

Det lönar sig

– ekonomiska effekter av verksamheter med
personligt ombud

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett *Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.

Artikelnr 2006-123-6

Omslag Fhebe Hjälms
Tryck KopieCenter, Stockholm, januari 2006

Förord

För att förbättra psykiskt funktionshindrade personers situation inleddes 1995 den så kallade psykiatrireformen. Reformen syftar till att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade i samhället genom ökad delaktighet, bättre vård och socialt stöd. I förarbetet till den bakomliggande psykiatripropositionen konstaterades att stödet till personer med psykiska funktionshinder skulle kunna förbättras genom stöd av personliga ombud, med ett klart definierat ansvar för att den enskildes behov uppmärksammas och att insatserna samordnas. Tio försöksverksamheter startade på olika platser i landet och pågick i tre år. Socialstyrelsen utvärderade verksamheterna och utvärderingen visade tydliga positiva förändringar för de personer som kom till verksamheterna.

I maj 2000 beslutade regeringen om statsbidrag till kommunerna för att inrätta permanenta verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att samordna detta arbete. En beredningsgrupp har bland annat definierat ombudens arbetsuppgifter och utformat kriterier för vilka personer som bör omfattas av insatsen. I beredningsgruppen ingick representanter från länsstyrelserna, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Arbetsmarknadsverket, Riksförsäkringsverket, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och Riks IFS (numera Schizofreniförbundet).

Verksamheterna med personligt ombud har följts upp och utvärderats av Socialstyrelsen och länsstyrelserna tillsammans. I maj 2005 överlämnades en rapport till regeringen som visade en positiv utveckling av verksamheterna med personligt ombud under 2000-2004. Föreliggande rapport redovisar de samhällsekonomiska effekterna av ombudens arbete. Det empiriska underlaget är hämtat från verksamheterna i Lund och Kristianstad. Studien har finansierats av Länsstyrelsen i Skåne län och Socialstyrelsen och genomförts av ekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog, SEE AB. Socialkonsulent Kerstin Jonsson, Länsstyrelsen i Skåne Län och utredare Lena Steinholtz Ekecrantz, Socialstyrelsen, har varit samordnare för studien.

Malmö i januari 2006

Stockholm i januari 2006

Eva Carlström
Socialdirektör
Länsstyrelsen i Skåne län

Peter Brusén
Enhetschef
Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning av studien och dess slutsatser</i>	7
<i>HUGO – psykiskt funktionshindrad</i>	10
Innan han får ombud	10
Med ombud	10
<i>Syfte och metod</i>	12
Frågeställningar	12
Vår arbetsgång.....	13
Analytiska utgångspunkter.....	13
<i>Population och urval</i>	16
Population, urval och bortfall.....	16
Bakgrundsvariabler.....	16
En första fördelning.....	18
Samband mellan de olika bakgrundsvariablerna i stort.....	18
<i>Resultat</i>	21
Kostnader för psykiskt funktionshindrade – med och utan PO.....	21
Omfördelningseffekter av PO-reformen inom och mellan myndigheter....	25
Omfördelningseffekter av PO-reformen vad avser insatsernas karaktär...	25
Ekonomiska effekter av PO-arbetet över tiden	26
Trender och medelvärden – vad kan jämföras?	28
Övergripande resultat – genomsnittliga värden	30
Olika bakgrundsfaktorerers påverkan på kalkylen	33
<i>Ombudsarbetet vidgade effekter – en diskussion</i>	37
Introduktion	37
Ett alternativ till en passiviserande och marginaliserande resursanvändning	37
Den förlorade produktionen	38
Påverkan på föräldragenerationen	39
Påverkan på nästa generation	39
Att generalisera våra resultat	40
Ett lokalt samverkansbokslut för reformen personligt ombud	40
Effekter för riket – ett nationellt samverkansbokslut	41

Att tänka i investerings- och pay off-perspektiv	43
<i>En välfärdspolitisk diskussion om arbetets effekter</i>	45
Bättre och billigare	45
Klienternas behov av ombud	46
Stuprörslogiken.....	48
Kortsiktighetens tyranni	51
Osäkerheten är ett dilemma	52
Insikt, vilja och mod	53
<i>Slutsatser av studien</i>	55
Metodslutsatser	55
Resultatslutsatser	55
Framåtblickar	56

Sammanfattning av studien och dess slutsatser

Detta är en utvärdering av de ekonomiska effekterna av de personliga ombudens arbete i Kristianstad och Lund. Förutom att ge en bild över de samhällsresurser som satsas på psykiskt funktionshindrade, så illustreras även hur dessa resurser fördelas mellan olika typer av insatser samt de ekonomiska effekter man kan se på lite längre sikt.

Studien baseras på ett slumpmässigt urval av 40 klienter inom PO-verksamheten i Lund och Kristianstad. För dessa klienter har journaldata samlats in för de 5 åren innan de fick kontakt med PO och för hela tiden efter denna tidpunkt fram till och med tredje kvartalet 2004 då undersökningen genomfördes. Klienterna i urvalet skulle ha haft en ursprunglig kontakt med PO minst 18 månader innan undersökningen genomfördes. För varje klient registrerades även ett antal bakgrundskaraktistika för att ge en uppfattning om hur kön, ålder, tidigare insatser, sociala nätverk och annat påverkar resultaten.

Urvalet uppvisade inga större skevheter fördelat över dessa bakgrundsvariabler jämfört med befintliga kunskaper om populationen i stort i riket, förutom när det gäller könsfördelning och kontakttidens längd. Urvalet innehåller en större andel män och kontakttiden ser ut att vara längre än för riksgenomsnittet. Vi kan inte se att detta ger anledning att dra slutsatsen att de effekter vi har funnit starkt avviker från rikspopulationen av klienter. Känslighetsanalyser vi gjort kring dessa två variabler pekar snarare i motsatt riktning. Detta förhållande gör att det kanske är möjligt att anta att flera av studiens effekter kan vara giltiga på riksnivå. Vi har inte funnit något tecken på att det motsatta skulle vara giltigt.

Studien har varit överraskande enkel att genomföra både vad avser den modellansats som har tillämpats och möjligheterna att få fram data. Förklaringen till det senare är den goda förankring och höga trovärdighet som de medverkande ombuden haft i sina hemkommuner. Modellen var sedan tidigare utprovad bl.a. i en pilotstudie till denna huvudstudie.

Följande slutsatser kan lyftas fram avseende de ekonomiska effekterna av de personliga ombudens insatser för detta urval:

Samhället satsar betydande resurser på den målgrupp som här studerats – cirka 350 000 kronor per klient och år.

En mycket liten andel (cirka 5–7 procent) av dessa resurser används för aktivt rehabiliterande insatser. Resursanvändningen pekar på att dessa klienters marginalisering på arbetsmarknaden förstärks av agerandet hos berörda offentliga myndigheter, i första hand arbetsmarknadsmyndigheter och Försäkringskassan

Ombudens arbete förefaller skapa betydande effektivitetsvinster och ett bättre resursutnyttjande. De årliga vinsterna på längre sikt förefaller uppgå till cirka 170 000 kronor per klient och år.

Särskilt stora positiva ekonomiska effekter har noterats för ett antal grupper: de som innan PO inte haft samordnade insatser, de som innan PO haft omfattande insatser, de som har en tydlig diagnos samt de som inte har en multipel problematik. Effekterna påverkas inte av faktorer som kön, ålder, kommun, varaktighet i PO-kontakten eller tillgång till sociala nätverk.

PO-arbetet ser inte ut att ha särskilt stora effekter för gruppen med en komplex, föränderlig eller diffus problematik (dubbeldiagnoser).

PO-arbetets effekter ser ut att ha ett utpräglat investeringsperspektiv där det uppstår en investeringspuckel under ett års tid. De positiva ekonomiska effekterna av PO-arbetet tilltar under undersökningsperioden.

PO-arbetet leder till omfördelningseffekter både inom och mellan berörda myndigheter. Den stora vinnaren är landstinget. Kommuner och försäkringskassorna är måttliga förlorare.

När ombuden kommer in i bilden förskjuts insatserna tydligt i riktning mot mer rehabiliterande åtgärder, dvs. från passiviserande i riktning mot aktiverande insatser.

Kostnaderna för en PO-insats i de två kommunerna uppgår till cirka 40 000 kronor per klient. Under de fem år som följer efter det att en klient fått ett ombud minskar samhällskostnaderna med cirka 700 000 kronor, vilket i pay off-termer motsvarar cirka 17 gånger pengarna.

Denna typ av brukarcentrerade insatser med ett starkt samordnande inslag förefaller vara både bra för klienten och ge stora positiva samhällsekonomiska effekter. I studien har vi fått tämligen goda och konkreta mått på samverkans positiva ekonomiska effekter men också de omfördelningseffekter som uppstår. Det finns ett stort och trängande behov av att utveckla, pröva och tillämpa uppföljnings- och utvärderingssystem kring de ekonomiska konsekvenserna av rehabiliteringssamverkan. Vi har här kallat detta samverkansbokslut.

De öppnare vård- och behandlingsformerna får till följd av ombudens arbete en större andel av de totala kostnaderna. Man kan tolka det som att klienterna genom ombudens stöd kan leva ett mer normalt liv utan tvångsåtgärder av olika slag. En del av de aktiverande och rehabiliterande insatser i klientens liv och insatser som gör det möjligt att leva ett mer normalt liv har också ökat påtagligt, t.ex. daglig sysselsättning och ledsagning. Sammantaget tyder den ekonomiska analysen av de ekonomiska omfördelningseffekterna mellan olika myndigheter på att psykiatrireformens avsikt – att få ett mer normalt liv med mindre inslag av institutionsåtgärder och slutna vårdformer – får ett genomslag i PO-arbetet. Helt följdriktigt sker en kostnadsförskjutning i denna riktning.

Problemet är möjligtvis att den offentliga aktör som förlorar mest på reformen också har ett ansvar för dess genomförande och att den stora vinnaren landstinget inte har några åtaganden i processen. Utifrån våra kalkyler skulle man kunna dra slutsatsen att en lösning skulle vara att diskutera detta som ett skatteväxlingsproblem mellan kommun och landsting. Utrymmet för en sådan skatteväxling skulle kunna ligga i intervallet 2–3 miljoner kronor per ombud för landets 300 ombud dvs. totalt 600–900 miljoner kronor.

Sammanfattningsvis skulle man i resultatetermer kunna säga att PO-reformen förefaller förstärka psykiatrireformens intentioner mot ett mer

normaliserat liv, mindre institutionsplaceringar och fler rehabiliterande insatser. Dessutom faller samhällets kostnader dramatiskt.

Resultat och resonemang i denna huvudrapport finns utvecklade i ett arbetsmaterial fördelat på tre bakgrundsrapporter som kan rekvireras direkt från författarna.

HUGO – psykiskt funktionshindrad

Innan han får ombud

Hugo är född 1970 och är idag 35 år gammal. Han kommer från en tämligen vanlig och väl fungerande medelklassfamilj. Föräldrarna lever fortfarande och är gifta. Hugo hade en mycket besvärlig och trasig tonårstid. Han gick genom grundskolan med svaga betyg och var därefter tvungen att avbryta sin gymnasiegång. Han var under denna period mycket självdestruktiv. Han skadade sig själv, hade svåra tvångsmässiga grubblerier och genomförde ett självmordsförsök.

Han diagnostiserades ett flertal olika gånger på 90-talet såsom självdestruktiv, borderline-personlighet, schizofren samt psykotisk. Han var under andra hälften av 90-talet mycket sjuk och vistades under långa perioder inom slutenvården och på olika behandlingshem. Hans försörjning kom från socialtjänsten i form av socialbidrag. Insatserna kring honom var många men föga samordnade. Hugo gavs omfattande slutenvårds- och öppenvårdsinsatser, samt stora insatser från den kommunala psykiatriska verksamheten. Han medicinerades kraftigt och gick som en följd av detta kraftigt upp i vikt. Han fick tydliga somatiska följsjukdomar av sin övervikt: diabetes samt höft- och ryggbesvär. Han var apatisk, låg en stor del av sin vakna tid på en säng, med ansiktet vänt mot väggen. Han var skygg, rädd och ensam.

Av många inom psykiatri och socialtjänsten beskrevs han som ett svårt eller kanske hopplöst fall. I slutet av 90-talet såg hans framtid mörk ut. Han var ett typiskt rundgångsärende och varken han, hans familj eller olika myndigheter såg något ljus i tunneln. På GAF-skalan¹ kunde hans funktionsnivå under denna period beskrivas ligga i intervallet 30–40. Den mest rimliga bedömningen av Hugos framtid var att han, om inget särskilt gjordes skulle fortsätta att vara en ”hopplös” klient som åkte runt mellan olika aktörer och vårdgivare. Med stort mänskligt lidande och höga kostnader som följd. Såvida han inte till följd av sin sjukdom skulle avlida genom att ta sitt eget liv.

Med ombud

Hugo fick under 1999 veta att man skulle inleda en verksamhet med personligt ombud. Med stöd av sin mamma sökte han och fick ett ombud under 1999. Ombudet inledde ett intensivt arbete tillsammans med Hugo under en tvåårsperiod och tillsammans lyckades man skapa en samordnad handlingsplan för honom. Hans försörjning klarnade först i form av sjukpenning och

¹ GAF-skalan är en skala med vars hjälp man skattar individers funktionsförmåga, vid nivån 30–40 har man en mycket låg funktionsförmåga och saknar helt möjligheter att leva ett självständigt liv.

därefter förtidspension. Ett antal insatser sattes in från kommunens sida och han fick hemtjänst, ledsagare och färdtjänst.

Idag har han en egen lägenhet, har fått en annorlunda medicinering, och har gått ned i vikt. Han har flickvän, två katter och undulater. Han sjunger i kör och har nyligen tagit körkort. Hans slutenvårdskonsumtion inom psykiatri har sjunkit till praktiskt taget noll och övriga insatser har gradvis kunnat reduceras. Han har idag en avsevärt högre livskvalitet (på GAF-skalan skattad till intervallet 60–70), lever – med det stöd han får – ett i hög grad självständigt liv. Det personliga ombudet har sedan något år en nedtonad roll. Man skulle kunna säga att det har varit livsavgörande för Hugo att ha fått stöd från sitt ombud.

För berörda myndigheter har denna period varit präglad av en mängd förändringar:

- Hugo har i hög grad försvunnit som klient från socialtjänsten genom att ansvaret för hans försörjning försvunnit och genom att han inte längre är i behov av kostsamma vistelser på behandlingshem.
- Hugo har också i hög grad försvunnit från psykiatriens slutenvård som en storkonsument. Denna dramatiska reduktion sker framför allt året efter det att han får ett ombud och sjunker till en nivå de kommande åren som ligger på under 10 procent av nivån före tiden med ombud.
- Å andra sidan dyker Hugo upp som en ny och storförbrukande konsument inom omsorgsförvaltningen där framför allt insatserna för ledsagning, hemtjänst, daglig sysselsättning och färdtjänst är de som dominerar.
- Slutligen dyker han upp en som stor kostnadspost inom försäkringskassan som nu, helt korrekt inom ramen för socialförsäkringssystemen, får ta ansvar för hans långsiktiga försörjning.
- En mer indirekt konsekvens av PO-insatsen är att de indirekta kostnaderna för honom reduceras kraftigt. Hans familj sjukskriver sig mindre vilket leder till mindre produktionsförluster.

Det går alltså att konstatera att Hugo som en tänkbar följd av PO-insatsen fått ett betydligt bättre liv (kanske i första hand till följd av att alla insatser kring honom samordnats). Det har också skett en omfördelning av kostnader mellan olika offentliga aktörer som en följd av detta. Det är dessa förändringar i kostnader som denna studie handlar om.

Syfte och metod

Frågeställningar

Det övergripande syftet med studien är att studera de ekonomiska effekterna av PO-verksamheten för berörda myndigheter, andra nyckelaktörer samt samhället i stort på kort och lång sikt. I detta syfte ligger tre olika perspektiv inbakade, formulerade som tre frågor:

- Ett effektivitetsperspektiv: Leder PO-verksamheten till att samhällets resursutnyttjande för denna målgrupp blir mer effektiv, t.ex. genom en bättre samordning av insatserna för den enskilde?
- Ett investeringsperspektiv: Leder PO-verksamheten till att man får kort-siktiga kostnader för olika aktörer till följd av samordnade insatser med syfte att förbättra den enskildes hälsa och livssituation och leder detta till att den enskilde på sikt mår allt bättre, kräver allt mindre insatser och därmed allt mindre samhällsresurser?
- Ett omfördelningsperspektiv: Leder PO-verksamheten till att olika aktörers kostnader för psykiskt funktionshindrade omfördelas? Finns det vinrare och finns det förlorare i en sådan process?

Bakom dessa PO-specifika frågeställningar ligger dessutom följande frågor som har med målgruppen som sådan att göra:

- Hur mycket resurser satsar samhället på psykiskt funktionshindrade och hur är dessa resurser fördelade mellan olika offentliga aktörer? Tar alla offentliga aktörer sitt ansvar för denna målgrupp?
- Till vad används dessa resurser? Används de i första hand till omvårdande, passiviserande och försörjande insatser eller används de i första hand till aktiverande och rehabiliterande insatser?

Då reformen med personligt ombud genomfördes fanns det en viss tveksamhet, inte minst bland ett antal kommuner, på grund av att reformen skulle kosta pengar. Dels direkt genom att ombudsverksamheten uppfattades som underfinansierad, dels indirekt genom att ombuden skulle verka kostnadsdrivande genom att kräva fler och dyrare insatser för klientens räkning.

Mot detta kan man ställa resultaten från den sexårsuppföljning² som genomförts på försöksperiodens klienter. Denna uppföljning visar att klienter som fått ombud i alla väsentliga avseenden fått sin livssituation förändrad till det bättre – hur man mår, psykiatriska symtom, sociala nätverk, psykiatrisk slutenvårdskonsumtion, somatisk hälsa etc. Man är också generellt sett mycket nöjd med ombudet och dennes insatser. En följd av detta skulle

² Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder – en sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter, Socialstyrelsen, Artikelnr 2004-123-24, 2004

kunna vara att offentliga insatser kring klienten minskar i takt med att klienten mår allt bättre, dvs. att PO-arbetet är kostnadsreducerande och effektivitetshöjande för de offentliga systemen.

Vår arbetsgång

Arbetet inleddes våren 2004 efter att vi hade genomfört och presenterat en pilotstudie. I det inledande steget knöts kontakter med ombud och ledningsgrupper i de två kommunerna Lund och Kristianstad. Datainsamlingen genomfördes i huvudsak under perioden september–november 2004. Konkret har det gått till så att ombuden har besökt berörda myndigheter. Man har normalt sett arbetat två och två. Ett ombud har gått igenom journaler och akter för berörda klienter. Det andra ombudet har matat in uppgifterna. Samtliga besökta myndigheter har varit utomordentligt välvilligt inställda till arbetet.

Under perioden december 2004–mars 2005 genomfördes en serie träffar med ombuden där vi bl.a. gick igenom alla inmatningar för att fånga eventuella felaktigheter. Parallellt genomfördes tre träffar med den lokala referensgruppen i Skåne. Utöver detta har ledningsgruppen för PO i Lund och Kristianstad blivit informerad och en uppdragsgivargrupp på Socialstyrelsen har vid några tillfällen under projektperioden diskuterat metodmässiga vägval i arbetet liksom val av fokus i resultatpresentationen.

Analytiska utgångspunkter

Ekonomiska kalkyler kan byggas upp på olika sätt. Denna utvärdering bygger på en samhällsekonomisk ansats. Den skiljer sig på olika sätt från de mer organisations- eller ägarcentrerade kalkyler som används internt och externt i företag eller myndigheter.

Den samhällsekonomiska ansatsen utgår oftast från en *utvidgad systemgräns* som oftast definieras som ”samhället”. Om detta är en kommun, en kommun, ett län, en nation eller hela jorden, avgörs från studie till studie. I de flesta fall handlar det om att ta med alla de aktörer som påverkas på ett inte obetydligt sätt av den åtgärd eller projekt man ska utvärdera. I den samhällsekonomiska analysen ska alla relevanta ekonomiska flöden mellan aktörerna uppmärksammas. Med ekonomiskt flöde menas här kostnader och intäkter.

En förändring leder till förändringar i kostnader och intäkter. Om man summerar ökade intäkter (eller minskade kostnader) och summerar ökade kostnader (eller minskade intäkter) så kan man ställa dessa mot varandra.

Om de samlade intäkterna av förändringen överstiger de samlade kostnaderna så är förändringen samhällsekonomiskt lönsam. Det är samma logik som i alla ekonomiska kalkyler. Skillnaden är att den samhällsekonomiska kalkylen lägger samman alla vinnare och förlorare. För de enskilda aktörerna, som t.ex. en socialförvaltning eller Försäkringskassan kanske en viss åtgärd innebär ökade kostnader och en förlust i termer av den egna förvaltningen. Ur samhällsekonomisk synvinkel kan åtgärden fortfarande vara lönsam så länge andra, t.ex. psykiatrin, vinner mer på åtgärden än vad socialförvaltningen och Försäkringskassan förlorar.

Synen på kostnader och intäkter är också olika. I den samhällsekonomiska kalkylen försöker man komma åt intäkter och kostnader som baserar sig på en korrekt alternativkostnad. Detta i sin tur hänger samman med att man i en samhällsekonomisk kalkyl framför allt studerar s.k. reala kostnader och intäkter och bortser från det som kallas finansiella kostnader och intäkter. En real kostnad hänger samman med användandet av en resurs. Om en läkare ägnar en timme åt att undersöka en patient så kan den timmen inte användas till något annat – det är en real resursupoffring. Läkartimmen har en alternativkostnad.

Finansiella kostnader och intäkter har framför allt med transfereringar att göra – t.ex. skatter, bidrag, a-kassa etc. Dessa ska egentligen inte räknas som kostnader i en samhällsekonomisk kalkyl. För t.ex. försäkringskassa, arbetsförmedling och kommun är förändringar i dessa finansiella kostnader en mycket viktig del i beslutsunderlaget och en anledning till att man ibland agerar kortsiktigt. Detta är, åtminstone för oss, en avgörande anledning till att de ska inkluderas i kalkylen. De finansiella kostnaderna och intäkterna ska självfallet kunna särredovisas från de reala kostnaderna och intäkterna.

Den viktigaste skillnaden mellan det samhällsekonomiska perspektivet och de privat- eller organisationsekonomiska perspektiven är emellertid att de kostnader och intäkter som vi möter på marknaden inte nödvändigtvis behöver vara de samhällsekonomiskt korrekta. I många fall handlar det då om s.k. externa effekter, dvs. kostnader eller intäkter som de som sluter ett avtal inte behöver ta hänsyn till. Inom vård och omsorg kan man hitta effekter som kan tolkas som negativa externa effekter. I en komplicerad insats- eller vårdkedja räcker det med att en av aktörerna inte ser till helheten för att hela kedjan ska brista och man är tillbaka på ruta ett. Denna aktör skapar därmed ökade kostnader hos övriga aktörer – negativa externa effekter.

Dessa avsiktliga och oavsiktliga negativa externa effekter av aktörers agerande märks sällan i den egna budgeten – det kan t.o.m. vara så att det ser ut som om man tjänar på det åtminstone på kort sikt. En samhällsekonomisk kalkyl vidgar systemgränserna så att alla dessa externa effekter internaliseras och syns.

Vi har använt vår egenutvecklade kalkylmodell – KALAS – för detta och andra arbeten. Denna är uppbyggd för att kunna göra kalkyler som bygger på det samhällsekonomiska synsättet. Den finns i två generationer – en för scenariobaserade kalkyler och en för journal- och aktdatabaserade kalkyler. Grundstrukturen i programmet/modellen är densamma i bägge varianterna. En viktig skillnad mellan versionerna är dock att den journaldatabaserade kalkylen även arbetar med olika grupperingar av individer baserat på bakgrundsdata.

Samhällets resurser, för en viss målgrupp eller ett visst projekt, beskrivs i form av en mängd aktiviteter som olika aktörer gör för individer. Det är de resurser som kan användas. Det kan vara utbildningstimmar, läkarbesök, polisingripanden etc. Vi arbetar själva med en bruttolista på ca 200 sådana aktiviteter vilket givetvis inte ger en uttömmande bild av alla de resurser som samhället har till sitt förfogande. Här handlar det snarast om att ha en uppsättning resurser som täcker in det man vill studera på ett rimligt sätt utan att bli så detaljerad att det i praktiken omöjliggör en analys. Alla aktiviteter klassificeras också bl.a. utifrån om de representerar reala eller finansi-

ella kostnader/intäkter, vilket gör det möjligt att särredovisa dessa i kalkylerna.

Tanken är sedan att registrera och räkna på hur detta utbud av resurser används av de individer som ingår i undersökningen. I denna utvärdering har efterfrågan på samhällets resurser bestämts av individernas egna journaler. Ombuden har gått igenom journaldata innan och efter individerna i urvalet fick PO och registrerat när och hur mycket av olika resurser som klienterna utnyttjat. I arbete med att mata in klienternas resursanvändning uppstår inte sällan problem med definitioner, måttenheter och annat som kräver revidering av den ursprungliga resurslistan.

På detta sätt skapas en bild av resursanvändning som är kopplad till varje individ i urvalet. Genom sin hierarkiska uppbyggnad kan eventuella förändringar i resursanvändningen, när klienterna fick PO, översättas till kostnader och intäkter för olika aktörer och för olika grupperingar av individer. Det övergripande måttet på om PO-insatserna har varit lönsamma eller inte är givetvis viktigt, men för de olika aktörerna är omfördelningar dem emellan minst lika viktiga.

Samhällsekonomiska utvärderingar görs ofta för förändringar som sträcker sig över längre perioder. Detta medför krav på att räkna om kostnader och intäkter som infaller i olika perioder till jämförbara värden, vilket görs genom diskontering av framtida värden. I denna studie är projektperioden i de flesta fall avgränsad till en 18-månadersperiod samtidigt som alla priser är fasta över tiden, vilket gör att diskontering inte upplevts som nödvändig.

Population och urval

Population, urval och bortfall

Populationen för utvärderingen består av samtliga klienter som tillhör PO-reformens målgrupp och som fått PO i Lund och Malmö fram till och med andra kvartalet 2003. Detta för att ge data för åtminstone 18 månader eller sex kvartal då undersökningen genomförs. Populationen omfattar såväl pågående som avslutade klienter. Vid undersökningens start hade totalt 47 klienter registrerats i Lund och 113 klienter i Kristianstad.

Man valde ut 40–45 klienter, fördelade på två grupper. Den ena gruppen utgörs av de klienter som kom in i PO-verksamheten år 2000 eller tidigare (de första klienterna fick ombud 1997). Denna grupp blev dock begränsad i urvalet, delvis beroende på att ombuden inte längre fanns på plats. För övriga klienter (sådana som kommit in i verksamheten 2001–2003) genomfördes ett obundet slumpmässigt urval på ett tiotal, pågående och avslutade, klienter per kommun.

Bortfallen består dels av de avslutade klienter där man med säkerhet trott sig veta att klienten kommer att fara illa av att bli tillfrågad och dels av klienter som avböjt att medverka i undersökningen.

Tabell 1.

Population	160
Urval	53
Bortfall	13
Därav	
klienten har avböjt medverkan	7
klienten kommer att fara illa eller kan inte göra ett medvetet val	6
Slutligt urval	40

En viktig fråga är naturligtvis om bortfallet på något vis snedvrider resultaten från vår analys. Man skulle kunna tänka sig att klienter som av olika skäl är missnöjda med sitt ombud inte vill medverka i en studie. Enligt ombuden så är det snarare så att det bland dem som avböjt finns en övervikt av nöjda eller mycket nöjda klienter. Möjligtvis finns det i bortfallet en överrepresentation av de klienter som är särskilt skygga och ängsliga.

Bakgrundsvariabler

I de ekonomiska effekterna av ombudens arbete är vi intresserade av att se effekter för olika myndigheter. Vi är också intresserade av vilka effekter olika bakgrundsvariabler såsom ålder, kön och sociala förhållanden hos klienten har på det ekonomiska utfallet, liksom hur faktorer i ombudens arbete påverkar detta.

Tillsammans med ombuden och våra uppdragsgivare har vi i ett antal steg, först i pilotstudien och därefter i inledningen av denna studie, försökt att identifiera bakgrundsvariabler som kan anses intressanta och meningsfulla att studera. De bakgrundsvariabler vi valt är följande:

Hemkommun – Kristianstad eller Lund

Kön

Födelseår

Kontakttidens längd – registreras i antal månader från första kontakt till avslut.

Sambo eller inte – registreras i tre klasser: ensamstående (med eller utan minderåriga barn), sammanboende med partner (make/maka, sambo) eller sammanboende med släkting (föräldrar, vuxna barn).

Minderåriga barn – registreras som att man har eller inte har barn under 18 år vid undersökningstillfället.

Sociala nätverk – registreras binärt – som om man har eller inte har ett socialt nätverk. Med icke fungerande sociala nätverk menar vi dysfunktionella familjerelationer eller brist på konstruktiva sociala nätverk. Med dysfunktionella familjer menar vi här traumatiska skilsmässofamiljer, missbruk, psykiska sjukdomar, kriminalitet etc. Med dysfunktionell relation menar vi här akuta eller långvariga konflikter eller avbrutna relationer. Med brist på sociala nätverk menar vi att man inte har några fungerande djupa sociala relationer (endast få eller mycket ytliga sociala relationer med släkt och vänner). Destruktiva asociala eller kriminella nätverk har registrerats som att man inte har fungerande sociala nätverk

Multiproblematik eller inte (flera samtidiga diagnoser) – registreras i fyra olika kategorier: ingen dubbeldiagnos, dubbeldiagnos med missbruk (narkotika, alkohol eller tabletter) i en sådan omfattning att det skapar problem i klientens liv och vardag, andra dubbeldiagnoser av psykiatrisk eller psykologisk natur (såsom neuropsykiatriska symptom eller diagnos, utvecklingsstörning, förvärvad hjärnskada) och icke oväsentlig somatisk problematik (diabetes, rygg- och nackbesvär, kraftig övervikt etc.) utöver den psykiska sjukdomen.

Entydig/diffus/föränderlig diagnos – registreras som av psykiater ställd diagnos i två kategorier: antingen som entydig eller stabil diagnos eller som många olika, varierande, mångtydiga, motstridiga eller föränderliga diagnoser.

Närhet till arbetsmarknaden (arbetsförmåga) – registreras binärt – som om man är eller inte är nära arbetsmarknaden. Med nära arbetsmarknaden menar vi här klienter som under de senaste åren har haft vanligt arbete, skyddat arbete eller halvskyddat arbete (t.ex. Samhall, lönebidrag, OSA men inte sysselsättning i daglig verksamhet eller ”flitpengsarbete”) på hel- eller deltid eller av ombuden bedöms ha en rimlig möjlighet att få/ta ett sådant eller faktiskt fått sådant arbete sedan ombuden kommit in i bilden.

Omfattande insatser före PO – registreras binärt – som om man har eller inte har omfattande insatser och ska fånga om klienten haft enstaka men stora, dyra och omfattande insatser (t.ex. slutenvård, behandlingshem, för-

sörjningsstöd, förtidspension) under begränsad tid eller många insatser under lång tid. Här är det insatsernas kostnad och inte deras antal som ska vara avgörande för om det är en storkonsument eller inte.

Pågående, vilande eller avslutad kontakt – registreras vid undersökningstillfället i tre kategorier som aktiv, vilande (glesa, sporadiska kontakter som inte kräver några större arbetsinsatser från ombudets sida) eller avslutad klient.

Tidig eller sen grupp i PO – gruppen *tidig* utgörs av de klienter som kom in i PO-verksamheten år 2000 eller tidigare (de första klienterna fick ombud 1997). Övriga hamnar i gruppen *sen*.

Samordnade insatser före PO-verksamheten – registreras binärt – som om man har eller inte har samordnade insatser. Tanken är att den ska fånga insatser från många (tre eller fler aktörer) som inte synkroniserats eller samordnats och kanske över längre tid. Det är antalet aktörer och brist på samordning som är avgörande, inte primärt insatsernas omfattning.

En första fördelning

- 15 klienter är från Lund och 25 klienter är från Kristianstad.
- Den genomsnittliga kontakttiden (median) mellan klient och ombud uppgår till 20 månader i Kristianstad och 29 månader i Lund.
- 70 procent av klienterna är män, 30 procent är kvinnor.
- Den genomsnittlige klienten är vid tiden för undersökningen drygt 40 år gammal.
- 85 procent av klienterna är ensamstående, 12 procent bor med släkting och endast en klient sammanbor med partner.
- Knappt 20 procent av klienterna har minderåriga barn.
- Drygt 60 procent av klienterna har en tydlig och entydig diagnos, resterande har en diffus eller föränderlig diagnos.
- 35 procent av klienterna har ingen dubbeldiagnosproblematik, 18 procent dubbeldiagnos med missbruk, 28 procent dubbeldiagnos med annan psykisk sjukdom och 20 procent dubbeldiagnos med somatisk problematik.
- Knappt 80 procent av klienterna har fungerande privata sociala nätverk.
- Cirka en tredjedel av klienterna står relativt nära arbetsmarknaden.
- Drygt 70 procent av klienterna har, innan man fått ombud, haft omfattande offentliga insatser.
- För 65 procent av klienterna har de olika insatserna inte synkroniserats eller samordnats.

Samband mellan de olika bakgrundsvariablerna i stort

Sambandet mellan de olika bakgrundsvariablerna i stickprovet ser sammanfattningsvis ut på följande vis:

- Andelen avslutade klienter är betydligt lägre i Lund (0 procent) än i Kristianstad (56 procent), vilket kan ha samband med både metodik och klientkontaktens längre varaktighet.
- Andelen klienter med entydig diagnos är något högre i Lund (67 procent) än i Kristianstad (60 procent), vilket kan ha samband med att målgruppen avgränsats snävare i Lund.
- Andelen kvinnor i stickprovet är större i den sena gruppen (35 procent) än i den tidiga (26 procent) men når inte upp till riksgenomsnittet för målgruppen.
- Närheten till arbetsmarknaden är nästan enbart en fråga för männen i stickprovet (43 procent), andelen kvinnor nära arbetsmarknaden är 8 procent.
- Av de tidiga klienterna var 26 procent nära arbetsmarknaden medan samma siffra för den sena gruppen är 41 procent.
- Kvinnorna (92 procent) har i större utsträckning än männen (64 procent) haft omfattande insatser innan de fått ombud.
- Endast 35 procent av de tidiga klienterna är fortfarande aktiva hos ombuden vid undersökningstillfället medan motsvarande siffra för de sena är 71 procent. Andelen avslutade klienterna för dessa grupper är 43 procent respektive 24 procent.
- De tidiga och sena klienterna skiljer sig inte nämnvärt åt då det gäller entydighet i diagnos eller omfattande insatser innan man fått ombud.
- I den tidiga gruppen är andelen utan någon multiproblematik högre (39 procent) än i den sena gruppen (29 procent). I den tidiga gruppen dominerar multiproblem med annan psykiskt pålagring (35 procent) medan det i den sena gruppen är somatisk problematik som dominerar (35 procent). Andelen dubbeldiagnos med missbruk är i stort sett samma för båda grupperna (17 procent).
- Klienter som förfogar över sociala nätverk har i högre grad samordnade insatser (39 procent) än de som saknar sociala nätverk (22 procent).
- Klienter med dubbeldiagnos innehållande missbruk eller somatisk sjukdom har i 100 procent av fallen sociala nätverk, medan de övriga grupperna endast har detta i 65 procent av fallen.
- Personer utan någon form av multiproblematik har i högre grad (57 procent) än samtliga andra grupper (14–35 procent) samordnade insatser.
- Kvinnorna har i högre grad multiproblematik (83 procent) än männen som har sådan i 57 procent av fallen.

Den klientbild som växer fram är tämligen allsidig och mycket varierande. Det förefaller inte finnas någon slagsida i materialet i förhållande till de bakgrundsfaktorer vi utgått från. Det finns inte heller några uppenbara överraskningar utifrån den intuitiva kunskap ombuden förmedlat om klienterna eller den kunskap vi själva bär med oss från förstudien och andra studier av PO-verksamheten.

Utifrån den nationella statistiken om PO-arbetets klienter är överensstämmelsen god utom då det gäller två faktorer. Den första är könsfördel-

ningen där vårt urval har en överrepresentation av män. Den andra är tiden för kontakt med ombuden där det nationella materialet anger en kontakttid på knappt ett år medan den i vårt urval ligger på en mediantid strax under två år. Om man trots det ovan sagda skulle mejsla fram en typklient ur vårt material ser denne ut på följande vis:

Studiens typiske klient är en man i fyrtioårsåldern som haft kontakt med sitt ombud i cirka 2 års tid. Han bor ensam och har inte barn men goda sociala nätverk. Han är väldiagnostiserad men har vid sidan av sitt psykiska funktionshinder någon annan starkt komplicerande problematik. Han har dålig kontakt med arbetsmarknaden och har under lång tid haft omfattande icke samordnade insatser kring sin sjukdom.

Resultat

Kostnader för psykiskt funktionshindrade – med och utan PO

Samhällets kostnader för klienterna i urvalet uppgår till 400 000 kronor per år och person innan de får PO. Året efter det att klienterna fått PO uppgår kostnaderna till cirka 300 000 kronor för att sedan falla ytterligare.

I nedanstående tabeller redovisas kostnaderna för en genomsnittlig person med psykiska funktionshinder i vårt urval under ett års tid innan man fått PO respektive efter att man fått PO. Alla kostnader är i tusentals kronor. Årskostnaden innan man fått PO är beräknad på de senaste 18 månaderna innan PO kommer in. Årskostnaderna efter att man fått PO redovisas i huvudsak som den årliga kostnaden per klient under de senaste 18 månaderna efter att man fått PO. Differensen som redovisas är helt enkelt skillnaden mellan dessa. Eftersom utvecklingen av kostnader efter att klienten fått PO visade sig vara en viktig faktor, redovisas i den första tabellen även den årliga kostnaden per klient efter det att man fått PO, baserat på de första 18 månaderna med PO.

Kostnaderna totalt och för de ingående aktörerna redovisas även fördelat på reala och finansiella kostnader. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det i princip enbart de reala kostnaderna som är av intresse eftersom dessa representerar en resursuppföring, medan de finansiella kostnaderna framför allt representerar överflyttning av köpkraft. Ur enskilda aktörers, t.ex. Försäkringskassans, perspektiv kan förändringar av de finansiella kostnaderna vara väl så intressanta att följa upp, vilket gör att vi i nedbrytningarna av kostnaderna använder oss av de sammanlagda kostnaderna, dvs. summan av de finansiella och reala kostnaderna.

Tabell 2. Årlig genomsnittskostnad per klient för urvalet, tusen kronor

Alla kostnader					
	Sista 18	1:a 18	Sista 18		
	Utan PO	Med PO	Med PO	Diff	
Kommun	40	57	67	27	
Arbetsmarknadsverket	3	0	0	-3	
Försäkringskassan	84	94	101	17	
Övriga myndigheter	38	13	1	-37	
Övrigt	2	0	0	-2	
Landsting	236	139	68	-168	
Summa	403	303	237	-166	
Reala kostnader					
	Sista 18	1:a 18	Sista 18		
	Utan PO	Med PO	Med PO	Diff	
Kommun	31	53	64	33	
Arbetsmarknadsverket	1	0	0	-1	
Försäkringskassan	1	1	1	0	
Övriga myndigheter	38	13	1	-37	
Övrigt	1	0	0	-1	
Landsting	236	139	68	-168	
Summa	308	206	134	-174	
Finansiella kostnader					
	Sista 18	1:a 18	Sista 18		
	Utan PO	Med PO	Med PO	Diff	
Kommun	10	4	3	-7	
Arbetsmarknadsverket	2	0	0	-2	
Försäkringskassan	83	93	100	17	
Övriga myndigheter	0	0	0	0	
Övrigt	0	0	0	0	
Landsting	0	0	0	0	
Summa	95	97	103	8	
Kommun					
	Utan PO	Med PO	Diff		
kommunalskatteeffekter	0	0	0		
omsorgsförvaltning	21	44	23		
socialförvaltning	19	23	4		
Summa	40	67	27		
Arbetsmarknadsverk					
	Utan PO	Med PO	Diff		
arbetsförmedling	2	0	-2		
arbetsförmedling rehab	1	0	-1		
Summa	3	0	-3		
Försäkringskassan					
	Utan PO	Med PO	Diff		
Allmänna bidrag	12	21	9		
rehabilitering	3	1	-2		
socialförsäkring	69	79	10		
Summa	84	101	17		
Övr myndigh					
	Utan PO	Med PO	Diff		
CSN	0	0	0		
domstolsväsende	1	1	0		
kriminalvården	37	0	-37		
kronofogde	0	0	0		
polis	0	0	0		
Summa	38	1	-37		
Övrigt					
	Utan PO	Med PO	Diff		
allmänhet	0	0	0		
bostadsföretag	0	0	0		
frivilligorganisationer	0	0	0		
klienten själv	0	0	0		
klientens anhöriga	2	0	-2		
produktionsbortfall	0	0	0		
Summa	2	0	-2		
Landsting					
	Utan PO	Med PO	Diff		
akutsjukvård	7	6	-1		
landstingsskatteeffekter	0	0	0		
primärvård	4	9	5		
psykiatri	225	53	-172		
specialistsjukvård	0	0	0		
Summa	236	68	-168		

I tabellen ovan kan man konstatera att PO-arbetet leder till att den årliga kostnaden per klient minskar med 100 000 på kort sikt och 166 000 kronor på lite längre sikt. Kostnadsreduktionen ligger helt på reala kostnader medan de finansiella kostnaderna har ökat något med PO.

De första 18 månaderna med PO, reduceras den årliga kostnaden med 100 000 kronor. I detta ligger en real kostnadsreduktion på knappt 100 000 för landstinget och en real kostnadsökning med drygt 20 000 kronor för kommunen.

Om man i stället baserar projektperiodens värde på de senaste 18 månaderna efter att man fått PO fortsätter kostnadsreduktionen för varje klient inom landstinget, där de reala kostnaderna nu är nere i knappt 30 procent av nivån före PO. Kommunens reala kostnader har fördubblats jämfört med tiden före PO och försäkringskassans (finansiella) kostnader har ökat med knappt 25 procent.

Även om den årliga kostnaden sjunkit med 166 000 kronor per individ i det längre perspektivet så har således vissa aktörer fått kostnadsökningar. Kostnadsfördelningen förändras därmed kring målgruppen mellan olika aktörer och mellan olika former av insatser.

Den årliga kostnaden per klient ligger på ca 400 000 kronor per år innan de får PO. Den största delen av dessa kostnader, 75 procent, utgörs av reala kostnader av vilka landstinget står för den största delen. Landstinget har minskat sin andel av kostnaderna från nära 60 procent före PO till strax under 30 procent med PO. Om man till landstinget även för rättspsykiatri som i tabellen ligger under övriga myndigheter, förstärks denna förändring än mer. Kommunen har gått från en andel på 10 procent före PO till samma nivå som landstinget efter PO, dvs. knappt 30 procent. Försäkringskassan har å sin sida gått från en andel på 20 procent före PO till en andel med PO på drygt 40 procent.

Om man ser till förändringar i kostnadsbilden inom landstinget, så ligger den stora reduktionen inom psykiatri och inom denna (se tabellen nedan) på reducerad tvångs- och slutenvård, medan medicineringen ligger i stort sett konstant.

För kommunen ligger den största kostnadsförändringen inom omsorgsförvaltningen³, och där (se tabellerna nedan) framför allt på särskilt boende, ledsagarservice och hemtjänst. Inom socialförvaltningen ligger kostnadsökningen framför allt på PO-arbetet i sig och vårdhem, vilka nästan kompenseras av en reduktion av det ekonomiska biståndet.

³ Inom omsorgsförvaltningen ligger i huvudsak kostnader för långsiktiga insatser t.ex. boendestöd eller särskilt boende medan det inom socialförvaltningen i huvudsak ligger mer kortsiktiga kostnader såsom ekonomiskt bistånd (socialbidrag).

Tabell 3. Årlig genomsnittskostnad per klient för urvalet, tusen kronor

Kommun							
omsorgsförvaltning	<i>Utan PO</i>	<i>Med PO</i>	<i>Diff</i>	socialförvaltning	<i>Utan PO</i>	<i>Med PO</i>	<i>Diff</i>
behandlingshem omsorg	9	1	-8	biståndsbeslut soc	2	1	-1
boende bistånd oms	0	1	1	boendestöd soc	0	0	0
boendestöd oms	0	1	1	daglig sysselsättning soc	1	4	3
god man omsorg	1	3	2	ekonomisk rådgivning	0	0	0
handläggartid oms	0	0	0	ekonomiskt bistånd	10	4	-6
hemtjänst oms	2	6	4	god man soc	1	0	-1
ledsagarservice oms	3	8	5	handläggartid soc	0	0	0
personlig assistent oms	0	1	1	hemtjänst soc	0	0	0
psykrehab avd kommun	0	3	3	kontaktperson soc	3	2	-1
sysselsättning oms	2	3	1	ledsagarservice soc	0	0	0
särskilt boende oms	3	15	12	personlig assistent soc	0	0	0
utredning omsorg	1	2	1	po-arbetet	0	4	4
Summa	21	44	23	psykologsamtal soc	1	0	-1
				utredning soc	1	1	0
				vårdhem soc	0	7	7
				Summa	19	23	4

Landsting							
psykiatri	<i>Utan PO</i>	<i>Med PO</i>	<i>Diff</i>	akutsjukvård	<i>Utan PO</i>	<i>Med PO</i>	<i>Diff</i>
handläggartid psyk	0	0	0	IVA somatik	1	1	0
lpt tvångsvård	25	1	-24	akutmottagning	1	1	0
mobilt team psyk	0	0	0	slutenvård somatik	4	2	-2
psykiatri övrigt insats	3	0	-3	öppenvårdsbesök soma/akut	1	2	1
psykiatrisk intensiv/akutvård	2	1	-1	Summa	7	6	-1
psykiatrisk medicin	44	42	-2				
psykiatrisk slutenvård	136	0	-136	primärvård	<i>Utan PO</i>	<i>Med PO</i>	<i>Diff</i>
psykiatrisk utredning	0	0	0	läkarbesök primärvård	1	1	0
psykiatriskt öppenvårdsbesök	8	4	-4	medicin primärvård soma/psyk	3	7	4
psykiatriskt behandlingshem	0	0	0	sköterskebesök primärvård	0	1	1
psykologkontakt psykiatri	1	1	0	Summa	4	9	5
psykoterapi, psyk	0	0	0				
öppen rehab psyk	2	1	-1				
öppenvård psyk, läkare	3	2	-1				
öppenvård psyk, sköt, övrig pers	1	1	0				
Summa	225	53	-172				

Överlag kan man säga att kostnadsbilden ger ett mönster där mer eller mindre passivt försörjande, omvårdande, omhändertagande och inneslutande insatser (t.ex. slutenvård, behandlingshem, rättspsykiatrisk vård) är fullständigt dominerande. Öppna och direkt rehabiliterande insatser (såsom aktivitetsgaranti, rehabutredning, öppenspsykiatri, daglig sysselsättning, öppen psykiatrirehabilitering, primärvårdsbesök etc.) uppgår sammantaget till mellan fem och sju procent av kostnaderna.

Man kan således konstatera att den totala kostnadsreduktionen uppgår till knappt 170 000 kronor per klient och år, och att det inom ramen för denna nettosiffra finns påtagliga omfördelningseffekter.

Omfördelningseffekter av PO-reformen inom och mellan myndigheter

PO-arbetet leder till stora omfördelningseffekter. Landstinget är den stora vinnaren – kommun och försäkringskassa är måttliga förlorare. Inom myndigheterna förskjuts kostnaderna mot mer öppna och mer rehabiliterande insatser.

Tabellerna ovan visar att landstinget är den verkligt stora ekonomiska vinnaren. Reformen tycks avlasta framför allt den psykiatriska verksamheten högst påtagligt och en viss omfördelning mot primärvården kan skönjas. Kanske kan man här se vårdcentralerna som en första linjens psykiatri för dessa klienter och att ombuden i sitt arbete också bidrar till att klienterna söker vård för sina somatiska besvär.

Även inom psykiatrin uppstår relativa förskjutningar. Kostnaderna för den psykiatriska tvångsvården liksom psykiatrisk akutvård och intensivvård reduceras med mer än 90 procent, medan läkemedelskonsumtionen samtidigt ökar med cirka 10 procent.

Försäkringskassan är en nettoförlorare i processen vilket kan förklaras med att klienterna får sin försörjning ordnad inom socialförsäkringssystemet i stället för genom kommunalt ekonomiskt bistånd. Kostnaderna för det kommunala ekonomiska biståndet faller efter det att man fått ombud till cirka en tredjedel av tidigare nivå eller cirka 3 500 kronor på årsbasis.

Kommunen är en nettoförlorare i processen med en merkostnad som uppgår till cirka 27 000 kronor per klient och år. Kostnaderna handlar framför allt om kostnader för olika boendeformer – kanske en spegling av de minskade kostnaderna för landstingets slutenvård.

Sammantaget tyder analysen av de ekonomiska omfördelningseffekterna mellan olika myndigheter på att psykiatrireformens avsikt – att få ett mer normalt liv med mindre inslag av institutionsåtgärder och slutna vårdformer – får ett genomslag i PO-arbetet. Helt följdriktigt sker en kostnadsförskjutning i denna riktning. Problemet är möjligtvis att den offentliga aktör som förlorar mest på reformen också har ett ansvar för dess genomförande och att den stora vinnaren landstinget inte har några åtaganden i processen.

Omfördelningseffekter av PO-reformen vad avser insatsernas karaktär

PO-insatsen leder till en omfördelning av insatser från passiverande och försörjande insatser i riktning mot mer aktiverande och rehabiliterande insatser som i vissa fall ökar med flera hundra procent.

Även insatsernas innehåll förändras då de personliga ombuden kommer in i bilden. De öppna vård- och behandlingsformerna inom landstinget får en större andel av de totala kostnaderna även om flera av dessa vård- och behandlingsformer minskar i absoluta tal. Rättsväsendet är också en nettovinnare framför allt genom minskat behov av rättspsykiatrisk vård, vilket

egentligen kommer landstinget till del. Man kan tolka det som att klienterna genom ombudens stöd kan leva ett mer normalt liv utan tvångsåtgärder av olika slag.

Kommunen är en ekonomisk nettoförlorare totalt sett. Det sker betydande förskjutningar av insatsernas karaktär. En del av de aktiverande och rehabiliterande insatserna i klientens liv och insatser som gör det möjligt att leva ett mer normalt liv har ökat påtagligt. Kostnaderna för daglig sysselsättning har stigit med 50 procent och kostnaderna för ledsagning har blivit tre gånger större. Även kostnaderna för hemtjänst har stigit kraftigt, en sjufaldig ökning. Samtidigt har kostnaderna för ekonomiskt bistånd sjunkit till en tredjedel av tidigare nivå.

Lite förenklat skulle man kunna säga att ombudsinsatsen skapar en omfördelning av insatser kring den enskilde som inte bara är bättre samordnade och bättre matchar behov utan också är mer fokuserade på att bistå den enskilde att leva ett mer självständigt liv. Ett stöd i form av insatser för att röra sig från ett mer institutionaliserat till ett mer normaliserat liv.

Ekonomiska effekter av PO-arbetet över tiden

När PO kommer in faller kostnaderna kring klienten på gruppnivå omedelbart. Det senaste året innan PO kommer in ligger kostnaderna kring 100 000 kronor per klient och kvartal. Det första året med PO har kostnaderna reducerats till knappt 75 000 kronor per klient och kvartal.

I tabellerna ovan framgår att PO-arbetet på års- och individbasis bidragit till såväl reducerade kostnader som till omfördelning av kostnader mellan aktörerna. Om man följer kostnadsutvecklingen mer kronologiskt kan man få ytterligare en bild av samma fenomen.

I diagrammet nedan visas de ekonomiska effekterna av PO-arbetet för den genomsnittlige klienten. Till vänster i diagrammet visas de kvartalsvisa kostnaderna (reala + finansiella) under de fem åren innan PO kom in i bilden, fördelat på de olika myndigheterna. Till höger i diagrammet visas de kvartalsvisa kostnaderna under de första 18 månaderna med PO – de som i tabellen ovan gav ett årsgenomsnitt på 303 000 kronor. Årsgenomsnittet på 403 000 kronor från tabellen ovan är baserat på de sex sista kvartalen innan man får PO.

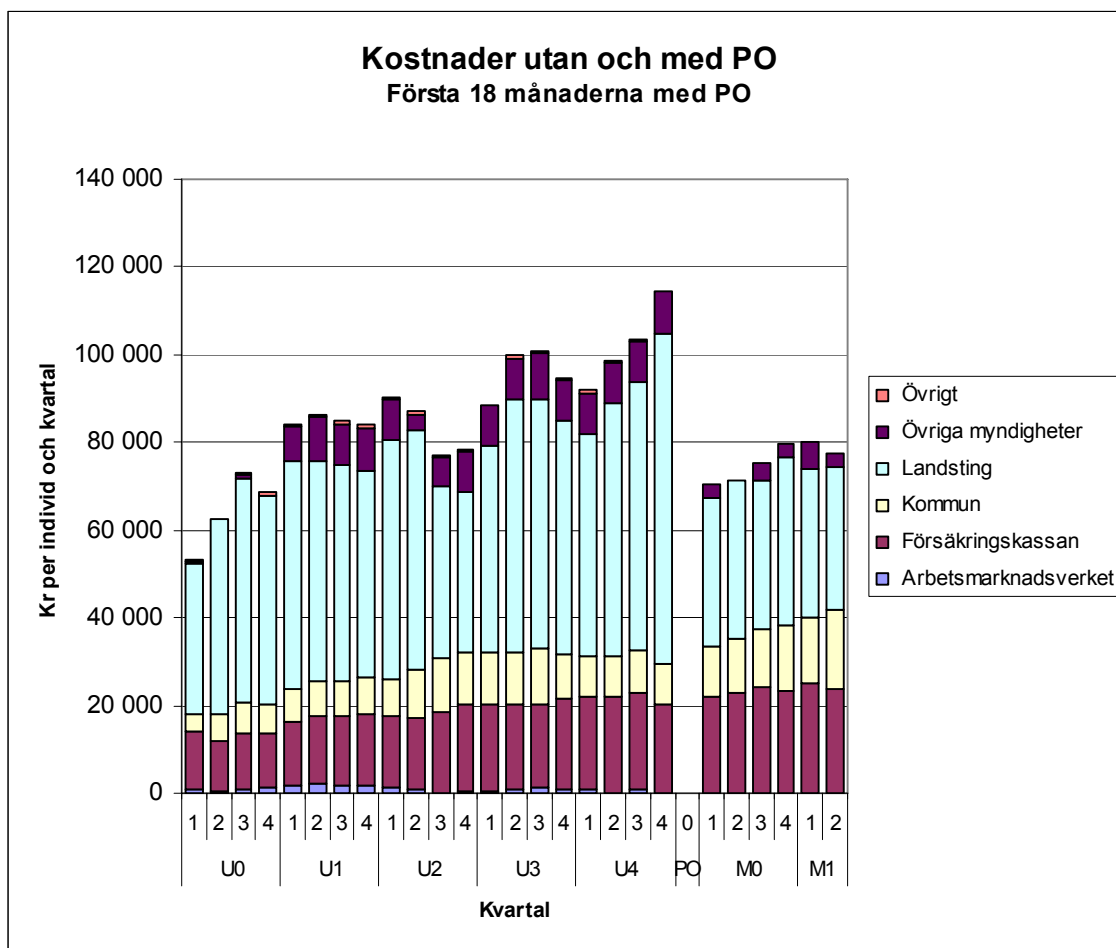


Diagram 1.

Även om det naturligtvis finns stora variationer mellan enskilda klienter i urvalet, så återfinns den tydliga skillnaden mellan projekt- och referensperioden (perioden med och utan PO) i princip genomgående. När PO kommer in i bilden faller kostnaderna till en lägre nivå. Det framgår tydligt hur landstingets kostnader faller medan kostnader som ligger på kommun och försäkringskassa ökar.

Storleken på kostnadsreduktionen avgörs till övervägande del av kostnadsläget innan klienten fick PO. Här finns det variation mellan individer i urvalet. Vissa ligger på en mycket hög kostnadsnivå hela femårsperioden innan PO kommer in, medan andra kan ha skov som gör att kostnaderna varierar nästan cykliskt perioden innan. Ytterligare några klienter har kostnadsmissiga genombrott som ligger nära i tiden före PO. Sett till hela urvalet finns det en tendens till stegrade kostnader innan PO kommer in i bilden.

Samma sak gäller för den första perioden med PO. I tabellen ovan konstaterades att kostnadsreduktionen med PO såg ut att fortsätta då uppföljningsperioden sattes till de senaste 18 månaderna med PO, vilket antyder att den kortsiktiga kostnadsökningen med PO kan ses som en investeringspuckel.

Trender och medelvärden – vad kan jämföras?

Kostnaderna för klienterna i studien är trendmässigt växande under hela femårsperioden innan klienten får PO, från cirka 280 000 till 400 000 kronor på årsbasis. Med PO faller kostnadsnivån och det finns en trendmässigt fallande tendens, efter en initial investeringspuckel. För ett delurval med minst fyra år med PO faller den årliga kostnaden från 350 000 kronor ned till 260 000 kronor på årsbasis.

I och med att det ser ut som att det finns trendmässiga förändringar av kostnadsbilden såväl före PO som med PO, kan man fråga sig vilken jämförelse som är mest relevant. Som i de flesta utvärderingar, har vi hittills redovisat genomsnittsvärden för ett utsnitt av perioden före eller med PO. I tabellen ovan användes de 18 sista månaderna före PO som referensperiod medan de genomsnittliga årskostnaderna för perioden efter att klienten fått PO redovisades baserat både på de första 18 månaderna och de sista 18 månaderna med PO. I nedanstående figurer exemplifieras valmöjligheterna i termer av periodisering och de skillnader i resultat som framkommer.

Perioden före PO visar de kvartalsvisa kostnaderna för hela urvalet, dvs. samma total per kvartal som i figuren ovan. För perioden efter PO har vi gjort ett delurval av de klienter som har en undersökningsperiod med PO som omfattar 16 eller fler kvartal (25 klienter).

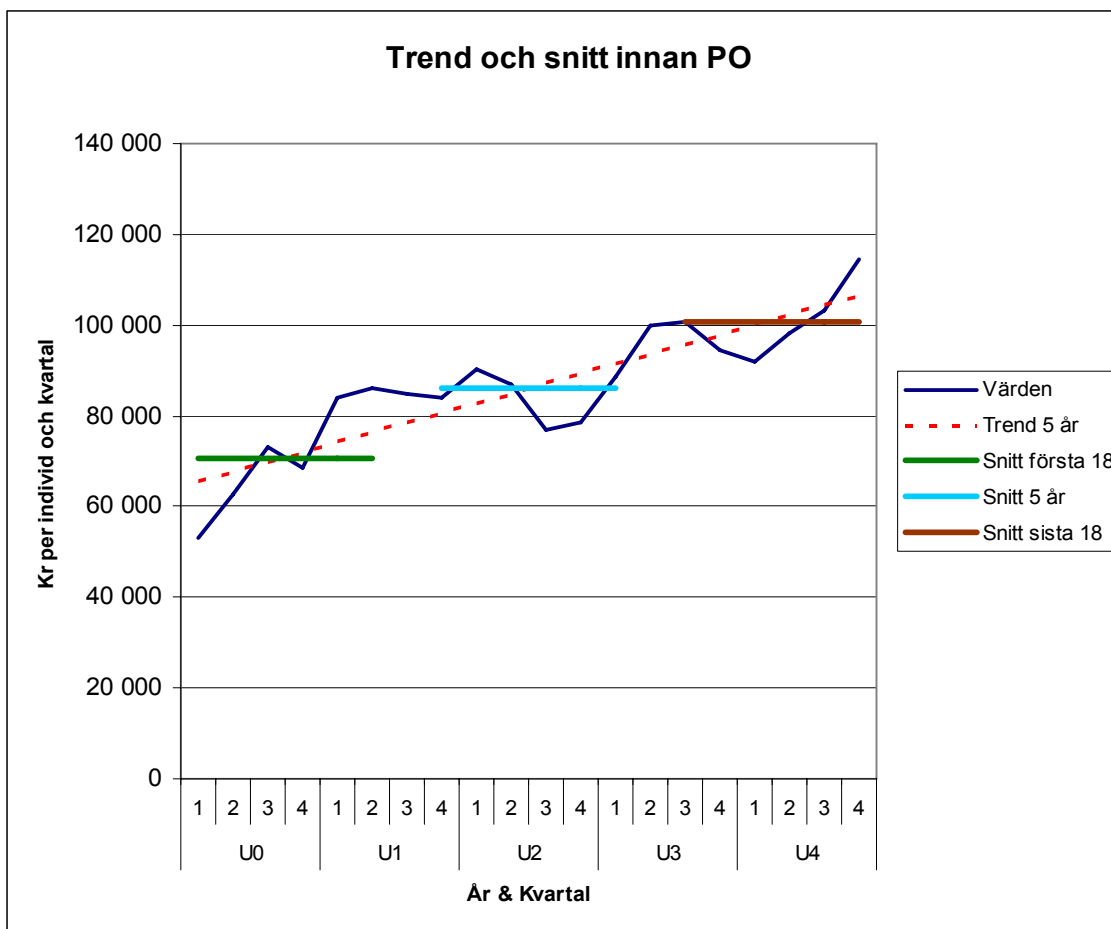


Diagram2.

Perioden innan klienten får PO uppvisar en stigande kostnadstrend. Översatt till årskostnader visar diagrammet att kostnaden går från 280 000 kronor, via 340 000 kronor till dryga 400 000 kronor för de sista kvartalen innan PO kommer in. Det är inte helt självklart vilken av dessa snittsiffror som ska användas i utvärderingen av PO:s insats. Vi har valt att ta den högre siffran eftersom det finns en mycket tydlig stigande tendens. De som så önskar kan givetvis använda någon av de övriga. Med snittet baserat på hela femårsperioden skulle kostnadsreduktionen på årsbasis minska med 60 000 kronor.

I diagrammet nedan presenteras tiden med och efter PO på motsvarande sätt. Här kan man notera en fallande trend i kostnaderna över de fyra åren efter att PO kommit in. Det första året har dock stigande kostnader – en investeringspuckel.

Även i perioden efter det att klienten fått PO kan man hitta olika möjliga genomsnittsvärden att använda för utvärderingen. Ju längre från PO:s inträde man tar genomsnittet desto lägre blir det. På årsbasis går det från ca 350 000 kronor per individ för den första perioden efter PO, över 300 000 för hela fyraårsperioden ned till knappt 260 000 för den senaste perioden efter PO.

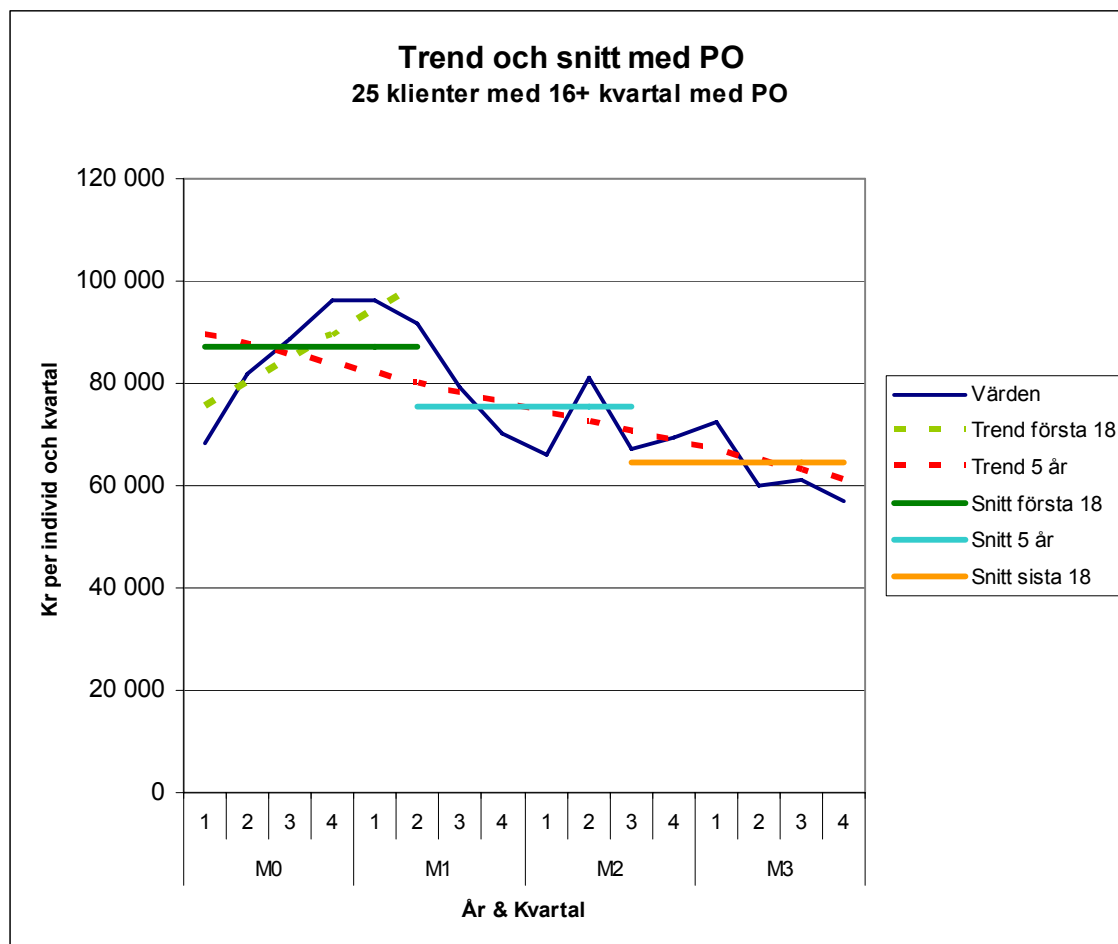


Diagram 3.

Vi har, i de flesta av våra analyser, valt att jämföra de årliga genomsnittskostnaderna för den senaste perioden innan klienten får PO med antingen det högre värdet för den första perioden med PO eller det lägre värdet från den sista 18-månadersperioden med PO. Oavsett vilken man väljer så ger PO upphov till en kostnadsreduktion. Ju längre fram i tiden man går från att klienten fått PO desto större blir kostnadsreduktionen. De första 18 månaderna med PO underskattar således kostnadsreduktionen.

Övergripande resultat – genomsnittliga värden

PO innebär sänkta reala kostnader för urvalet av klienter. De finansiella kostnaderna, som stiger även före PO, fortsätter att stiga något. Kommunen får högre reala kostnader men tjänar något på finansiella kostnader. Totalt sett sjunker kostnaderna med 100 000 kronor per år och klient i det korta perspektivet och med 166 000 kronor i det längre, med PO. Landstingets sjunkande kostnader ligger i stort sett på samma belopp.

Låt oss sammanfatta förändringarna av kostnader mot bakgrund av diskussionen ovan. Av de olika möjligheterna väljer vi att från perioden före PO ta

- årlig kostnad per individ räknat över hela femårsperioden – mellanvärdet
- årlig kostnad per individ räknat över de senaste 18 månaderna före PO – det högsta värdet.

Snittet från den första delen av femårsperioden innan klienten får PO känns inte meningsfullt i en jämförelse.

Från perioden med och efter PO använder vi

- de första 18 månaderna efter att man fått PO – det högsta värdet (investeringsspuckeln)
- de senaste 18 månaderna efter att man fått PO – det lägsta värdet.

I denna jämförelse används hela urvalet, vilket innebär att de klienter som endast har 18 månader med PO har samma årliga kostnad i de första som i de sista 18 månaderna. Kostnadsjämförelsen är vidare uppdelad på reala och finansiella för att den som så önskar ska kunna hålla isär resursanvändning från transfereringar.

I det första diagrammet framgår återigen ökningen i kostnadsnivån innan PO kommer in. Detta gäller såväl de reala som de finansiella kostnaderna, som bägge ökar med ca 17 procent.

Perioden efter PO har de reala kostnaderna sjunkit och fortsätter att göra så. De finansiella kostnaderna stiger när PO kommer in och fortsätter att stiga, om än blygsamt.

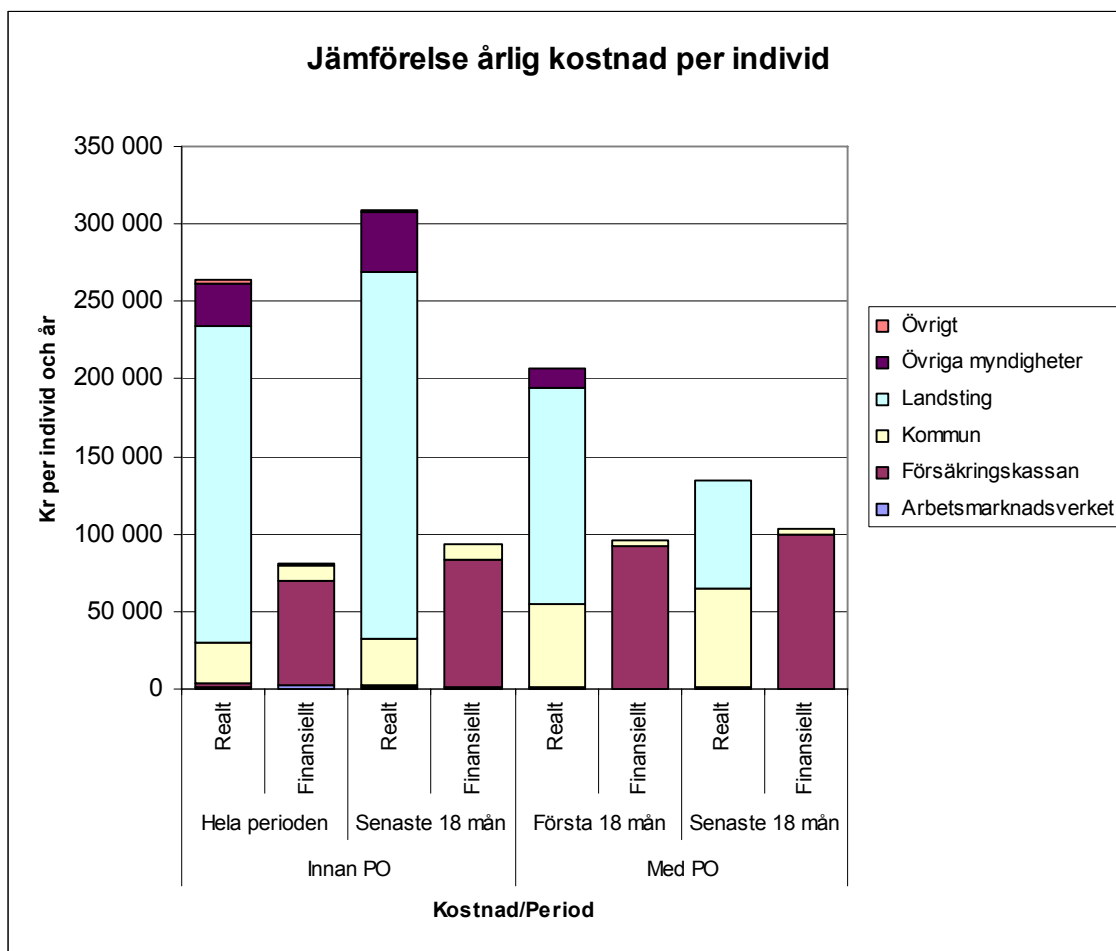


Diagram 4.

De reala kostnaderna dominerar kostnadsbilden såväl före som med PO. I och med att den stora kostnadsreduktionen kommer i de reala kostnaderna förändras dock proportionerna. För tiden före PO ligger de reala kostnaderna på runt 77 procent av de totala. Med PO ligger de först strax under 70 procent för att i den senare perioden falla ned till under 60 procent av de totala kostnaderna.

I diagrammet nedan återkommer samma siffror men nu uppställda för att visa hur kostnader förändrats för de inblandade aktörerna. Jämförelsen är nu mellan årskostnaden per klient för de senaste 18 månader före PO, och de bägge alternativen med PO. Ett positivt värde (>0) innebär en kostnadsreduktion, dvs. en vinst, medan ett negativt värde (<0) innebär att kostnaderna har ökat, dvs. en förlust.

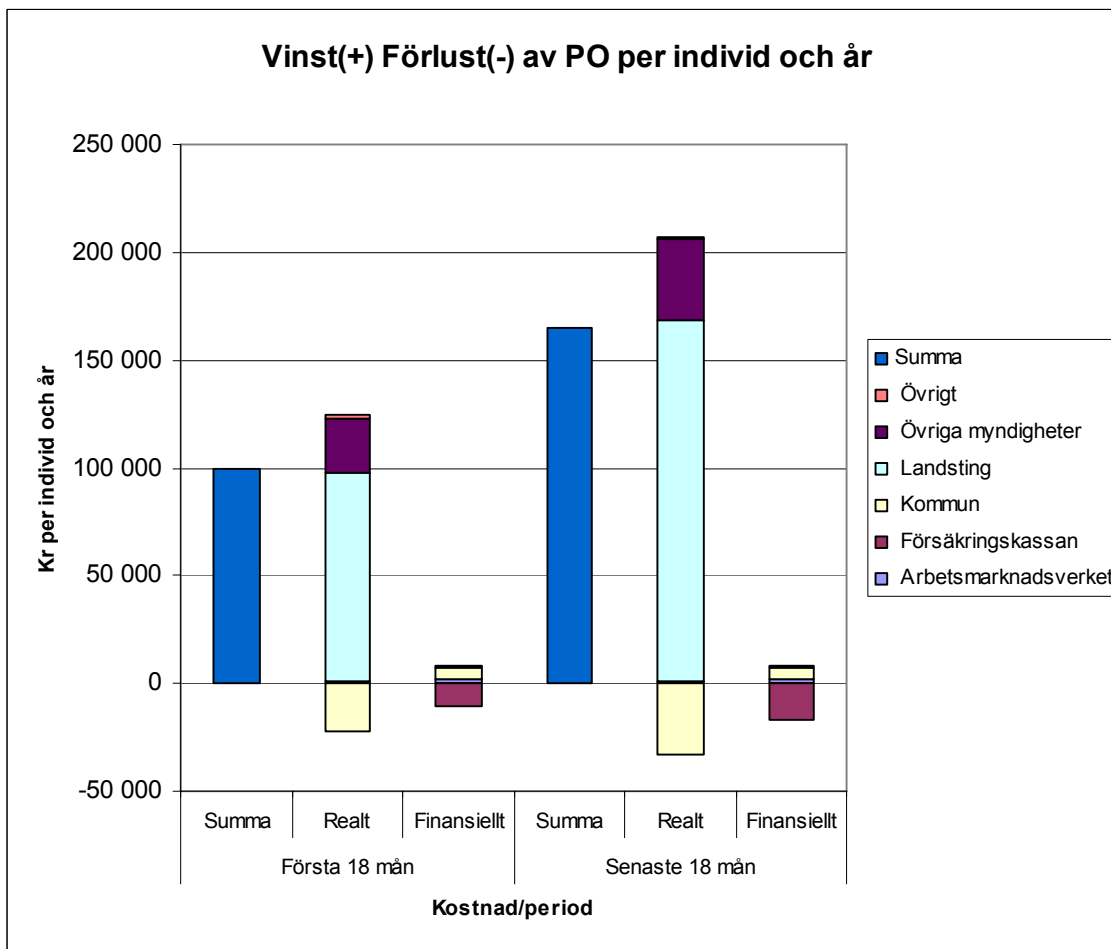


Diagram 5.

De reala kostnaderna har reducerats markant i och med PO. På kort sikt sjunker de med 33 procent för att på sikt ha sjunkit med 56 procent jämfört med perioden före PO. De finansiella kostnaderna å sin sida har ökat något. Den första perioden med PO har de ökat med 3 procent medan de den senare perioden har ökat med 10 procent jämfört med perioden före PO.

Den totala (reala + finansiella) kostnadsreduktionen uppgår till 100 000 kronor per år och klient i det korta perspektivet och 166 000 kronor i det längre perspektivet. Dessa vinster fördelar sig dock olika mellan de olika aktörerna. Landstingets sänkta kostnader motsvarar i stort sett de totala vinsterna såväl på kort som på lång sikt. Denna bild förstärks ytterligare om även rättspsykiatrien läggs till landstinget och inte bland de övriga myndigheterna. Kommunen får ökade reala kostnader samtidigt som de finansiella sjunker något. De finansiella kostnaderna för försäkringskassan fortsätter att öka även med PO.

Olika bakgrundsfaktorerers påverkan på kalkylen

PO-arbetet har gett särskilt stora effekter för klienter som innan de fick ombud haft stora insatser, insatser som inte varit samordnade, då man varit långt från arbetsmarknaden, haft en entydig diagnos och ingen form av multiproblematik.

I studien har vi valt ut ett antal bakgrundsfaktorer för att beskriva klienterna: kön, ålder, om man innan PO-arbetet haft samordnade insatser från olika myndigheter och om man är nära eller långt från arbetsmarknaden. Syftet med detta är att se hur det ekonomiska utfallet påverkas av sådana faktorer. Nedan redovisas resultatet av denna analys översiktligt.

- *Tidiga eller sena klienter.* De klienter som kom in i PO-verksamheten tidigt uppvisar en högre kostnadsbesparing än de klienter som kom in senare. Detta har framför allt med en högre andel slutenvård inom psykiatrin att göra, dvs. en högre kostnadsnivå innan man får PO. I kalkylen för hela urvalet kunde vi konstatera att det finns en allmän tendens till att kostnaderna stiger över tiden utan PO. Detta kan vara en förklaring till de högre kostnaderna för den tidiga gruppen – de var mer etablerade i sin roll som ”vårdkonsument”. En annan kan vara att utbudet av slutenvårdsinsatser minskat över tid eller att psykiatrin idag använder slutenvården på ett annat sätt än tidigare eller att klienterna i den senare gruppen helt enkelt är friskare.
- *Män och kvinnor* uppvisar lite olika kostnader och därmed vinster av PO:s insatser. Den genomsnittliga kostnaden för kvinnor ligger högre än för män såväl utan som med PO. Kostnaderna ser ut att öka trendmässigt för män utan PO. Kostnadsreduktionen i absoluta tal för kvinnor är större än den för män även om de procentuella förändringarna är i stort sätt lika (ca 41 procent).
- *Samordnade insatser före PO eller inte.* De ekonomiska vinsterna för insatser från PO blir betydligt större då klienten inte haft samordnade insatser innan han/hon får PO. I princip skulle man kunna tolka vinsterna i dessa fall som bestående av två delar: en mer generell samordningsvinst och en mer specifik PO-vinst.
- *Entydig diagnos eller mångtydig diagnos.* För den entydigt diagnosticerade gruppen kan man se hur kostnaderna före PO dels är högre och dels uppvisar en tydligare tendens till att eskalera över tiden. Besparingen med PO blir större, även om kostnadsläget med PO ligger något högre för klienter med entydig diagnos.
- *Multiproblematik.* Kostnadsreduktionen är störst i gruppen utan dubbel-diagnos och i gruppen med dubbeldiagnos med somatisk ohälsa. För gruppen med dubbeldiagnos med missbruk finns det knappast någon skillnad i kostnader utan och med PO. Det föreligger avsevärda skillnader mellan grupperna i termer av kostnadstryck innan klienterna får PO. Vi kan även se att kostnaderna efter att klienten fått PO skiljer sig mellan grupperna. Gruppen med multiproblematik inom psykiatrin ligger ca 50

procent över de övriga i genomsnittligt kostnadstryck med PO. Det är framför allt kostnaderna inom kommun som ligger betydligt högre för denna grupp.

- *Nära eller långt från arbetsmarknaden.* Baskalkylen antyder att det är mer lönsamt att göra insatser för gruppen som ligger längre från arbetsmarknaden i och med att det finns mer att spara där. Kostnaderna innan klienten får PO ligger betydligt högre i gruppen som ligger längre från arbetsmarknaden. Om man vidgar denna kalkyl till att dels ta hänsyn till att en lyckad insats för någon nära arbetsmarknaden sannolikt hindrar att denna person hamnar långt från arbetsmarknaden, med de högre kostnader detta innebär, och dels räknar in det produktionstillskott klienten som kommer tillbaka till arbetsmarknaden kan generera så förändras bilden dramatiskt. Med en sådan kalkyl skulle effekterna av PO-insatsen bli betydligt större för gruppen nära arbetsmarknaden.
- *Omfattande insatser före PO eller inte.* Grupperingen enligt hur stora insatser klienterna haft före PO visar ganska dramatiska skillnader i kostnadsbilden. Gruppen med omfattande insatser före ligger nästan på dubbla kostnader jämfört med gruppen utan omfattande insatser före. I och med att kostnaderna efter PO är ungefär desamma så innebär det att det finns särskilt stora kostnadsvinter att göra i gruppen med omfattande insatser före PO. Vilket inte är särskilt konstigt. De stora skillnaderna i kostnader före PO ligger framför allt i slutenvårdskostnader.
- *Med och utan socialt nätverk.* Skillnaderna mellan dessa grupper är mindre dramatiska såväl före som efter PO. Gruppen med socialt nätverk uppvisar dock en större genomsnittlig besparing. Till skillnad från tidigare gruppjämförelser så beror skillnaden mellan dessa grupper nästan helt på skillnader i kostnadsnivå efter att man fått PO. Detta öppnar för intressanta frågor kring komplementaritet och substitution mellan de formella insatserna och de informella nätverken.
- *Extremgrupperna mest/minst lönsamma.* Som en enkel känslighetsbedömning av resultaten konstruerades två syntetiska extremgrupper – bestående av de åtta minst respektive mest lönsamma klienterna på individbasis. Resultatet av denna beräkning visar att vinsterna av PO:s insatser rör sig inom ett ganska vitt spann. Från drygt 600 000 kronor per individ och år för de mest lönsamma ner till en förlust på drygt 200 000 kronor på kort sikt för den minst lönsamma gruppen om man gör en kortsiktig kalkyl när de fått PO. En något längre uppföljning av den minst lönsamma gruppen visar att detta förbyts i ett överskott på sikt. Sammansättningen på klientgruppen verkar därför avgöra framför allt om PO:s insatser är lönsamma på kort sikt.

I diagrammet nedan illustreras några av skillnaderna i resultat baserat på bakgrundsklassningen av klienterna. Här visas de årliga kostnaderna före PO (sista 18 månaderna) samt kostnaderna med PO (såväl första 18 som senaste 18 månaderna).

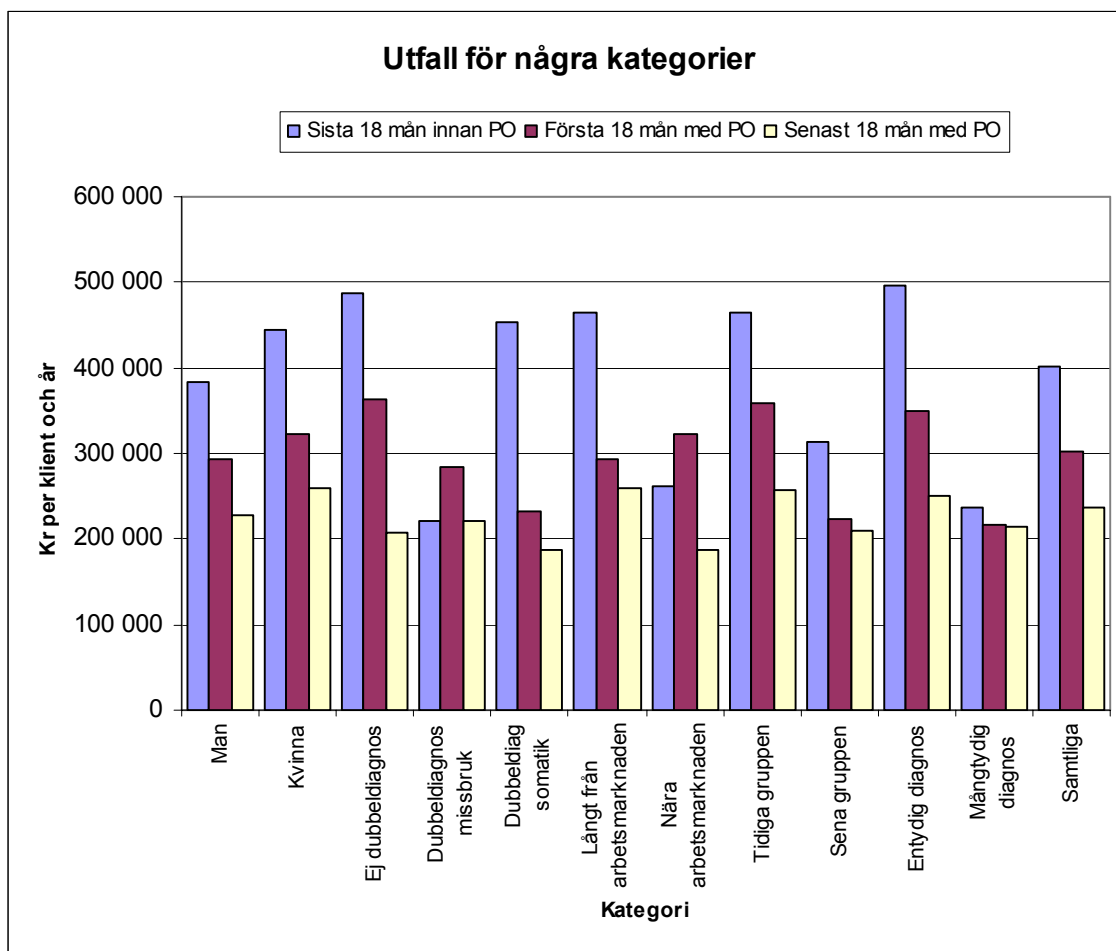


Diagram 6.

Som synes finns det en avsevärd variation mellan de olika grupperingarna. Alla grupper går med vinst redan i den första perioden efter PO utom klienter som är klassade som dubbeldiagnos med missbruk och de som är nära arbetsmarknaden. Om man förlänger uppföljningsperioden så finns det egentligen ingen kostnadsökning i någon grupp.

Avslutningsvis kan vi konstatera att det finns enskilda individer och grupperingar i materialet där PO:s insatser är kostnadsdrivande på kort sikt, dvs. för de första 18 månaderna efter att klienten fått PO. Om man går förbi denna initiala period så vänds dessa kostnadsökningar till kostnadsreduktioner. Slutsatsen blir därför att PO:s insatser är lönsamma, särskilt om man låter samarbetet pågå längre än de 18 första månaderna.

Även över olika delgrupperingar kan man ana förekomsten av en puckel-effekt där kostnaderna stiger först för att sedan falla. Det är intressant att notera att den ser ut att ha olika genomslag för de olika grupperna.

PO-arbetets ekonomiska utfall tycks inte påverkas särskilt mycket av

- kön eller ålder hos klienten
- PO-kontaktens varaktighet räknad i månader eller om PO-kontakten är aktiv, vilande eller avslutad

- kommuntillhörighet och därmed inte heller att man som ombud kanske arbetar med lite olika metodik i de två kommunerna
- tillgången på sociala nätverk.

PO-arbetets ekonomiska effekter ser ut ha varit särskilt kostnadsreducerande då klienten innan han/hon får PO

- har haft omfattande insatser
- har haft omfattande insatser som inte varit samordnade
- har varit långt från arbetsmarknaden
- har en entydig diagnos
- inte har någon form av multiproblematik.

Ombudsarbetet vidgade effekter – en diskussion

Introduktion

De resultat som ovan redovisats är baserade på faktiska journaldata för våra 40 klienter under de 40 kvartal vi har följt dessa klienter. Resultaten är i denna mening korrekta. De redovisar registrerade förändringar. Det finns emellertid ett antal effekter som inte registrerats och som vi därmed inte redovisat. Effekter som i vissa fall kan vara betydande. Det handlar om den förlorade produktion som uppstår till följd av klientens funktionshinder, påverkan på klientens föräldrar till följd av det psykiska funktionshindret samt påverkan på uppväxande barn.

Samtliga dessa effekter är utomordentligt svåra att mäta men samtidigt viktiga både i kvalitativ och kvantitativ mening varför de förtjänar att redovisas. Vi gör detta i form av räkneexempel baserade på information om de 40 olika klienterna och deras liv som vi fått från ombuden.

Ett alternativ till en passiviserande och marginaliserande resursanvändning

Endast cirka 5–7 procent av de offentliga resurserna kring de psykiskt funktionshindrade i denna studie används till rehabiliterande insatser. Insatserna från arbetsmarknadsmyndigheter samt i viss mån Försäkringskassan förefaller förstärka målgruppens marginalisering i samhället.

Vi har tidigare konstaterat att endast en mycket liten del av alla de resurser som används för vår målgrupp är av vad vi kallar aktivt rehabiliterande natur. Om vi gör tankeexperimentet att cirka 5 procent av de inneslutande, passivt omhändertagande och vårdande insatserna överfördes till den mer rehabiliterande delen av verksamheten, skulle detta kanske ge en ganska måttlig effekt för dessa verksamheter, t.ex. i form av minskad personaltäthet på vårdavdelningar och behandlingshem. Samma summa skulle fördubbla de rehabiliterande insatserna för klienten eller tillföra mellan 15 000 och 20 000 kronor på årsbasis och klient. Som ekonom ställer man sig i detta läge frågan: Var gör den sist insatta kronan störst nytta? En i det närmaste dubblerad rehabinsats erhålls till kostnaden av en femprocentig reduktion av de vårdande och försörjande insatserna.

Ett annat slående förhållande är den nästan totala frånvaron av arbetsmarknadsmyndigheterna i kostnadsbilden. Arbetsmarknadsmyndigheterna står för cirka 1 procent av de årliga kostnaderna. Om vi samtidigt betänker att cirka en tredjedel av klienterna enligt ombuden har någon form av koppling till arbetsmarknaden blir man en aning förundrad. Är det så att arbets-

marknadsmyndigheterna inte anser att detta är deras bord eller att det inte ligger i deras uppdrag att återföra dessa klienter till arbetsmarknaden? Hur rimmar detta i så fall med AMS' uppdrag att tillvarata arbetskraftreserven och höja förvärvsfrekvensen i landet till 80 procent? Bilden från andra PO-studier pekar också på att arbetsmarknadsmyndigheterna generellt inte ser sig som en viktig aktör kring denna målgrupp. Men det finns också undantag. I PO-verksamheten i Blekinge t.ex. har länsarbetsnämnden tagit en mycket viktig och aktiv roll.

På samma sätt kan man fråga sig vilket ansvar Försäkringskassan tar för den samordnade rehabiliteringen av denna målgrupp såsom den formulerats i proposition 63. Försäkringskassans dominerande roll förefaller vara den passivt försörjande. Ur ett ekonomiskt perspektiv kan man inte undgå att ställa sig frågan vilka belastningar på de finansiella försörjningssystemen och vilka reala BNP-förluster ett sådant förhållningssätt kan leda till. En möjlig slutsats utifrån dessa uppgifter är att de båda myndigheterna snarare bidrar till än motverkar marginaliseringen av de psykiskt funktionshindrade på arbetsmarknaden.

Den förlorade produktionen

Ombudsarbetet kan för enskilda individer ge viktiga ekonomiskt positiva bieffekter på upp till 100 000 kronor per klient och år i form av effekter för anhöriga och på arbetsmarknaden.

Cirka en tredjedel av klienterna i stickprovet befinner sig enligt ombudens bedömning i närheten av arbetsmarknaden. Om ombudens insats leder till att de i större eller mindre omfattning kan närma sig arbetsmarknaden och därmed dels avlasta de offentliga försörjningssystemen och dels bidra till den samhälleliga produktionen (BNP-bidrag) uppstår både finansiella och reala ekonomiska effekter. Den reala effekten kan med en rimlig approximation beräknas till summan av lön och lönekostnadspåslag. Låt oss räkna med två helt skilda exempel:

- Klient A är en person med begränsad framtida arbetsförmåga. Vi antar att han har en genomsnittlig arbetsförmåga som uppgår till en tredjedel av arbetsförmågan hos en kommunanställd. I så fall uppgår den årliga produktionsförlusten till cirka 100 000 kronor. Klienten som är 40 år har 25 år kvar till ålderspension. Den ackumulerade (icke diskonterade) kostnaden som i så fall uppstår till följd av en icke nödvändig utestängning från arbetsmarknaden uppgår till totalt cirka 2 500 000 kronor (eller 1 625 000 kronor diskonterat med 4 procent).
- Klient B är en person med i det närmaste full framtida arbetsförmåga men där arbetsförmågan till följd av skov helt elimineras under 25 procent av all tid. I hans fall uppgår den årliga produktionsförlusten till 225 000 kronor eller för den återstående tiden fram till ålderspension till drygt 5,6 miljoner kronor (eller 3,6 miljoner kronor diskonterat med 4 procent).

Enligt de ombud som medverkat i studien finns det cirka tio klienter av både kategori A och B i vårt stickprov.

Påverkan på föräldragenerationen

Då ombuden kommer in i bilden uppger många anhöriga att de avlastats ett tungt arbete som stöd för sina psykiskt funktionshindrade släktingar. Ofta handlar det om föräldrar⁴ som för att kunna klara av situationen går ner i arbetstid eller blir sjukskrivna till följd av alla de påfrestningar som uppstår. Många anhöriga vittnar om vilket stöd och vilken avlastning PO-insatsen utgör. Även här får vi beskriva effekten i form av ett par räkneexempel.

- Förälder A går ner 25 procent i arbetstid för att kunna stödja sin psykiskt funktionshindrade dotter. Föräldern har en månadslön på cirka 23 000 kronor vilket inklusive ett lönekostnadspåslag på 40 procent gör en årlig lönekostnad på cirka 390 000 kronor. Produktionsminskningen på grund av stödet till den funktionshindrade dottern uppgår till följd av detta till drygt 95 000 kronor på årsbasis. Om vi antar att detta pågår under en tioårsperiod blir den totala samhällsförlusten knappt en miljon kronor (eller 800 000 kronor diskonterat med 4 procent).
- Förälder B är helt sjukskriven i omgångar under en tioårsperiod. Sjukskrivningen omfattar cirka två månader per år under denna period. Varje månads sjukskrivning leder till en produktionsförlust på drygt 30 000 kronor. För hela tioårsperioden uppgår de totala produktionsförlusterna till cirka 650 000 kronor (eller 506 000 kronor diskonterat med 4 procent).

I vårt stickprov förefaller det, enligt vad ombuden anger, finnas ett antal föräldrar (mellan 5 och 10) som mer eller mindre liknar både typ A och typ B i vårt stickprov. Vissa av dem har återgått till fullt arbete eller upphört med sjukskrivning efter det att ombuden har kommit in i bilden.

Påverkan på nästa generation

En inte ovanlig bild är att barn till psykiskt funktionshindrade tar ett betydande ansvar för sina sjuka föräldrar. Det sker bl.a. genom att man flyttar hemifrån sent i livet eller inleder yrkeslivet senare än annars. Detta leder naturligtvis (vid sidan av alla de personliga, känslomässiga och sociala effekterna) till samhälleliga produktionsförluster.

Ett års senare introduktion i yrkeslivet leder vid en förväntad slutlön på 23 000 kronor i månaden till en samhällelig BNP-förlust som uppgår till cirka 385 000 kronor. Då ombuden kommer in i bilden är en vanlig bild att barnen till de psykiskt funktionshindrade känner en betydlig lättnad, ett minskat ansvar och lättare kan ta steget ut i yrkeslivet. I vårt stickprov finns några sådana exempel.

⁴ Vi är medvetna om att många (men långt ifrån alla) av våra klienters föräldrar av ålderskäl inte längre ingår i arbetskraften. Dock tycker vi att det av principiella skäl är viktigt att lyfta fram denna indirekta effekt.

Att generalisera våra resultat

De resultat som redovisats gäller i första hand de klienter som ingår i vårt stickprov. En fråga som infinner sig är i vad mån resultaten är generaliserbara utanför stickprovet. Detta måste besvaras i två steg. Det första steget handlar om huruvida slutsatserna är generaliserbara för samtliga PO-klienter i Lund och Kristianstad. Eftersom vi valt stickprovet utifrån statistiskt vedertagna metoder för slumpmässigt urval vågar vi med rimlig säkerhet påstå att sådana generaliseringar sannolikt är möjliga att göra.

Det andra steget handlar om huruvida slutsatserna är direkt generaliserbara för riket i sin helhet. Det är de inte. De kommuner vi studerat har valts eftersom de haft PO-verksamhet under lång tid och vi kan inte med denna studie som enda grund uttala oss om de i denna mening är typiska, bättre eller sämre än andra kommuner i landet. Visserligen kan vi se att skillnaderna i effekt mellan de två kommunerna är mycket små trots helt olika struktur på de offentliga systemen och trots delvis olika synsätt i ombudens metodik och val av målgrupp. Men i övrigt vet vi inte med säkerhet i vilken mån effekterna av PO-arbetet varierar med kommunstorlek, närhet till psykiatrisk klinik, sättet att organisera och leda offentlig verksamhet, samverkanstraditioner, ombudens metodik etc.

Vi kan dock se att vårt stickprov av klienter i stora drag liknar hela rikspopulationen med undantag för två faktorer. Den ena är könsfördelning, vilket inte har särskilt stor betydelse i vårt fall eftersom effekterna (i form av förändrade kostnader) för män och kvinnor är i stort ganska lika.

Den andra skillnaden är varaktigheten i ombudskontakten som i vårt stickprov är längre än för populationen klienter på riksnivå. Vi har genom känslighetsanalyser i vårt material försökt se om varaktigheten i klientkontakt (som spänner över hela intervallet från 4 till 107 månader) påverkar de ekonomiska effekternas storlek. Vi kan inte hitta ett sådant samband.

Till följd av de begränsningar vårt material har kan man alltså inte dra några säkra generella slutsatser för landet i sin helhet kring reformen. Detta trots att inget i vårt material eller de dialoger vi haft med ett hundratal ombud och deras ledningsgrupper runt om i landet antyder att situationen i de båda kommunerna och ombudens arbete och dess effekter skulle vara dramatiskt avvikande från ett medelvärde för riket i sin helhet.

Vi kommer här i räkneexemplet form se vilka slutsatser som går att dra om effekterna i Lund och Kristianstad skulle vara representativa för landet i sin helhet. Detta ger naturligtvis impulser till att göra studier i flera kommuner för att få en mer allsidig belysning av frågan.

Ett lokalt samverkansbokslut för reformen personligt ombud

Ett samverkansbokslut för Lund och Kristianstad kring PO-reformen i dessa två kommuner visar att den totala årliga vinsten uppgår till 7 respektive 18 miljoner kronor.

Ett genomgående problem i alla komplexa rehabiliteringsprocesser som berör flera olika offentliga aktörer är frågan om vem som vinner och vem som förlorar på samverkan. Vem sitter så att säga i slutändan med Svarte Petter? Denna diskussion leder alltför ofta till att, eftersom omfördelningsproblematiken inte kan hanteras, man inte kommer någon vart i det utvidgade samarbetet. Vi har i andra sammanhang använt oss av begreppet samverkansboks slut som en modell för hur frågan kan hanteras. Vi tänker oss att man skapar ett uppföljningsinstrument vars syfte är att på individnivå följa de omfördelningseffekter som samverkansprocessen leder till. I denna studie har vi som en sorts biprodukt fått en databas med vars hjälp ett sådant samverkansboks slut kan tas fram.

Nedan har vi i mycket grov form skapat två sådana boks slut. De är baserade på de två kommuner som ingår i studien och varje berörd aktör (myndighet) redovisas i boks slutet som ett kostnadsställe (en redovisning som naturligtvis utan svårighet kan brytas ner på lägre organisationsnivå t.ex. primärvård, akutsjukvård och psykiatri).

Vi har i tabellen gjort boks slutet med utgångspunkt i att det finns 113 klienter i Kristianstad och 47 klienter i Lund som fått ett ombud och därefter räknat upp de individuella ekonomiska effekterna på kommunnivå. Vi ser då både hur totaleffekterna av reformen ser ut i de båda kommunerna samt vilka omfördelningseffekter som uppstår på organisationsnivå.

Lokalt samverkansboks slut 2005 för PO

	Kristianstad	Lund
Landsting	18 946 371 kr	7 880 349 kr
Försäkringskassa	-1 972 189 kr	-820 291 kr
Kommun	-3 080 380 kr	-1 281 220 kr
Arbetsförmedling	291 653 kr	121 307 kr
Övriga	4 243 828 kr	1 765 132 kr
Summa	18 429 283 kr	7 665 277 kr

Effekter för riket – ett nationellt samverkansboks slut

Varje ombud kan generera en landstingsvinst på 3,9 miljoner kronor och en kommunal förlust på 650 000 kronor. Den gemensamma vinsten att fördela är cirka 3,2 miljoner kronor per ombud. Vid en eventuell skatteväxlingsdiskussion kring reformens finansiering torde 600–900 miljoner kronor vara ett intervall möjligt att utgå från.

För rikets del kan man beräkna effekterna på ett annat sätt. Under de fyra år som reformen har genomförts (2001–2004) har cirka 7 000 klienter fått ombud. Om de ekonomiska effekterna för dessa är lika stora som för klienterna i vår studie uppgår de till totalt sett drygt 1,1 miljard kronor ($163\,090 \cdot 7\,000$) på årsbasis. Under de fyra åren som reformen varit verksam leder detta till sammanlagda effekter på cirka 4,5 miljarder kronor.

Kostnaderna för reformen under samma tid har för statens del uppgått till 360 miljoner kronor till vilket kommer en kommunal merkostnad som uppgår till ytterligare cirka 125 miljoner kronor ($360 \cdot 0.35$). Den totala kostnaden för PO-reformen blir med detta sätt att räkna 485 miljoner kronor eller 120 miljoner kronor på årsbasis. Det totala överskottet för treårsperioden uppgår till cirka 4 miljarder kronor eller 1 miljard kronor på årsbasis. Intäkterna blir med detta sätt att räkna drygt 9 gånger kostnaderna för reformen.

Om man på ett liknande sätt som ovan försöker sig på att räkna fram ett nationellt samverkansbokslut för PO-reformen får det följande utseende.

Nationellt samverkansbokslut 2005 för PO

	Riket
Landsting	1 173 669 000 kr
Försäkringskassa	-122 171 000 kr
Kommun	-190 820 000 kr
Arbetsförmedling	18 067 000 kr
Övriga	262 892 000 kr
Summa	1 141 637 000 kr

Vi har tidigare pekat på att klienterna i vår studie skiljer sig från rikspopulationen främst genom den längre varaktigheten i PO-kontakten. På riksnivå har ungefär hälften av klienterna en kort eller mycket kort kontaktperiod med ombuden. Vid de känslighetsanalyser vi gjort i vårt stickprov kan vi inte se att kontakttidens längd påverkar det ekonomiska utfallet. Men om vi rent hypotetiskt, för att inte överdriva studiens effekter, utgår från att för dessa klienter uppstår inga ekonomiska effekter skulle ett nationellt samverkansbokslut få följande utseende.

Nationellt samverkansbokslut 2005 för PO – halva populationen

	Riket
Landsting	586 835 000 kr
Försäkringskassa	-61 086 000 kr
Kommun	-95 410 000 kr
Arbetsförmedling	9 033 000 kr
Övriga	131 446 000 kr
Summa	570 082 000 kr

Detta samverkansbokslut ger anledning att fundera i termer av vinnare och förlorare på nationell nivå kring PO-reformen. Då man en gång genomförde psykiatireformen var en av de finansiella förutsättningarna en skatteväxling mellan kommun och landsting för att kompensera kommunerna för deras ökade ansvar. En inte orimlig tanke är att PO-reformen förstärker psykiatireformens intentioner, åtminstone visar vårt embryo till samverkansbokslut på ett sådant mönster. En logisk följd av denna tanke vore att på nytt tänka i termer av skatteväxling.

Låt oss utgå från tabellerna ovan⁵ och dessutom ta oss friheten att tro att de ger en korrekt bild av hela landet. Det finns cirka 300 ombud i landet och var och en av dem kan ha genererat en vinst i landstinget på cirka 3,9 miljoner kronor och en förlust i kommunerna på cirka 650 000 kronor. Om vi hypotetiskt tänker oss att landstinget kompenserar kommunerna för denna förlust återstår cirka 3,2 miljoner kronor att fördela för vart och ett av landets 300 ombud. Om vi i stället utgår från vårt hypotetiska antagande om att för hälften av landets klienter uppstår ingen effekt alls, halveras siffrorna. Vi kan alltså identifiera en gemensam vinst att fördela mellan båda parter om man så vill. En summa som på riksnivå kanske kan uppgå till mellan 600 och 900 miljoner kronor.

Att tänka i investerings- och pay off-perspektiv

En PO-insats i denna studie kostar cirka 40 000 kronor per klient. Detta ger på fem års sikt en avkastning på cirka 700 000 kronor eller 17 gånger den ursprungliga investeringskostnaden.

Detta ger oss som ekonomer anledning att tänka på PO-reformen som ett investeringsproblem. Även här ställs vi inför ett metodproblem. På kort och medellång sikt (dvs. upp till fem år) har vi data för vår målgrupp och kan med ganska stor säkerhet sätta siffror på vilken avkastning i form av ekonomiska vinster som PO-insatsen leder till.

På lång sikt (och i detta sammanhang har vi definierat lång sikt som tiden fram till klienternas ålderspension, dvs. en period om 25 år) blir det mest en fråga om hypoteser och räkneexempel. Den enda indikationen vi har på hur de långsiktiga effekterna ser ut är att under den överblickbara tiden för vår databas pekar allt på att effekterna på kort och medellång sikt tenderar att vara stabila och i de flesta fall tilltar. Detta pekar på att ett räkneexempel för en 25-årsperiod som baseras på en extrapolering av femårsperiodens resultat kanske inte är alltför orealistiskt.

Under den femårsperiod vi mätt uppgår den sammanlagda kostnadsreduktionen till följd av ombudens arbete till lågt räknat 700 000 kronor för varje klient i studien (beräknat som genomsnittet för de årliga vinsterna i början och slutet av perioden multiplicerat med fem, dvs. $(110\,000 + 170\,000)/2 \cdot 5$). Den genomsnittliga kostnaden för PO-insatsen under samma tid uppgår till cirka 40 000 kronor per klient, beräknat på att varje ombud har i genomsnitt 20 klienter aktiva samtidigt och att den genomsnittliga klienttiden är två år. Vi utgår då från att den årliga PO-kostnaden uppgår till 400 000 kronor per heltidstjänst (300 000 i statsbidrag och 100 000 kronor i kommunala kostnader).

Med detta sätt att räkna leder en genomsnittlig PO-insats till att nettovinsten per klient för en femårsperiod uppgår till 660 000 kronor ($700\,000 - 40\,000$) eller ger en avkastning på drygt 17 gånger pengarna. Avkastningen

⁵ I dessa kalkyler gör vi ett stort antal förenklingar, men räkneexemplet ger ändå en grov bild, med rimliga storleksordningar, av vilka omfördelningsmöjligheter som står till buds kring PO-reformen.

på investeringen uppgår under femårsperioden till 1 700 procent eller grovt räknat 350 procent på årsbasis.

Om vi i räkneexemplens form ska spekulera i de riktigt långsiktiga vinsterna av PO-insatsen så blir de för de 25 år som återstår till den genomsnittliga klientens ålderspension (utan hänsyn taget till diskonteringsfaktorn) cirka 3,5 miljoner kronor per klient eller mer än 85 gånger den ursprungliga kostnaden (eller 2,3 miljoner kronor diskonterat med 4 procent, och 57 gånger den ursprungliga kostnaden). Allt under förutsättning att de ursprungliga fem årens mönster vidmakthålls, vilket vi naturligtvis inte har grund för att hävda.

En välfärdspolitisk diskussion om arbetets effekter

Bättre och billigare

Tanken bakom PO-verksamheten är att genom samordning av insatserna kring den enskilde ska han få sina behov och rättigheter tillgodosedda. Men som en följd av detta finns en mer eller mindre tydligt formulerad hypotes: att han både ska komma att må psykiskt bättre och därmed på sikt få minskade vård- och omvårdnadsbehov. Man kan tänka sig följande principiellt olika alternativ.

PO-verksamheten leder till högre eller lägre kostnader för samhället. Om kostnaderna sjunker kan detta endera bero på att individen får det sämre och kostnadsminskningen är ett resultat av olika former av offentliga nedskärningar. Men det kan också bero på att PO-arbetet leder till en bättre samordning av insatserna kring den enskilde vilket leder till att han mår allt bättre och på så sätt är i behov av mindre insatser än tidigare. Om så är fallet leder PO-arbetet till en effektivitetshöjning av offentliga verksamheter.

Om kostnaderna för PO-arbetet stiger kan detta bero antingen på att man ökar insatserna kring den enskilde så att han mår allt bättre. I så fall är PO-arbetet ett led i samhällets ambitionshöjning kring denna målgrupp. Å andra sidan kan ökade insatser leda till att den enskilde mår ännu sämre genom dålig koordinering och matchning av insatserna. I så fall har PO-arbetet lett till en ineffektiv resursanvändning i samhället. De fyra alternativa möjligheter vi diskuterat finns sammanfattade i figuren nedan.

Bättre och billigare?

	BILLIGARE	DYRARE
BÄTTRE	EFFEKTIVT	AMBITIONS- HÖJNING
SÄMRE	NEDSKÄRNING	INEFFEKTIVT

I denna rapport har vi inte varit fokuserade på vilka effekter på den enskildes välbefinnande, sjukdom eller funktionsförmåga som PO-arbetet leder till. Det ligger utanför vårt uppdrag. I samband med psykiatrireformens genomförande startades försöksverksamheter i ett tiotal kommuner. Dessa utvärderades och de positiva resultaten man fann i form av bättre välbefinnande, mindre vårdbehov och minskad vårdkonsumtion låg till grund för beslutet om att genomföra reformen med personligt ombud. Denna uppföljning har nu genomförts ytterligare en gång, sex år efter den ursprungliga och det intressanta är om de ursprungliga resultaten varit bestående eller övergående. Den övergripande slutsatsen är inte bara att resultaten varit bestående. Resultaten har i flera avseenden bekräftats ytterligare, vilket framkommer av följande exempel:

- Andelen klienter med meningsfull sysselsättning ökar markant (med 60 procent) och de sociala kontakterna mer än fördubblas.
- Vårdbehoven har minskat signifikant hos klienterna.
- Antalet otillfredsställda vårdbehov hos klienterna minskar också signifikant.
- Slutenvårdskonsumtionen fortsätter att minska från inledningsvis 60 dagar 18 månader före PO, via 24 dagar 18 månader efter PO till 4 dagar efter 6 år.
- Andelen klienter med upplevda psykiatriska symtom minskade signifikant.
- Klienternas livskvalitet ökade signifikant, både totalt sett och då det gäller fysisk och psykisk hälsa samt familjerelationer. Samma sak gäller även tillgången till olika former av sociala relationer och nätverk.

Det finns alltså goda skäl att tro att de positiva effekterna av PO-arbetet kanske inte bara är bestående utan också förstärks över tid. I vår tabell ovan kan vi därmed med en viss säkerhet utränga de två alternativen ”nedskärning” och ”ineffektiv resursanvändning”. De kostnadsförändringar som uppstår som en följd av PO-arbetet kan då endera tolkas som ett resultat av effektivare resursanvändning eller ambitionshöjningar kring denna målgrupp, eller en kombination av dessa båda möjligheter.

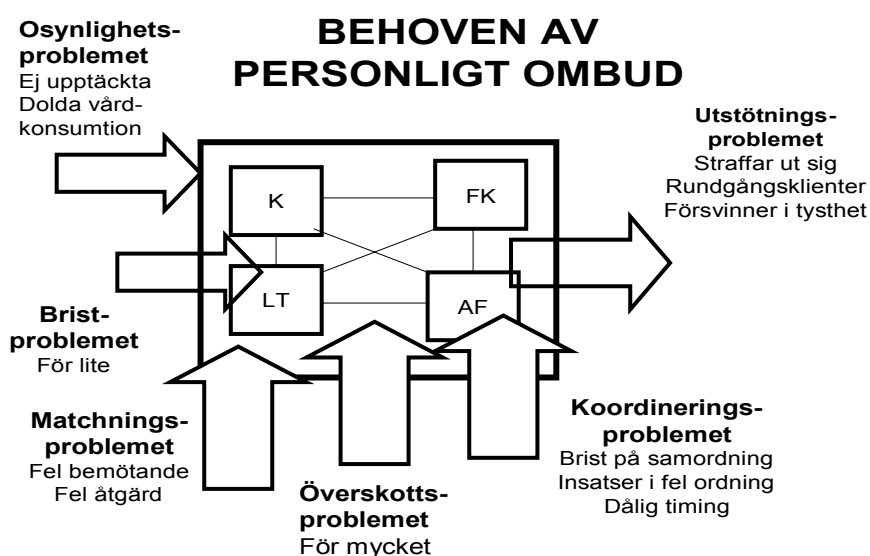
Vi tycker oss med stöd av vår analys kunna dra slutsatsen att PO-reformen inte bara gör klienternas liv bättre, det blir också billigare för samhället. Vi tycker oss se att sexårsuppföljningens resultat också speglas i den ekonomiska analysen. Kostnaderna faller, faller dramatiskt, ökar över tid, upphör inte då PO-insatsen upphör, blir större ju längre fram i tid vi går och förefaller därmed också vara bestående. Den mest rimliga slutsatsen av detta är att PO-arbetet skapar goda förutsättningar för ett bättre och effektivare resursutnyttjande kring psykiskt funktionshindrade.

Klienternas behov av ombud

En intressant fråga är då: Hur kan denna effekt uppstå? Man kan ju hypotetiskt tänka sig att ombudsarbetet både är kostnadsdrivande genom att ombuden å klientens vägnar kräver fler insatser, men också att man är kostnads-

reducerande genom att man höjer träffsäkerheten i att matcha insatser mot behov eller i att samordna insatser. För att få svar på denna fråga måste man få en bild av vilka behov som gör att klienter söker sig till ombud. Studier och intervjuer samt workshops med i stort sett alla landets ombud identifierar sex olika skäl till varför en klient vill ha personligt ombud.

- Den första gruppen av dessa är de som ännu inte är upptäckta av de offentliga aktörerna eller som av olika skäl passivt dragit sig undan. De gör inte mycket väsen av sig, men far ofta väldigt illa – de tysta och förbisedda – bärarna av osynlighetsproblemet.
- Den andra gruppen är de som redan idag får insatser men där insatserna av olika skäl är otillräckliga i förhållande till de behov man har. De som fått för lite – bärarna av bristproblematiken.
- Den tredje gruppen av människor är de som redan idag får olika former av insatser men där dessa insatser inte överensstämmer med de behov den enskilde har eller då insatserna kommer vid fel tidpunkt – bärarna av matchningsproblematiken.
- En fjärde grupp av människor är de som får många olika insatser men där insatserna ofta inte är koordinerade eller hänger samman. Till denna grupp av människor hör de offentliga systemens storkonsumenter, rundgångsärendena – bärarna av koordineringsproblemet.
- Den femte gruppen är klienter som idag har olika former av insatser men anser att dessa insatser antingen är för omfattande eller har insatser som man inte längre anser sig behöva – de som är drabbade av överskottsproblemet.
- Den sjätte gruppen av människor är de som de offentliga systemen av olika skäl inte vill eller anser sig kunna ta hand om. Här hittar vi alla de människor som av olika skäl gjort sig omöjliga, upplevs som farliga, eller på andra vis straffar ut sig – bärarna av utstöttningsproblemet.



Var och en av dessa sex delgrupper hos de personliga ombuden bär med sig olika sorters information om våra offentliga system.

- Den osynliga gruppen ger oss information om vårt bristande uppsökande arbete. Här kan ombudsverksamheten fylla funktionen av en sorts spaningsorganisation som bistår oss med att hitta de mest utsatta av de utsatta – psykiatrireformens kanske mest förbisedda målgrupp.
- De som får för lite insatser kan dels ge oss information om den resursproblematik som finns kring denna målgrupp, dels kanske också ge oss information om det informationsglapp som uppstår mellan klient och behandlare då det gäller förmågan att förstå klientens behov.
- Men detta gap kommer kanske ännu mer tillkänna bland dem som får insatser av fel sort, dvs. där matchningen mellan behov och insats inte stämmer. Detta gap blottlägger bl.a. kompetensbrister hos personalen, vilket innebär att man för denna delmålgrupp stundtals sätter in (ofta ganska dyra) insatser som inte ger effekt eftersom de inte utgår från klientens behov.
- De vars insatser inte samordnas synliggör behoven av samordnade insatser kring multifaktoriell problematik och ger oss en antydning om att här kan föreligga betydande effektivitetsförluster och resursslöseri genom att insatserna kring klienten fragmenteras och inte samordnas.
- Överskottsgruppen ger oss indikationer på att de offentliga systemen brister då det gäller att följa upp, anpassa insatser efter behov samt avsluta beslutade insatser i tid, liksom att vara lyhörda inför klientens behov.
- De utstötta synliggör metod- och kompetensbrister i våra organisationer men kanske också värderingsbrister som har att göra med vår syn på det osynliga handikapp som psykiskt funktionshinder utgör.

I andra studier samt i systematiska diskussioner med i stort sett samtliga ombud i landet blir bilden att den dominerande delen (cirka 65 procent) av klienterna tillhör den grupp som har dålig matchning mellan behov och insats eller dålig koordinering av de insatser som ges.

Stuprörslagiken

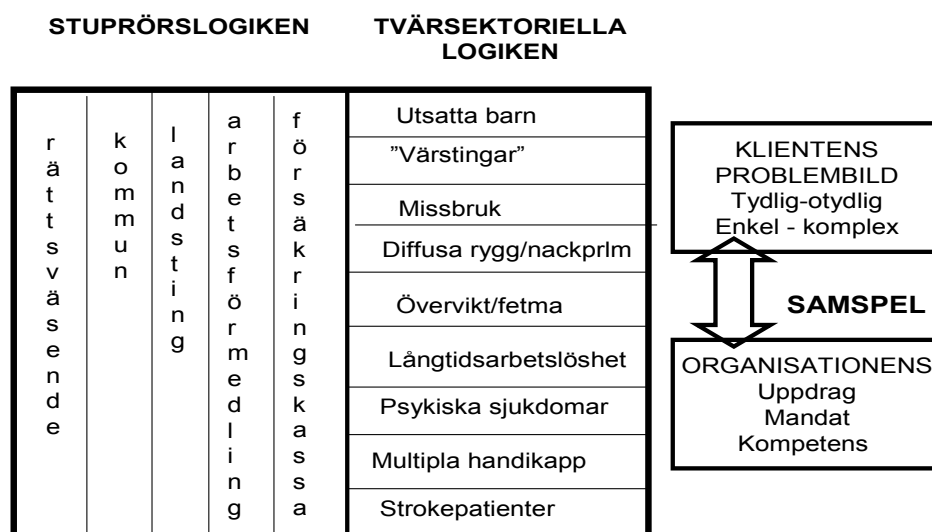
Den ekonomiska analysen visar egentligen på två saker. Den ena är att PO-arbetet ser ut att leda till betydande positiva ekonomiska effekter, effekter som dessutom förefaller vara bestående och förstärks över tid. Den andra saken är att detta påvisar eller synliggör ineffektiviteter i resursanvändningen i våra offentliga system för just denna målgrupp. En av våra poänger här är att dessa systemfel inte är slumpmässiga, tillfälliga eller utgörs av enstaka exempel. Tvärtom, de är systematiska och inbyggda i våra organisationers sätt att fungera. De utgör därmed en möjlig grogrund för mycket betydande effektivitetsförluster och resursslöseri i de offentliga rehabiliteringssystemen. Ett av dessa problem är vad man skulle kunna kalla stuprörslagiken. Med stuprörslagiken menas det förhållande att våra offentliga system är organiserade i ett antal avgränsade stuprör med lite insyn i och kunskap om varandras arbetsfält. Detta fungerar väl om klientens problembild är tydlig

och okomplicerad och överensstämmer väl med organisationens kompetens, mandat och uppdrag.

Problemet uppstår då klientens problem är diffust, sammansatt och spänner över flera olika organisationers kompetens- och mandatområden. Dessa klienter passar inte in i systemet eftersom just det diffusa, komplexa och sammansatta kräver en gemensam och samordnad insats från många aktörer både för att förstå problemet och för att därefter hitta rätt lösningar. Detta gäller i hög grad för marginaliserade grupper, t.ex. psykiskt funktionshindrade som vi här har studerat. Det paradoxala är att klienter som på grund av det sammansatta, diffusa och komplexa i sin problematik har störst behov av stöd också har svårast att nå fram till ett sådant stöd.

I vår studie ser vi ganska klart och tydligt att just de klienter som har störst behov av samordnade insatser, t.ex. dubbeldiagnoser av olika slag, också är den grupp som får minst samordning av sina insatser. De får endast samordning i mellan 14 och 27 procent av alla fall i motsats till den grupp som inte har en sådan problematik och där samordning paradoxalt nog sker i 57 procent av alla fall.

Vi kan också se att ombudens arbete har minst ekonomiskt genomslag för dem som har en mångtydig diagnos, endast en årlig kostnadsreduktion på cirka 20 000 kronor per klient i jämförelse med cirka 240 000 kronor per år för klienter med entydig diagnos. Samma förhållande gäller för klienter med och utan multifaktoriell problematik. För personer som både har missbruk och psykisk sjukdom som problem är det ekonomiska genomslaget i ombudens arbete praktiskt taget obefintligt, medan effekten för de klienter som inte har någon sådan problematik är den årliga besparingen nästan 280 000 kronor per klient. Detta kan tolkas som tämligen tydliga indikationer på de offentliga systemens svårigheter att hantera det diffusa och komplexa. Men det pekar kanske också på att just för denna typ av komplexa målgrupper är möjligtvis inte PO-arbetet det mest effektiva.



Personer med psykiska funktionshinder är en grupp som inte riktigt passar in i systemen och med vilken det spelas ett sorts organisatoriskt Svarte Petter-spel. För den enskilde klienten innebär detta att han i alltför hög grad tvingas in i ett fruktlöst gatlopp mellan olika myndigheter. Alla tar ett begränsat ansvar för hans situation men ingen aktör vare sig ser hela bilden eller tar ansvar för att lösa den.

I redovisningen av de ekonomiska resurser som satsas kring psykiskt funktionshindrade illustrerades hur kostnaderna för denna målgrupp är en komplex mix av olika insatser från de olika stuprören. Det som ur landstingets synvinkel ser ut att vara en betungande kostnad på 200 000 kronor per år är för arbetsförmedlingen en marginell kostnad på 3 700 kronor och för samhället en kostnad på 345 000 kronor. Samma fenomen men tre helt olika kostnadsperspektiv.

Ur kommunens perspektiv är PO-insatsen inte en lönsam affär. I Kristianstad uppgår den årliga förlusten med detta sätt att räkna till 3 miljoner kronor per år för kommunen även om detta ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är en mycket lönsam affär med ett årligt gemensamt överskott för de berörda myndigheterna i Kristianstad på sammanlagt 18 miljoner kronor.

Men det finns också andra, ännu mer förödande mekanismer. En sådan är samspelet mellan finansiella och reala effekter kring klienterna i vår studie. Studien visar att cirka en tredjedel av klienterna av ombuden anses ha någon form av närhet till arbetsmarknaden. Trots detta går det att identifiera två tydliga mönster av mer eller mindre uttalad Svarte Petter-natur. Den ena är arbetsmarknads-myndigheternas tydliga marginalisering av målgruppen som främst tar sig uttryck genom frånvaro av rehabiliteringsinsatser. Den andra är försäkringskassans tydliga strävan att omvandla gruppen av långtidssjukskrivna till förtidspensionärer (eller sjukersättning som det numera heter). I båda fallen handlar det för berörda myndigheter om en kombination av att fokusera på att uppnå av statsmakterna uppsatta mål (minska antalet långtidssjukskrivna) samt uppnå spareffekter i de finansiella systemen (a-kassa, sjukpenning etc.). Kostnaderna är förfärande. För varje enskild klient i vår undersökning som av just dessa skäl permanent utestängs från arbetslivet blir den totala samhällsförlusten enbart i form av förlorad produktion åtminstone 2,5 miljoner kronor och den kan mycket väl uppgå till över 5 miljoner kronor. Det förefaller som att vi med detta perspektiv får det klassiska fallet då man sväljer mygg och silar kameler.

En övergripande slutsats för denna målgrupp (och kanske även för andra målgrupper med en komplex problematik) är att stuprörstänkandet leder till betydande samhällsförluster och ineffektiviteter i resursanvändningen. På kort sikt kan det se ut som om detta ur den enskilda myndighetens perspektiv är en vinst, men sträcker man ut tidshorisonten tillräckligt långt vänds ofta även en sådan kortsiktig myndighetsvinst till förlust vilket vi kommer att se längre fram.

För att slutsatserna av dessa insikter ska kunna omsättas i praktisk och konkret handling på system- och organisationsnivå krävs någon form av planerings-, uppföljnings- och rapporteringssystem. Dels för att vidga perspektivet utanför det trånga sektorsintresset och dels för att ta det bortom den korta ettåriga tidshorisonten – ett system för samverkans- eller välfärdsbokslut på det sätt vi tidigare presenterat i rapporten. Ett sådant system skul-

le göra det möjligt för olika offentliga aktörer att i samverkansprocesser förhandla om hur kostnader och intäkter av samverkan ska fördelas mellan olika aktörer. På så sätt kan vinnarna kompensera förlorarna i processen så att alla parter vinner.

I organisatoriska termer innebär en sådan strukturförändring kanske förändrat huvudmannaskap i den offentliga sektorn t.ex. en gemensam nämnd för kommun och landsting – en organisatorisk lösning där kommun och landsting slår sina påsar samman.

Med siffrorna i vårt samverkansboks slut kan vi konstatera att om PO-arbetet med klienterna i Kristianstad bedrivs under hägnet av en gemensam nämnd skulle det redan på ett års sikt kunna anses vara en rimligt god affär genom att både kommunens negativa och landstingets positiva effekter av insatsen kan medräknas i ett sådant bokslut. Det gemensamma resultatet för en sådan nämnd skulle vara en årlig vinst på knappt 16 miljoner kronor per år. En vinst som skulle gå att fördela mellan kommun och landsting inom ramen för den gemensamma nämndens budget. Beslutsläget förändras för de inblandade.

Kortsiktighetens tyranni

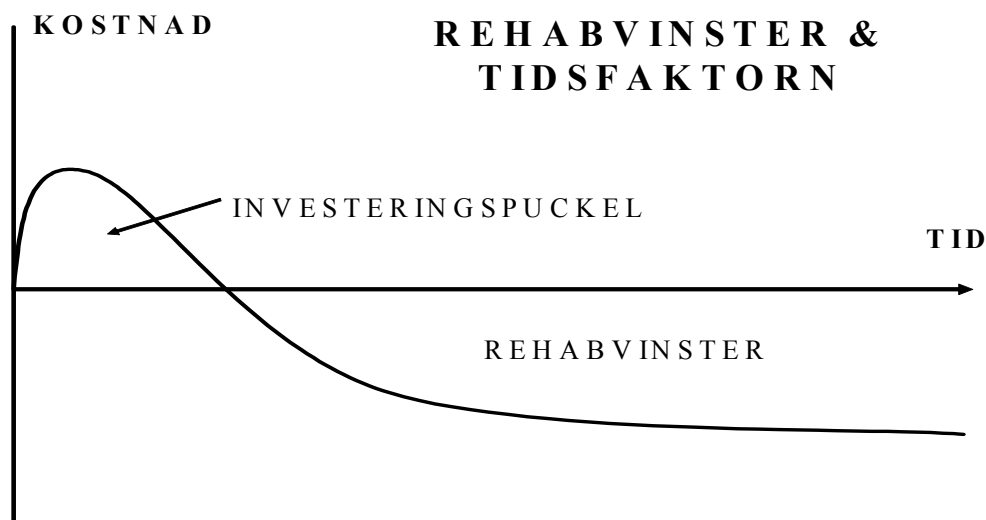
Ett ytterligare problem är att man i de flesta offentliga sammanhang (vid sidan av fysiska investeringar) endast tänker i termer av kostnader. Kostnader som debiteras innevarande budgetår. Då man ska investera i byggnader och andra fasta anläggningar belastas den egna budgetens kostnadssida endast med en viss andel av denna kostnad varje år under byggnadens beräknade livslängd. Man har en investeringsbudget med en viss årlig avskrivningstakt. Inom det sociala fältet där man på ett liknande sätt satsar resurser i en rehabiliteringsprocess finns ingen social investeringsbudget. Det sociala investeringsperspektivet finns inte med vare sig på den mentala kartan eller i styr- och rapporteringssystemen. Det finns inga styr- eller uppföljningssystem med vars hjälp man kan värdera t.ex. investeringar i psykisk hälsa. Kortsiktighetens tyranni har institutionaliserats i beslutsfattande och ledningsarbete.

Låt oss titta på våra klienter i studien. Det finns en utpräglad investeringspuckel som gör att effekterna av PO-arbetet med ett ettårstänkande uppfattas på ett helt annat vis än om man tänker i femårs- eller tjugofemårsperspektiv. På kort sikt kan de positiva effekterna framstå som små, ibland till och med som negativa. Men på lång sikt är effekterna betydande.

Vi har tidigare visat att om man skulle utvärdera PO-reformen i ett artonmånadersperspektiv skulle vi få ett helt annat svar på dessa ekonomiska effekter än om vi gör det i ett femårsperspektiv. I det första fallet skulle vi i stora stycken få med kostnaderna för investeringspuckeln och vinsten skulle under den första tiden efter det att man fått PO vara 100 000 kronor per år i stället för 170 000 kronor per år som är den långsiktiga effekten.

Vi kan också se att praktiskt taget oavsett hur vi klyver och grupperar stickprovet så är de långsiktiga effekterna av PO-reformen större eller mycket större än de kortsiktiga. Vi kan också se att om vi särskilt lyfter ut den minst lönsamma gruppen (20 procent) ur stickproven så är den kortsiktiga effekten för denna grupp negativ, medan även denna grupp på lång sikt

(fem år) blir ”lönsam”. Det tar tid för PO-arbetet att ge full effekt. Det är detta som man kan kalla ett socialt investeringsperspektiv på psykisk hälsa. För att tjäna pengar måste man satsa pengar och i detta satsande finns en viss risk. Kostnaderna kommer alltid före intäkterna. Och intäkter i framtiden är inte säkra. Det är detta som vid sidan av ettårsproblematiken utgör ett av hindren för att tänka i investeringstermer.



Så länge vårt tänkande och våra offentliga styr- och rapporteringssystem varken medger hantering av långsiktighet, investeringstänkande kring sociala frågor eller risktagande kommer det att hålla kvar oss i en kortsiktighet som inte bara är ekonomiskt ineffektiv utan som dessutom skapar onödigt mänskligt lidande.

Osäkerheten är ett dilemma

Långsiktigt förebyggande arbete eller de rehabiliteringsinsatser som PO-arbetet utgör, är alltid förknippade med ett visst mått av osäkerhet. Som beslutfattare är det alltid lättare att ta tag i de kortsiktigt säkra frågorna än i de långsiktigt osäkra. Mandatperiodernas och budgetårens längd tenderar, vid sidan av en allmän aversion mot risker, att skapa kortsiktighet i besluten. Kortsiktigheten tenderar att reducera osäkerheten. Lite tillspetsat kan man säga att man med detta synsätt tenderar att bli allt bättre på att med stor säkerhet fatta kortsiktiga felaktiga beslut i stället för att med ett visst risktagande göra långsiktigt rätt. Beslutet att genomföra PO-reformen leder med nödvändighet till att kortsiktigt säkra kostnader uppstår. Vi har tidigare visat att en PO-insats i genomsnitt kostar 40 000 kronor per klient. På fem år får man till följd av detta en intäkt på cirka 700 000 kronor eller cirka 17 gånger satsade medel. Detta vore sannolikt en intressant ekvation även för en riskkapitalföretagare på aktiemarknaden. En årlig avkastning på i genomsnitt 350 procent.

Denna avkastning får man inte med säkerhet. I all synnerhet saknar man kunskap om detta då reformen ska genomföras. Beslutsfattande kring denna typ av frågor är förknippade med ett betydande mått av osäkerhet. Man kanske i detta skede mest fokuserar på riskerna för direkt eller indirekt kostnadsdrivande effekter. Men även sedan reformen genomförts visar det sig ofta att olika aktörer har svårt att värdera de möjliga men osäkra framtida intäkterna. Men detta är inte bara ett ekonomiskt problem. Det är också ett perspektiv-, kunskaps- och synsättsproblem. Vi vet från många studier att utvecklad samverkan, helhetssyn och ett brukarperspektiv är en lönsam affär. Likväl är det ofta svårt att få denna samverkan till stånd. Vad kan detta bero på? Erfarenheten visar att det finns flera alternativa förklaringar:

- Man ser inte vinsterna eftersom man saknar kunskap om den totala kostnadsbilden.
- Man tror inte på vinsterna. Man tror att kalkylerna är överdrivna, felräknade eller baserade på glädjekalkyler.
- Man ser vinsterna och tror på dem, men tror att någon annan får dem. Man ser sig själv (på saklig grund eller inte) som förlorare i ett Svarte Petter-spel.
- Man ser vinsterna, tror på dem, tror att man själv kan få dem, men det ligger för långt fram i tiden för att det ska ha betydelse för dagens beslut (ettårsbudgetens förbannelse).
- Det blir för besvärligt att samverka, ha helhetssyn eller att anlägga ett brukarperspektiv och man vet inte hur man gör, varför man låter bli.

Med hjälp av det tidigare samverkansbokslutet kan vi få en uppfattning av riskbedömningens påverkan på resultaten. Vi ser då att på kommunnivå tenderar effekterna av de olika extremgrupperna att ta ut varandra och visar på en samhällelig nettovinst på drygt 7,5 miljoner kronor per år i Lund och knappt 18,5 miljoner kronor för Kristianstad.

Så länge vi saknar styr- och uppföljningssystem och så länge vi inte är beredda att ta risker, samt har ett socialt investeringsperspektiv kring det långsiktiga arbetet med att förebygga ohälsa och utslagning så är sannolikheten stor att de säkra kortsiktiga, men många gånger dåliga, besluten kommer att vara förhärskande. Det antyder våra kalkyler tämligen tydligt. Vi kanske behöver nya välfärdsinstitutioner som är beredda att ta dessa i grund och botten mänskligt och ekonomiskt sunda risker. Finns det utrymme för riskkapitalbolag på rehabiliteringsmarknaden, framtidsmarknader för hälsa och optionsmarknader för det förebyggande arbetet?

Insikt, vilja och mod

Så länge vi som klienter i de offentliga välfärdssystemen har enkla och okomplicerade behov och behov som sammanfaller med de olika organisationernas mandat, kompetens och uppdrag fungerar det mesta ganska väl. Men då våra problembilder, (vilket i hög grad gäller för många personer med psykiska funktionshinder) är diffusa, komplexa eller mångfacetterade, sammansatta och svårförståeliga leder detta till de fyra problem vi ovan beskrivit. Problembilderna överskrider myndighetsgränser (1), de leder till

komplexa cirkulära orsakssamband (2), de har ofta långsiktiga förlopp (3) och insatser kring dem som är förknippade med ett betydande mått av osäkerhet (4).

Dessa klienter är kanske totalt sett inte så många, men de är storkonsumenter och stamkunder i välfärdssystemet. I PO-arbetet har sedan starten cirka 7 000 klienter fått stöd. Den årliga kostnaden för samhället för dessa klienter uppgår (om vårt stickprov är representativt) till cirka 2,4 miljarder kronor innan man får personligt ombud. PO-insatsen för dessa 7 000 klienter har inte bara gett dem ett bättre liv, den har kanske också minskat de samhälleliga kostnaderna för denna grupp med upp emot 1 miljard kronor per år. Pengar som kan användas för andra mer effektiva syften för denna eller andra målgrupper.

Det primära problemet kring dessa klienter förefaller alltså inte vara att det inte satsas resurser kring dem. Problemet är att insatserna ofta kommer vid fel tidpunkt, i fel ordning, är av fel slag och att de inte koordineras och inte heller sätter den enskilde brukaren i fokus. Det är ineffektiva insatser och insatser som många gånger kan betraktas som rent resursslöseri. De tar i anspråk resurser som skulle kunna användas mycket bättre. Personligt ombud är en sådan tänkbar insats. Det kan finnas andra.

För att kunna hantera detta krävs att man som beslutsfattare för det första får kunskap, förståelse och insikt om dessa mekanismer och att det för denna grupp av klienter inte handlar om enstaka och marginella misslyckanden i våra välfärdssystem. Det handlar om betydande systemdefekter med stora konsekvenser både i form av mänskligt lidande och ekonomiskt resursslöseri. Man måste, vid sidan av dagens budget- och uppföljningssystem, ha någon form av informationssystem som fångar dessa effekter. Vi har kallat detta samverkansboks slut.

Därefter handlar det om att verkligen vilja ta sig an dessa svåra, komplexa och många gånger mycket laddade frågor som ett led i den ständiga förnyelsen av våra välfärdssystem. Slutligen handlar det om att ha mod och kraft att gå på tvärs mot alla de särintressen och sektorsintressen som är angelägna om att bevara status quo. Varje förändring har sina vinnare och förlorare. Sålunda består det politiska receptet för att ta sig ur detta dilemma av tre delar – insikt, vilja och mod.

Slutsatser av studien

Studiens resultat kan sammanfattas i tre typer av slutsatser: resultat, metodfrågor och framtidsfrågor.

Metodslutsatser

De metodslutsatser vi drar efter att ha genomfört denna studie är följande:

1. Data har varit överraskande lätta att komma åt och det har varken funnits olika myndighetsbarriärer eller sekretessbarriärer i arbetet. Tvärtom har alla berörda varit ytterst angelägna om att bidra till arbetet och underlätta datainsamlingen.
2. Den modell vi använt oss av (KALAS II) lämpar sig väl för att samla in, bearbeta, analysera och presentera en mycket stor mängd data. Modellen är användarvänlig och tekniken så enkel att vård- och behandlingspersonal utan särskilt stora ansträngningar aktivt kan delta i ett datainsamlingsarbete. Den information som går att vaska fram går tämligen enkelt att presentera på ett sådant vis att den av beslutsfattare uppfattas som beslutsrelevant.
3. Modellen har emellertid försett oss med mycket stora mängder data och ger oss möjlighet att presentera den på många olika sätt. Det har inte alltid varit lätt att välja de perspektiv som varit mest relevanta. Samspelet med ombud, referensgrupp och vår styrgrupp har varit avgörande och positivt för de val vi gjort.
4. Inför framtida utvärderingar kring komplexa rehabiliteringsprocesser kan det vara viktigt att erinra sig den mycket tydliga investeringspuckel som studien visar och då komma ihåg att kortsiktiga utvärderingar av denna typ av processer (med vilket vi menar två år eller kortare) riskerar att snedvrider slutsatserna allvarligt.

Resultatslutsatser

De resultat studien visar är följande:

1. Samhället satsar i genomsnitt 350 000 kronor per år och klient. Eftersom klienterna i studien är cirka 40 år gamla innebär det fram till pensionsåldern en total kostnad på mellan 8 och 9 miljoner kronor. En central fråga är om dessa pengar används på det mest förnuftiga viset. Studien pekar på att endast cirka 5–7 procent av resurserna används till aktivt rehabiliterande åtgärder. Med andra ord skulle en mycket måttlig minskning (5 procent) av de mer passiva insatserna kunna leda till en fördubbling av de rehabiliterande insatserna.
2. Omfattningen av resurser samt det sätt på vilket arbetsförmedling och försäkringskassa använder resurser för denna klientgrupp ger an-

ledning att tro att detta agerande förstärker gruppens marginalisering på arbetsmarknaden och i samhället.

3. Ombudens arbete leder till tydliga kostnadsminskningar och sannolikt också effektivitetsförbättringar i vården kring målgruppen. På kort sikt är vinsten cirka 100 000 kronor per klient och år. På fem års sikt uppgår vinsten till 170 000 kronor per klient och år. Effekterna ser ut att öka över tid, stundtals efter en inledande investeringspuckel, för att vara som starkast i slutet av undersökningsperioden. Vi kan inte se att effekterna avtar då PO-kontakten blir vilande eller avslutas.
4. Kostnaderna för en PO-insats (styckpriset för en insats om man så vill) i de två kommunerna uppgår till cirka 40 000 kronor per klient. Under de fem år som följer efter det att en klient fått ombud minskar samhällskostnaderna med cirka 700 000 kronor vilket i pay off-termen motsvarar cirka 17 gånger pengarna.
5. PO-insatsen skapar en tydlig omfördelning mellan olika offentliga aktörer där landstinget är den stora vinnaren med en årlig vinst per klient och år på cirka 100 000 kronor. Kommuner och försäkringskassan förlorar cirka 20 000 per klient och år.
6. PO-insatsen skapar också en förskjutning av insatserna i riktning mot mer aktiverande och rehabiliterande insatser (terapi, kontaktperson, sysselsättning, hemtjänst, ledsagning etc.) och mindre passiva eller passiviserande insatser (slutenvård, behandlingshem, passivt försörjningsstöd etc.).
7. Särskilt stora positiva ekonomiska effekter har noterats för ett antal grupper: de som före PO inte haft samordnade insatser, de som före PO haft omfattande insatser, de som har en tydlig diagnos samt de som inte har en multipel problematik. Effekterna påverkas inte av faktorer som kön, ålder, kommun, varaktighet i PO-kontakten eller tillgång till sociala nätverk.
8. För klienter med komplex problematik (t.ex. dubbeldiagnoser), en diffus problematik eller en föränderlig problematik ger PO-insatsen betydligt mindre effekter än för andra delgrupper.
9. Sammanfattningsvis skulle man i resultattermen kunna säga att PO-reformen förefaller förstärka psykiatrireformens intentioner mot ett mer normaliserat liv, mindre institutionsplaceringar och fler rehabiliterande insatser. Dessutom faller samhällets kostnader dramatiskt.

Framåtblickar

Inför framtiden, både vad avser PO-reformen som sådan och vad avser insatser för andra utsatta grupper med en komplex rehabiliteringsproblematik och situationer där myndighetssamverkan kan vara intressant kan man skönja ett antal slutsatser:

1. Denna typ av brukarcentrerade insatser med ett starkt samordnande inslag förefaller vara både bra för klienten och ge stora positiva

samhällsekonomiska effekter. En fråga som måste ställas är: Finns det skäl att vidga reformen till att även omfatta andra målgrupper?

2. I studien har vi fått tämligen goda och konkreta mått på samverkans positiva ekonomiska effekter men också de omfördelningseffekter som uppstår. Det finns kanske skäl att tillämpa denna metodansats då det gäller t.ex. gemensamma nämnder, samverkansförbund eller andra komplexa och långsiktiga rehabiliteringsprocesser för denna och andra målgrupper.
3. Studien indikerar att det kan finnas komplicerade och svårfångade kommunicerande kärn kring rehabiliteringsfrågor både mellan myndigheter samt mellan finansiella och reala kostnader. Studien antyder att det kan vara så att de pågående insatserna för att minska de finansiella kostnaderna i sjukförsäkringssystemet som en oavsiktlig bieffekt leder till långsiktigt höga reala kostnader. Kanske har vi det klassiska fallet med att sila mygg och svälja kameler.
4. Det finns ett stort och trängande behov av att utveckla, pröva och tillämpa uppföljnings- och utvärderingssystem kring de ekonomiska konsekvenserna av rehabiliteringssamverkan. Vi har här kallat detta samverkansbokslut.
5. Det är betydelsefullt när man utvärderar komplexa rehabiliteringsprocesser att man har ett långsiktigt perspektiv, eller det vi kallar ett socialt investeringsperspektiv, eftersom det tycks uppstå en sorts investeringspuckel i början av processen.