

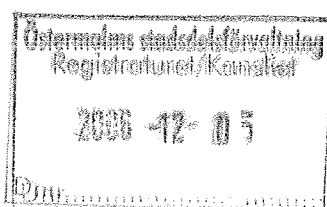
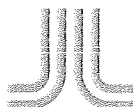
Rehabilitering till arbete

SAMverkan Rehabilitering
Östermalm Lidingö

◆ Slutrapport ◆ Hälsoekonomisk utvärdering

oktober 2001

Projektledare Anne Almqvist



Innehåll

Sammanfattning av erfarenheter	3
Bakgrund	4
Målgrupp	5
Insatser genom SAMRÖL	6
Arbetsätt	7
Enkäten	8
Deltagarna	9
Rehabiliteringstid	10
Prognos	10
"Framgångsfaktorer"	11
Bilaga Tabeller över statistik	12
Hälsoekonomisk rapport	13

Sammanfattning av erfarenheter och resultat

- Samordnad rehabilitering är lönsam
- Rehabilitering tillbaka till arbetslivet tar lång tid, oftast flera år
- Arbetsrehabilitering/arbetsträning som börjar på "låg nivå" ökar möjligheterna för ett framtida arbete
- Arbetsträning på öppna arbetsmarknaden ökar möjligheterna att få ett arbete
- Fortsatt stöd behövs för att kunna behålla arbetet
- Att bli bemött med respekt, engagemang och förståelse har skattats högt av deltagarna
- Den myndighetsneutrala lokalen har skattats högt av deltagarna
- Stöd som ges av ett team sammansatt av kompetens om arbetsmarknaden, psykiska handikapp, sociala insatser, rehabiliteringsinsatser och försörjning under rehabiliteringen ökar möjligheterna till återinträde på arbetsmarknaden.
- Det partssammansatta teamet lär sig av varandra och tillägnar sig över tiden ökad kunskap om vilka rehabiliteringsmöjligheter som finns hos de olika myndigheterna. Över tid har också kvaliteten på arbetet ökat.

Bakgrund

Den 18 augusti 1998 slöts en överenskommelse mellan; Lidingö stad, Östermalms stadsdel, Försäkringskassan City, Arbetsförmedlingen rehabilitering Liljeholmen, Nordöstra sjukvårdsområdet, Norra Stockholms sjukvårdsområde och Östermalm Lidingö psykiatriska sektorer. Syftet med överenskommelsen var att inleda ett gemensamt projektarbete för att i samverkan utveckla rehabiliteringsmetoder så att personer med psykisk störning eller psykisk problematik kan komma ur bidragsberoende och etablera sig på arbetsmarknaden..

Projektarbetet har avgränsats geografiskt till Östermalm och Lidingö, och att i första hand rikta sig till personer som saknar arbetsgivare med rehabiliteringsansvar.

Huvudlinjen i projektet har varit långsiktighet och samordning utifrån den enskildes förutsättningar.

Organisation

En arbetsgrupp med handläggare från socialtjänsten på Östermalm och Lidingö, försäkringskassa, arbetsförmedlingen rehabilitering och psykiatrin på Östermalm och Lidingö har genom aktivt rehabiliteringsarbete med enskilda ärenden utformat samverkansmetoder för arbetsrehabilitering. Arbetsgruppen påbörjade sitt arbete i november 1999.

Arbetsgruppen har arbetat i "myndighetsneutrala" lokaler på Lidingö.

En styrgrupp med representanter från de inblandade myndigheterna har utgjort ledningen för SAMRÖL.

Målsättning

Målet är 30% minskat bidragsberoende

Målgrupp

De flesta personer som remitterats till SAMRÖL har stått relativt långt ifrån arbetsmarknaden och inte som det ursprungligen var tänkt: nämligen att rehabilitera personer som *stod nära arbetsmarknaden*. Anledningen torde vara att behovet av samordnad rehabilitering är ringa om man står nära arbetsmarknaden. De flesta remisser har istället inkommit med frågeställning och önskan om utredning v.g. arbetsförmåga. Nedan följer mer specifika kriterier för målgruppen.

- 1. Behov av insatser från flera myndigheter.** Individer med behov av samordnad insats från minst två myndigheter. Vanligast är kontakt med Försäkringskassan samt psykiatri eller sociala myndigheterna och psykiatri.
- 2. Det huvudsakliga arbetshindret är av psykisk art.** SAMRÖL har tagit emot personer med alla typer av psykiatriska diagnoser samt personer där handläggare gjort bedömningen att det huvudsakliga arbetshindret är av psykisk art.
- 3. Inget pågående missbruk.** Personer med ett tidigare missbruk har tagits emot men när ett pågående missbruk upptäckts har personen remitterats till missbruksvård.
- 4. Är arbetslös eller riskerar arbetslöshet.** Ett fåtal individer har dock en anställning och dessa har tagits emot då arbetsgivarens möjligheter till rehabilitering har uttömts. I annat fall har de överförts till Försäkringskassan som i samråd med arbetsgivaren ansvarar för rehabiliteringen.
- 5. Kunna påbörja en arbetsinriktad rehabilitering.** Initialt tog SAMRÖL emot alla remisser förutsättningslöst men under den senare perioden sållat i allt högre utsträckning. I första stadiet förs också en diskussion med remitterande instans för att stämma av ex. behandlingsprognos.

Insatser genom SAMRÖL

Ambitionen är att deltagaren snarast möjligt skall komma ut på öppna arbetsmarknaden, målet är en avlönad anställning. Vägen dit är att lägga upp en **individuellt anpassad plan** för att nå målet. Planen har, i olika omfattning, alltid innehållit delarna; var kan man starta, vilka hinder måste övervinnas, vilket yrkesområde är lämpligt i förhållande till arbetshandikappet och hur ser möjligheterna ut på arbetsmarknaden.

Studiebesök har skett i syfte att deltagaren ska kunna bilda sig en uppfattning om villkoren på olika typer av arbetsplatser.

Ibland har deltagaren erbjudits olika typer av arbetsträningsplatser (tjänsteköp genom Försäkringskassan) som Resursbrunnen, Historiska databasen, Arbetslivskonsulterna och Bromma arbetsrehabilitering. För några har Arbetscentrum och Sturegården använts för bedömning av arbetsförmågan. Fördelen med sådan arbetsträning är att deltagaren metodiskt prövar sin förmåga inom en rad olika områden, ex förmågan att passa tider, förstå och följa arbetsinstruktioner, samarbeta med andra, etc. Nackdelen är att innehållet i arbetet kan vara svårt att anpassa till deltagarens intresseområde.

I den mån det funnits behov av fördjupad vägledning har **psykolog utredning** kunnat erbjudas. I ett fall har neuropsykologisk utredning genomförts på grund av Landstingets långa väntetider.

Centralt i SAMRÖLs verksamhet är att finna en **praktikplats**, både i syfte att arbetsträna och att få "in en fot" på arbetsmarknaden. Utifrån deltagarens intressen, utbildning och arbetsförmåga letar man efter lämplig plats. Ofta hjälps man åt så att också deltagaren görs aktiv. I bland har man fått pröva sig fram på olika arbetsplatser innan man funnit en passande. Totalt har 39 personer praktiserat på "vanliga" arbetsplatser och av dessa har 14 fått en anställning på sin arbetsträningsplats.

Att hitta rätt arbetsträningsplats är en framgångsfaktor.

Av de 25 som fått anställning har åtta avböjt **fortsatt stödkontakt**, övriga 17 har i olika omfattning haft stödkontakt kvar. För merparten har det rört sig om ett telefonsamtal högst en gång i månaden då problem uppstått. I de flesta fall har det rört sig om enkla mellanmänskliga problem som ofta uppstår på arbetsplatser som uttag av raster, möjlighet att värma lunchmat och arbetstider.

Arbetsätt

Initialt hade SAMRÖLs arbetsgrupp svårigheter att finna samarbetsformer och arbetsfördelning. Bland annat beror detta på flera byten av medarbetare och långa vakansperioder. Men från årskiftet i år har samtliga tjänster varit besatta och arbetet har fungerat väl. Principen för arbetssättet är att varje enskild person får en individuellt avpassad rehabilitering. De yttre ramarna för arbetssättet beskrivs enligt följande modell nedan:

- Handläggarna från socialtjänsten, arbetsförmedling och försäkringskassa tar över ärendet då personen skrivs in i SAMRÖL som deltagare. Naturligtvis krävs emellanåt fortsatt samarbete särskilt då rehabiliteringen kräver särskild kompetens som inte finns i SAMRÖL.
- Behandlingsansvaret ligger fortfarande hos psykiatrin. SAMRÖL har fortlöpande kontakter med behandlaren oftast patientansvarig läkare. Dessutom har psykiatrin tillsatt en konsultläkare som står till SAMRÖLs förfogande fyra timmar per månad. Denne har fungerat som rådgivare både till handläggarna i SAMRÖL och till enskilda deltagare.
- Oftast förbereds en remiss genom att remittenten diskuterar ärendet med "sin" SAMRÖL representant. I de flesta fall träffar SAMRÖL den tilltänkta deltagaren på ett så kallat Förbesök tillsammans med remittenten. Vid detta tillfälle får deltagaren information om SAMRÖL så han eller hon sedan i lugn och ro kan bestämma sig för att delta eller ej. Även väsentlig bakgrundsinformation som är relevant för rehabiliteringsarbetet delges vid Förbesöket. På så sätt är de flesta remisserna numera välgrundade och väl förberedda
- Under handläggningen arbetar minst två SAMRÖL handläggare aktivt tillsammans med deltagaren. Dels ger det kontinuitet för deltagaren över semestrar och sjukfrånvaro, dels ger detta arbetssätt fler infallsvinklar som kan diskuteras och prövas. Varje vecka finns tid avsatt konferenser. I början av projektet var dessa konferenser mer av arten avrapporteringar, nu förs konstruktiva samtal mellan parterna om rehabiliteringsmöjligheter i enskilda ärenden.
- När ett ärende avslutas lämnas en sammanfattning av rehabiliteringen och i förekommande fall förslag till beslut eller fortsatta åtgärder till samtliga myndigheter som är inblandade i ärendet.

Enkäten

Samtliga arbetslösa personer som kommit i kontakt med SAMRÖL mellan november 1999 och april 2001 har fått möjlighet att besvara en enkät om hur SAMRÖL upplevts. Totalt har 135 enkäter skickats ut och ca 27% (37 enkäter) har inkommit besvarade. Bortfallet är betydligt lägre i gruppen "pågående ärenden". Av dessa har 62% lämnat in sina svar. Vidare kan nämnas att 11 av 25 personer som fått arbete svarat och endast tre personer av de som avslutats till annan insats.

Övervägande positiva svar

På en 10-gradig skala har man angett hur man värderar hjälpen (medelvärde 8,3). Hela 86% anser sig ha fått hjälp av SAMRÖL, 11% anser sig inte ha fått någon hjälp och 3% svarar "vet ej".

På frågan om man tror att de tidigare myndighetskontakterna före SAMRÖL hade kunnat ge likvärdig hjälp svarade 5% "ja", 84% "nej" och 11% uppgav att de inte kunnat besvara frågan.

I de "öppet ställda" frågorna svarar deltagarna att de tycker att det är positivt att alla kontakter finns på ett och samma ställe, att man visar ett personligt engagemang och att man får individuella lösningar. Man upplever att man blir lyssnad på och att man får förståelse för sina svårigheter. Centralt i kommentarerna är ord som "engagemang" och "personligt bemötande". Några deltagare uttryckte sig så här om SAMRÖLs positiva sidor:

"frihet från kränkning", "fler resurser på samma ställe", "Ni tar tag i saker och får saker att hända", "stödet, informationen", "Intresset och förståelse för utsatthet".

I enkäten ställs frågan om deltagaren upplevt något som är dåligt med SAMRÖL. De flesta har svarat: "inget" eller "inget som jag märkt ännu". Men 5 personer har lämnat synpunkter om vad de upplever eller har upplevt som negativt med SAMRÖL:

"Kan ta tid att hitta rätt praktikplats", "ej etablerade former", "gamla meddelanden på telefonsvararna", "förvirrande med kontakten med försäkringskassan kring utbetalning av rehabiliteringsersättning", "viljan att hjälpa finns men jag har inte fått någon hjälp".

Slutligen efterfrågades om det har någon betydelse att SAMRÖLs lokal är neutral. De allra flesta (93%) anser att den myndighetsneutrala lokalen är viktig. Som skäl anges att "det är lugnt och tryggt", "man klassas inte som sjuk" och "man kan vara anonym". Någon har svarat att lokalen "representerar en nystart, det känns inte nedvärderande att gå till SAMRÖL".

Deltagarna

Under perioden fr.o.m. november 1999 t.o.m. juni 2001 inkom 160 remisser. Frekvensen av inkomna remisser var i genomsnitt 1,9 per vecka. Av dessa har totalt 25 personer fått arbete och är helt eller delvis självförsörjande. För närvarande får 68 personer arbetsrehabiliterande insatser genom SAMRÖL.

Då projektets verksamhet startade (november 1999) tackade flera personer nej till erbjudandet om arbetsinriktad rehabilitering hos SAMRÖL. Totalt har 23 personer av 160 avböjt att medverka. Idag är detta ovanligt. Sannolikt beror detta på initiala svårigheter att urskilja målgruppen. Med tiden har SAMRÖL definierat denna bättre samt utvecklat kommunikationen med remitterande instanser.

Efter kartläggningstiden har ytterligare 31 personer hänvisats till andra instanser såsom psykiatri, kommunernas sysselsättnings verksamheter eller missbruksvård. I dessa fall har SAMRÖL bedömt att dessa personerna ej har en arbetsförmåga i dagsläget.

Totalt har 13 personer avslutats efter försök med arbetsinriktad rehabilitering. Man har då bedömt att dessa för närvarande inte har någon arbetsförmåga. I samband med avslutet har en sammanfattning med förslag till vidare åtgärder lämnats till inblandade myndigheter. SAMRÖL har även varit behjälpliga för att ta nödvändiga kontakter med andra vårdinstanser.

Initialt tackat nej	23
Efter kartläggning hänvisats vidare	31
Avslutade	13
Fått arbete	25
Pågående	68
Totalt	160

Rehabiliteringstid

Den genomsnittliga rehabiliteringstiden för gruppen "fått arbete" är 12,5 månad. Av dessa får 17 personer fortsatta stödinsatser genom SAMRÖL. I grupperna "avslutade" samt "hänvisats vidare", totalt 44 personer, hade man en genomsnittlig tid i SAMRÖL på 5,5 månader. I gruppen "pågående ärenden" (se bild nedan) är den genomsnittliga deltagartiden hittills 9,5 månader. I den sistnämnda gruppen som består av 68 ärenden finns 19 personer som är i början av sin rehabilitering (mindre än 3 månader), 20 personer som deltagit mellan 3 och 12 månader samt 29 personer som har deltagit över ett år. Insattiden har varierat mellan några gångers samtal till massiva insatser av flera handläggare.

Tidigt skede (mindre än 3 mån)	19
Rehabilitering mellan 3 och 12 mån	20
Rehabilitering mer än 12 mån	29
Totalt antal pågående ärenden	68

Prognos

För närvarande pågår rehabilitering för 68 individer inom SAMRÖL och prognos för dem är följande:

- Inom en sex månaders period uppskattas 13 personer komma ut i arbete.
- Inom en period av 18 månader tros 14 personer komma ut i arbete.
- För 21 personer gäller troligtvis stora svårigheter att få och behålla ett arbete.
- För närvarande bedöms tio personer sakna arbetsförmåga och kommer avslutas.
- Ytterligare tio personer kan ännu ej bedömas beträffande funktionsnivå.

”Framgångsfaktorer”

Deltagarna har grupperats och jämförts med varandra för att undersöka vilka faktorer som är avgörande för att personen ska få ett arbete, d.v.s. ha genomgått en lyckad arbetsinriktad rehabilitering. De faktorer som torde ha haft betydelse för framgång är: *aktuell försörjning* under rehabiliteringsperioden, *antal år utanför* arbetsmarknaden samt *diagnos*. Inga tydliga skillnader mellan grupperna har kunnat urskiljas (se bilaga). Men det finns vissa gemensamma drag hos de som fått anställning efter rehabilitering. De mest tydliga är:

- insikt om arbetshindret
- förmåga att emot stöd och råd
- realistiskt kunna diskutera och planera

Det som är avgörande är att deltagaren och SAMRÖL tillsammans planerar och ger förslag på lösningar. Dessa individer har genom insikt och därmed realistiskt tänkande, kunnat göra medvetna val men också kunnat pröva sig fram, vanligen genom flera olika praktikantplatser. Genom denna process har insikten ökat vilken i sin tur bidragit till ökad självkänsla. Realistiska förväntningar på hur det kan komma att se ut i framtiden utan att förneka svårigheter är därför länkat till framgång. Vi vet redan att det är av stor vikt att yttre betingelser är ordnade för att lyckas i arbetslivet. Sådana förhållanden är familjelivet, relationer, bostadssituationen, etc. Detta stämmer överens med projektets 25 personer som fått arbete.

När deltagaren ska ”ta klivet” ut på arbetsmarknaden handlar det i stor utsträckning om att finna ”rätt” arbetsplats, en arbetsplats som kan organisera arbetet så att deltagarens kompetens nyttjas på rätt sätt och där arbetsgivare och arbetskamrater kan acceptera att personen har vissa arbetshinder.

Deltagare som fått en anställning – har fått det på ”rätt” arbetsplats

Tidigare arbetsinriktade rehabiliteringsinsatser är vanligare bland de som fått arbete (48%) än bland dem som avslutats (13%). Med tidigare insatser menas här arbetsträning genom kommun, insatser av Ami eller Försäkringskassan vilka avslutats senast tre månader före deltagande i SAMRÖL. Av det kan slutsatsen dras att arbetsrehabiliteringen ofta tar lång tid och ger resultat på sikt. Av de som för närvarande är aktiva i SAMRÖLs verksamhet har 17% fått tidigare insatser.

Bilaga Tabeller över statistik

1=fått arbete, 2=avslutade efter kartläggning, 3=avslutade efter prövning av arbetsförmåga, 4=tackat nej, 5=deltagit över 6 mån, 6=inkomna efter 010201

Försörjning	1	2	3	4	5	6	totalt (%)
A-kassa	0	0	1	1	1	2	5 (3)
Sjukpenning	12	15	10	12	24	14	87 (54)
Sjukbidrag	3	6	1	2	10	7	29 (18)
Förtidspension	1	1	1	2	1	0	6 (4)
Socialbidrag	8	9	0	6	3	5	31 (19)
Egna medel	1	0	0	0	0	1	2 (1)
Antal	25	31	13	23	39	29	160 (100)

Diagnos	1	2	3	4	5	6	totalt (%)
depression	5	7	3	7	12	7	41 (26)
missbruk	1	3	3	1	0	1	9 (6)
neuropsyk	0	1	0	1	3	4	9 (6)
oklart	4	4	0	1	6	4	19 (12)
pers.störn.	4	1	2	3	10	5	25 (16)
psykos	6	7	3	5	3	4	28 (18)
psykosomatik	1	5	2	3	2	1	14 (9)
ångest	4	3	0	2	3	3	15 (9)
antal	25	31	13	23	39	29	160 (100)

Arbetslös=år	1	2	3	4	5	6	totalt (%)
ca 1 år	2	0	1	2	1	6	12 (8)
2-4 år	15	14	8	10	17	8	72 (45)
5-7 år	0	9	1	5	10	6	31 (19)
8-10 år	3	5	2	1	3	2	16 (10)
över 10 år	3	2	1	2	5	4	17 (11)
aldrig arbetat	2	1	0	3	3	3	12 (8)
antal	25	31	13	23	39	29	160 (100)

**HÄLSOEKONOMISK UTVÄRDERING AV
TIDIG OCH SAMORDNAD REHABILITERING
AV PSYKISKT ARBETSHANDIKAPPADE
(SAMRÖL)**

2001-10-17

Dick Jonsson

Syfte

Syftet var att genomföra en hälsoekonomisk utvärdering av ett försök med tidig och samordnad rehabilitering av psykiskt arbetshandikappade på Lidingö/Östermalm (SAMRÖL). Försöket var ett samarbetsprojekt mellan AMI Liljeholmen, Försäkringskassan City, Lidingö stads social- samt äldre och handikappförvaltning, Nordöstra sjukvårdsområdet, Norra Stockholms sjukvårdsområde, Östermalm-Lidingö psykiatriska sektor, Östermalms stadsdelsförvaltning programområdet Arbete och bistånd. SAMRÖL syftar till att förbättra de arbetshandikappades situation och möjligheter till försörjning. I samverkan mellan den arbetshandikappade och myndigheterna upprättades en gemensam handlingsplan innehållande yrkesvägledning, ekonomi, sociala och medicinska insatser mm. Utgångspunkter är den arbetshandikappades önskemål och ett individuellt omhändertagande.

För att besvara frågan om försöket var ekonomiskt försvarbar verksamhet granskades de ekonomiska konsekvenserna av verksamheten. I granskningen relaterades kostnaderna till målen och de effekter man vill uppnå med verksamheten. Därvid var det också möjligt att studera samtliga huvudmäns olika kostnader och hur dessa förhåller sig till varandra.

Metod

Studiens design var en 12 månader före och 12 månader efter studie med en försöksgrupp. Försöksgruppen utgjordes av 66 patienter/klienter som erhöll insatser genom SAMRÖL. Den analytiska metoden var kostnads-nyttoanalys. Kostnaderna för de olika alternativen relaterades till insatsernas effekter på hälsa, livskvalitet och sysselsättning mm. Samtliga deltagare följdes upp på individnivå med hjälp av uppgifter som samlades in av projektledaren för SAMRÖL. Kostnaden för bidrag har samlats in direkt, det gäller även kostnaden för "stora" insatser, tex missbruksvård. För att få fram kostnaden för besök och vård har antalet besök samlats in och multiplicerats med styckkostnader (Tabell 27) för de olika insatserna. För att en individ skulle inkluderas i studien skulle samtliga kriterier för deltagande vara uppfyllda, arbetshandikapp av psykisk art, behov av samverkan mellan i minst två av i projektet ingående aktörer, arbetsrehabilitering skulle kunna påbörjas, inget aktivt missbruk.

Variabler;

Demografi/socioekonomi

Ålder, kön, civilstånd, barn, boende, utbildning, sysselsättning, inkomstkälla, vad man anser om försörjning, sysselsättning och arbete.

Vård, stöd och service

Fördelad efter typ av resursutnyttjande och kostnader:
SAMRÖL, olika insatser i samverkan

AMI-Liljeholmen: Utredningar, arbetsmarknadsinsatser, arbetsmarknadsåtgärder, yrkesvägledning och ekonomiska bidrag

Försäkringskassan City: ekonomiska ersättningar och bidrag samt arbetsinriktad rehabilitering genom tjänsteköp

Lidingö stads social- samt äldre- och handikappförvaltning: Socialtjänst, boendestöd, bidrag, arbetsträning samt kostnader för sociala insatser till familjen som antas bero på deltagarens handikapp.

Östermalm-Lidingö psykiatriska sektor: Psykiatriska insatser, slutenvård

Östermalms stadsdelsförvaltning, progr.omr. Arbete och bistånd: Socialtjänst, boendestöd, bidrag, arbetsträning samt kostnader för sociala insatser till familjen som antas bero på deltagarens handikapp.

Hälsotillstånd mm

Symtom, funktionsförmåga, livskvalitet, nytta mm

Arbetsmarknadssituation

Avlönat arbete, lönebidrag, OSA, sysselsättningsnivå, inkomster, ersättningar, studier mm

RESULTAT

Insatserna från SAMRÖL kostade ca 1,3 miljoner kr för gruppen under det första året. De som tjänade mest på försöket var psykiatrin. Jämfört med året innan hade kostnaden för psykiatrin minskat med ungefär 2,5 miljoner kr på 12 månader. Kostnaden för rehabiliteringsbesök hos Ami/Af, försäkringskassan och kommunen minskade också, men den kraftiga kostnadsminskningen för kommunalt stöd berodde på stora insatser för enstaka deltagare. Kostnaden för samtliga bidrag minskade med ca 700 tkr. Socialbidrag och olika former av stöd från AMI/AF minskade kraftigast. Ersättningen från försäkringskassan minskade trots att andelen som hade någon typ av ersättning från försäkringskassan ökade. Det berodde på en minskning av det genomsnittliga antalet dagar som deltagarna fick ersättning under året (mätt som heldagsekvivalenter). Det skedde även en viss omfördelning, från sjukpenning till rehabiliteringsersättning. Totalt sett ledde det till en minskning av bidragen från försäkringskassan.

Livskvaliteten mätt med EuroQol (EQ-5D) förbättrades under perioden, men skillnaden var inte signifikant. Det gällde även den självskattade hälsan (EQ-VAS). Andelen som hade jobb ökade kraftigt efter ett år i SAMRÖL, det gäller även olika typer av praktik och studier. Andelen som inte hade någon regelbunden syselsättning minskade i motsvarande grad. Deltagarna hade även ökat det genomsnittliga antalet timmar som de arbetade.

För en person som varit sjuk heltid i genomsnitt 6 år kostar sjukbidraget 780 000 kr vilket kan jämföras med en genomsnittlig SAMRÖL-insats på ca 130 000 kr för att få en person i arbete. Detta visar att om personen kan arbeta halvtid så sparar samhället in avsevärda utgifter för försäkringskassan till en relativt blygsam rehabiliteringskostnad. Besparingen efter de första 6 åren skulle vid halvtid bli 260 000 kr ($780\,000/2 - 130\,000$) och 650 000 kr vid heltid.

Tabell 1. Kostnader, tkr

Typ av stöd	12 mån före	12 mån efter	Diff
Besök	2 376	610	-1 766
Ami/Af	242	0	-242
F-kassan, handläggning	47	0	-47

Kommunalt (besök och stöd)	2 087	610	-1 477
SAMRÖL	0	1 320	1 320
Psykiatri	4 170	1 716	-2 454
Slutenvård	1 850	700	-1 150
Öppenvård	2 320	1 016	-1 304
Vård och stöd	6 546	3 646	-2 900

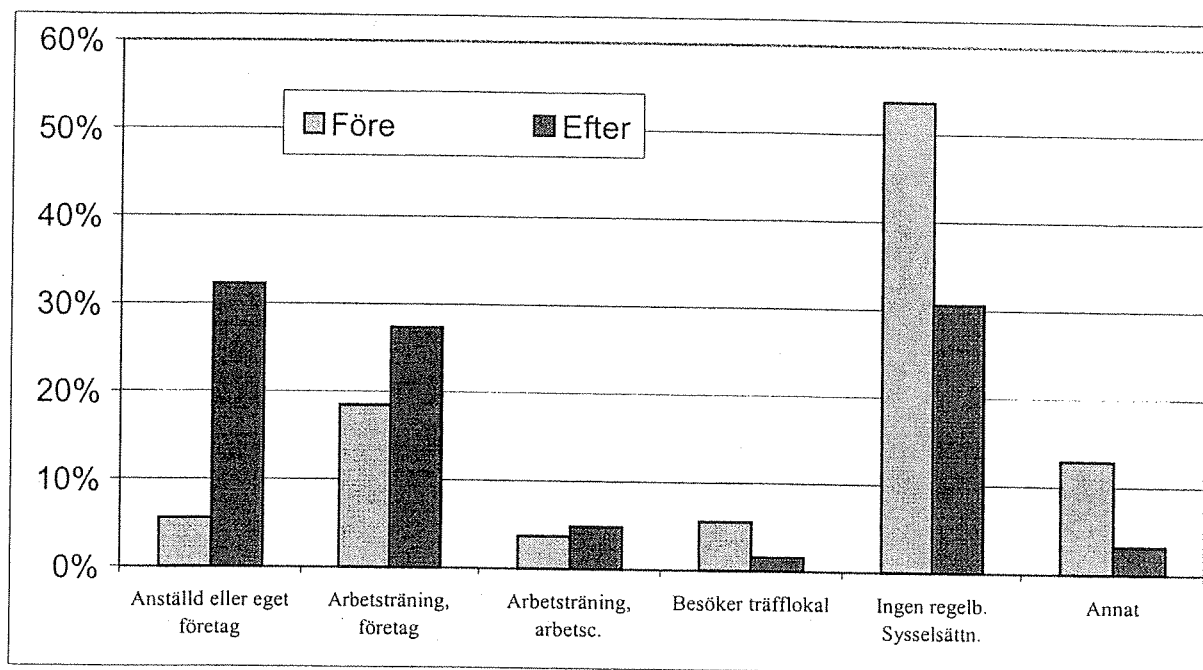
Tabell 2. Bidrag, tkr

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Ami/Af	184	15	-169
F-kassan	7 260	7 071	-189
Socialbidrag	588	239	-349
Summa	8 032	7 325	-707

Tabell 3. Hälsa och livskvalitet, före och efter.

	n	Start	12 mån efter	Dif
Livskvalitet, EQ-5D (0-1)	24	0,56	0,61	0,05
Hälsa, EQ-VAS, (0-100)	23	49,7	51,6	1,83
Ej signifikanta skillnader				

Figur 1. Syselsättning, andel, procent.



Tabell 4. Sysselsättning, genomsnitt tim/vecka (de som haft aktivitet)

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Arbete anställd eller i eget företag	14	31	18
Arbetsträning/praktik på ett företag	19	26	8
Arbetsträning på ett arbetscentrum	15	22	7
Besöker träfflokal	10	8	-2
Annat (bla studier)	18	25	7

Tabell 5. Avslutningsanledning, procent

	Totalt
Arbete	31
Pågående	34

Studerar	2
Avslutad, ej arbetsförmögen	34
<hr/>	
Totalt	100
<hr/>	
Längre tid än ett år	

Tabellbilaga

Bakgrundsfaktorer (vid inklusion)

Medelåldern var 39 år och 62 procent var kvinnor. De flesta (85%) hade eget boende, men andelen män med eget boende var något lägre. Runt 10 procent saknade fast adress. Övriga boendeformer var "med föräldrar" eller gruppboende. Gruppen var förhållandevis välutbildad, 31 procent hade högskoleutbildning vilket kan jämföras med ca 25 procent för befolkningen (16-64 år, hela Sverige). Det var framför allt kvinnorna i gruppen som hade högre utbildning än genomsnittsbefolkningen.

Vid inklusionen var medelinkomsten ca 130 000 kr och kvinnorna hade en högre inkomst än männen. Inkomsten kom framför allt från olika typer av bidrag. Över 63 procent hade sjukbidrag.

Tabell 6. Könsfördelning, ålder, andel sambo och andel med barn

	Köns fördelning (n=66) %	Medelålder (n=66) År	Andel sambo (n=57) %	Andel med barn som bodde hemma (n=66) %
Kvinnor	62	38,7	17	29
Män	38	39,5	24	24
Alla	100	39,0	19	27

Tabell 7. Boende

	Kvinnor (n=36) %	Män (n=23) %	Totalt (n=59) %	Medel- ålder År	Livs- kvalitet EQ-5D
Eget boende	92	74	85	38	0,59
Med föräldrar	3	4	3	27	0,52
Stöd/gruppboende	-	4	2	30	-
Föräldrar/Ingen fast adress	-	4	2	48	-0,01
Ingen fast adress	6	13	8	47	0,47
Totalt	100	100	100	39	0,57

Tabell 8. Högsta utbildning, %

	Kvinnor (n=37)	Män (n=22)	Totalt (n=59)	Livskvalitet (EQ-5D)	Befolkningen i riket*
Grundskola, motsv.	22	32	25	0,47	29
Gymnasium, motsv.	43	45	44	0,59	46
Universitet, högsk.	35	23	31	0,61	25
Totalt	100	100	100	0,57	100

* (16-64 år, 1998)

Tabell 9. Inkomst

Kön	n	Egen inkomst, summa kr	Egen inkomst, medel kr
Kvinnor	26	3 676 233	141 394
Män	17	2 051 422	120 672
Totalt	43	5 727 655	133 201

Tabell 10. Andel deltagare med olika inkomstkällor

	Andel, % (n=62)
Förvärvsarbete	5
Eget företag	-
Studiemedel	-
A-kassa	5
Pension	3
Sjukbidrag	23
Sjukpenning	63
Socialbidrag	19
Annat	10

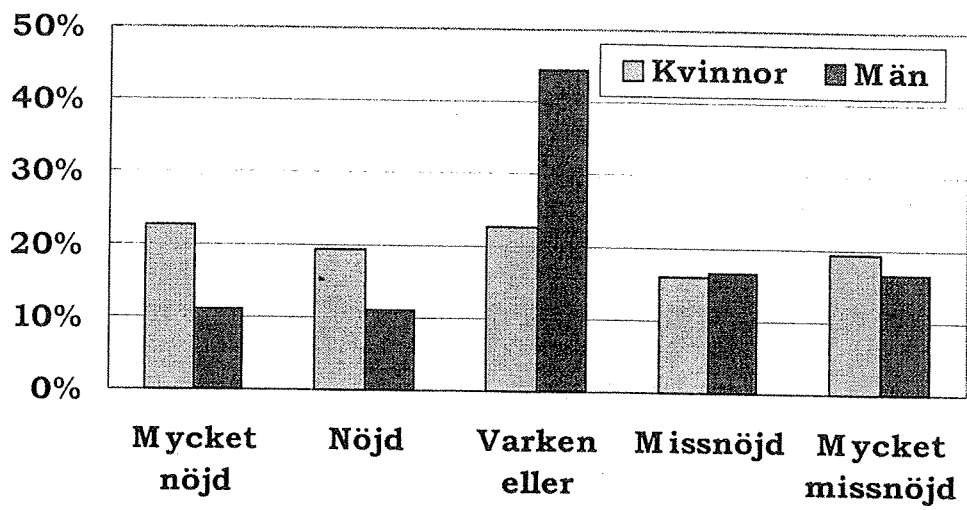
Tabell 11. Upplevelse av försörjningssituation, %

	Kvinnor (n=34)	Män (n=21)	Totalt (n=55)	Livskvalitet (EQ-5D)
Mycket nöjd	6	-	4	0,85
Nöjd	9	-	5	0,67
Varken eller	29	38	33	0,58
Missnöjd	24	38	29	0,54
Mycket missnöjd	32	24	29	0,52
Summa	100	100	100	0,57

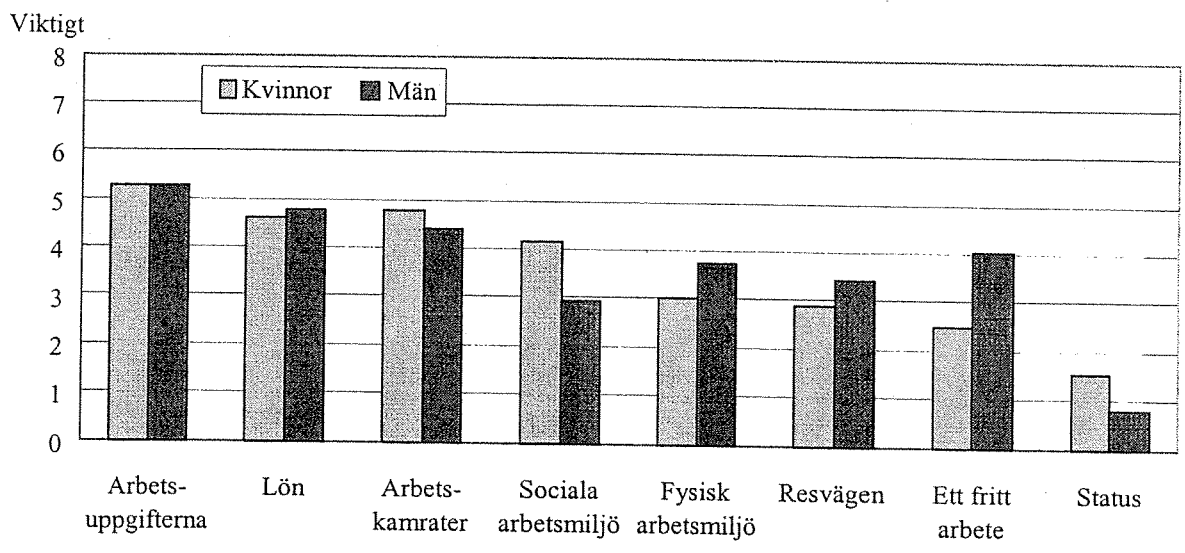
Tabell 12. Upplevelse av sysselsättning, %

	Kvinnor	Män	Tot	Livskvalitet (EQ-5D)
Mycket nöjd	23	11	18	0,71
Nöjd	19	11	16	0,59
Varken eller	23	44	31	0,58
Missnöjd	16	17	16	0,50
Mycket missnöjd	19	17	18	0,39
Tot	100	100	100	0,57

Figur 2. Upplevelse av sysselsättning, %



Figur 3. Vad är viktigt i arbetet



Tabell 13. Vad deltagarna ville ändra på i sin arbetssituation

	Andel, % (n=34)
Arbetsuppgifter/innehållet i verksamheten	26
Arbetstidens längd	18
Umgänget med arbetskamrater	3
Annat	59

Tabell 14. Procentuell andel av de som saknar anställning med lön som skulle vilja ha det

	Kvinnor	Män	Totalt
Ja	90	79	86
Nej		5	2
Vet ej	10	16	12
Summa	100	100	100

Vård och stöd / Förändring mellan mättillfällena

AF/AMI

Tabell 15. Andel som besökt Af/Ami, %

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Besökt AF	38	0	-38
Besökt AMI	47	45	-2

Försäkringskassan

Tabell 16. Andel som använt försäkringskassan de senaste 12 månaderna

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Besökt f-kassan	86	94	8
Rehabiliteringsinsats	38	13	-25
Fått ersättning av f-kassan	86	94	8

All rehabiliteringshandläggning sköttes av SAMRÖL. Tabell 17 visar de rehabiliteringsbesök som skedde innan inklusion.

Tabell 17. Kontakter med försäkringskassan,
12 månaderna före SAMRÖL

Summa kontakter	140
Genomsnittligt antal kontakter	2,7
Kostnad tkr	47

Avser inte bidragsbesök

Tabell 18 Ersättning från försäkringskassan, andel, %

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Rehabiliteringsersättning	14	34	20
Förtidspension/sjukbidrag	24	29	5
Sjukpenning	63	66	3

Handikappersättning	2	2	0
Något	86	94	8

Andelen som hade någon typ av ersättning från försäkringskassan ökade. Det skedde dock en minskning av antalet dagar som deltagarna hade ersättning (mätt som heldags-ekvivalenter). Det skedde även en viss omfördelning, från sjukpenning till rehabiliteringsersättning. Totalt sett ledde det till en marginell minskning av bidragen under det första året.

Tabell 19 Genomsnittligt antal ersättningsdagar från försäkringskassan, heldagsekvivalenter (dagar/person som har ersättning)

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Rehabiliteringsersättning	112	136	24
Förtidspension/sjukbidrag	343	301	-42
Sjukpenning	295	229	-66

Tabell 20 Ersättning från försäkringskassan, tkr

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Rehabiliteringsersättning	450	1 277	827
Förtidspension/sjukbidrag	1 486	1 724	238
Sjukpenning	5 311	4 057	-1 255
Handikappersättning	13	13	0
Summa	7 261	7 071	-190

Kommunen

Vid inklusionen hade 52 % av brukarna (eller familj) haft kontakt med/besökt kommunen de senaste 12 månaderna. Andelen hade efter ett år minskat till 42 %. Kostnaden minskade med nästan 1,5 miljoner kr, men det är ett fåtal personer som står för en mycket stor del av minskningen.

Tabell 21 Stöd från kommunen de senaste 12 månaderna

med anledning av brukarens problem, brukare eller familj, %

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Socialsekreterare	32	14	-18
Biståndshandläggare	11	11	0
Lotsen	2	0	-2
Sturegården	3	3	0
Arbetscentrum	2	2	0
Missbruksvård	3	2	-1
Familjestöd	5	3	-2
Kontaktperson	5	2	-3
KAP	2		-2
Annat (+ spec)	16	8	-8

Tabell 22 Stöd från kommunen de senaste 12 månaderna

Kostnad tkr

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Socialsekreterare	163	24	-139
Biståndshandläggare	32	4	-28
Sturegården	10	12	2
Arbetscentrum	333	192	-141
Missbruksvård	218	0	-218
Familjestöd	53	336	283
Kontaktperson	19	2	-17
KAP	5		-5
Annat (+ spec)	1 254	41	-1 213
Tot	2 087	610	-1 477

Tabell 23. Socialbidrag

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Antal som fått	16	10	-6

Summa tkr	588	239	-349
-----------	-----	-----	------

Psykiatrisk vård

Psykiatrin är den verksamhet som tjänar mest på SAMRÖL. De personer som deltog i verksamheten minskade sin vårkonsumtion kraftigt. Andelen som använt sjukvård pga psykisk ohälsa under det senaste året minskade från 88% till 46%.

Tabell 24. Slutenvårdsutnyttjande

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Andel som fått %	20	14	-6
Dagar	529	200	-329
Tkr	1 850	700	-1 150

Tabell 25. Öppenvårdsutnyttjande, besök

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Läkare/psykiater	1 115	518	-597
Annan sjukv.personal	437	363	-74
Hembesök	63	13	-50
Gruppverksamhet	487	59	-428

Tabell 26. Öppenvårdsutnyttjande, tkr

	12 mån före	12 mån efter	Diff
Läkare/psykiater	1 673	777	-896
Annan sjukv.personal	219	182	-37
Hembesök	63	13	-50
Gruppverksamhet	365	44	-321
Summa	2 320	1 016	-1 304

Tabell 27. Styckkostnader, kr

Kostnadstyp	Kostnad, kr
besök Ami/Af	333 kr
F-kassan, handläggning	333 kr
Kommunalt	
Besök	333 kr
Kontaktperson	174 kr
Missbruksvård	3000 kr/dygn
Behandlingshem	Individkostnader
Psykiatri	
Slutenvårdsdagar	3 500 kr
Besök, läkare/psykiater	1 500 kr
Besök, annan sjukv.personal	500 kr
Besök, hembesök	1 000 kr
Gruppverksamhet	750 kr
SAMRÖL¹	20 000 kr/pers

1) Kostnaden per person baseras på en uppskattning av den totala kostnaden för SAMRÖL under ett år dividerat med alla individer som under året var i kontakt med SAMRÖL (2,5 miljoner kr / 126 pers). Eftersom en del av de 126 personerna hade en kortare kontakt än de studerade personerna så underskattas kostnaden för försöksgruppen. I kostnaden ingår även vissa "projektkostnader" (projektledning etc, ca 1,1 miljoner kr). En andel av dessa kostnader kommer inte att finnas om projektet omvandlas till löpande verksamhet. Det leder till en viss överskattning av SAMRÖL- kostnaden.

Referenser

Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G. W. 1993. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press. Oxford.

EuroQol Group. The EuroQol: A Measure of Health-Related Quality of Life. Centre for Health Policy and Law, Sanders Institute, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam 1994.

Hunt S, McKenna S, McEwen J et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. Journal of Epidemiology and Community Health, 1980, 32, 281-6.

Johnston J. 1987. Econometric Methods, Third edition. Mc Graw-Hill, Inc.

- Jonsson D. Genomtänkt analys ger god hälsoekonomi. *Läkartidningen* 1994; 30-31: 2772-75.
- Jonsson D, Husberg M. Socio-Economic Costs of Rheumatic Illness - Implications for Technology Assessment. Submitted to *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1998.
- Jonsson D, Husberg M. Socio-Economical Evaluation of Rehabilitation in Primary Health Care - Methodological Implications. Submitted to *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1998.
- Jonsson D, Hass U, Persson J. The Cost of the Swedish Handicap Service System - Implications for Technology Assessment. *International Journal of Technology Assessment In Health Care*, 1995; 2: 269-75.
- McKenna M, Maynard A, Wright K. Is Rehabilitation Cost Effective? Discussion Paper 101, October 1992. Centre for Health Economics, Health Economic Consortium. University of York.
- Mishan E. J. 1976. Cost-Benefit Analysis - An Informal Introduction. Allen & Unwin, London.
- OTA. Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies. - Office of Technology Assessment. - U S Congress, U S Government Printing Office, Washington 1978.
- Rosenthal G. Anticipating the costs and benefits of new technology: A typology for policy. I: Altman S H och Blandon R (eds). *Medical Technology; The Culprit Behind Health Care Costs? Proceedings of the 1977 Sun Valley Forum on National Health*, DHEW publ No (PHS) 79-3216, Washington, 1977.
- SBU. Ont i ryggen - Orsaker, diagnostik och behandling. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Stockholm 1991.
- Thomas L. Notes of a biology-watcher; The Technology of Medicine. *New England Journal of Medicine* 24, 1366-68, 1971.
- Wade D. Measurement in Neurological Rehabilitation. Oxford Medical Publications. Oxford University Press. Oxford 1992.
- Williams A. The Role of the EuroQol Instrument in QALY Calculations. York Centre for Health Economics Discussion Paper No. 130. University of York, 1995.

