall är ökningen betydligt större än i riket. Ännu går det dock inte att dra några slutsatser om hur flödet mellan sjukskrivning och förtidspension påverkats under den hittillsvarande försöksperioden.

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

Tabell 13 Kostnadsförändringar mellan år 1996 och 1999 i försöksområdena och riket.

	<i>Sjuk- och rehabiliterings- penning, %</i>	<i>Socialbidrag, %</i>	<i>A-kassa, % (mellan 1998 och 1999)</i>
Stenungsund	80	-29	-10
Grästorp	61	18	-18
Hisingen/Göteborg	48	5	-18
Finspång	56	16	-17
Gotland	60	2	-13
Laholm	54	41	-19
Haninge	79	-32	-22
Riket	61	3	-16

Kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetsersättning varierar mellan försöksområdena, både vad avser nivå och förändring. Skillnaderna i utveckling beror snarast på att försöksområdena är olika med avseende på befolknings- och näringsstruktur. Huvuddelen av kostnadsutvecklingen förklaras i hög grad av den förbättrade konjunkturen. Att kostnaderna för arbetslöshetsersättning och socialbidrag minskar vid

högkonjunktur är väl känt sedan tidigare. Likaså att kostnaderna för sjuk- och rehabiliteringspenning ökar. Troligtvis är det därför för tidigt att dra några långtgående slutsatser vad avser transfereringarnas utveckling.

För en mer korrekt analys av transfereringarnas utveckling är det önskvärt att jämföra utvecklingen i respektive försöksområde med områden som har likartad befolknings- och näringsstruktur. I den fortsatta utvärderingen kommer transfereringarnas utveckling i försöksområdena att jämföras med utvecklingen i de s.k. F-regionerna. Därmed jämförs utvecklingen i respektive försöksområde med utvecklingen i liknande områden.

Diskussion

SOCSAM ger unika möjligheter att, genom politisk och finansiell samordning, knyta ihop tre huvudmäns verksamheter. SOCSAM:s nytta avgörs i sista hand av om individers behov tillgodoses på ett effektivare sätt. Om så är fallet, är det möjligt att spåra samband mellan positiva resultat och politisk och finansiell samordning? Leder SOCSAM till välfärdsvinster för enskilda och samhället?

Det är ännu för tidigt att dra några slutsatser kring utvärderingens övergripande frågeställningar. Däremot kan några generella iakttagelser lyftas fram. Denna lägesrapport beskriver vilken inriktning och vilka prioriteringar försöksområdena hittills har valt samt hur de ekonomiska transfereringarna har utvecklats. I det följande diskuteras översiktligt några frågor utifrån det som redovisas i rapporten. Därmed anges ett antal frågeställningar som kommer att studeras i den fortsatta utvärderingen.

Arbetsmarknadsfrågorna har hög prioritet i försöksområdena, såväl i fråga om målsättningar som i bedrivna aktiviteter. Eftersom arbetslivsinriktade aktiviteter är vanligt förekommande innebär det att arbetsförmedlingen och AMI är viktiga aktörer. Länsarbetsnämnden är dock inte en formell part av den politiska och finansiella samordningen. Hur påverkar detta de samverkande aktörernas arbete?

I inledningen av försöksperioden var aktiviteterna få och i viss utsträckning ”ärvda”. Genom SOCSAM finansierades aktiviteter som ansågs lyckade och därför införlivades i SOCSAM. Aktiviteterna bestod bland annat av samverkansprojekt kring individer med särskilda behov. Dessa aktiviteter finansierades tidigare av de samverkande myndigheterna eller på annat sätt, till exempel via särskilda projektmedel. Genom politisk och finansiell samordning skapades en plattform för gemensam finansiering av dessa samverkansprojekt. Det innebär rimligtvis att SOCSAM underlättar en långsiktig planering av verksamhetsöverskridande aktiviteter. Hur påverkar detta i så fall personalens arbetsförutsättningar och insatserna för individer med särskilda behov?

En väsentlig del av kostnaderna i SOCSAM är transfereringar till individer och hushåll. Kommer utvärderingen att kunna visa om aktiviteterna påverkar de ekonomiska transfereringarna? Många av de aktiviteter som är allmänt eller strukturellt inriktade genererar framför allt resultat på lång sikt och har troligen inte fått genomslag under den relativt korta period som försöksverksamheten har pågått. Dessa aktiviteter kan dock ha påverkat till exempel förhållnings- och arbetssätt. På kort sikt kan däremot individinriktade aktivi-

teter påverka transfereringarna. Hur ser i så fall försörjningssituationen ut för de personer som deltar i de individriktade aktiviteterna? För att besvara denna fråga studeras hur den enskildes försörjningssituation förändras under och efter aktivitetsperioden.

Aktiviteterna riktar sig vanligtvis till särskilt utvalda grupper. Att vissa grupper prioriteras får inte innebära att andra grupper undandras vård, omsorg, rehabilitering eller annan form av service. Denna fråga beaktas i den slutliga utvärderingen.

De aktiviteter som bedrivs och transfereringarnas utveckling i försöksområdena speglar i stor utsträckning samhällsutvecklingen och aktuella välfärdfrågor. Befolkningsgruppers behov och problem är generella i den meningen att liknande behov och problem finns på andra håll. Däremot är det möjligt att det i försöksområdena finns annorlunda lösningar på allmängiltiga behov och problem. Genomförs i försöksområdena aktiviteter som annars skulle haft svårt att komma till stånd?

Litteraturförteckning

Beställarförbund 4S: *Årsredovisning 1999*

Beställarförbundet 5S, Grästorpsnämnden: *Årsredovisning 1999*

Beställarförbundet DELTA på Hisingen: *Årsredovisning och verksamhetsberättelse 1999*

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

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

Gotlands kommun: *Årsredovisning 1999*

Holmberg S och Weibull L *Ljusnande framtid: Hälsomätningen i SOM-undersökningen 1998*, SOM-rapport nr 22, 1998

Finspångs Beställarförbund: *Årsredovisning 1999*

Fyrverkeriet: *Årsredovisning 1999*

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

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

Riksförsäkringsverket & Sahlgrenska Universitetssjukhuset *Projektbeskrivning & undersökningsgrupp*, Rygg och nacke 1, 1997

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Effektstudie i SOCSAM – inrapporterade uppgifter juli 2000 om 1:a mätningen*, Finansiell samordning, Underlagsrapport november 2000

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

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *SOCSAM i praktiken – en aktivitetskatalog*, Finansiell samordning, Underlagsrapport oktober 2000

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

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

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

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

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

Sammanfattning av tjugosex behovsgruppsbaserade organiseringsstudier i sju Socsamkommuner, Utkast, 2000-08-28

Statistiska centralbyrån *Lokala arbetsmarknader och förvärvsregioner*, SCB rapport 1991:7

SOCSAM i Haninge: *Årsredovisning 1999*

SOCSAM-projektet, Gotlands kommun: *Årsredovisning 990101–991231*, SOCSAM-rapport, nummer 12, Februari 2000

SOU 1977:40, *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Lagar och motiv. Socialutredningens slutbetänkande*

SOU 1998:43, *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén*

Projektledarna i de sju 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

Gotland

Carl-Magnus Lindström
SOCSAM-projektet, Gotlands län
c/o Försäkringskassan
Box 1164
621 22 VISBY
Tfn: 0498-28 35 54
Fax: 0498-27 91 68

Haninge

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

Laholm

Agneta Kessman

Laholmsnämndens kansli

312 80 LAHOLM

Tfn: 0430-159 56

Fax: 0430-715 42

SOCSAM – visar vägen? En lägesrapport

SOCSAM – försök med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst – är ett av de mer spännande försöken med samordning och samverkan mellan olika delar av den offentliga sektorn. Försöket ska utvisa om SOCSAM är en bra modell för samordning och samverkan. SOCSAM följs och utvärderas löpande av Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Ännu är det dock för tidigt att dra några generella slutsatser. I den här rapporten finns uppgifter bland annat om:

- Inriktning och vilka prioriteringar de olika försöksområdena har valt.
- Kostnadsutvecklingen för sjukpenning, rehabiliteringspenning, socialbidrag och arbetslöshetserättning i försöksområdena.