

Varje drogfri dag en framgång

SocioEkonomiskt Bokslut för Metadonprogrammet i Stockholm

Ingvar Nilsson & Anders Wadeskog

i.nilsson@seab.se & a.wadeskog@seeab.se

2008-02-01

FÖRFATTARNAS FÖRORD

Vi som skrivit denna rapport har studerat marginaliseringens ekonomi i allmänhet och missbrukets ekonomi i synnerhet de senaste 25 åren. Ständigt återkommer samma slutsats; prevention, tidiga insatser och framgångsrik rehabilitering är i regel en utomordentligt lönsam affär.

Ofta säger beslutsfattare kring beslut om olika behandlingsinsatser för marginaliserade människor: det blir för dyrt. Det vi funnit i flera tidigare studier liksom i denna är att det som verkligen blir dyrt är att avstå från dessa insatser och låta utanförskapet fortsätta. Man kan ibland märka en obehaglig tendens i samhället kring utsatta och marginaliserade människor formulerat som ”dom har sig själva att skylla” eller ”det är bara att skärpa sig och rycka upp sig”. Uppfattningar av detta slag leder ibland till att man avstår från rehabiliterande insatser till följd av grumliga moraliska skäl. Det vi sett i denna studie, och flera tidigare, är att även om man skulle tillåta sig att fiska i sådana grumliga moraliska vatten är det ekonomiskt oklokt för att inte säga korkat. Ett klokt förvaltande av de samhällsresurser våra beslutfattare fått sig tilldelade av skattebetalarna vore att i än högre grad satsa på framgångsrika metoder för rehabilitering av missbrukare, eller som någon tänkare sa; *varje felanvänd skattekrone är ett hån mot dom fattiga*. Framgångsrik rehabilitering av missbrukare är en extremt lönsam affär, något denna studie med tydlighet visar.

Man brukar ibland säga att det sätt ett samhälle hanterar sina svaga, sköra och utsatta människor på är en måttstock på detta samhälles etiska standard. Det vi finner i denna studie är att missbrukare är starkt stigmatiserade i samhället; på arbetsmarknad, bostadsmarknad och socialt. Deras väg tillbaka är minst sagt törnebestrodd. Detta är inte bara ett uttryck för en bristande humanism. Det är dessutom ekonomiskt utomordentligt kontraproduktivt.

Vi har också funnit att behandling av missbruk inte bara är en fråga om att sluta missbruka och bli en före detta missbrukare. Det är i allra högsta grad en fråga om att skapa sig en ny identitet med bostad, familj och arbete. Man kan inte precis säga att samhällets sätt att organisera sina insatser kring missbrukare bidrar till att underlätta en sådan process.

Vägen tillbaka från att vara missbrukare till att bli medborgare är inte en spikrak väg. Det är en väg ofta kantad av motgångar och misslyckanden. Även kring detta har vi mött en massa moraliserande. Vi tror det är viktigt att se detta som en lång och mödosam väg att vandra. En missbrukare som sedan tonårstiden byggt upp sin outsideridentitet har en lång väg tillbaka. Vi har här försökt beskriva de ekonomiska effekterna av detta utifrån tankar som att varje dag utan kriminalitet för att finansiera missbruket är en framgångsrik dag, varje dag utan droger är en framgångsrik dag, varje dag med en lägre dos i stället för en högre är en framgång.

Vi vill rikta ett tack till Mob (Björn och Jörgen) och metadonprogrammet i Stockholm (Nadja och Daniel) för att vi fått förtroendet att genomföra denna studie

Stockholm & Järna 2008-01-01

Ingvar & Anders

2008-02-01

Ingvar Nilsson & Anders Wadeskog/SEE

1. SAMMANFATTNING OCH RESULTAT	7
1.1 Bakgrund och syfte	7
1.2 Resultat	7
1.3 Metod	9
1.4 Utblickar, kunskapsbehov och fortsatta steg	9
2. INLEDNING	11
2.1 Bakgrund och uppdrag	11
2.2 Syfte och förväntat resultat	11
2.3 Så här har vi jobbat	12
2.4 Avgränsningar, begränsningar och generaliserbarhet	14
3. VÅRT CREDO, DEN VÄLFÄRDSPOLITISKA RAMEN	16
3.1 Marginalisering och inkludering	16
3.2 Det finns ett antal strukturella mekanismer som leder till exkludering	17
3.3 Man kan sätta ett pris på marginalisering och utanförskap	18
3.4 Det är meningsfullt att sätta ett pris på prevention och rehabilitering	18
3.5 Det måste finnas en arena för alla	19
3.6 Är det individens eller samhällets problem?	19
4. BEGREPPET FRAMGÅNG – VAD MÄTER VI?	21
4.1 Olika sätt att definiera begreppet framgångsrik rehabilitering ur ett ekonomiskt perspektiv	21
4.2 Stigmatiseringsfunktionen	24
5. ETT SOCIOEKONOMISK BOKSLUT – VAD ÄR DET?	26
6. METOD FÖR KALKYL AV METADONPROGRAMMETS SOCIOEKONOMISKT BOKSLUT – PRINCIPER OCH EXEMPEL	29
6.1 Inledning	29
6.2 Vanlig kalkyl	29
6.3 Metadon – Schablonmetod	30

6.4	SocioEkonomiskt bokslut	32
7.	METADONPROGRAMMET	33
7.1	Vårt förhållande till metadonprogrammet	33
7.2	Metadonbehandling i stort	33
7.3	Metadonprogrammet i Stockholm	34
8.	HEROIN , LIVSSTIL OCH EKONOMISKA EFFEKTER	36
8.1	Drogens påverkan på livsstil	36
8.2	Könets påverkan på livsstil	36
8.3	Prislappen på drogen	37
8.4	Stölder och häleri	37
8.5	Missbrukaren som arbetsgivare – en principiell diskussion	38
9.	FRAMGÅNG OCH MISSLYCKANDEN	40
9.1	Heroinistens värld	40
9.2	Några alternativa framgångsmått i metadonprogrammet	41
10.	VÄLFÄRDSKONSUMTIONSKEDJOR	43
10.1	Välfärdskonsumtionskedjor - ett annat sätt att beskriva kostnader	43
10.2	Konsumtionskedja gripande, åtal, dom och straff	43
10.3	Konsumtionskedja försörjning & bidrag	44
10.4	Konsumtionskedja behandling & missbruk	45
10.5	Missbrukarens konsumtionsnätverk eller summan av dessa konsumtionskedjor	46
10.6	Välfärdstårtan	48
10.7	Vad händer då missbrukare slutar missbruka	48
11.	MISSBRUKETS SAMHÄLLSKOSTNADER	50
11.1	Inledning	50
11.2	Den tidigare studien	50
11.3	Systematisk underskattning som metod	51
11.4	Förändringar i referenskalkylen	52
11.5	Samhällskostnader för Metadonprogrammets klienter innan de kommer med i programmet	56

12.	KOSTNADERNA FÖR METADONPROGRAMMET	58
12.1	Inledning	58
12.2	De interna kostnaderna	58
12.3	Antaganden om de olika kategoriernas interna kostnader	59
13.	SOCIOEKONOMISKT BOKSLUT FÖR METADONPROGRAMMET	60
13.1	Inledning	60
13.2	SocioEkonomiskt resultatet per kategori för ett år	60
13.3	SocioEkonomiskt bokslut för Metadonprogrammet – resultaträkningen	61
13.4	Nyckeltalsanalys	63
13.5	Finansieringsanalys	67
13.6	Investeringsanalys	69
13.7	En kommunalfinansiell parantes	71
13.8	Några slutord kring det SocioEkonomiskt bokslutet	72
14.	TRE AVGÖRANDE SYSTEMFEL - ETT VÄLFÄRDSPOLITISKT PERSPEKTIV	73
14.1	Stuprörslogiken	73
14.2	Kortsiktighetens tyranni	75
14.3	Stigmatiseringseffekten, Metadonprogrammet och arbetsmarknaden	77
14.4	Att organisera arbetet kring heroinmissbrukare – en framtidsvision	80
15.	SLUTSATSER INFÖR FRAMTIDEN	84
15.1	Vilken kunskap har denna studie genererat	84
15.2	Vilka metoderfarenheter har vi gjort	84
15.3	Vilka kunskapsbehov har vi identifierat	85
15.4	Att tillämpa denna kunskap – vad kan man ha dessa insikter till?	85
16.	REFERENSER	86
16.1	Analys av samverkan, samhällsekonomi och rehabilitering	86
16.2	Samhällsekonomisk analys	88

17.	APPENDIX 1 - METOD FÖR KALKYL AV METADONPROGRAMMETS SOCIOEKONOMISKT BOKSLUT – PRINCIPER OCH EXEMPEL	89
17.1	Inledning	89
17.2	Grupperna	90
17.3	De externa intäkterna	91
17.4	De externa kostnaderna	92
17.5	De interna kostnaderna	94
17.6	Till bokslutet – från insatser till aktörer	96

1. SAMMANFATTNING OCH RESULTAT

1.1 Bakgrund och syfte

Vi som gjort denna studie har under en tjugofemårsperiod genomfört ett antal olika studier kring marginaliseringens olika effekter i allmänhet och dess samhällsekonomiska effekter i synnerhet. Denna studie är ett första steg för att beskriva, förstå och analysera effekterna av metadonbehandling av opiatmissbrukare. Uppdraget har genomförts på uppdrag av regeringens narkotikasamordnare (MOB) och har genomförts i nära samarbete med metadonprogrammet i SL (Stockholms Läns Landsting)L.

Syftet är att både på ett principiellt och ett konkret plan beskriva heroinmissbrukets kostnader och de samhällsekonomiska effekterna av framgångsrik metadonbehandling. Studien avser verksamheten inom metodonsektionen vid beroendevården i Stockholms Läns Landsting.

Metadonbehandling av heroinmissbrukare är och har framförallt varit mycket omtvistat. Vi kan som ekonomer naturligtvis inte ta ställning i denna fråga. Vi har heller inte kunskap att jämföra denna behandlingsmodell med andra modeller. Det vi gjort är att jämföra metadonbehandling av heroinmissbrukare i förhållande till alternativet att inte göra något. Det vi funnit är att detta är **en verksamhet som är extremt lönsam** i stort sett oavsett ur vilket perspektiv man än granskar den.

1.2 Resultat

Sammanfattningsvis har vi funnit följande

- * marginaliseringen av olika grupper av medborgare i Sverige är ett betydande problem. Effekterna av och kostnaderna för denna marginalisering är ofta negligerade och kraftigt underskattade. Precis som isberget syns bara toppen av problembilden Dessa kostnader går att kvantifiera. Därmed kan man också kvantifiera värdet av en framgångsrik rehabilitering
- * för en missbrukare innebär denna marginalisering att man skapar effekter och kostnader inom i stort sett alla sektorer av vårt samhälle. Vi har identifierat och prissatt cirka 150 olika sådana effekter i denna studie.
- * vi har samlat och beskrivit dessa effekter i ett antal välfärdskonsumtionskedjor som beskriver komplexiteten i detta förlopp. Denna komplexitet är av ett sådant slag att ingen enskild aktör kan ha överblick eller fullständig kunskap om detta
- * en av de dominerande effekterna är alla kostnader som uppstår till följd av den kriminalitet som ett liv som missbrukare leder till. Enkla räkneexempel ger vid handen att en heroinmissbrukare av det slag som ingår i denna studie under ett år sannolikt begår brott som leder till en samhällskostnad av 2 Mkr eller mer enbart för att finansierar drogen

- * SLL satsar varje år cirka 60-65 Mkr för behandling av de cirka 600 personer som ingår i metadonprogrammet. Detta innebär en genomsnittlig årskostnad på cirka 100.000 kronor per patient/klient eller cirka 300 kronor per dag. För klienter som är i introduktionsfasen av programmet är kostnaden avsevärt högre. För de klienter som varit i programmet under längre tid är denna kostnad avsevärt lägre, kanske en fjärdedel eller mindre
- * då man ska studera framgång i ett behandlingsarbete är det viktigt att se att detta begrepp är tämligen komplext. Det är inte så enkelt som att man antingen är i en missbruksfas eller helt drogfri. Att lämna livet som missbrukare kan ske på många olika vis. Allt från total framgång i ett helt drogfritt liv, ett nytt socialt liv med familj, bostad och arbete, via kortare eller längre perioder av återfall, med eller utan kriminalitet till att man helt lämnar behandlingsprocessen under perioder för att återvända senare
- * en enda heroinmissbrukare i denna studie skapar samhällskostnader under sin aktiva missbruksfas på drygt 2.1 Mkr per år. Merparten av dessa kostnader är osynliga (isbergseffekten) eller svårupptäckta och härrör ur de effekter den kriminella livsstilen leder till. En del av detta är de effekter som uppstår för den brottsutsatta allmänheten. En annan del består av kostnader i rättsväsendet. Men även kostnaderna för kommunen (200.000 kronor per år) och landstinget (150.000 kronor per år) är betydande
- * totalt sett betyder det att metadonprogrammets 600 missbrukare skulle skapa samhällskostnader på cirka 1.2 – 1.3 Mdr kronor årligen om samtliga vore kvar i en aktiv missbruksfas
- * om dessa kostnader skulle synliggöras i form av en outsiderskatt skulle man behöva höja den kommunala utdebiteringen av Stockholmsarna med över en krona. Annorlunda uttryckt skulle det samlade skatteuttaget från cirka 17.000 Stockholmare (samlade vi dem på ett ställe skulle vi behöva fylla globen nästan två gånger om), vid dagens utdebitering behövas för att finansiera denna fiktiva outsiderskatt
- * de totala ekonomiska effekterna av metadonprogrammet i Stockholm och dess 600 klienter är en årlig samhällsvinst på cirka 1.100 Mkr eller drygt 1.8 Mkr per deltagare i programmet
- * samtliga aktörer tjänar på detta. Mest av alla tjänar rättsväsendet, allmänheten och försäkringsbolagen till följd av all den kriminalitet som upphör då missbruket inte längre äger rum
- * merparten av dessa vinster är normalt osynliga (en sorts isbergseffekt) eftersom de är fördelade på många olika aktörer. Endast 5% av intäktsidan från programmet är synliga för de beslutfattare inom landstinget som har att ta ställning till programmets finansiering
- * varje krona av de 63 miljoner som landstinget satsar i Metadonprogrammet ger strax under 18 kr tillbaka eller 1778 % i årlig avkastning till samhället, vilket får anses vara en bra affär.
- * alla kategorier av klienter med olika grader av misslyckanden och återfall skapar en vinst i programmet utom den grupp som går in i programmet och i stort sett direkt därefter avbryter och återgår till missbruk. De klienter som långsiktigt är drogfria utan återfall ger en avkastning på mellan 50 och 150 gånger pengarna
- * landstinget gör en årlig vinst på programmet på 22 Mkr eller 31%. Om dessa vinster återinvesterades år efter år skulle man efter 12 år byggt upp ett så stort kapital att de

skulle räcka för att finansiera vården av cirka 15.000 heroinmissbrukare. Tillsatsen en sorts rehabiliteringsenhet

- * om man utsträcker metadonprogrammets vinst över 20 år (lite brutalt; den återstående förväntade livslängden för en missbrukare i programmet) blir den totala samhällsvinsten för denna period cirka 15 Mdr kronor. Landstingets vinst under samma tid uppgår totalt sett till cirka 300 Mkr

1.3 Metod

Studien präglas av en betydande tidspress vilket delvis kommer att påverka upplägget. Arbetet inleddes augusti 2007 och resultat avrapporterades december 2007. Vår utgångspunkt i denna rapport har varit tidigare studier kring missbrukets kostnader och effekterna av framgångsrik rehabilitering.

Vi har därvidlag använt oss av den analys vi tidigare gjort om vilka samhällseffekter som uppstår till följd av gravt missbruk. Dessa kan grovt indelas i två kategorier. För det första sådana välfärdskostnader som uppstår till följd av missbruket. För det andra all den produktion som inte uppstår och därmed går förlorad till följd av att en missbrukare inte arbetar.

En stor mängd positiva effekter uppstår till följd av att missbrukare upphör med (eller enbart reducerar) sitt missbruk och sitt kriminella liv och i bästa fall erhåller ett arbete. Det vi har gjort här är först försöka spåra alla de effekter ett liv i utanförskap leder till, kvantifiera dessa och sätta en prislapp på dem. Vi har identifierat och prissatt cirka 150 stycken sådana olika konkreta effekter. Därefter har vi studerat hur dessa effekter har upphört eller reducerats då man väljer att delta i metadonbehandlingen. Detta har vi därefter summerat först på individnivå och därefter för hela verksamheten vid metadonprogrammet.

Eftersom rapporten är framarbetad under mycket stor tidspress är det viktigt att påpeka att studien mera är en redovisning över en metodik med vilken man kan värdera de ekonomiska effekterna av framgångsrik rehabilitering av missbrukare än exakta resultat.

1.4 Utblickar, kunskapsbehov och fortsatta steg

1.4.1 Vilka metoderfarenheter har vi gjort

Ur ett metodperspektiv har vi gjort ett antal viktiga erfarenheter. Den första är att man faktiskt kan beräkna värdet av vad missbruket kostar samhället och dess olika aktörer. Därmed kan vi också hävda att det finns en metod och en kalkylmodell med vars hjälp vi kan beräkna värdet av både prevention och framgångsrik rehabilitering. Detta sammanfattar vi under rubriken **SocioEkonomiskt bokslut, en analysmodell med fyra beståndsdelar; resultaträkning, nyckeltalsanalys, finansieringsanalys och investeringskalkyl**

1.4.2 Vilka kunskapsbehov har vi identifierat

Vi ser detta emellertid endast som första steget i en längre process. Vi har identifierat ett antal utomordentligt intressanta frågeställningar vi måste lämna efter oss för kommande studier

- * hur påverkas missbrukarens beteende och samhällskostnader av faktorer som kön, ålder, etnicitet och närvaron av andra problem såsom psykisk sjukdom, somatiska sjukdomstillstånd etc. Vad är skillnaden i ekonomiska effekter på kort och lång sikt? Vilka svar skulle man få kring detta om man betraktade metadonbehandlingen inte som en sjukvårdskostnad utan en social investering i framtida hälsa och produktionsförmåga
- * vilka ekonomiska effekter uppstår som en flergenerationsproblem kring missbrukarens föräldrar, syskon och eventuella barn
- * vilken typ av kunskap skulle vi kunna erhålla om vi i stället genomfört denna studie som en registerstudie av det slag vi genomfört kring PO-reformens klienter
- * vilket skulle vara det klokaste sättet att organisera arbetet kring missbruksrehabilitering. Vilken organisationsform, arbetsmodell och organisationstillhörighet skulle vara den mest effektiva

1.4.3 Att tillämpa denna kunskap – vad kan man ha dessa insikter till?

Avslutningsvis vill vi peka på några ytterligare användningsområden för det SocioEkonomiskt bokslutet och den arbetsmetod vi här presenterat vid sidan av det uppenbara förhållandet att man med dess hjälp kan beskriva och analysera komplexa rehabiliteringsprocessers samhällsvärde.

- * metoden kan användas för att beskriva och förstå de komplexa sammanhang personer med en multifaktoriell problematik befinner sig i. På så sätt kan man med hjälp av denna metodik skapa sig en helhetssyn kring vilka behov olika målgrupper har. Metoden kan användas som underlag för att göra behovsanalyser utifrån en helhetssyn
- * med hjälp av detta synsätt kan man skapa förutsättningar för samverkanslösningar kring olika målgrupper med en komplex problematik och identifiera ett samverkansarbets vinnare och förlorare
- * det ger oss möjlighet att beräkna effekter av ett samverkansarbete kring personer med en multifaktoriell problematik och anlägga ett långsiktigt socialt investeringsperspektiv på deras rehabilitering

2. INLEDNING

2.1 Bakgrund och uppdrag

Vi som gjort denna studie har under en tjugofemårsperiod genomfört ett antal olika studier kring marginaliseringens olika effekter i allmänhet och dess samhällsekonomiska effekter i synnerhet (se referenslista i slutet av rapporten). Dessa studier har genomförts med stöd av egna framtagna datoriserade kalkylmodeller och omfattat mellan 100 och 200 olika variabler. Uppdragsgivare har varit bl.a. socialstyrelsen, folkhälsoinstitutet, Nutek, europeiska socialfonden, länsstyrelser och landsting samt ett antal kommuner.

Några av dessa studier har fokuserat på missbrukets samhällsekonomiska konsekvenser och värdet av en framgångsrik rehabilitering. Denna studie är ett första steg för att beskriva, förstå och analysera effekterna av metadonbehandling av opiatmissbrukare.

2.2 Syfte och förväntat resultat

Syftet med denna studie är att både på ett principiellt och ett konkret plan beskriva heroinmissbrukets kostnader och de samhällsekonomiska effekterna av framgångsrik metadonbehandling. Studien avser verksamheten inom metodonsektionen vid beroendevården i Stockholms Läns Landsting. Mer konkret har syftet varit att genomföra

- * en beskrivning och en analys av klienternas (heroinmissbrukarens) välfärdskonsumtionspanorama innan och efter det att man kommit in i metadonprogrammet
- * en beskrivning av metadonprogrammets kostnader
- * en diskussion och ekonomiska analys av olika mått på framgång i detta program
- * en analys av metadonprogrammet som ett långsiktigt socialt samhälleligt investeringsproblem i motsats till ett kortsiktigt kostnadsproblem inom landstinget
- * en nyckeltalsanalys av metadonprogrammet sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv
- * ett embryo till ett SocioEkonomiskt bokslut för metadonprogrammet
- * en utblick kring hur denna metod och detta synsätt skulle kunna tillämpas inom andra delar av missbruksvården samt inom förebyggande arbete

Uppdraget har genomförts på uppdrag av regeringens narkotikasamordnare (MOB) och har genomförts i nära samarbete med metadonprogrammet i SLL.

2.3 Så här har vi jobbat

2.3.1 Metod i stort

Studien präglas av en betydande tidspress vilket delvis kommer att påverka upplägget. Arbetet inleddes i augusti 2007 och resultat avrapporterades i december 2007. Några principer som styrte vårt arbete

- * vi har utgått från metod och modell i våra tidigare studier kring missbrukets kostnader
- * vi har genomgående samarbetat intimt med och erhållit data från metadonprogrammet och dess klienter
- * vi har i den ekonomiska analysen utgått från och tillämpat synsätt och metoder från det som brukar kallas samhällsekonomiska kalkyler
- * detta har vi därefter omsatt i den metod som vi själva utvecklat och valt att benämna SocioEkonomiskt bokslut

2.3.2 Anslag

Vår utgångspunkt i denna rapport har varit tidigare studier kring missbrukets kostnader och effekterna av framgångsrik rehabilitering. Grundidén i detta arbete är tämligen enkel - om än ganska arbetskrävande.

Vi har därvidlag använt oss av den analys vi tidigare gjort om vilka samhällseffekter som uppstår till följd av gravt missbruk. Dessa kan grovt indelas i två kategorier. För det första sådana välfärdskostnader som uppstår till följd av missbruket (allt från brottlighet till vårdkonsumtion). För det andra all den produktion som inte uppstår och därmed går förlorad till följd av att en missbrukare inte arbetar.

En stor mängd positiva effekter uppstår till följd av att missbrukare upphör med (eller enbart reducerar) sitt missbruk och sitt kriminella liv och i bästa fall erhåller ett arbete. Som ekonom kallar man detta positiva externa effekter. Det vi har gjort här är först försöka spåra alla de effekter ett liv i utanförskap leder till, kvantifiera dessa och sätta en prislapp på dem. Vi har identifierat och prissatt cirka 150 stycken sådana olika konkreta effekter.

Därefter har vi studerat hur dessa effekter har upphört eller reducerats då man väljer att delta i metadonbehandlingen. Detta har vi därefter summerat först på individnivå och därefter för hela verksamheten vid metadonprogrammet. Denna summa utgör tillsammans med det företagsekonomiska bokslutet det SocioEkonomiskt bokslutet. Vi har alltså följt den klassiska samhällsekonomiska analysen tre olika steg

- * identifiera alla de effekter en viss åtgärd leder till (välfärdskonsumtionskedjorna)
- * kvantifiera dessa
- * prissätta detta (vår kalkylmodell med dess produkt- och prislister)

2.3.3 Metod

Denna rapport bygger på det vi kallar scenariotekniken¹. Det betyder att vi tillsammans med experter inom ett område mejslar fram vad dessa experter anser vara typiska förlopp, i detta fall för olika former av missbrukskarriärer eller kriminella karriärer för heroinmissbrukare. Naturligtvis skulle det mest ideala vara om våra kalkyler byggde på faktiska journal- och aktdata, vilket vi arbetat med i andra studier². Detta har inte varit möjligt här främst av tids- och resursskäl.

Konkret har vi träffat ett antal missbrukare som deltar eller har deltagit i metadonprogrammet och genomfört djupintervjuer med dessa. Dessa intervjuer har dokumenterats. Vid dessa intervjuer har vi försökt se hur deras liv med och utan metaodonprogrammet har eller skulle ha gestaltats. Som referenspunkt har vi då haft de missbrukskarriärer vi arbetat fram i tidigare studier. Det är slående hur lika man beskriver sina liv som missbrukare i denna studie i jämförelse med andra studier.

Inom en del områden där vårt behov av kunskap varit särskilt stort eller då vi velat kontrollera eller jämföra data från våra ”experter” med andra källor har vi använt oss av intervjuer med andra experter inom områdena missbruksbehandling och social marginalisering av svaga grupper (totalt sett cirka 10 sådana intervjuer³).

2.3.4 Referensdata

För att ytterligare kontrollera och/eller verifiera de mönster djupintervjuerna givit har vi ställt dem mot ett antal andra studier inom detta fält

- * långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling, SoS 2001
- * A National Swedish Methadone Program 1966-1989, Grönblad, 2004
- * länspolis kriminalen i Västra Götaland, Narkotikamissbrukares kriminalitet, 2004
- * diverse rapporter från BRÅ
- * SOU 2005:82
- * årsrapporter från metadonprogrammet i Stockholm, 2005, 2006

¹ Detta har vi gjort i ett antal andra studier bl.a. Nilsson & Wadeskog, Rutger Engström missbrukare eller psykiskt sjuk, Socialstyrelsen, 1997, Lundmark, Nilsson & Wadeskog, Sara Söderberg, om rehabilitering av diffusa ryggsjukdomar, Nacka Kommun & SLL, 1998, Eva Britt Larsson – en person med psykosociala arbetshinder, Södertälje Kommun & SLL, 1999

² En sådan studie har vi på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört kring personer med psykiska funktionshinder, Nilsson & Wadeskog, Det lönar sig, Socialstyrelsen, 2006

³ Vi har intervjuat bl.a. sjuksköterskor inom beroendevården, socialsekreterare, drogterapeuter, personer verksamma inom psykiatrin, socialsekreterare inom barn och ungdomsverksamheten, personer som arbetar med olika former av härbärgen och boendeinsatser, fältsekreterare, boendestödare

- * uppgifter från MOB – via deras hemsida eller personliga kontakter (t.ex. kring tillgång och prisbildning på heroin i Stockholmsområdet)
- * vårdkonsumtionsstatistik från SLL

2.3.1 Hur exakta svar kan man få?

Då man genomför denna typ av studier måste man ganska tidigt bestämma sig för vilken detaljnivå i svaren man vill ha. Ju mer exakta svar desto högre precision i resultaten, men också desto mera arbete. Vi har valt att i denna studie följa en princip som vi i andra sammanhang kallat tumregelsprincipen som lyder på följande vis

”Då man kan erhålla exakta siffror och svar ska dessa tas fram och redovisas, då så inte är möjligt väljer man en tillräckligt god approximation som tillgodoser de behov som studiens syfte motiverar.”

I denna studie betyder det att kostnader och intäkter redovisas med skiftande exakthet. Dygnskostnaden (eller årskostnaden) för en rehabplats inom metadonprogrammet redovisas exakt, medan kostnaden för ett dygn på en avgiftningsavdelning redovisas som genomsnittet inom berörda landsting och kostnaden för en komplicerad rättegång skattas genom en sammanvägning av ett antal sådana rättegångar.

Så när vi redovisar att en missbrukare kostar si eller så många kronor eller att värdet av en framgångsrik period inom metadonprogrammet innebär ett samhällsvärde på ett visst antal kronor, ska dessa siffror tolkas med förnuft. De utgör ingen beskrivning på kronan när av de faktiska kostnaderna utan ger en mycket god indikation av var de faktiska genomsnittliga kostnaderna ligger. Man får inte som läsare låta sig luras av den skenbara exaktheten i våra svar.

2.4 Avgränsningar, begränsningar och generaliserbarhet

2.4.1 Detta är ett metodologiskt anslag

Denna rapport är framarbetad under mycket kort tid (perioden augusti – december 2007). Därför har framförallt arbetet med att samla in data varit begränsat. Vi har i studien i allt väsentligt utgått från tidigare studier vi genomfört kring missbrukets kostnader och därefter reviderat dessa utifrån data som framkommit vid intervjuer med klienter, vård- och behandlingsstatistik samt olika rapporter från metadonprogrammet.

Därför är det viktigt att påpeka att studien mera är en redovisning över en metodik med vilken man kan värdera de ekonomiska effekterna av framgångsrik rehabilitering av missbrukare än exakta resultat.

De siffror vi redovisar är framtagna utifrån en tämligen detaljerad kalkylmodell med cirka 150 olika variabler som spänner över samtliga de samhällssektorer som påverkas av missbruk och missbrukarens beteende.

Det måste också sägas tydligt; **detta är inte en studie av missbrukets generella samhällskostnader.** Det har inte varit vårt uppdrag. Däremot är vi tämligen övertygade om att vi har en ganska klar bild över vilka samhällskostnader den typiske patienten i metadonprogrammet förorsakar under sitt aktiva missbruk. Vi tycker oss dessutom ha en ganska klar bild av hur dessa kostnader förändras beroende på hur framgångsrik rehabiliteringsprocessen är.

2.4.2 Avgränsningar och framtida kunskapsbehov

Som, en följd av detta finns ett antal utomordentligt intressanta frågeställningar vi måste lämnas efter oss för kommande studier

- * hur påverkar missbrukarens beteende och samhällskostnader av faktorer som kön, ålder, etnicitet samt närvaron av andra problem såsom psykisk sjukdom, somatiska sjukdomstillstånd etc.
- * vad är skillnaden i ekonomiska effekter på kort och lång sikt? Vilka svar skulle man få kring detta om man betraktade metadonbehandlingen inte som en sjukvårdskostnad utan som en social investering i framtida hälsa och produktionsförmåga
- * vilka ekonomiska effekter uppstår som en flergenerationsproblem kring missbrukarens föräldrar, syskon och eventuella barn
- * vilken typ av kunskap skulle vi kunna erhålla om vi i stället genomfört denna studie som en registerstudie av det slag vi genomfört kring PO-reformens klienter
- * vilka olika sätt finns att mäta framgång, sett ur ett ekonomiskt perspektiv, på behandling av missbrukare och vilka ekonomiska konsekvenser leder den före detta missbrukarens stigmatisering på arbetsmarknad och bostadsmarknad till

Denna studie ger alltså egentligen upphov till fler frågor än svar. Frågor värda att undersöka i kommande studier.

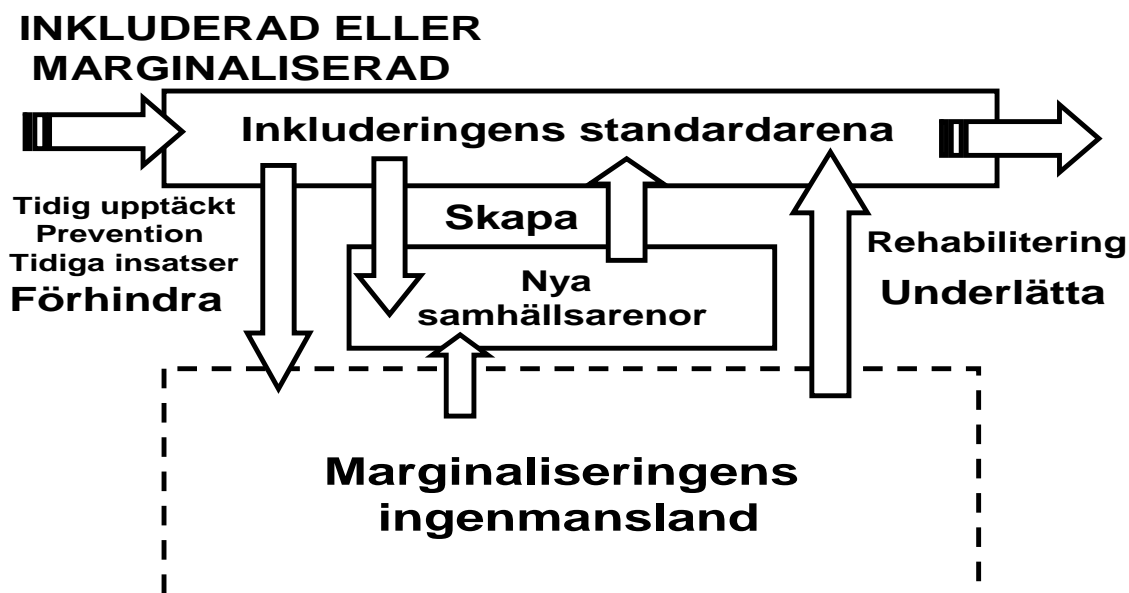
3. VÅRT CREDO, DEN VÄLFÄRDSPOLITISKA RAMEN

Denna studie handlar om de ekonomiska effekterna av metadonbehandling av heroinmissbrukare. Detta innebär att i studien i en bredare mening handlar om rehabilitering av personer med en svårartad, sammansatt och komplex problematik. I detta avseende är missbrukarens situation ganska lik den som möter personer med psykiska funktionshinder, långtidsarbetslösa, personer med utbrändhetssymptom och överviktiga. För att kunna placera in studien i ett större sammanhang måste man enligt vår erfarenhet problematisera två viktiga frågeställningar.

Den första av dessa är hur **samhällets marginaliseringsmekanismer** ser ut och hur de påverkar en framgångsrik insats i olika former av rehabarbete. Den andra frågan handlar om **begreppet framgång**; hur definierar och mäter vi framgång i denna typ av arbete. Det kan inte vara så enkelt som att bara utgå från att fullständig och total drogfrihet är ett bra mått på framgång. Låt oss därför inleda vår rapport med att diskutera och problematisera dessa två frågor.

3.1 Marginalisering och inkludering

Vi vill inleda med att påstå att i vårt samhälle finns en tydligt identifierbar tendens att marginalisera stora grupper av människor och att denna marginalisering sätter in tidigt i livet. En avgörande fråga för de flesta människor handlar alltså om man ska komma att tillhöra den inkluderades eller marginaliserades skara.



Det vi vill visa i figuren ovan är det finns en sorts förväntad normalitetsbana⁴ som vi medborgare förväntas följa under vår livsvandring i välfärdsstaten. På denna standardiserade arena fungerar vi i grupp med andra dagisbarn, går genom en tolvårig skola, får godkänt i alla kärnämnen, får ett arbete som i huvudsak omfattar åtta timmar per dag och 40 timmar per vecka, hittar en partner, får ett eller flera barn, jobbar till 65 års ålder och därefter avslutar vi livet efter att levt i vår bostad de sista åren i enlighet med hemmaboendepincipen.

Naturligtvis är detta en aning tillspetsad beskrivning, men samtidigt vet vi att toleransen för det avvikande är tämligen låg. Exkluderingsmekanismerna slår in tidigt; neuropsykiatriska diagnoser på förskolebarn, läs- och skrivsvårigheter hos många unga och ca 25% avslutar grundskola utan godkända betyg i kärnämnen. Det individuella programmet i gymnasiet har blivit ett av de största programmen och allt fler ungdomar utestängs från arbetsmarknaden. 2006 var cirka 22% av alla ungdomar mellan 18-24 år arbetslösa och cirka 1.2 miljoner människor eller 21% av åldersgruppen 18-65 står i en eller annan form utanför arbetsmarknaden⁵.

Vi ser att det utifrån figuren ovan är tre frågor som dyker upp. För det första, hur kan vi **tidigt upptäcka och förhindra** att människor slås ut i samhället och förvisas alltför tidigt till ett sorts marginaliseringens ingenmansland? För det andra, hur kan vi då människor har marginaliserats bidra till deras återvändande? Hur kan vi **underlätta deras rehabilitering**? Och den tredje och kanske svåraste frågan, vad ska vi göra med alla de människor som både kan och vill arbeta men som av olika skäl inte bedöms arbetsföra på den internationella konkurrensarbetsmarknadens villkor? Hur kan vi **skapa nya arenor där dessa människors förmåga och vilja att bidra tas tillvara**?

Kring detta finns ett stort antal olika föreställningar och uppfattningar både om vad det beror på, vad det leder till och vad man kan göra åt det. Låt oss här formulera vår ståndpunkt kring detta utanförskap i form av fyra påståenden eller teser och en fråga.

3.2 Det finns ett antal strukturella mekanismer som leder till exkludering

Om man studerar missbrukare och andra marginaliserade människor i samhället upptäcker man ganska snart att ett antal mekanismer ständigt återkommer och bidrar till eller förstärker denna marginalisering. Den första av dessa är **kortsiktigheten** i allt beslutsfattande, budgetårets begränsning för tänkandet. Naturligtvis ett absurt tänkande då det handlar om missbrukare där tidsperspektiven snarare är decennier än år.

Den andra mekanismen är **stuprörstänkandet** kring olika fenomen. Alla ser sin del av en fråga, ingen har ansvar för eller ens ser helheten. Med ett sådant synsätt och ett sådant sätt att organiseras samhället vore ju kloka beslut och helhetssyn närmast en överraskning.

Den tredje mekanismen skulle vi kunna kalla **objektifieringen, expertifieringen eller den inlärda hjälplösheten**. Alla de mekanismer som gör att ansvaret för missbrukarens liv överflyttas till en professionell expertkår av doktorer, behandlare, psykoterapeuter m.fl. som i

⁴ För en tydlig illustration av detta se: Karin Johannisson, Själens är kroppens fängelse, Pedagogiskt Magasin, 2, 2007

⁵ Ekonomifakta.se, ungdomsarbetslöshet & utanförskapet, 2007-06-18

bästa välvilja (i och för sig med stuprörstänkandet och kortsiktigheten ständigt närvarande) tar över ansvaret och därmed i praktiken förstärker hjälplösheten och maktlösheten hos missbrukaren och gör honom i praktiken till passagerare i stället för förare i den bil som utgör hans livsförlopp.

Vi återkommer i detalj till dessa mekanismer längre fram, Den gemensamma nämnaren är att de tillsammans och var för sig skapar eller förstärker samhällets exkluderingsmekanismer. Men vi påstår också att utan att hantera dessa tre mekanismer är framgångsrik rehabilitering av missbrukare strängt taget en hopplös uppgift att ta sig an.

Men detta går att åtgärda. Erfarenheten visar att med olika modeller för strukturell samverkan, med ökad långsiktighet och med organisationsmodeller baserade på begrepp som empowerment och egenmakt kan man hitta nya och bättre lösningar.

3.3 Man kan sätta ett pris på marginalisering och utanförskap

Man brukar ibland påstå att det inte går och kanske inte ens är lämpligt att värdera de ekonomiska effekterna av marginalisering och utslagning. Vi påstår att detta är fel. **Det går faktiskt att värdera vilka ekonomiska konsekvenser** som uppstår till följd av att människor blir psykiskt sjuka, inte lyckas få tillträde till arbetsmarknaden eller hamnar i kriminalitet, missbruk och annat utanförskap. Vi påstår också att man bör göra detta av några olika skäl. Ett första skäl är att om vi inte gör detta, kommer det faktiskt inte att tillmätas något värde alls då man ska fatta beslut av olika slag. Ett andra skäl är att det ger oss möjlighet att i en värld av knappa resurser ställa olika handlingsalternativ mot varandra och jämföra deras utfall, även rent ekonomiskt.

Men det tredje och kanske det viktigaste skälet är att ”money talks...” All erfarenhet visar att i olika former av offentligt beslutsfattande återkommer man ständigt till frågan om hur det påverkar den egna budgeten, eller ”what’s in it for me – tänkandet”. Den som inte kan argumentera på detta språk kommer ofta till korta.

3.4 Det är meningsfullt att sätta ett pris på prevention och rehabilitering

Av detta följer vårt tredje påstående; om man kan värdera de ekonomiska värdet av marginalisering kan man också sätta ett mått på vad det kan vara värt att förhindra ett sådant utanförskap dvs. man kan sätta ett värde tidiga insatser och prevention. Av detta följer också att man kan sätta ett värde på en framgångsrik rehabilitering.

Ibland säger man att behandling blir för dyrt. Redan för 25 år sedan visade vi att det nästan alltid är för dyrt att inte rehabilitera människor⁶. Samma sanning gäller idag oavsett om vi pratar om unga människor på glid, invandrare som inte integreras i samhället eller missbrukare. Det mesta talar för att **god rehabilitering, prevention och tidiga effektiva insatser är utomordentligt lönsamma.**

⁶ Se Nilsson & Wadeskog, Det blir för dyrt, SEE & Statens Ungdomsråd, 1979

3.5 Det måste finnas en arena för alla

Vårt fjärde påstående är kanske det mest komplicerade. Eftersom kraven för att platsa på inkluderingens standardarena är så höga vad gäller saker som normalitet och prestationsförmåga är denna arena för många grupper inte bara svår att slå sig in på. I praktiken är det omöjligt om man har varit missbrukare, psykiskt sjuk, har obefintliga skolbetyg, suttit i fängelse, har ett funktionshinder eller i övrigt har ett från normaliteten alltför avvikande beteende.

Vad ska vi då göra med alla dessa människor som lever i utanförskap? Som vi ser det finns det två helt väsensskilda sätt att hantera detta. Det ena är att göra som idag, dvs. förvisa dem till ett utanförskap där de passivt får sin försörjning från något av de olika offentliga försörjningssystemen. Detta leder till några olika effekter. För det första en hög belastning på dessa system. För det andra att den produktionsförmåga dessa människor har inte tas tillvara. För det tredje att de döms till ett utanförskap som leder till allt djupare passivisering och i många fall förvärrar det grundproblemet som lett till utanförskapet (missbruk, psykisk sjukdom, kriminalitet etc.).

Mycket av detta är onödigt. I stort sett alla människor har i någon omfattning arbetsförmåga och i stort sett alla människor har en vilja att vara delaktig och bidra om det bara finns former för detta. Det betyder att om vi ska reducera människors bidragsberoende, kunna få del av den arbetsförmåga de faktiskt har och dessutom förhindra att de blir mer och mer marginaliserade och därmed ianspråkta allt mer välfärdsresurser krävs det att **vi skapar särskilda arenor med särskilda spelregler** för detta. Sådana arenor finns i länder som Italien och Frankrike och börjar dyka upp i Sverige bl.a. under beteckningen social ekonomi.

Kostnaderna för att skapa och vidmakthålla dessa arenor är inte obetydliga. Men kostnaderna för att inte göra det är betydligt större. I en nyligen avslutad studie kring denna typ av företag för personer med psykisk ohälsa fann vi att för varje satsad krona på denna arena var den samhällseliga avkastningen 360% på årsbasis⁷.

3.6 Är det individens eller samhällets problem?

Det vore lätt att beskriva arbetet kring personer med missbruk som ett individbaserat arbete utifrån individbaserade problem. Den enskilde individens utsatthet och sårbarhet är ju det mest uppenbara.

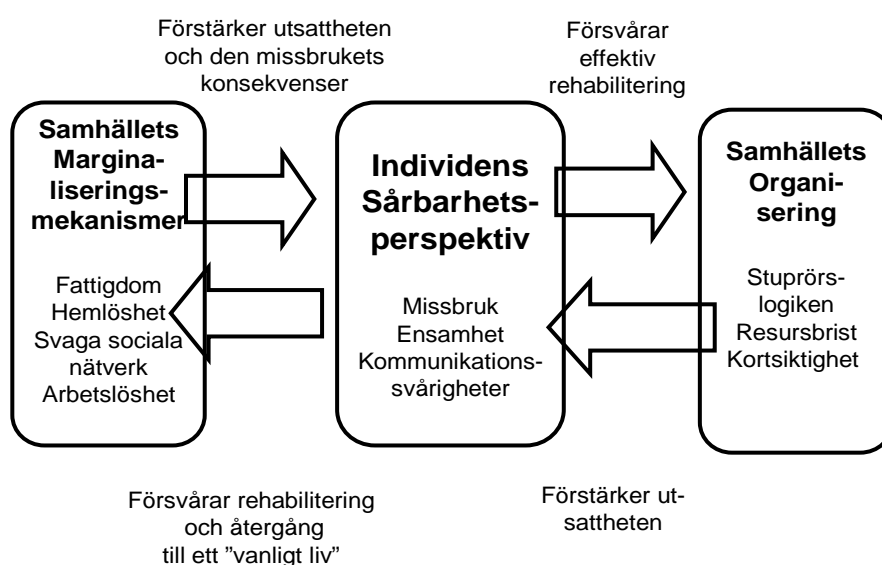
Men då glömmer man det sociokulturella sammanhang individen befinner sig i. Ett samhälle där entydiga mekanismer förstärker den enskildes marginalisering⁸ i allt från fattigdom, hemlöshet, svaga sociala nätverk till utstötningen från arbetsmarknaden. Mekanismer som förstärker utsattheten och den sociala sjukdomens konsekvenser. Så här säger en behandlare om en av sina klienter;

⁷ Se Nilsson & Wadeskog, Bättre & billigare, socioekonomiska bokslut för de sociala arbetskooperativen KOS & Briggen, SEE, 2007

⁸ se t.ex. Lundmark & Nilsson, Mångfaldens mekanismer, att vara PO i storstad, Socialstyrelsen 2004

”Han är körd hos det kommunala bostadsbolaget. Han har ingen bostad utan driver runt hos olika kompisar. Vem vill ge honom en chans till efter alla vräkningar? Arbetsförmedlingen anser att han inte står till arbetsmarknadens förfogande. Han har ingen kontakt med föräldrar och annan släkt. Han har gjort sig omöjlig på försäkringskassan och är inte längre välkommen till kommunens arbetsträning. Han är faktiskt helt ensam.”

Men detta är också mekanismer som försvårar rehabiliteringen, återhämtningen och återgången till ett mer normalt liv. Vem ger en missbrukare förstahandskontrakt till en lägenhet, vem anställer en heroinist? Hur återtar en person med en lång historia av utanförskap och kriminalitet sin normalitet inför sådana marginaliseringsmekanismer? Detta illustreras i figurens vänstra sida nedan



Men för den enskilde är problemen värre än så eftersom det sätt vi organiserat samhället på försvårar klientens rehabilitering. Stuprörlogiken gör att ingen aktör anser sig ha eller har kompetens att ha ett helhetsansvar. Dessutom lever vi i en tid då resurserna i de offentliga rehabiliteringssystemen minskar i allmänhet och för missbrukare och några andra utsatta grupper såsom psykiskt funktionshindrade i synnerhet⁹. Den slutsats man kanske kan dra av detta är att både samhällsutvecklingen i stort och vårt sätt att organisera och leda de offentliga systemen förstärker utsattheten och marginaliseringen av personer med missbruk. Detta försvårar dessutom deras rehabilitering och återhämtning.

Detta gäller i all synnerhet missbrukare som nästan alltid har en utomordentligt sammansatt problematik där själva missbruket endast utgör en komponent som vävs samman med frågor som kriminalitet, hemlöshet, arbetslöshet, obefintliga sociala nätverk, sargade familjeband etc.

⁹ se t.ex. Dagens Nyheter 29:e oktober 2004 som redovisar resultatet från en enkät till landets samtliga landsting. Dessutom visar den ekonomiska utvärderingen av PO-verksamheten att en mycket liten andel av alla offentliga resurser kring denna målgrupp är av rehabiliterande natur

4. BEGREPPET FRAMGÅNG – VAD MÄTER VI?

4.1 Olika sätt att definiera begreppet framgångsrik rehabilitering ur ett ekonomiskt perspektiv

Som en följd av ovanstående torde det vara tämligen uppenbart att begreppet framgång i missbruksarbetet måste omfattade betydligt mer än att enbart uppnå drogfrihet. En person vi intervjuat formulerade sig ungefär så här

”Nu har jag varit drogfri i mer än fem års tid. Jag har ännu inte hittat någon form av nytt socialt liv vid sidan av min familj. Jag har inget att göra på dagarna. Ibland sitter jag hemma och stirrar på väggarna och känner att jag nästan blir tokig. Jag skulle behöva ett jobb, något att göra på dagarna, Men vem anställer en gammal heroinist. Tänk bara på hur min meritlista ser ut.”

Så i ena ändan av framgångsspektrat ser vi en rehabprocess som för att leda till fullständig framgång borde inkludera inte bara drogfrihet utan arbete, försörjning, bostad och ett fungerande socialt liv. Men hur ser det ut i andra ändan; om vi lyckas reducera missbruket till en lägre nivå än tidigare, eller om insatsen vi gör leder till kortare perioder av uppehåll i missbruket varvade med perioder av återfall, är inte detta framgång? Svaret på frågan beror på vad vi jämför med; total framgång eller totalt misslyckande.

För att få lite annorlunda perspektiv på frågan låt oss göra en utflykt till ett helt annat sorts missbruk - matmissbruk och fetma - och en studie vi genomfört för Dalarnas Läns Landsting. I denna studie upptäckte vi att det inte på något vis var självklart hur begreppet framgång skulle definieras då det gällde av angripa överviktsproblemet.

4.1.1 Framgång i behandlingen av övervikt och fetma

För att kunna diskutera effekterna av en bra överviktsbehandling måste man ha en bild av vad man kan mena med begreppet **framgång i detta sammanhang**. Det finns ofta en mycket förenklad schabloniserad bild av att framgång i detta sammanhang är att uppnå **en sorts normalvikt eller idealbild - normaliseringsfällan**¹⁰. Inget vore mera felaktigt än att tro detta.

Framgångsbegreppet då man behandlar fetma är lika mångdimensionellt som orsakerna bakom fetma. På ett enkel plan skulle man kunna säga att framgång är att minska vikten. Men redan här blir det problem. Vilken tidshorisont pratar vi om. På ett års sikt, på fem års sikt eller för resten av livet. Det kan ju vara så (vilket olika studier tycks peka på) att kortsiktiga viktnedgångar följda av en förnyad viktuppgång (typ jojobantning) är mer skadliga än att behålla en konstant hög vikt.

Men är det inte framgång om man lyckas hejda en viktsuppgång, eller rentav **reducera hastigheten med vilken man går upp i vikt**. Dvs. är det förhållande att den överviktige

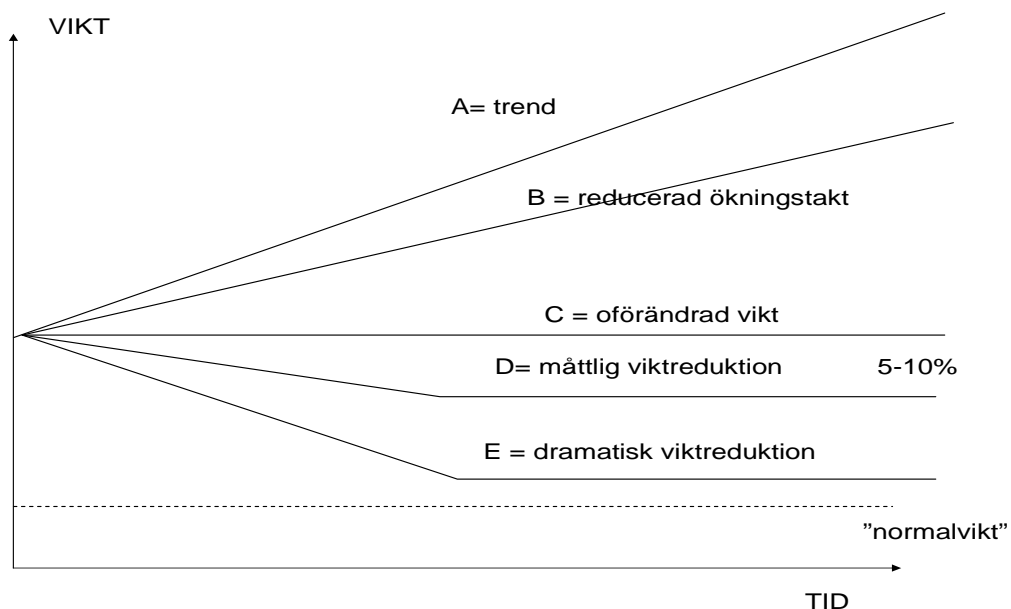
¹⁰ precis samma normaliseringsfälla finner man inom många olika rehabiliteringsområden oavsett om det handlar om psykiskt funktionshindrade, neurosedynskadade eller långtidsarbetslösa. Denna fokusering mot att uppnå eller sträva efter ”det normala” gör att man ofta missar att se de framsteg som faktiskt görs

stannar på sin höga vikt eller fortsätter att öka i vikt, men i en långsammare takt än tidigare inte en framgång? Svaret beror på vad som är alternativet, dvs. vad vi jämför med.

Alla effektstudier måste ju ha en referenspunkt, en kontrollgrupp eller ett jämförelsealternativ. "Vad skulle hänt om frågan" måste ju kunna besvaras. Så en första måttstock på framgång i behandling av övervikt och fetma skulle kunna vara att den överviktige långsiktigt minskar sin ökningstakt, står stilla i vikt eller rentav minskar sin vikt.

Vi kan alltså se minst fyra olika sätt att definiera framgång på vilka alla illustreras i figuren nedan där kurvan A, beskriver den trendmässiga viktökning om inget görs. De övriga fyra framgångsscenarioerna är

- * **fortsatt viktsökning men i lägre takt**, kurva B
- * ligga kvar på **oförändrad vikt**, kurva C
- * en **måttlig viktsreduktion** på 5-10 %
- * en **drastisk viktsreduktion** ner till i trakterna av normalvikt, kurva E

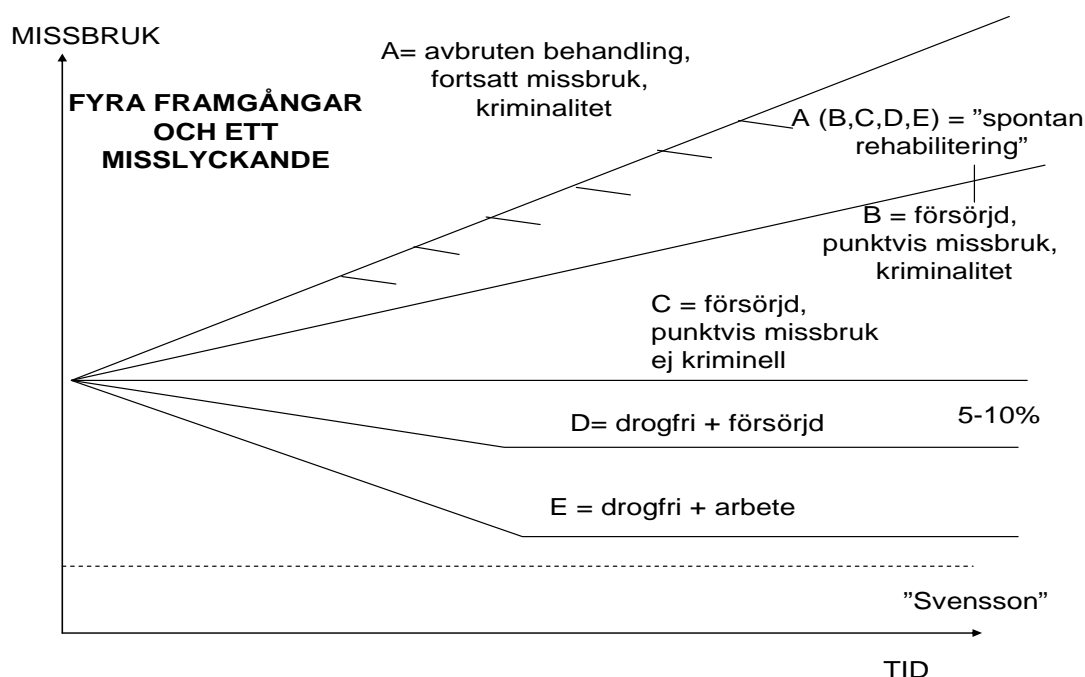


Men man skulle ju kunna gå ännu längre och definiera ett femte framgångsmål - och det finns här paralleller till hur människor bryter med alkohol- och narkotikamissbruk. Genom att vid flera tillfällen gått ner i vikt och därefter upp i vikt kan en överviktig person lära sig så mycket om sig själv och hur hon fungerar att de olika misslyckandena utgör grunden för att vid ett senare tillfälle verkligen lyckas ta tag i sin övervikt. Det är ungefär som en missbrukare som fått en massa behandlingsinsatser och som bryter sitt missbruk efter den senaste. Man vet aldrig om det var just denna insatsen eller den ackumulerade effekten av tidigare insatser som skapade den slutgiltiga effekten.

4.1.2 Digitaliseringens förbannelse

Precis samma resonemang går att tillämpa då man ska diskutera rehabilitering av missbrukare. I den allmänna debatten förefaller det finnas endast två möjligheter; antingen blir man helt drogfri och återvänder till ett normaliserat "Svenssonliv", eller så misslyckas man helt. Vi tycker detta är en aning trubbigt sätt att betrakta verkligheten på. Med våra ögon är det bättre att en missbrukare missbrukar varannan dag i stället för varje, att man har lägre dygnsdos i stället för högre. Det förefaller också bättre att man har perioder av återfall under ett i övrigt drogfritt liv hellre än att missbruka kontinuerligt.

Det som blivit uppenbart i denna studie är att det föreligger en helt klar parallell till behandlingen av övervikt och fetma då man ska diskutera framgångsbegreppet. Vi har här grovt identifierat ett antal olika alternativa förlopp som en följd av att man går med i metadonprogrammet, illustrerade i figuren nedan.



4.1.3 Våra framgångskategorier i denna studie

Den första framgångskategorin (E) är att man helt lyckas bryta med sitt tidigare liv, blir drogfri, återskapar ett socialt liv med bostad och familj samt försörjer sig själv (helt eller delvis) med eget arbete. Nästa grupp (D) har likheter med föregående, med den skillnaden att man inte lyckas skaffa sig arbete utan långsiktigt blir försörjd av samhället i form av ekonomiskt bistånd, a-kassa eller ersättningar från socialförsäkringssystemet.

Den tredje gruppen (C) påminner om den andra med den skillnaden att man har kortare perioder av återfall. Under dessa perioder lyckas man dock i stort att avhålla sig från återfall till kriminellt beteenden. Den fjärde gruppen (B) däremot har samma perioder av återfall (kanske längre sådana) och dessa återfall leder till att man för en tid återgår till en mer eller mindre kriminell livsstil för att finansiera sitt missbruk.

Den femte gruppen (A) består av flera olika delgrupper. Den första är dom som efter en kort tid i programmet, lämnar detta och återgår till missbruk. Den andra delgruppen återgår till missbruk och avlider efter en tid. Den tredje delgruppen lämnar programmet men lyckas på andra vis bryta sitt missbruk längre fram.

Det finns två skäl att vi valt denna indelningsgrund. Den första är att dessa fem olika alternativa förlopp ger väsentligt olika samhällsekonomiska effekter. Den andra är att dessa klienter på väldigt olika vis kostnadsbelastar metadonprogrammet. Nyinskrivna personer eller personer med ett eller flera återfall belastar programmet (bl.a. i form av fler och tätare kontroller och fler besök och mer personalinsatser) avsevärt mer än personer som under lång tid befinner sig i programmet utan återfall. Vi kommer senare att se att dessa fem olika grupper skiljer sig åt vad gäller kostnader och intäkter för metadonprogrammet i sin helhet.

4.2 Stigmatiseringsfunktionen

Denna studie handlar om de ekonomiska effekterna av metadonbehandling, om vilka samhällseffekter som uppstår då en heroinmissbrukare upphör med sitt missbruk och den oftast kriminella livsstil som är kopplat till detta.

Det är uppenbart att en missbrukare till följd av sin livsstil förorsakar betydande välfärdskostnader, kostnader som upphör eller reduceras till följd av att missbruket upphör. Inte lika tydligt är att då en missbrukare upphör med sitt missbruk, bryter med sin tidigare livsstil och försöker etablera ett sorts normalt "Svenssonliv" stöter han på betydande problem i form av samhällets stigmatiseringsmekanismer.

Stigmatisering är ett begrepp som har sina källor i det som kallas outsiders teorin eller stämplingsteorin och har definierats bl.a. så här; "*ett nedvärderande utpekande, en psykologisk brännmärkning, ett vi mot dom, ett förakt mot grupper och enskilda personer som avviker från den egna samhällsnormen*"¹¹

En före detta missbrukare möter denna stigmatisering inom många olika fält; socialt, på bostadsmarknaden och inte minst på arbetsmarknaden. Effekterna av detta är att det finns ett antal personer i denna studie (och andra studier kring rehabilitering av utsatta grupper vi genomfört) som trots att man både kan och vill arbeta (helt eller delvis) inte får arbeta. Detta har likheter med de effekter som inom nationalekonomin beskrivs som insider – outsider teorin¹². Enligt denna teori har de som står utanför arbetsmarknaden (outsiders) allt svårare att tränga in på arbetsmarknaden till följd av att de andra (insiders) bevakar sina positioner.

På kort sikt leder denna effekt till två saker. Den ena är att dessa personer i onödan måste försörjas av samhället. Den andra är att det produktionsvärde de skulle kunna skapa genom sitt arbete (det så kallade BNP-bidraget) inte uppstår till följd av deras ofrivilliga utanförskap. Därmed kommer de inte heller att bli skattebetalare och finansiellt bidra till vår gemensamma välfärd. På lite längre sikt säger erfarenheten att detta fortsatta utanförskap leder till ökat beroendeförhållande till de offentliga systemen, en förstärkning av hjälplösheten, ökade

¹¹ Wikipedia, 2007-09-29

¹² Lindbeck & Snower, The insider –outsider theory of employment and unemployment, MIT, 1989

välfrädsbehov och ökade risker för återfall till missbruk. Det finns alltså en sorts prislapp för den stigmatisering samhället utsätter rehabiliterade missbrukare för. Den skulle kunna uttryckas på följande vis.

* stigmatiseringskostnad= kvarvarande välfärdskostnader på kort sikt + ökade välfärdskostnader på lång sikt + uteblivna produktionsvärden + uteblivna välfärdssintäkter

* $S(K) = K(VFK) + K(VFL) + K(P) + K(VFI)$ där

$K(VFK)$ = de välfärdskostnader som på kort sikt kvarstår till följd av att en tidigare missbrukare inte får arbete och/eller bostad och måste försörjas eller bo i någon form av stödboende

$K(VFL)$ = de välfärdskostnader som på lång sikt tilltar till följd av den drogfrä missbrukarens fortsatta utanförskap

$K(P)$ = det produktionsvärde som inte tillförs samhället till följd av att en tidigare missbrukare trots förmåga och vilja inte får arbete börjar arbeta och producera

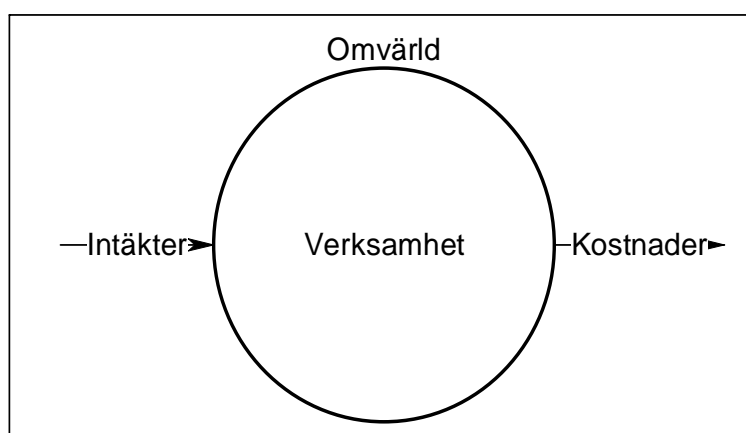
$K(VFI)$ = de välfärdssintäkter som inte tillförs samhället till följd av att en tidigare missbrukare inte kan börjar betala skatt, socialförsäkringsavgifter etc. eller på andra vid bidra till de kollektiva välfärdssystemen

Vi återkommer till detta tema i slutet av vår rapport.

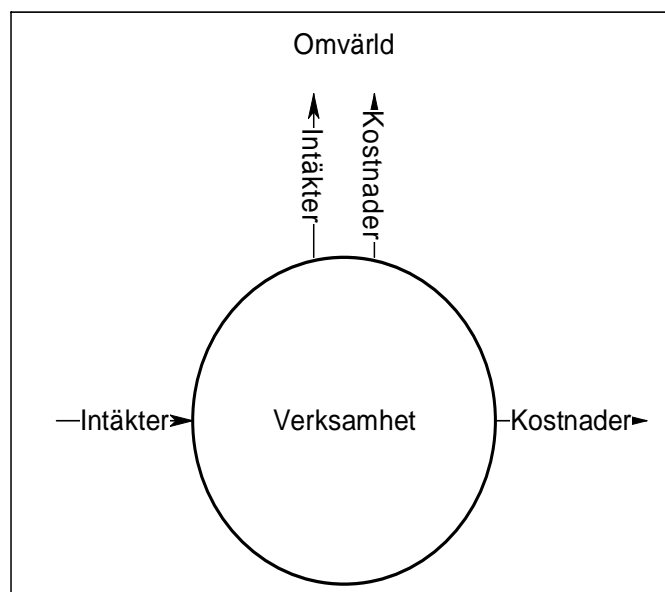
5. ETT SOCIOEKONOMISK BOKSLUT – VAD ÄR DET?

Alla verksamheter har ekonomiska relationer till sin omvärld. Två av dessa kallar vi för intäkter och kostnader, dvs. det verksamheten får i ersättning för det den gör respektive det den själv måste betala för att utnyttja resurser i omvärlden. Verksamhetens årliga resultatredovisning visar hur dessa intäkter och kostnader förhåller sig till varandra.

Under senare år har vi kommit i kontakt med verksamheter som, via sin verksamhet, påverkar kostnader och intäkter för olika aktörer i dess omgivning. De flesta verksamheter på det sociala området är vana att beställare/kunder/finansiärer ser dem som en kostnad, men det är enbart ena sidan av dess relation till omvärlden.



Många verksamheter som arbetar med prevention och/eller rehabilitering av människor som hamnat snett eller utanför, skapar betydande förändringar i intäkter/kostnader hos aktörerna i dess omvärld.

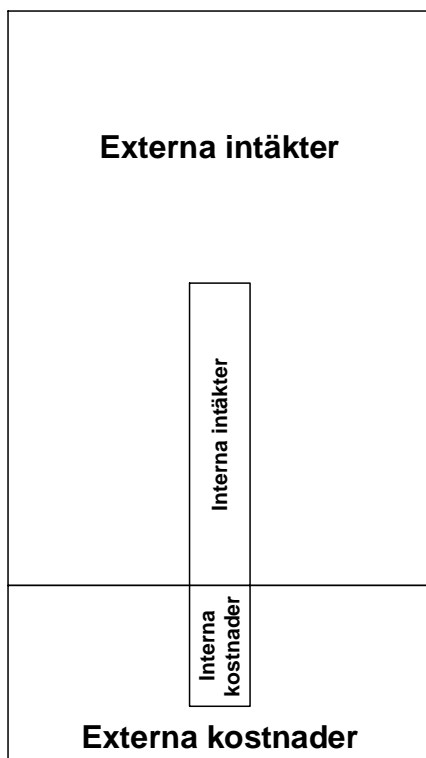


När verksamheterna ifrågasätts eller anses för dyra att expandera, så måste beslutsunderlaget täcka in även dessa intäkter/kostnader. Det SocioEkonomiskt Bokslutet syftar till att komplettera verksamhetens egen redovisning av intäkter och kostnader med en resultatredovisning av de ekonomiska effekterna i verksamhetens omvärld. Detta kan göras på mer eller mindre ambitiöst sätt, beroende på syfte och resurser.

De flesta verksamheter, myndigheter såväl som företag, är normalt sett skyldiga att upprätta någon form av ekonomisk redovisning som beskriver de intäkter och kostnader man haft under ett år samt den eventuella vinst som uppstått. Denna skyldighet är t.ex. för företag reglerad i bokföringslagen. För vissa företagsformer, t.ex. aktiebolag vars spelregler regleras i aktiebolagslagen, är kraven mer strikta än för andra.

Syftet med redovisningen är tvåfaldig. Det interna syftet är att ge stöd för företagsledningen att planera och leda verksamheten. Det externa syftet är att ge olika intressenter möjlighet att få inblick i och värdera företaget. Myndigheter för att se om företagen uppfyller sina olika förpliktelser, t.ex. att betala skatt. Kunder, leverantörer och anställda för att bedöma företagets stabilitet och utvecklingsförmåga. Finansiärer för att bedöma kreditvärdighet etc. Man skulle kunna säga att redovisningens roll är att förse intressenterna i och kring ett företag med en kompass eller en mental karta med vars hjälp företaget kan analyseras och beslut fattas.

SocioEkonomiskt Bokslut



Redovisningen uppträder som verksamhetsberättelser, revisionsberättelser, resultat- och balansräkning etc. Den bygger på att all väsentlig information kring företaget går att fånga via dess finansiella och monetära transaktioner. Detta är emellertid inte fallet om verksamheten direkt påverkar andra aktörers ekonomiska utfall. Detta brukar kallas externa effekter för att det är effekter som ligger utan för det som rapporterats (det interna).

Förekomsten av externa effekter leder till att informationen om verksamheten blir missvisande. Man får helt enkelt inte underlag för att fatta korrekta beslut. Om verksamheten skapar negativa externa effekter (dvs. skapar kostnader för andra) överskattas företagets värde. Luftföroreningar, buller eller förgiftade vattendrag är sådana externa effekter inom miljöområdet. Utbrändhet, sjukskrivning och arbetsskador är sådana effekter inom det sociala området. Om företaget skapar positiva externa effekter (dvs. skapar intäkter för andra via förbättrad hälsa, minskad vårdkonsumtion, ren luft etc.) underskattas verksamhetens värde på motsvarande sätt.

Genom att i en och samma resultaträkning komplettera verksamhetens egen redovisning, intäkter och kostnader, med de intäkter och kostnader som denna verksamhet förorsakar hos andra aktörer, får alla intressenter en bättre

bild av verksamhetens faktiska resultat. Detta är den grundläggande tanken med det SocioEkonomiskt Bokslutet.

Denna utvidgade redovisning består av:

- 1) En **utvidgad resultaträkning** som beskriver intäkter och kostnader för alla relevanta aktörer, samt hur dessa är kopplade till verksamheten.
- 2) En **nyckeltalsanalys**, till största delen baserad på den utvidgade resultaträkningen. I denna kan man även använda extern information kring alternativkostnader etc.
- 3) En **finansieringsanalys** som framför allt beskriver de närmaste intressenternas (kunder/finansiärer) resultat beroende på perspektiv. Det kan t.ex. handla om hur snabbt/långsamt en investering i verksamheten betalar sig beroende på om man enbart ser till de egna intäkterna/kostnaderna över tiden eller även innefattar andra eller alla.
- 4) En **investeringsanalys** som använder resultaträkningens resultat och sträcker ut analysen över tiden. En rehabiliteringsinsats förväntas ge resultat över lång tid. Då skall de relevanta intäkts- och kostnadsströmmarna över samma period räknas samman så att beslutsfattare idag får en känsla för vilka framtida resursströmmar man fattar beslut om.

6. METOD FÖR KALKYL AV METADONPROGRAMMETS SOCIOEKONOMISKT BOKSLUT – PRINCIPER OCH EXEMPEL

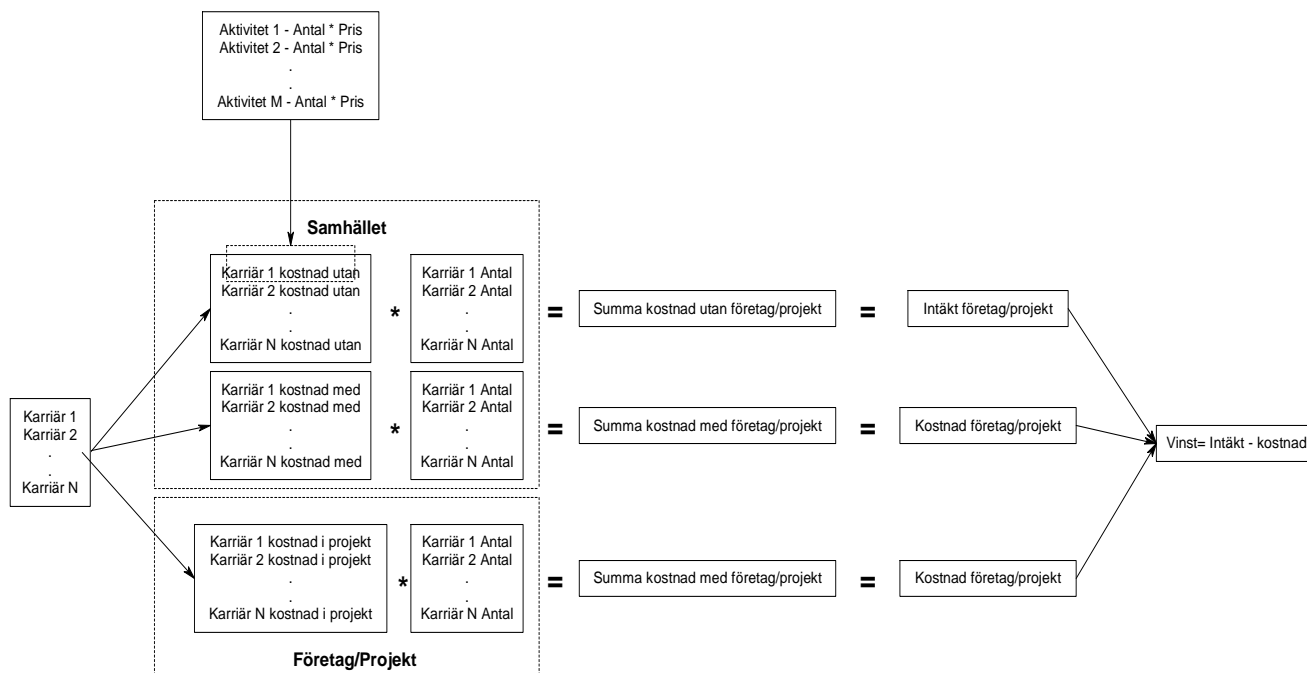
6.1 Inledning

Det SocioEkonomiskt bokslutet för Metadonprogrammet skall bygga på en jämförelse mellan vad en heroinmissbrukare kostar innan de kommer med i programmet respektive sedan de kommit med i programmet.

I tidigare studier har vi byggt upp de SocioEkonomiskt Boksluten efter ett rätt omfattande arbete med att just kartlägga kostnaderna i utanförskapet. På grund av tidsbrist i detta projekt har vi tvingats arbeta med ett betydligt mer schablonartat underlag. I detta avsnitt beskrivs kortfattat skillnaderna mellan våra vanliga kalkyler och den som denna studie bygger på.

6.2 Vanlig kalkyl

I en vanlig studie arbetar vi under en längre tid med referensgrupper för att mejsla fram vad en viss karriär, t.ex. manlig heroinist, förorsakar innan han/hon kommer med i en rehabiliteringsprocess, t.ex. via ett arbetskooperativ. Samma sak görs för perioden i, och kanske efter, rehabilitering. Kostnaderna under rehabilitering består av såväl kostnader i rehabiliteringen i sig som kvarvarande kostnader runt omkring, t.ex. omhändertagna barn eller tandvård. Vi illustrerar det i diagrammet nedan.



I vanliga fall studerar vi således ett antal karriärer för att täcka in intressanta aspekter på en viss verksamhet. Det kan röra sig om skillnader mellan kön, ålder, huvuddrog, etc. För var

och en av dessa karriärtyper räknar vi fram årskostnad för tiden innan projektet samt en årskostnad för tiden med/efter projektet samt vad verksamheten i projektet i sig kostar.

Dessa beräkningar av kostnader görs på en förhållandevis detaljerad nivå, runt 100 – 150 aktiviteter, som kopplas till olika aktörer eller funktionella insatskedjor. För varje karriär och för varje år i kalkylen preciserar vi hur mycket av den aktiviteten som används och räknar därefter ut vad detta kostar med hjälp av de framtagna priserna. Det kan röra sig om läkarbesök, polisinsatser, ekonomiskt bistånd etc.

Arbetet med karriärerna ger oss möjlighet att räkna fram vad en viss karriär, t.ex. en manlig heroinist, kostar innan projektet och med/efter projektet. Kostnaderna innan projektet växlar vi helt enkelt över i intäkter för projektet eftersom det är kostnader som inte längre uppstår. Dessa skall sedan ställas mot de kostnader som fortfarande finns kvar hos aktörer runt individen samt de kostnader som uppstår i projektet i sig. Det sista steget i denna kalkyl är att multiplicera dessa genomsnittliga årskostnader för de olika karriärerna med antalet personer i respektive karriär i verksamheten för att få fram vinsten eller förlusten för verksamheten.

6.3 Metadon – Schablonmetod

6.3.1 Inledning

I stället för att genomföra en vanlig kalkyl har vi i detta projekt tvingats tillgripa en mer schabloniserad metod. Till grund för denna schablonberäkning använder vi oss av tidigare kalkyler från studien kring Basta/Vägen Ut!. Dessa anpassas till de olika kategorier av klienter som finns i Metadonprogrammet.

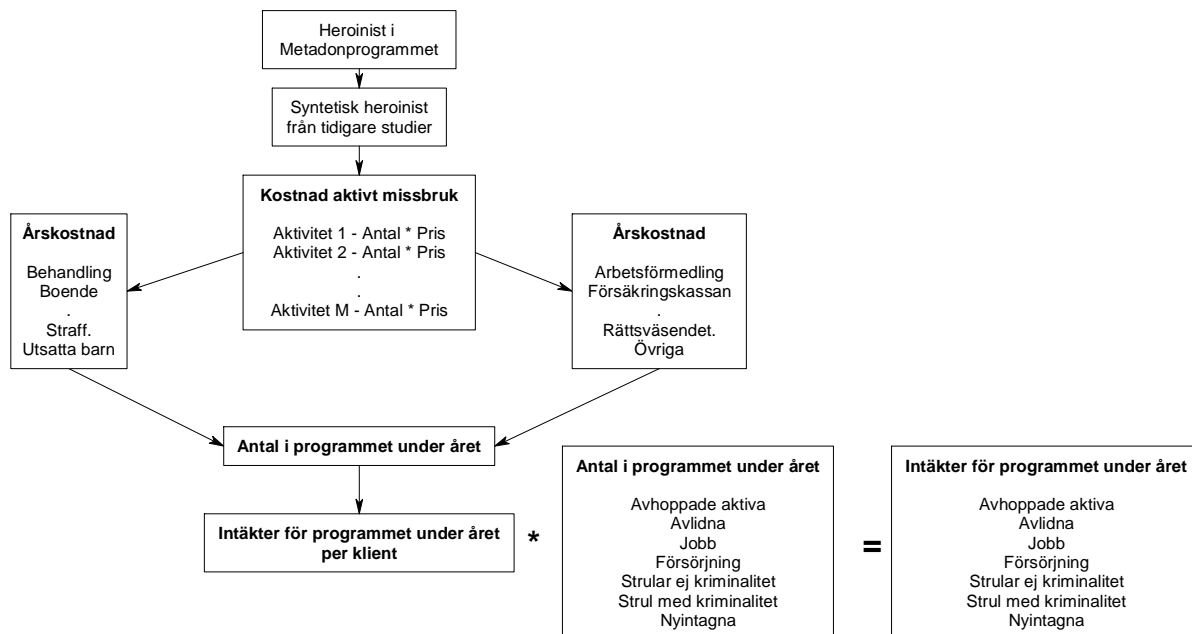
Kalkylen kan delas upp i tre olika delar:

- 1 - Intäkter till följd av att individer lämnar tillvaron som aktiv heroinist
- 2 – Kostnader för Metadonprogrammet i sig
- 3 – Kostnader från det tidigare livet som ligger kvar trots att man är med i programmet

Låt oss beskriva dem i tur och ordning.

6.3.2 Intäkter

Intäkterna består alltså av uteblivna kostnader. Vi baserar dessa på de resultat vi fick i ett tidigare projekt. Ur detta tidigare projekt skapar vi en ”syntetisk heroinist” som skall motsvara genomsnittsklienten i Metadonprogrammet. I praktiken innebär detta att vi viktat samman kvinnliga och manliga heroinister vi räknade på i den tidigare studien.

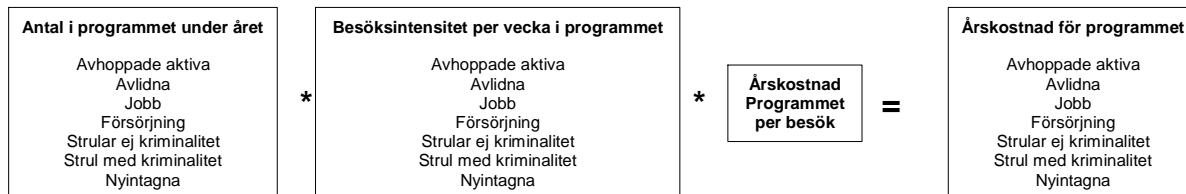


För denna syntetiska heroinist har vi beräknade årskostnader i aktivt missbruk. Dessa kan vi fördela på typer av insatser/aktiviteter eller på aktör. För de fortsatta kalkylerna på kostnadssidan används kostnaderna per insatsområde, medan den SocioEkonomiska kalkylen använder kostnaderna uppdelat per aktör.

När vi har årskostnaden för en typklient inom programmet så multiplicerar vi dessa kostnader med antalet klienter i de olika grupperna så får vi de årliga intäkterna för den grupp som finns i Metadonprogrammet under året. I intäktskalkylen gör vi ingen skillnad på de olika klienttyperna. Alla antas bryta med sitt aktiva missbruk under året. Skillnaderna mellan grupperna kommer i stället in som skillnader på kostnadssidan.

6.3.3 Kostnader i programmet

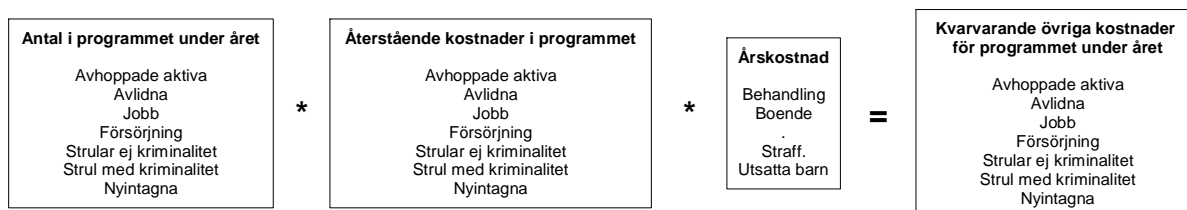
Kostnaderna i programmet räknas fram med hjälp av information om antalet klienter i de olika grupperna, hur ofta de besöker mottagningarna samt den totala årskostnaden för verksamheten.



De nyintagna har högst besöksfrekvens och står därför för en större del av programmets kostnad räknat per person. Vi har därefter fördelat årskostnaden per klienttyp efter det summerade antalet veckobesök på ett år.

6.3.4 Kvarvarande övriga kostnader

De kvarvarande kostnaderna utanför programmet räknas fram genom att vi för varje klienttyp gör olika antaganden om hur stor del av deras kostnader som aktiv heroinist som kvarstår när de kommit med i programmet. Den återstående kostnaden räknas som andelar av den ursprungliga kostnaden per insatsområde – behandling, brott, försörjning etc.

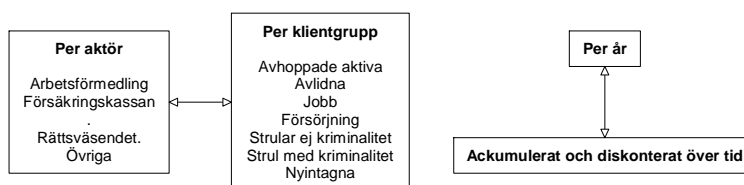
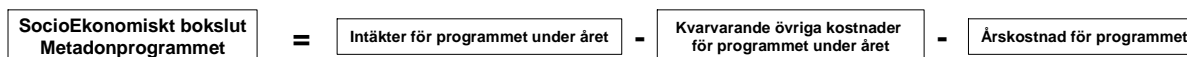


Kostnaden för gruppen i Metadonprogrammet får man sedan genom att multiplicera dessa kvarvarande kostnader per klientgrupp med antalet klienter under året i de olika grupperna.

En del av de kostnader som tidigare låg inom behandling, somatisk och psykiatrisk vård finns nu med inom Metadonprogrammet. Därför räknas dessa kvarvarande kostnader bort för de flesta klienttyper för att undvika dubbelräkning.

6.4 SocioEkonomiskt bokslut

När intäkter och kostnader räknats fram enligt ovan kan vi lägga samman resultaten till ett SocioEkonomiskt bokslut för Metadonprogrammet. Resultatet visar på vinsten/förlusten vilken utgör skillnaden mellan intäkterna och summan av de kvarvarande och programspecifika kostnaderna.



Resultaten presenteras framför allt per aktör men kan även tas fram per klienttyp. Resultatet används även för att göra analyser över längre tid samt att ta fram ett antal nyckeltal.

7. METADONPROGRAMMET

7.1 Vårt förhållande till metadonprogrammet

Vi som gjort denna studie är på inget vis experter vare sig på missbruk eller behandlingsarbete, även om vi under lång tid och vid flera tillfällen studerat missbrukets och behandlingsarbetets ekonomiska effekter.

Vad vi emellertid vet är att läkemedelsassisterad behandling av missbrukare, i detta fall metadonbehandling, är och i all synnerhet har varit utomordentligt kontroversiellt. Argumenten för och emot har varit många, ofta av ideologiska slag. Vi vet också att denna typ av behandling, i motsats till många andra behandlingsformer är tämligen väl utvärderad¹³, kanske just till följd av att den uppfattats som kontroversiell.

Med denna studie tar vi inte ställning vare sig för eller emot denna typ av behandling, ej heller dess effekter i förhållande till alternativa behandlingsmodeller. Det vi gör är att studera dess effekter i förhållande till alternativet att inte intervensera i missbrukarens liv utan att låta missbruket fortsätta som tidigare. Vi studerar de ekonomiska effekterna av denna behandling och inget annat.

7.2 Metadonbehandling i stort

Metadonbehandling har skett i Sverige sedan mitten av 60-talet och inleddes som en försöksverksamhet i Uppsala. Denna följdes sedermera av verksamheter i Lund, Malmö och Stockholm. Behandlingen består av en kombination av förskrivning av läkemedel i individuellt anpassade doser och socialkurativa insatser med fokus på arbetsrehabilitering.

Målgruppen för behandlingen är normalt sett personer med ett långvarigt och omfattande missbruk där andra insatser inte visat sig leda till positivt resultat. Studier visar att för klienter i programmet minskar dödlighet, missbruk och kriminalitet.

¹³ se t.ex. Socialstyrelsen rapport, Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling, SoS 2001-10-04

7.3 Metadonprogrammet i Stockholm¹⁴

7.3.1 Mål, målgrupp och organisation

Verksamheten sker vid öppenvårdsteam fördelade över Storstockholmsområdet. Dessutom bedrivs slutenvård vid Danderyds Sjukhus. Vård för klienter som varit många år i programmet sker vid en särskild verksamhet - Funkis). För klienter som vill avveckla även metadoninsatsen finns en särskild verksamhet – Trappan. Arbetet sker i nära samverkan med socialtjänsten i respektive kommun.

Målgruppen är personer med långvarigt och omfattande missbruk. Man ska ha missbrukat intravenöst minst 4 år varav heroinberoende i minst 2 år, vara minst 20 år samt valt att ansluta sig till behandlingen frivilligt.

En stor andel av klienterna har allvarliga psykiska störningar. En betydande andel har dessutom fysisk ohälsa och somatiska sjukdomar. Ungefär 90% har eller har haft hepatit C. Man har årligen mellan 600 och 700 klienter varav cirka 100 personer tillkommer/avgår varje år.

Vid sidan av den rent farmakologiska insatsen ges en mängd andra insatser såsom smärtbehandling, särskilda insatser för kvinnor, psykoterapi, avgiftning, anhörigskola m.m.. Samverkan med socialtjänsten är intim både på handläggarnivån kring klienten och på ledningsnivå.

Klienten söker själv till verksamheten och som grund för arbetet med klienten ligger en behandlingsplan/vårdplan som upprättas tillsammans med socialtjänsten och som ska beakta medicinska och sociala faktorer av betydelse för klientens behandling.

Verksamheten omsluter cirka 65 Mkr årligen vilket leder till ett ungefärligt genomsnittligt pris för en årsplats på cirka 120.000 eller 10.000 kronor i månaden. Denna kostnad är för klienter under de första året avsevärt över detta genomsnittsvärde och för klienter som varit i programmet under lång tid betydligt lägre.

7.3.2 Arbetsprocess

Man remitteras till programmet av överläkare inom beroendevården. Dessutom ska en grundlig social utredning samt en behandlingsplan göras av klientens socialsekreterare med vilken man ska ha kontakt under hela behandlingsarbetet. Beslut om intagning sker vid den s.k. metadonkonferensen.

Därefter vidtar **en inställningsfas (fas 1)**. Man gör alla nödvändiga undersökningar och klienten ställs in på rätt nivå av metadon. Fasen är utomordentligt intensiv och klienten kommer till mottagningen varje dag både för medicinering och vid vissa tillfällen för att lämna övervakat urinprov. Behandlingsplanen revideras och utvecklas tillsammans med

¹⁴ detta avsnitt baseras på intervjuer och informationsskriften ”Välkommen till Stockholms metadonverksamhet”

socialtjänst och klienten själv utifrån de individuella behov klienten har. Denna fas varar normalt sett ett par månader. På ett övergripande plan kan man kanske säga att denna fas handlar om att bryta med missbrukarlivet och hitta ett nytt förhållningssätt till alkohol, kriminalitet och prostitution.

I nästa fas (**fas 2**) som är en sorts **förändrings- och nyorienteringsfas** påbörjas arbetet med att skapa hopp om en bättre framtid och forma en vision om en alternativ livsstil samt inte minst en meningsfull och strukturerad vardag. Även i denna fas kommer man inledningsvis till mottagningen varje dag. Då livet blivit stabilare (boende & sysselsättning) kommer klienten till mottagningen 2-3 gånger per vecka för medicinering och urinprov. Denna fas varar 2 år under förutsättning att klienten uppvisat negativt urinprov under de senaste 12 månaderna. Vid eventuella återfall höjer man på nytt frekvensen för besök på mottagningen och går dit varje dag samtidigt som ett motivations- och återfallspreventionsarbete inleds/intensifieras.

Fas 3 handlar om att hitta ett fungerande familjeliv och att lära sig fungera som samhällsmedborgare samt forma en egen ny livsstil baserad bl.a. på en ny självbild som inte relaterar till drogkulturen. Under denna fas kommer man till mottagningen en eller ett par gånger per vecka, beroende på livs- och arbetssituation. Även nu lämnas övervakat urinprov vid varje besök på mottagningen. Efter 5 år kan man, om man uppvisat negativt urinprov de senaste 24 månaderna inleda diskussion om överflyttning till Funkis.

Funkis (där det 2007 fanns cirka 90 klienter eller cirka 15% av hela klientgruppen) utgör det långsiktiga målet för metadonbehandlingen, eller en sorts **normalisering av livet**. Det syftar till att utgöra ett stöd för ett fortsatt liv i "normalitet" med stöd av programmets farmakologiska insatser samt andra sociala och psykologiska stödinsatser. Urinprov sker fortfarande men endast en gång per månad samt vid slumpmässigt utvalda tillfällen.

För några klienter utgör Trappan den sista fasen i behandlingsprocessen. Den handlar om gradvis trappa ner på metadoninsatsen och fortsättningsvis leva ett liv helt utan opiater. Även i denna fas förekommer regelbundna och slumpmässiga urinkontroller.

I samtliga faser innebär återfall att man återgår till en tidigare mera intensiv behandlingsfas och att motiverande och återfallspreventiva insatser inleds/förstärks. Ett annat mönster är också att rent medicinska (farmakologiska) insatser är intimt sammanvävda med psykologiska/psykiatriska och sociala insatser. Detta kommer till uttryck både i olika behandlingskonferenser och i de integrerade vård/behandlingsplanerna.

8. HEROIN , LIVSSTIL OCH EKONOMISKA EFFEKTER¹⁵

För att korrekt kunna beräkna missbrukets ekonomiska effekter är det viktigt att ha en någorlunda realistisk bild av hur olika sorters missbruk och kön skapar något olika livsstilar och därmed olika välfärdskonsumtionsmönster. Nedan beskriver vi i renodlad och något tillspetsad form de skillnader vi kan se och som har betydelse för denna studie. Återigen vill vi påpeka att detta inte nödvändigtvis är en korrekt bild av missbrukaren i allmänhet utan den bild som enligt våra intervjupersoner och tillgänglig litteratur gäller för de personer som idag deltar i metadonprogrammet.

8.1 Drogens påverkan på livsstil

Heroinisten missbrukar i stort sett varje dag. Detta är en följd av att avtändning medför svår och plågsam abstinens. Heroinisten avstår därför från sin drog endast då han av yttre omständigheter tvingas därtill. Han missbrukar därför kanske så mycket som 300- 350 dagar per år. Hans drog är dyrare än amfetaministens och hans behov mer regelbundet varför han generellt sett skapar större samhällskostnader. Å andra sidan klarar heroinisten ofta av att hålla sig osynlig i långa perioder. Heroinisten stör inte sina grannar och lever inte ett lika utagerande liv som amfetaministen. Han håller, generellt sett, en mycket lägre profil.

Amfetaministen är mer aktiv i sin drog, inte minst mer sexuellt aktiv, medan heroinisten då han är påtänd lever i ett mer stillastående passivt tillstånd. Amfetaministen är i högre grad en nattvarelse medan heroinisten mera är en dagvarelse. Detta påverkar hela deras livsstil i allmänhet och brottmönster i synnerhet. Lite tillspetsat kan man påstå att heroinisten i princip begår brott för att få pengar till drogen. Detta gör amfetaministen också, men ägnar sig dessutom tämligen frekvent åt vad man kallar nöjesbrytning (ett sätt att få stimulans och extra kickar) som en följd av drogen. Ett beteende som leder till omfattande skadegörelse.

8.2 Könets påverkan på livsstil

Då vi försökt spåra skillnader mellan män och kvinnor säger våra intervjupersoner och tidigare studier att män mer begår brott som stölder, inbrott och rån samt att kvinnor mer ägnar sig åt bedrägerier och prostitution. Båda könen framställs som lika flitiga snattare.

Kvinnor beskrivs som mer utsatta för misshandel och övergrepp, inte minst sexuella övergrepp. Kvinnorna värnar mer om det normala livet i form av lägenhet, dagis, skola osv. kanske främst för att få behålla vårdnad om barnen. Det händer att män tar på sig straff för brott som man begått gemensamt för att kvinnorna ska bevara "ett hem" då de kommer ut.

¹⁵ Detta kapitel har i första hand byggts upp med hjälp av dels tidigare studier av missbruk, dels ett antal djupintervjuer med personer i metadonprogrammet. Vi har också baserat uppgifterna på olika utvärderingar av metadonprogrammet. Ett tiotal kompletterande intervjuer har gjorts med ett antal myndighetsaktörer för att fördjupa bilden och verifiera vissa nyckelfakta.

Många heroinmissbrukande kvinnor har fått sina barn omhändertagna av sociala myndigheter och/eller blivit utsatta för olika former av offentliga ingripanden kring dessa barn. Det allra vanligaste är att man efter ett antal olika anmälningar och utredningar fått barnen placerade i någon form av familjehem eller ”fosterhem”. Detta är förknippat med betydande insatser under en lång följd av år.

8.3 Prislappen på drogen

En väsentlig samhällskostnad för missbruk är kostnaderna för själva drogen, eller snarare de brott som begås för att kunna finansiera drogen. Dygnskostnaden för missbruket beror naturligtvis på hur mycket man tar, tillgången på drogen, tillgången på pengar och om man handlar i gatuledet eller grossistledet. Enligt våra expertgrupper var prispikten vid tiden för denna studie följande

- * heroin; dygnskostnad 800 – 1500 kronor med ett genomsnitt på 1.000 kronor för vår målgrupp
- * amfetamin; dygnskostnad 300 – 1000 kronor med ett genomsnitt på 500 kronor för vår målgrupp

Vi har tidigare pekat på skillnaden i antal konsumtionsdagar beroende på om man använder heroin eller amfetamin. Om man missbrukar 300 respektive 200 dagar per år blir årskostnaden

- * heroin; 300.000 kronor
- * amfetamin; 100.000 kronor

8.4 Stölder och häleri

Dessa höga kostnader i kombination med att missbrukaren i allt väsentligt är en låginkomsttagare leder till att brott (stölder och snatterier), vid sidan av langning och prostitution, blir en huvudkälla för att finansiera missbruket. Det blir då intressant att se hur mycket av en varas värde man erhåller hos en hälare för att få tillräckligt med pengar för att finansiera sitt missbruk.

Enligt våra intervjupersoner och tidigare studier betalar en hälare allt mellan 10% och 50% av en varas nyvärde. Alkohol, kvalitetskött samt vissa typer av kläder ligger i den övre delen av intervallet. Att stjäla ihop till sitt årsbehov av heroin respektive amfetamin skulle med dessa beräkningar leda till att stölder för nedanstående belopp måste begås under förutsättning att man i genomsnitt får en tredjedel av varans butiksvärde, (en nivå som våra intervjupersoner beskriver som strax ovanför det normala).

- * heroin; 900.000 kronor
- * amfetamin; 300.000 kronor

Till detta kommer de kostnader som uppstår till följd av egendomsskador vid brottstillfället såsom skadade entrédörrar och fönster, billås, kostnader för brottsutredning, skadereglering och förlorad arbetsinkomst hos den som blivit utsatt för inbrottet. Om vi antar att detta sker

100 dygn per år och att man i genomsnitt utför två inbrott per tillfälle samt ett bilinbrott och att den enda skada som uppstår (utöver de stölder som sker) är följande.

Vid lägenhetsinbrott måste dörr och lås bytas ut och dessutom uppstår en mängd sidoeffekter såsom förlorad arbetstid, utredningstid, skadereglering, montering av ny dörr etc. Lågt räknat kostar varje sådant inbrott 10.000 – 15.000 kronor varav merparten sannolikt drabbar försäkringsbolagen och därmed indirekt samtliga försäkringstagare. Detta leder vid den nivå vi här räknat med till 200 inbrott à 10.000 kronor per år vilket totalt sett uppgår till 2.000.000 kronor per år.

Om vi gör en motsvarande beräkning för bilstölder och antar att bilen inte förstörs på annat sätt än de brytskador som uppstår på dörr, rattlås, tändning etc. till följd av stölden samt att detta leder till förlorad arbetsinkomst samt utredningskostnader. Vi uppskattar att detta sammanlagt uppgår till mellan 5.000 och 10.000 kronor per tillfälle. På årsbasis skapar detta beteende samhällskostnader på lågt räknat 500.000 kronor per år (100 bilstölder à 5.000 kronor) och individ.

8.5 Missbrukaren som arbetsgivare – en principiell diskussion

Det vanliga perspektivet kring missbrukare är att se dem som en samhällskostnad. Men det finns ett annat perspektiv. Som nationalekonom tänker man i termer av ekonomiska kretslopp. Av detta följer att varje aktörs kostnad är en annan aktörs intäkt. Om vi normalt sett tänker att en missbrukare skapar kostnader för sjukvård, missbruksvård, fängelser, stölder, försäkringsbolag etc. betyder detta att för dessa kostnader ska i de flesta fall personer anställas för att utföra de arbetsuppgifter som uppstår till följd av detta. Personer som för sin försörjning (i varje fall på kort sikt) är beroende av dessa inkomster. Personer som är behövda, just därför att missbrukarna ställer krav på deras tjänster.

I runda tal kan man kanske säga att av 100 kronor i offentlig vård och omsorg eller andra likvärdiga verksamheter är åtminstone 70% (många gånger mer) lönekostnader. Resterande kostnader är för lokal, material m.m. Om vi tänker oss att en kommunanställd har en månadslön på cirka 25.000 kronor så är den årliga lönekostnaden för denna person inklusive så kallade sociala avgifter cirka 400.000-450.00 kronor. Detta betyder att för varje miljon kronor missbruket kostar samhället uppstår ungefär 1,5 heltidstjänst inom den offentliga sektorn¹⁶.

Detta är den del vi ekonomer kallar de direkta sysselsättningseffekterna. Men personerna som erhåller dessa inkomster kommer att konsumera varor och tjänster, för vilka det sin tur krävs andra personer som producerar, får lön och sin tur konsumerar osv. Det uppstår något som kallas multiplikatoreffekter av detta i det ekonomiska kretsloppet. Alla de indirekta sysselsättningseffekterna. Det är inget ovanligt att dessa indirekta effekter kan vara av samma storleksordning eller större än de direkta.

Tidigare studier visar att varje missbrukare direkt eller indirekt genom sitt missbruk skapar arbetstillfällen för 2.0 – 2.3 heltidstjänster. För heroinister ligger siffran något över detta.

¹⁶ Lönekostnaden utgör ca 70% av denna miljon, dvs. 700.000 kronor, vilket med en årslönekostnad på 450.000 kronor leder till 1,55 helårstjänster (700.000/450.000)

Man kan alltså ana att bakom missbruket finns det en hel näringsgren som är beroende av missbrukaren för sin försörjning och sina vinster, alltifrån socialarbetare via åklagare till försäkringsbolag (vilket indirekt också inkluderar oss som gjort denna studie). Tillspetsat skulle detta kunna kallas ett missbruksindustriellt komplex.

Vi påstår naturligtvis inte att det finns någon form av organiserad rörelse som för att värna om de egna intressena motarbetar ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete. Vi vill bara peka på att detta är det andra sidan av myntet.

9. FRAMGÅNG OCH MISSLYCKANDEN

9.1 Heroinistens värld

Denna studie handlar om heroinmissbrukares liv, med och utan insatser från ett metadonprogram. För att kunna genomföra studien har vi, mot bakgrund av de förutsättningar som gällt, varit tvungna att göra vissa förenklingar. Vi har valt att före inträdet till metadonprogrammet skildra livsförloppet och därmed också välfärdskostnaderna utifrån den teoretiska och minst sagt överförenklade bilden av en typisk heroinist oavsett kön, ålder och andra i verkligheten viktiga bakgrundsfaktorer.

Studien bygger alltså på en person i 25 -30 års - åldern som missbrukat heroin under ett stort antal år. Missbruket inleddes för de flesta under tonårstiden, och bestod inledningsvis främst alkohol och hasch. I bakgrunden finns oftast ett skolmisslyckande och tidigt en begynnande identitet baserad på utanförskap. Kriminalitet uppträder ganska tidigt i denna missbrukskarriär. I stort sett alltid finns någon form av psykisk skörhet eller psykiatrisk problematik med i bilden. Låt oss nu lite mer preciserat beskriva hur detta förlopp kan se ut beroende på om vi talar om en man eller kvinna.

9.1.1 Barbro - Heroinmissbrukande kvinna, 26 år, ett barn

Denna heroinmissbrukande kvinna livnär sig oftast genom snatteri, stölder eller inbrott. Hon har blivit ertappad och tagen av polis ett stort antal gånger, men endast vid ett fåtal tillfällen blivit dömd. Tiden före metadonprogrammet har hon i genomsnitt vistats i fängelse 1-2 månader per år.

Prostitution har varit en viktig inkomstkälla. Hon har en egen lägenhet som socialtjänsten betalar hyran för. Hon tar överdoser ibland och blir då hämtad av ambulans till akutmottagningen.

När hon slutligen tappat greppet om sitt liv blir barnet omhändertaget. Hon vräks från sin lägenhet, med allt vad det innebär, magasinering av möbler etc. Hon blir uteliggare eller bor på härbärgen. Det blir kortare eller längre perioder av gatuprostitution.

Hon döms till LVM vid ett eller flera tillfällen, men börjar droga tämligen direkt efter vistelsen på LVM-hemmet. Hon erhåller kortare eller längre perioder av öppenvård, kanske någon period på behandlingshem. Tiden närmast före metadonprogrammet vistas hon cirka 1 månad per år på behandlingshem. Hon provar ett par behandlingar med det går inte så bra. Hon får hjälp med boende i form av socialt kontrakt. Hon klarar sig ett tag men återfaller tämligen snabbt i missbruk.

9.1.2 Bosse - Heroinmissbrukande man, 24 år

Den heroinmissbrukande mannen har fler straff och domar än kvinnan. Han är dömd vid ett stort antal tillfällen. Han har haft skyddstillsyn och övervakning i flera år. Han har en sammanlagd fängelsestid på ca 3 år.

Tiden före metadonprogrammet sitter han i genomsnitt 1 – 1,5 månad per år i fängelse. Även han har deltagit i någon form av öppenvård. När han sitter inne betalar socialtjänsten för hyran. Han har legat på sjukhus för infektioner ett par gånger.

Han har haft kortare eller längre perioder då han försörjt sig med eget arbete omväxlande med A-kassa eller sjukpenning. Han har också tagit flera överdoser. Efter sista överdosen blir han dömd till LVM men fortsätter missbruka direkt efter behandlingsperioden. Han får hjälp med boende och sysselsättning. Han lever på socialbidrag. Han misslyckas och blir utslängd ur projektet. Han bor på härbärgen och försörjer sig genom inbrott och stöld.

9.2 Några alternativa framgångsmått i metadonprogrammet

Dessa missbrukares liv kan gestalta sig på flera olika vis allt beroende på hur väl man lyckas ta till sig metadonprogrammets insatser. I denna studie har vi, precis som vi tidigare påpekat, identifierat flera alternativa sätt att beskriva effekterna av metadonprogrammet. Vi ser flera olika alternativa framgångsvägar. Dessa olika alternativ utgör grunden för vårt kalkylarbete. De beskrivs översiktligt nedan.

9.2.1 Erik; tillbaka till arbete, bostad och ett "Svenssonliv"

Metadonprogrammet innebär för Eriks del att han helt bryter med sitt tidigare liv. Efter ett antal år inne i programmet har han etablerat ett helt nytt liv. Han har en egen bostad och skaffat familj. Han har efter ett antal olika arbetsmarknadspolitiska insatser erhållit arbete som vaktmästare vid ett allmännyttigt bostadsbolag.

Han ingår under hela perioden i metadonprogrammets verksamhet Funkis med regelbundna kontroller och urinprov. Hans återfall är mycket få och sker i början av behandlingsprocessen. Det finns hopp om att han på sikt via Trappan helt kan lämna programmet.

9.2.2 David; drogfri men får inget jobb/kan inte jobba

Även för David innebär metadonprogrammet att han långsiktigt och konsekvent lyckas bryta med sitt tidigare liv som missbrukare och kriminell. Han är psykiskt, socialt och somatiskt till stora delar återställd och "normaliserad". Han hanterar sitt boende och sociala liv i allt väsentligt på ett bra vis.

Han får dock inget jobb. Han vill arbeta och han har förmåga att arbeta. Kanske inte alltid till 100% men är dock i alla väsentliga avseenden arbetsför och skulle i andra sammanhang anses stå till arbetsmarknadens förfogande. Men han får inget jobb. Inte till följd av brist på vilja eller förmåga utan i första hand till följd av sin historia.

Han hittar ingen arbetsgivare som är beredd att anställa honom, att ta risken att få en före detta missbrukare med risk för återfall i knäet. Detta är vad vi tidigare kallat en följd av stigmatiseringseffekten. En av konsekvenserna av detta är att han måste bli försörjd av samhället; försäkringskassa, arbetsförmedling eller socialtjänst.

9.2.3 Cesar; drogfri, får inget jobb men då och då ett återfall, hamnar ej i kriminalitet

Cesars liv påminner om Davids. Den avgörande skillnaden är att han inte hela tiden lyckas klara sig undan återfall.

Han kvarstår under tämligen lång tid i metadonprogrammet men får återfallsperioder då han för kortare eller längre perioder återvänder till missbruket. Då han därefter återvänder till behandlingsprogrammet intensifieras behandlingsinsatserna kring honom under en viss period bland annat för att stödja motivationen och reducera risken för ytterligare återfall. Även Cesar får sin försörjning från samhället.

Under sina missbruksperioder lyckas han avhålla sig från kriminalitet och hittar andra sätt att finansiera sitt missbruk på vilket bl.a. leder till att han under dessa perioder tenderar att skuldsätta sig och pantsätta eller på andra sätt förbruka det lilla kapital han lyckats bygga upp.

9.2.4 Bertil; drogfri, får inget jobb, då och då ett återfall och blir då kriminell

Bertil kvarstår precis som Cesar också i programmet under en längre tid och i likhet med honom får han kortare eller längre perioder av återfall. Den stora skillnaden är att hans perioder av missbruk finansieras i allt väsentligt genom kriminalitet, i första hand genom stölder och inbrott.

Efter dessa perioder återgår han till programmet där han nu blir till föremål för mycket intensiva insatser i form av motiverande samtal, urinkontroller, samspel med socialtjänsten etc.

9.2.5 Adam; bryter med programmet, återgår till missbruk och en kriminell livsstil

Adam är metadonprogrammets drop out. Han lyckas inte hålla sig kvar annat än en ganska kort period i behandlingsarbetet och återvänder därefter till sitt tidigare liv som missbrukare. I vissa fall innebär detta ett fortsatt långvarigt missbruk. I andra fall leder detta till överdoser, i värsta fall med dödlig utgång.

10. VÄLFÄRDSKONSUMTIONSKEDJOR

10.1 Välfärdskonsumtionskedjor - ett annat sätt att beskriva kostnader

Missbrukarens livsstil återspeglas i att han på olika vis kommer att belasta vårt samhälle. Vi har här valt att beskriva detta som ett antal välfärdskonsumtionskedjor. Vanligtvis brukar kostnader beskrivas utifrån vilka aktörer som drabbas. Vi har här valt att beskriva olika behov eller händelser och knutit samman dem till sammanhängande förlopp. Detta kallar vi konsumtionskedjor eller välfärdskonsumtionskedjor.

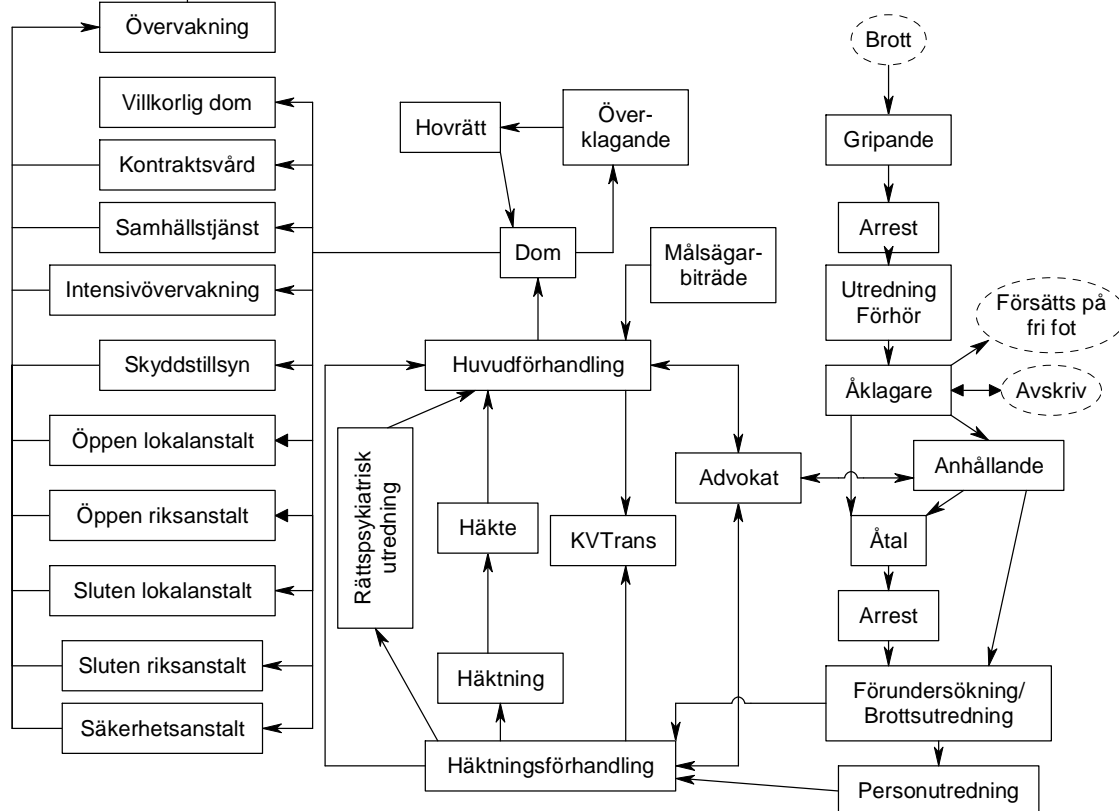
Därmed har vi i vår analys av olika händelseförlopp utgått från den enskilde individen och inte den offentliga organisationsstrukturen. Detta sätt skapar enligt vår mening en bättre förståelse för vad det är som sker kring en viss typ av marginalisering av människor. Vi redovisar här ett par sådana välfärdskedjor och en sammanställning av dem. Den fullständiga bilden redovisas i appendix 1

10.2 Konsumtionskedja gripande, åtal, dom och straff

Som missbrukare begår man mängder med olika brottsliga handlingar. En del grövre som misshandel och narkotikabrott, en del triviala som snatterier eller olovlig körning. Vissa av brotten har att göra med behovet att finansiera sitt missbruk, andra brott kan mer hänföras till den livsstil som följer av att man är missbrukare.

Detta initierar ett långt och omfattande förlopp från första polisingripandet via en lång juridisk process till straff i olika former. Varje steg i kedjan initierar olika typer av kostnader för samhället, illustrerat nedan.

Kedja Gripande, Åtal, Dom och Straff



I denna process är fyra olika offentliga myndigheter involverade; polisen som svarar för gripandet och brottsutredningen, åklagarmyndigheten som i samarbete med polis bedriver förundersökningsarbetet och driver åtal, domstolsverket med en dömande uppgift och kriminalvårdsverket som ska verkställa vad domstolarna dömer ut i straff. Merparten av de brott som begås av missbrukare är enligt våra intervjupersoner rättsligt sett av tämligen okomplicerad natur. De flesta har sin huvudsakliga erfarenhet av villkorliga domar, skyddstillsyn eller kortare fängelsestraff (2-8 månader) på slutna lokalanstalter. Men några av dem har också erfarenhet av betydligt längre straff, oftast förknippade med grova narkotikabrott.

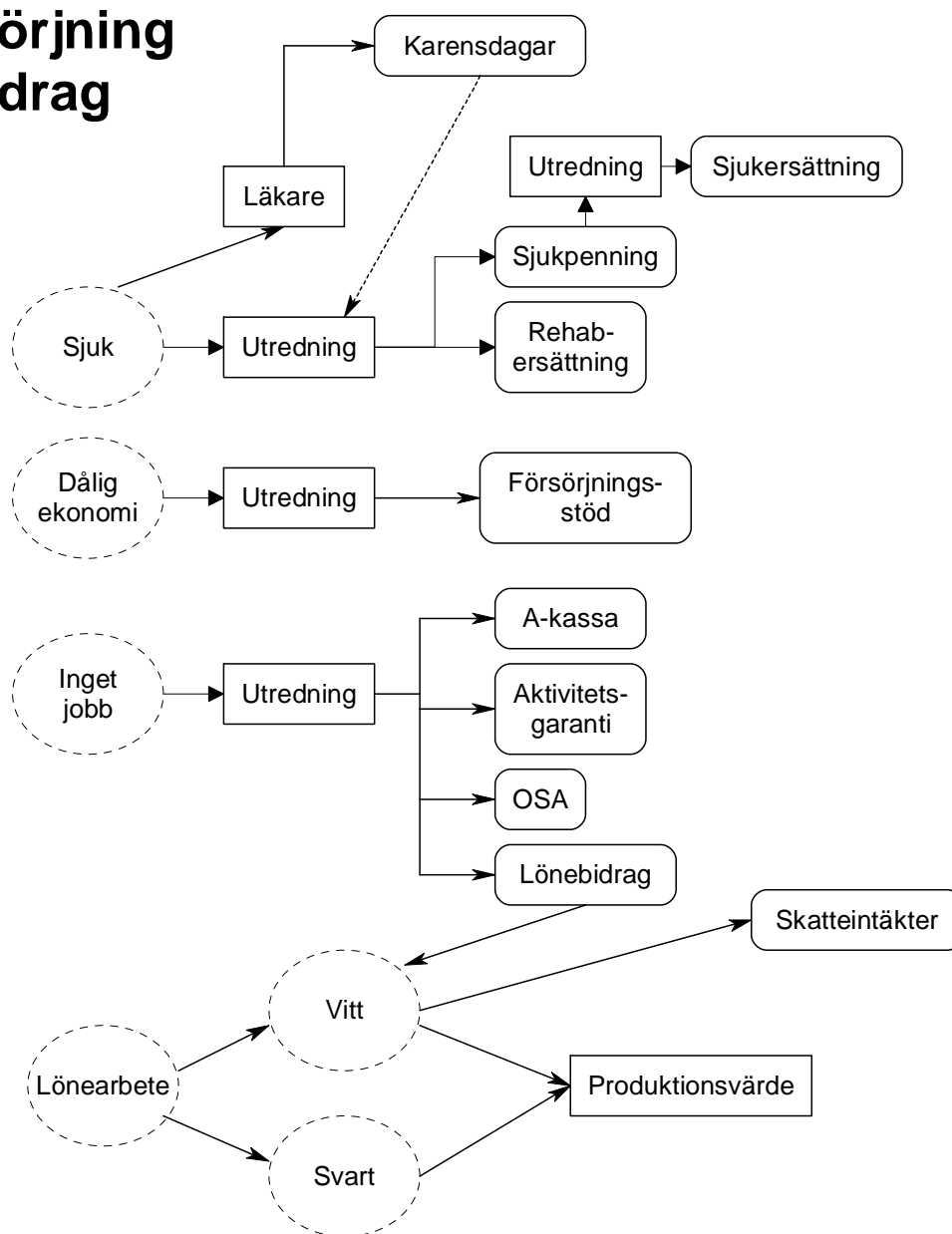
10.3 Konsumtionskedja försörjning & bidrag

Många missbrukare har levt en stor del av sin karriär som missbrukare parallellt i två världar; missbrukarvärlden och i den vanliga "Svenssonvärlden". I takt med att missbruket accelererar lyckas man allt sämre med detta.

Man går i kortare eller längre perioder på a-kassa. Man är sjukskriven längre eller kortare perioder, nästan alltid med helt andra diagnoser än just det missbruk man har. Bli detta tillräckligt långvarigt kan utredning inledas och man kan bli aktuell för en permanent

samhällsförsörjning i form av sjukersättning (det som förr kallade förtidspension). Då man inte längre har ersättning från försäkringskassan (man är utförsäkrad eller saknar sjukpenninggrundad inkomst) erhåller man försörjningsstöd (det som dagligdags brukar kallas socialbidrag eller ekonomiskt bistånd) längre eller kortare perioder. Allt detta konstituerar konsumtionskedja försörjning/bidrag.

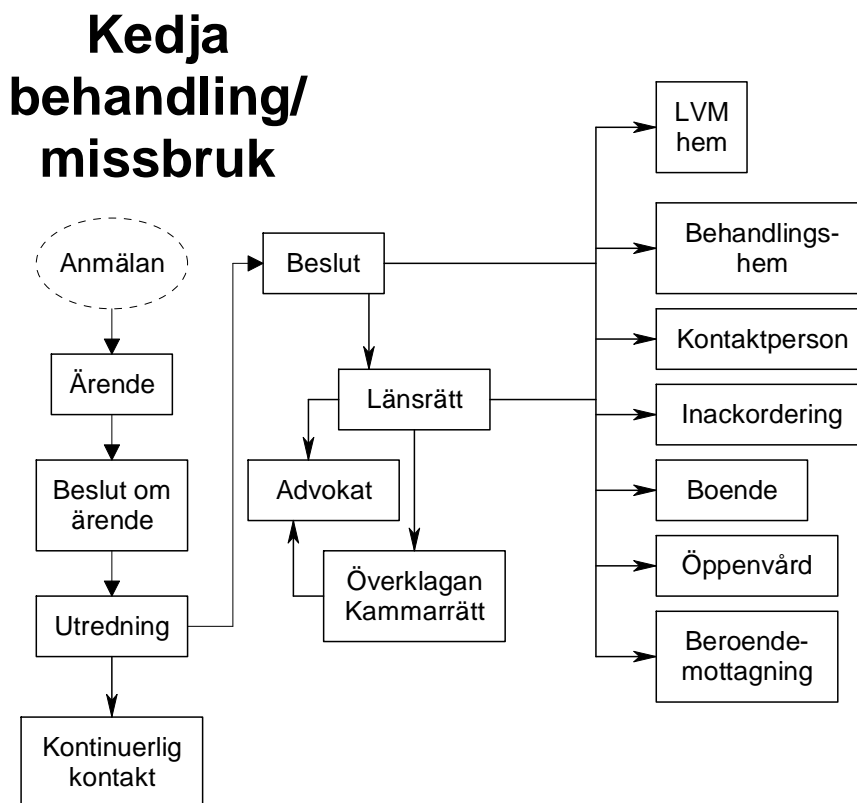
Kedja Försörjning Bidrag



10.4 Konsumtionskedja behandling & missbruk

Socialtjänstlagen ålägger landets kommuner ett ansvar för behandling av olika former av missbruk. Sådana insatser inleds vanligtvis genom någon form av anmälan; klienten själv begär vård, anhöriga ingriper eller polisen skickar signaler. Detta inleder en utredningsprocess

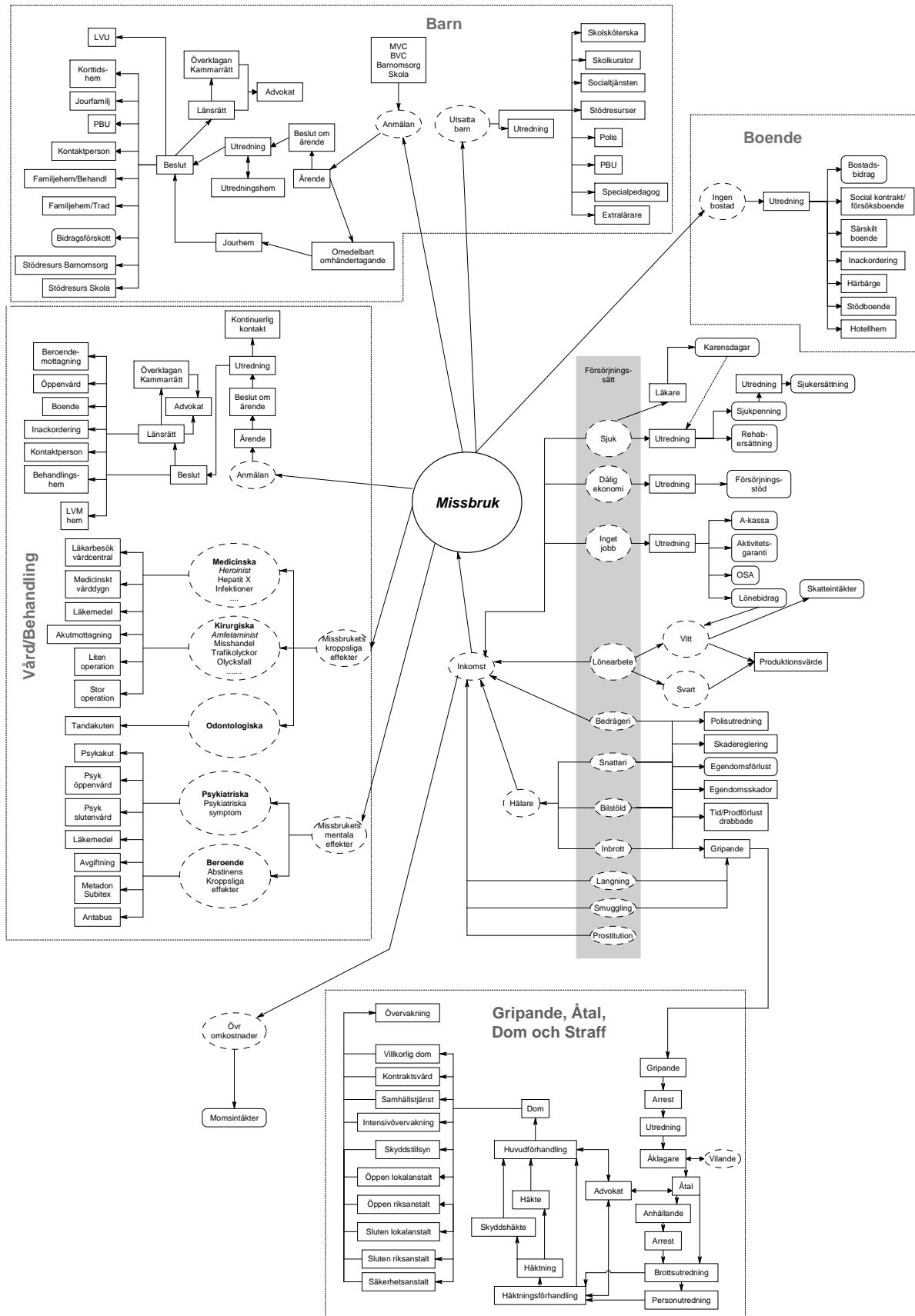
(ett s.k. ärende öppnas) som därefter leder till någon form av myndighetsbeslut om att göra en insats. Denna kan vara i form av öppenvård eller slutenvård. Insatsen kan vara frivillig eller tvångsmässig (LVM & LVU). Allt detta genererar ett stort antal kostnader (som framförallt drabbar kommunen) vilka återfinns i konsumtionskedjan för behandling av missbruk.



Även här kan noteras att rättsväsendet, i första hand domstolsverket kommer att beröras av processen i de fall då tvångsåtgärder av olika slag kan bli aktuella, både i länsrätt och i förekommande fall även kammarrätt.

10.5 Missbrukarens konsumtionsnätverk eller summan av dessa konsumtionskedjor

Vi har nu granskat några av de olika samhällskonsekvenser som uppstår till följd av missbrukarens liv (en fullständig bild redovisas i appendix 1). Vi har studerat effekterna var för sig i de olika konsumtionskedjorna. Nedan har vi med utgångspunkt i den enskilde individens situation sammanställt och försökt ge en antydning till en helhetsbild av alla de olika ekonomiska samhällseffekter missbrukarens liv ger upphov till. Effekter som i de flesta avseenden reduceras eller rentav upphör då missbrukaren förändrar sitt liv och övergår till ett mer normalt "Svenssonliv". Dessa kedjor utgör sammantaget det första steget i en samhällsekonomisk analys; att identifiera samtliga intressanta effekter.

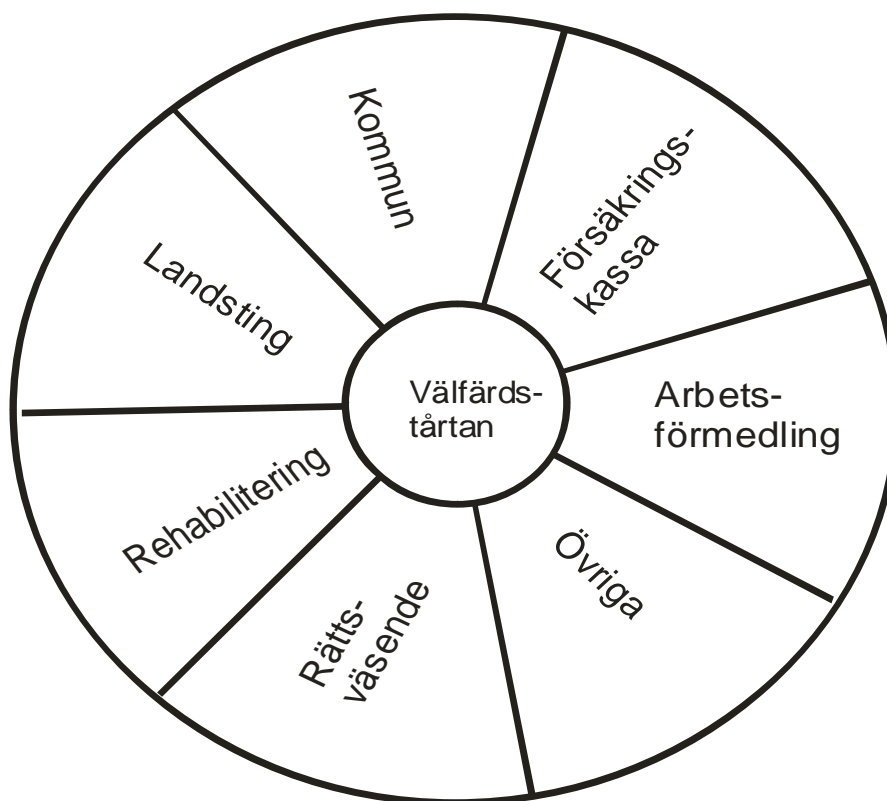


2008-02-01

10.6 Välfärdstårtan

Figuren ovan skildrar kostnaderna sett ur den enskildes perspektiv. Detta är intressant om vi vill fånga vad den enskilde missbrukaren kostar samhället. Men vi ska här vända på steken och titta på kostnaderna sett ur samhällets perspektiv.

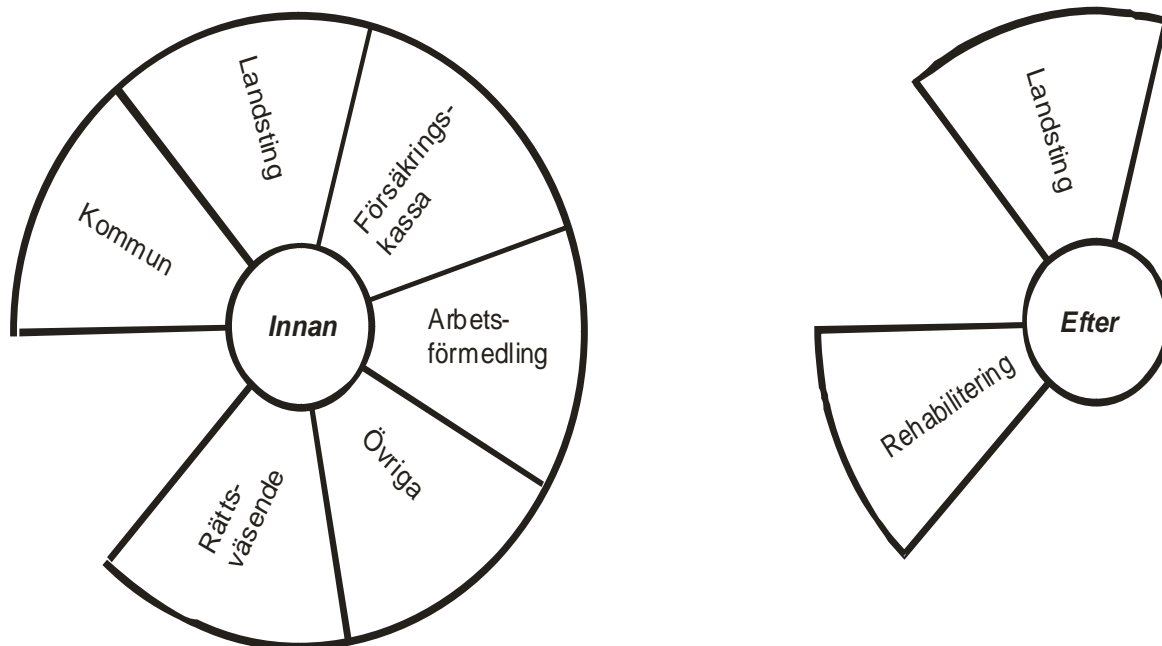
Skälet till detta är att oavsett vad vi finner i form av kostnader för missbruk ur ett samhällsperspektiv så kommer ändå den centrala frågan för alla berörda aktörer att vara; **hur drabbar det just mig och min organisation**. Varje aktör studerar, analyserar och fattar beslut utifrån sitt specifika organisationsperspektiv. Detta perspektiv, som utgör grunden för vår ekonomiska analys sammanfattas i den ”välfärdstårta” vi presenterar nedan.



Tårtan består av sex samhällssegment och det sjunde segmentet ”rehabilitering” utgöres av metadonprogrammet. Varje segment kommer sedan i vår analys att brytas ner i delsegment. Sålunda består rättsväsendet av fyra delar; polis, åklagarväsende, domstolsväsende och kriminalvård. Segmentet övriga innehåller bl.a. effekter för allmänhet och i all synnerhet försäkringsbolagen. Segmentet landsting innehåller primärvård, psykiatri, beroendevård och specialistsjukvård.

10.7 Vad händer då missbrukare slutar missbruka

Då en missbrukare kommer till metadonprogrammet upphör en stor del (men inte alla) av de kostnader som finns redovisade i figuren ”Innan” nedan. En del nya, men betydligt lägre kostnader uppstår till följd av rehabiliteringseffekten – ”Efter”. Skillnaden mellan dessa två förlopp utgör grund för det SocioEkonomiskt bokslutet.



Ett sådant Socioekonomisk bokslut gör det möjligt för oss att reflektera över och i bästa fall besvara tre sorters frågor;

- * hur förändras samhällets kostnader till följd av ett framgångsrikt rehararbete i metadonprogrammet– vilka **effektivitets- och samhällsvinster** uppstår?
- * hur fördelas detta mellan olika aktörer, finns det vinnare och förlorare i processen – ett **omfördelningsperspektiv**?
- * kan man säga något om vilka effekter detta kan ge på lång sikt – ett **socialt investeringsperspektiv** på rehabiliteringsarbetet?

11. MISSBRUKETS SAMHÄLLSKOSTNADER

11.1 Inledning

Den kalkyl vi här gjort har som tidigare påpekats baserats på data och underlag från tidigare studier, främst de SocioEkonomiskt boksluten för Basta/VägenUt!¹⁷, eftersom målgrupperna i dessa studier överlappar Metadonprogrammets.

Nedan redogör vi kortfattat för kostnadskalkylen i den tidigare studien samt hur vi modifierat denna baserat på ett antal intervjuer och en statistisk bearbetning av sjukvårdsdata från Stockholms Läns Landsting.

11.2 Den tidigare studien

Så här ser kostnaderna för klienterna i den tidigare studien ut på årsbasis fördelat efter vilka aktörer och myndigheter som drabbas.

Tabell 11.1 Aktörsvisa årskostnader för olika sorts missbruk – Basta/VägenUt!-studien

	Arbets- förmedling	Företaget	Försäkrings- kassan	Kommunen	Lands- tinget	Rätts- väsendet	Övriga	Summa
Amfetaminist man	21 278	0	67 833	192 833	53 400	534 890	800 000	1 670 235
Amfetaminist kvinna	29 500	0	146 000	389 917	58 667	523 430	266 667	1 414 180
Heroinist man	32 056	0	77 167	138 500	66 567	945 853	720 000	1 980 143
Heroinist kvinna	26 667	0	164 333	385 667	75 300	601 185	373 333	1 626 485
Alkoholist man	19 667	0	98 333	191 000	115 167	184 583	26 667	635 417
Alkoholist kvinna	38 667	0	125 000	228 500	93 000	87 015	0	572 182

Vi ser då några saker ganska tydligt;

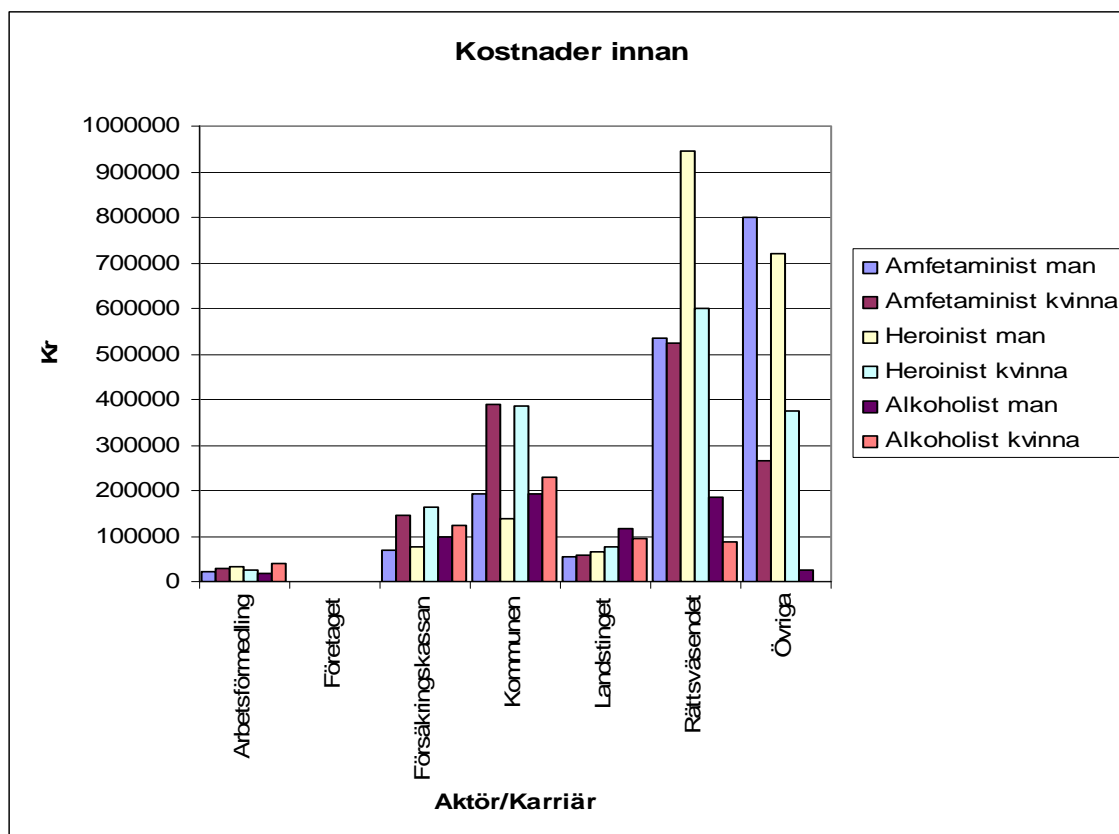
- * de årliga samhällskostnaderna för missbruk är mycket höga – långt mer än 1 Mkr, stundtals nästan 2 Mkr per person och år för narkomaner och cirka en halv miljon kronor per år för alkoholister
- * mäns och kvinnors välfärdskonsumtionsmönster är mycket olika delvis beroende på olika livsstil, trots att man kanske missbrukar samma drog
- * brottsligheten (stölder, inbrott m.m.) och straffpåföljder är den klart dominerande kostnadsposten för narkomaner. Denna kostnad uppträder i den aktörsvisa redovisningen framför allt under rubriken ”övriga” - en kostnad som i första hand drabbar allmänhet och försäkringsbolag
- * narkotikamissbrukare är i begränsad utsträckning sjukvårdskonsumenter. Man drar sig av olika skäl (man vill t.ex. undvika att bli klassad som missbrukare eller att drabbas av ofrivillig avtändning) för att för att söka upp och ta kontakt med sjukvården även då man är tämligen sjuk. Man söker vård i första hand för olycksfall, medicinska skador och avgiftning

¹⁷ Nilsson & Wadeskog, Det sociala företaget och samhället – socioekonomiska bokslut för Basta & Vägen Ut!, NUTEK & SEE, 2006

- * alkoholister har ett delvis annat konsumtionsmönster än narkomaner med mer sjukvård och mindre brottslighet

Samma resultat redovisas också i digramform nedan

Diagram 11.1 Aktörsvisa årskostnader för olika sorters typmissbrukare



I kalkylen för Metadonprogrammet är det resultaten för heroinisterna som är av intresse. Vi ser att dessa ligger på en årskostnad i aktivt missbruk på mellan 1.5 och 2 miljoner kronor. Detta intervall blir utgångspunkten för målgruppens kostnader innan man kommer med i Metadonprogrammet.

11.3 Systematisk underskattning som metod

Då vi tog fram siffrorna för Basta/VägenUt! aktade vi oss noga för att överdriva missbrukets kostnader vilket i sin tur i ett senare skede skulle leda till att man överdriver värdet av företagets SocioEkonomiskt bokslut. Vi valde därför genomgående att i alla kalkyler, då vi kunnat välja mellan ett högre och ett lägre värde för olika missbrukseffekter, valt det lägre. Vi kallar detta **minstavärdes - principen**

Vi vill här peka på några specifika områden där vi särskilt legat lågt eller tagit bort kostnader

- * Då det gäller **brott och stölder** har vi valt nivåer som ligger 50% eller lägre (stundtals lägre än 25%) än vad våra expertgrupper angav.
- * På samma sätt förhåller det sig med två andra faktorer som både är mycket kostsamma för samhället men också mycket svåra att få ett korrekt mått på; **vistelsetider i**

fängelse och omhändertagande av egna barn. På grund av osäkerheten valde vi att placera oss rejält i underkant av den mest sannolika kostnaden.

- * Missbruket leder till en mängd **indirekta eller svårsmätbara** effekter inte minst till följd av brottsligheten; snatterier, behovet att man i detaljhandeln kompenserar sig för svinn, kostnader för butiksväktare, kostnader för larm i affärslokaler, bilar och bostäder, förstärkta ytterdörrar etc. Allt detta bortsåg vi från.
- * Missbruk leder ofta till **flergenerationseffekter**. Föräldrar som bli sjuka av oro och därför inte kan arbeta då deras barn missbrukar eller barn till missbrukare som i sin tur genom det som har kallats ”det sociala arvet” för detta mönster vidare till nästa generation. Detta kom inte med i kalkylen.
- * Missbruk leder till en mängd **icke mätbara, diffusa eller svårsmätbara** effekter (vi ekonomer kallar detta intangibles) såsom oro, lidande. Rädsla för våld på gator och torg, kostnaden för den förnedring som uppstår, för tidig död hos missbrukaren etc. Fenomen som normalt sett anses ingå i en samhällsekonomisk bedömning. Inte heller detta kom med i kalkylen.

Slutsatserna av detta är att kalkylerna för missbrukarnas samhällskostnader i Basta/VägenUt!-studien sannolikt underskattade (på vissa områden grovt) missbrukets verkliga kostnader.

11.4 Förändringar i referenskalkylen

11.4.1 Inledning

Vår tanke var att ta de två heroinistkalkylerna från Basta/VägenUt!-rapporten och vikta samman dessa till en enda person för att räkna på Metadonprogrammet. Viktningen skulle ske utifrån en ungefärlig fördelning mellan män och kvinnor i programmet - 70% män och 30% kvinnor. Vi beslutade oss för att göra två kontroller vad gäller våra tidigare siffrors giltighet för Metadonprogrammet i Stockholm.

- * ett antal intervjuer genomfördes med klienter i Metadonprogrammet för att kontrollera att våra tidigare kalkyler inte avvek från de livsmönster vi tidigare hade mött i Basta/Vägen Ut - studien.
- * en översiktlig bearbetning av befintliga data för sjukvårdskonsumtion för Metadonprogrammets klienter

Vi hade hoppats få tillgång till ett statistiskt material som täckte in de flesta av våra kostnadsvariabler – brott och straff, försörjning etc. – men det visade sig omöjligt. Vi fick nöja oss med sjukvården.

11.4.2 Intervjuerna

Intervjuerna visade att bilderna över manliga och kvinnliga heroinister från Basta/VägenUt!-studien var giltiga även för Metadonprogrammet. Om något föreföll metadonprogrammets klienter ha haft ett utanförskap och en kriminell livsstil som var något mera utpräglad än tidigare klienter vi mött.

Återigen verkade våra kostnader för kriminalitet vara tilltagna i underkant. Vi valde att justera upp våra tidigare kalkyler för brott och straff, vilket ledde till en ökning av årskostnaden med knappt 10%.

11.4.3 Sjukvården

Vi lät också genomföra en statistik bearbetning av registerdata för öppen- och slutenvårdskonsumtion¹⁸. I de tidigare studierna har sjukvårdskonsumtionen bland tunga missbrukare varit konstraintuitivt låg. De vi intervjuat har alla hävdade att det är så p.g.a. en kombination av drogens smärtlindrande effekt kombinerat med oviljan att tända av. Dessutom hade i stort sett alla intervjuade personer starka upplevelser av kränkningar inom vården till följd av sin roll som missbrukare. Vi beslöt att försöka se om detta stämde.

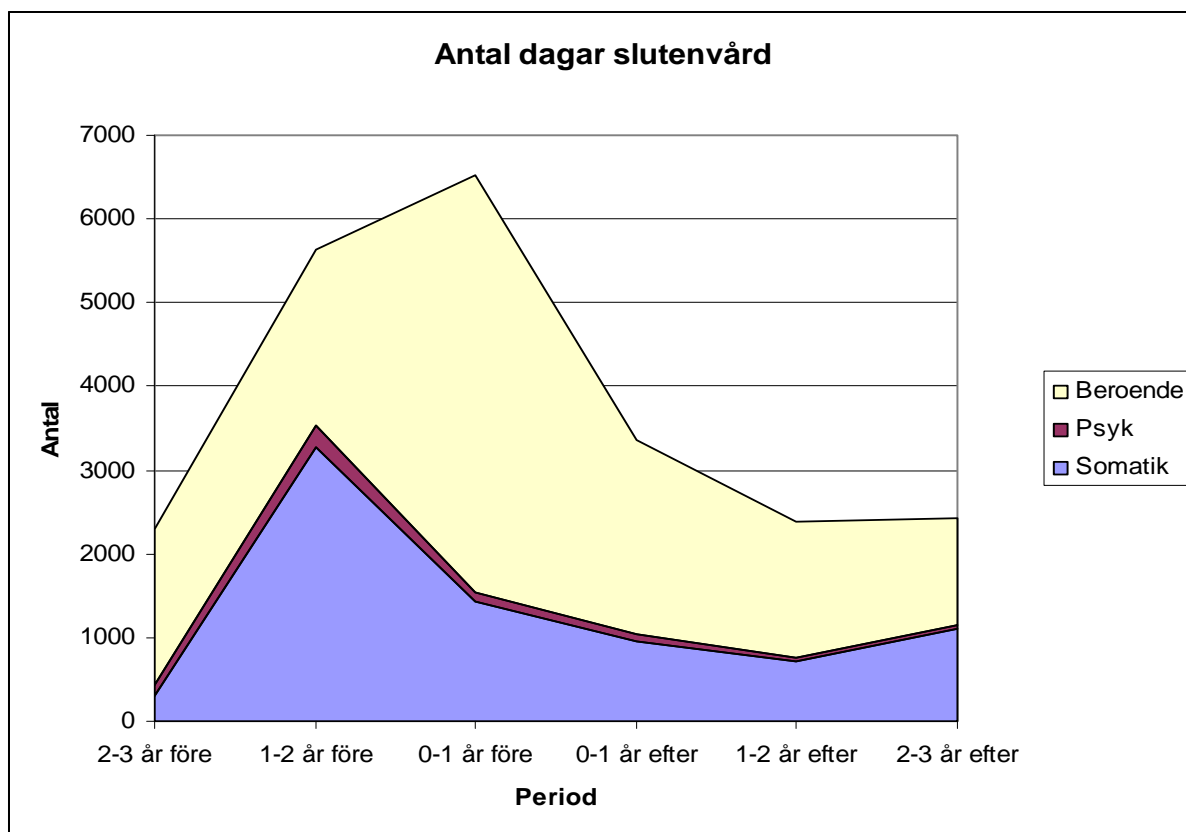
Vi gjorde ett uttag där personer i Stockholms län som varit på en första Metadonbehandling senast för 3 år sedan valdes ut. Det gav 374 personer mellan 20-49 år gamla, 268 män och 106 kvinnor, som påbörjat behandling under åren 2001-2003.

För denna grupp individer ställdes öppen- och slutenvården samman för de tre åren innan man fick sin första Metadonbehandling och för de tre första åren inne i behandlingsprogrammet. Vi gjorde även uttag för resten av befolkningen i samma åldersgrupp i regionen.

Om man ser till antalet vårddagar i slutenvården så ser vi i diagrammet nedan att det sker en kraftig ökning innan man kommer med i Metadonprogrammet. Först inom somatiken och sedan i beroendevården. Man kan ana att personerna i fråga blir allt sjukare och får allt fler symptom av olika slag. I våra intervjuer återkommer de ofta till att ”Jag orkade inte mer” som anledning till att man lyckas bryta missbruket.

¹⁸ Bearbetningen gjordes av Anders Leifman, SLL

Diagram 11.2 Antal dagar i slutenvården i relation till Metadonbehandling



Inom öppenvården har vi en mer dramatisk utveckling, eftersom Metadonprogrammet i sig ligger i öppenvården. I diagrammet nedan har vi lagt in trenderna på utvecklingen för åren innan man kommer med i Metadonprogrammet och åren efter man kom med.

Vi ser att det inte är en lika dramatisk ökning innan som i slutenvården ovan. Vi har ett rejält skutt när man går med i programmet, en sexdubbling av antalet besök. Vi ser också att besöken i öppenvården dalar ganska snabbt, i princip med 10.000 besök per år.

Om vi kombinerar och drar ut trenden från perioden innan och gör detsamma med trenden efter så ser vi att de skär varandra efter tre år i programmet. Det innebär att den nivå på öppenvård som klienterna har i programmet efter tre år skulle uppnåtts samtidigt utan programmet om trenden är riktig. Alla år därefter innebär att klienterna i programmet gör färre besök än de som inte gick med.

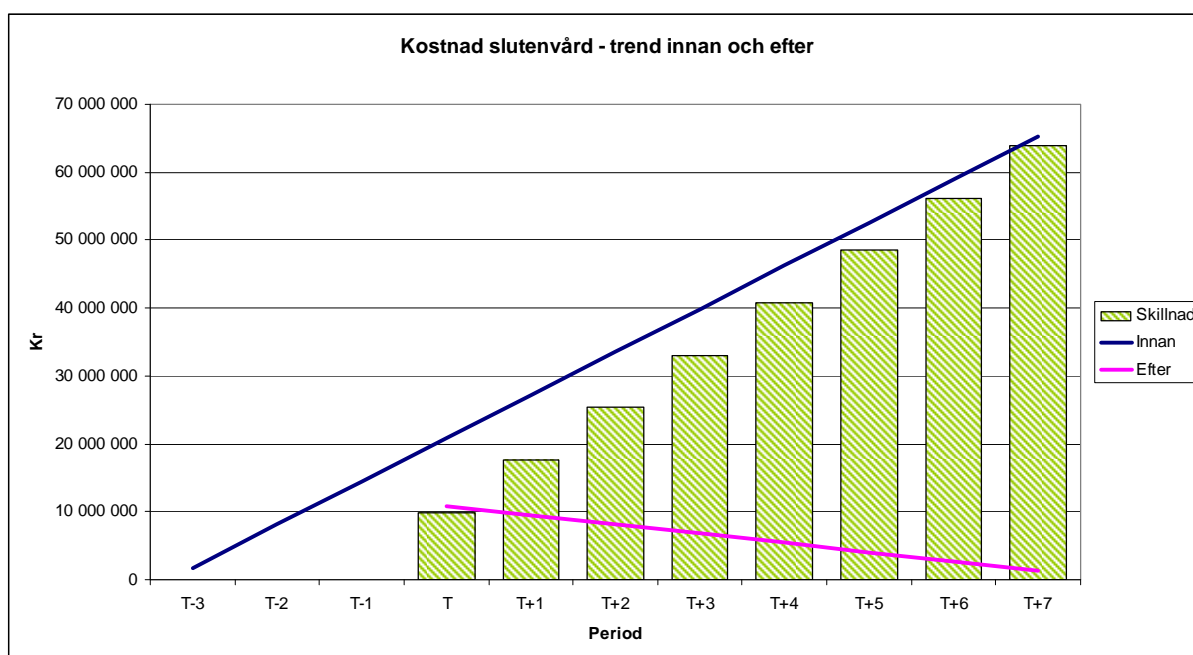
Diagram 11.3 Trender besök i öppenvård i relation till Metadonbehandling



Man kan göra en trendanalys även av slutenvården. Här har vi även gjort ett antagande om att varje slutenvårdsdygn kostar 3.000 kr.

Det är intressant att notera trenden i antalet dagar innan och efter man kommer med i programmet. Om vi extrapolerar denna utveckling och antar att varje dag kostar 3000 kr så får vi följande resultat.

Diagram 11.4 Trender dygn i slutenvården i relation till Metadonbehandling



Skillnaden i kostnaderna för slutenvården ligger på 10.000.000 kr första året och efter 7 år sparar man lika mycket på slutenvården som årskostnaden för Metadonprogrammet i dag.

Vi ser alltså att oavsett om vi studerar somatisk vård eller beroendevård och oavsett om vi studerar öppenvård eller slutenvård så finns det två mönster som kommer att påverka våra kalkyler. Den ena är en relativt hög och trendmässigt växande vårdkonsumtion innan man kommer med i metadonprogrammet. Den andra är att denna trend dramatiskt bryts och förändras till en trendmässigt fallande konsumtion efter det att man valt att gå med i programmet. Vi kan ju rentav se i diagrammet ovan att metadonprogrammet på sätt och vis utifrån detta perspektiv, och om trenderna korrekt återspeglar verkligheten, kan beskrivas som praktiskt taget självfinansierad.

Den eskalerande sjukvården för klienterna innan de kom med i programmet kommer att leda till justeringar i heroinkarriärerna från Basta/VägenUt! som speglar dessa högre kostnader. Den nya årskostnaden för landstinget för en aktiv heroinist blir efter justeringen i praktiken fördubblad såväl för kvinnor som män. Med tanke på att dessa kostnader tidigare låg väldigt lågt så innebär det uppjusterade kostnaderna för landstinget att de totala kostnaderna går upp med 4-5 procent.

11.5 Samhällskostnader för Metadonprogrammets klienter innan de kommer med i programmet

Vi är då framme vid de totala genomsnittliga samhällskostnaderna för Metadonprogrammets klienter innan man kommer in i behandlingsarbetet. Vi redovisar resultaten nedan dels fördelat på välfärdskonsumtionskedja och dels per aktör.

Tabell 11.2 Årskostnad för aktiv heroinist per kedja och aktör

<i>Kedja</i>	
Behandling	126 383
Boende	40 450
Brott	1 107 400
Försörjning	133 173
Psykiatri & beroende	124 350
Somatisk vård	17 887
Straff	512 553
Utsatta barn	65 850
<i>Aktör</i>	
Arbetsförmedling	30 439
Försäkringskassan	103 317
Kommunen	212 650
Landstinget	153 187
Rättsväsendet	852 453
Övriga	776 000
Summa	2 128 045

Vi ser då följande saker

- * i förhållande till den tidigare studien är resultaten av de skäl vi ovan angivit cirka 14% högre än den tidigare studien vilket ger en total årskostnad på cirka 2.1 Mkr per person

- * för programmets 600 klienter innebär detta en total samhällelig årskostnad på cirka 1.275 Mkr. Detta kan jämföras med den totala budgeten för IFO-verksamheten i Stockholm stad som uppgår till drygt 3 Mdr kronor per år
- * landstingets kostnader för en heroinist i aktivt missbruk uppgår till cirka 150.000 kronor vilket kan jämföras med årskostnaderna för en plats i Metadonprogrammet som uppgår till cirka 100.000 kronor
- * även här ser vi, oavsett om vi studerar välfärdskedjor eller aktörer, att den kriminalitet som omger missbruket direkt och indirekt utgör den största kostnadsposten både för olika rättsvårdande myndigheter och för allmänhet och försäkringsbolag
- * det är också intressant att notera att den offentliga beslutsfattaren ofta pratar om kring missbruk – behandlingsinsatser av olika slag är tämligen lita, cirka 125.000 kronor per år eller 6% av de totala kostnaderna

12. KOSTNADERNA FÖR METADONPROGRAMMET

12.1 Inledning

Det SocioEkonomiskt bokslutet består av en intern del och en extern del, där den externa delen är en form av samhällsekonomisk värdering av verksamheten i fråga. Den interna delen består i princip av verksamhetens intäkter och kostnader som de redovisas i verksamheten budget.. I denna kalkyl använder vi verksamhetens budget för 2007 istället för resultatet för 2006. Anledningen till detta är framför allt att ekonomin inte förändrats under senare år, vilket gör att vi lika gärna kan ta de senast tillgängliga året. Vi kommer emellertid att referera till det som verksamhetens egen resultatredovisning.

12.2 De interna kostnaderna

Det finns två typer av justeringar vi kan göra i de interna rapporterade boksluten.

- * en tydlig fördelning av interna intäkter på extern aktör, dvs. om landstinget köper tjänster av Metadonprogrammet så skall det framgå i det SocioEkonomiskt bokslutet att dessa intäkter kommer från landstinget och att landstinget följaktligen har en kostnad som är lika stor.
- * Ett synliggörande av dolda intäkter, t.ex. att en av finansiärerna står för hela eller en del av lokalhyran, datorer, telefon, handledarlöner etc. De läggs då givetvis också som en kostnad på den externa aktör som bidrar med intäkten/subventionen.

I Metadonprogrammet har vi inte några dolda subventioner utan nöjer oss med att lyfta upp landstingets kostnader för Metadonprogrammet.

Tabell 12.1 Resultaträkning för Metadonprogrammet 2007

	2007
	KKr
Landstinget	63 755
Patientavgifter	24
Övr intäkter	10 764
Summa intäkter	10 788
Kostnader inkl avskr	74 545
Resultat	-2

Vi ser att intäkterna från landstinget täcker drygt 85% av kostnaderna. Vi har i kalkylerna enbart räknat med dessa 63 miljoner kronor som de egentliga kostnaderna för Metadonprogrammet. Dessa 63 miljoner kronor dyker upp såväl på intäkts- som kostnadssidan, vilket innebär att vinsten eller resultatet för Metadonprogrammet i vår kalkyl blir 0.

12.3 Antaganden om de olika kategoriernas interna kostnader

Det finns en kostnadsmässig cykel i Metadonprogrammet. När man skrivs in så skall klienten diagnostiseras, handlingsplan utformas, doserna kalibreras, följer av förlusten av drogen hanteras och diverse planering för de kommande åren verkställas. De första veckorna/månaderna gör man dagliga besök på mottagningen.

Allt eftersom tiden går normaliseras detta och när man uppnått, vad ekonomerna skulle kalla, en ny jämvikt så kanske man är nere i ett eller två besök i månaden.

Vi har delat in de ca 600 klienterna i Metadonprogrammet i ett antal kategorier som egentligen klassificerar dem i förhållande till nyintagnas ”varje dag i veckan” till de stabilas med ”någon eller ett par gånger i månaden”. I termer av resursinsats är det stor skillnad mellan dessa ytterligheter. Dessa kategorier speglar också de olika framgångsvägar i programmet vi beskrivit tidigare. Ju mer problem och desto fler återfall desto mer omfattande blir insatserna från programmets sida.

Vi har schablonmässigt åsatt de olika grupperna följande interna kostnader uttryckt i i termer av antalet besök per vecka. Besöken är naturligtvis inte homogena, men det är en förenkling vi valt att göra för att kunna räkna. Vi har i det kommande antagit att kostnaderna i programmet står i proportion till besöksfrekvens och tidsförbrukning

Tabell 12.2 Antaganden om de olika kategoriernas interna kostnader

	Tim / pers / vecka	Antal pers	Tim/År	Andel	Kostnad / År	Kostnad / Individ /År
Avhoppade aktiv	3	40	120	11%	6 750 000	168 750
Avliden	3	30	90	8%	5 062 500	168 750
Jobb	0.5	120	60	5%	3 375 000	28 125
Försörjning	1	110	110	10%	6 187 500	56 250
Strul ej krim	2	160	320	29%	18 000 000	112 500
Strul Krim	3	40	120	11%	6 750 000	168 750
Nyintag	3	100	300	27%	16 875 000	168 750
Summa	15.5	600	1120	100%	63 000 000	105 000

Antalet per grupp och intensiteten uttryckt i timmar per vecka är baserad på uppskattningar från personalen vid mottagningen. Vi ser då att den genomsnittliga kostnaden i programmet på drygt 100.000 kronor för en årsplats varierar högst betydligt. De nyintagna och de som får återfall har en årskostnad på cirka 170.000 kronor per person och år medan de som varit drogfria länge och börjat hitta tillbaka till ett mera normalt liv har en kostnad på 30.000 – 50.000 kronor per person och år.

Fördelningarna av de interna kostnaderna på de olika kategorierna spelar egentligen ingen som helst roll för resultatet för Metadonprogrammet i sig. Däremot så spelar det roll för de lönsamheter per grupp som vi beräknar, dvs. hur många gånger tillbaka ger en satsad krona på respektive grupp.

Kostnaderna för de olika grupperna kan även påverka verksamhetens resurskrav. Ju större de stabila grupperna med jobb eller försörjning är, desto mer kan man göra för övriga grupper. Ju fler nyintagna och personer med upprepade återfall, desto mindre tid har man över för andra.

13. SOCIOEKONOMISKT BOKSLUT FÖR METADONPROGRAMMET

13.1 Inledning

Det SocioEkonomiskt bokslutet för Metadonprogrammet bygger på schablonberäkningar. Underlaget utgörs av partiellt justerade kalkyler från den tidigare studien av Basta/VägenUt!. Justeringen baseras delvis på registerdata från sjukvården men skulle kunnat utvidgats om det funnits mer tid i detta projekt.

Vi redovisar vanligtvis inte resultatet per grupp inom en verksamhet eller ett program. Här har vi, till skillnad från tidigare utvärderingar, gjort en modellbaserad kalkyl som arbetar med antaganden om de olika delgruppernas resursförbrukning såväl inom som utanför programmet. Vi tror att denna uppdelning av kostnader och intäkter på grupperna kan bidra till en tydligare diskussion kring framgångskriterier och resursanvändning inom verksamheten. Det SocioEkonomiskt bokslutet i sig, med sitt aktörsperspektiv riktar fokus på resursanvändningen i samhället totalt och mellan aktörer runt verksamheten och dess klienter.

13.2 SocioEkonomiskt resultatet per kategori för ett år

I tabellen nedan redovisas det SocioEkonomiskt bokslutet per kategori av klient.

Kolumnen *Intäkter* visar de socioekonomiska intäkter vi räknat fram genom att summera interna intäkter (de 63 Milj kronorna i verksamhetens redovisning) med de externa intäkterna som dels består av uteblivna kostnader och dels av produktionsvärdet för den kategori som arbetar.

Kolumnen *Kostnader* visar summan av de 63 Milj kronor som verksamheten kostar, fördelat på de olika grupperna, och de kvarstående externa kostnaderna hos övriga aktörer per grupp.

Tabell 13.1 Ekonomiskt resultat för Metadonprogrammet fördelat per kategori för 2007

	Intäkter	Kostnader	Vinst grupp	Vinst/person
Avhoppade aktiv	89 321 815	97 315 363	-7 993 548	-199 839
Avliden	66 991 361	12 193 548	54 797 813	1 826 594
Jobb	297 965 444	2 822 458	295 142 986	2 459 525
Försörjning	245 634 990	19 437 845	226 197 146	2 056 338
Strul ej krim	357 287 259	34 694 771	322 592 488	2 016 203
Strul Krim	89 321 815	44 754 228	44 567 586	1 114 190
Nyintag	223 304 537	42 459 968	180 844 568	1 808 446
Samtliga	1 369 827 220	253 678 182	1 116 149 038	1 860 248

Gruppen som har jobb förorsakar en potentiell dubbelräkning eftersom de på intäktssidan har såväl de uteblivna försörjningen som produktionsvärdet. I praktiken uppfattar aktörerna det uteblivna försörjningsstödet som en intäkt, även om det är en finansiell sådan. Om man inte vill ha denna dubbelräkning så innebär det att vinsten för de som jobbar skall minskas med 14 miljoner kronor, till 280 miljoner kr eller 2.342.697 Mkr per person. En reduktion med knappt 5%.

Resultatet för verksamheten totalt under ett år visar således på en vinst på drygt 1.100 miljon kr. Det innebär att varje krona av de 63 miljoner som Landstinget satsar i Metadonprogrammet ger knappt 18 kr eller 1778 % i avkastning, vilket får anses vara en bra affär.

13.3 SocioEkonomiskt bokslut för Metadonprogrammet – resultaträkningen

I det SocioEkonomiskt bokslutets resultaträkning fördelar vi externa och interna intäkter och kostnader på de olika aktörerna kring Metadonprogrammet. Kalkylen avser år 2007. I tabellen nedan återkommer vinsten från ovan, drygt 1.100 Mkr för 2007. I summeringen av kostnader utgår de 63 Mkr som ligger på programmet eftersom den redan finns med hos landstinget som en kostnad.

Tabell 13.2 SocioEkonomisk Resultaträkning för Metadonprogrammet 2007 – den fullständiga

		Arbets- förmedling	Pro- grammet	Försäkrings- kassan	Kommunen	Landstinget	Rätts- väsendet	Övriga	Summa	Vinst	Vinst / klient
Arbetsförmedling	Intäkt	18 263 520							18 263 520		
	Kostnad	13 697 640							13 697 640	4 565 880	7 610
Programmet	Intäkt	0	0	0	0	63 000 000	0	0	63 000 000		
	Kostnad		63 000 000						63 000 000	0	0
Försäkringskassan	Intäkt			61 990 000					61 990 000		
	Kostnad			36 450 300					36 450 300	25 539 700	42 566
Kommunen	Intäkt				127 590 000				127 590 000		
	Kostnad				41 827 567				41 827 567	85 762 433	142 937
Landstinget	Intäkt					91 912 000			91 912 000		
	Kostnad					69 949 617			69 949 617	21 962 383	36 604
Rättsväsendet	Intäkt						511 471 700		511 471 700		
	Kostnad						48 297 059		48 297 059	463 174 641	771 958
Övriga	Intäkt							495 600 000	495 600 000		
	Kostnad							43 456 000	43 456 000	452 144 000	753 573
Totalt	Intäkt								1 369 827 220		
	Kostnad								253 678 182	1 116 149 038	1 860 248

De 63 miljoner kronor som landstinget betalar ligger således inbakade i de knappt 70 Mkr man ser som kostnader för landstinget. Produktionsvärdet på 30 Mkr ligger inbakat i intäkterna för Övrigsektorn. Vi ser också att vinsten per klient i programmet uppgår till mer än 1.8 Mkr per år

I tabellen nedan har vi dragit ihop bokslutet ovan till att enbart visa intäkt, kostnad och vinst per aktör, inklusive Metadonprogrammet.

Denna bild visar egentligen de olika externa aktörernas ekonomiska intresse i Metadonprogrammets verksamhet och hur vinsterna från denna verksamhet fördelar sig mellan de olika aktörerna.

Tabell 13.3 SocioEkonomisk Resultaträkning för Metadonprogrammet 2007 - kortversion

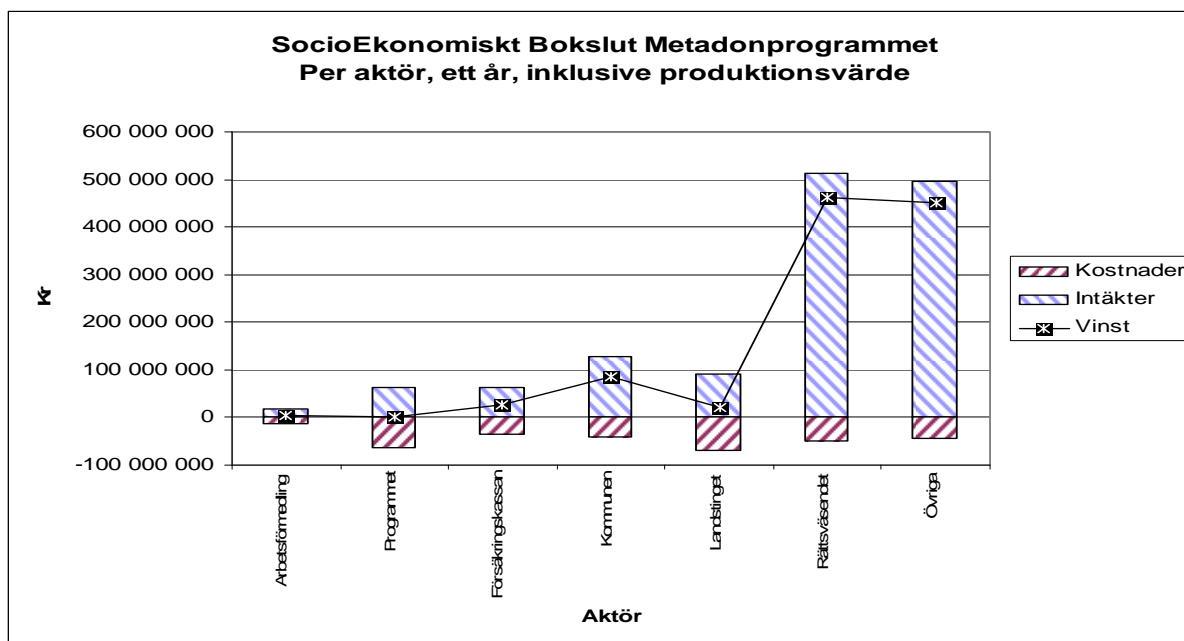
		Summa	Vinst	Vinst / klient
Arbetsförmedling	Intäkt	18 263 520	4 565 880	7 610
	Kostnad	13 697 640		
Programmet	Intäkt	63 000 000	0	0
	Kostnad	63 000 000		
Försäkringskassan	Intäkt	61 990 000	25 539 700	42 566
	Kostnad	36 450 300		
Kommunen	Intäkt	127 590 000	85 762 433	142 937
	Kostnad	41 827 567		
Landstinget	Intäkt	91 912 000	21 962 383	36 604
	Kostnad	69 949 617		
Rättsväsendet	Intäkt	511 471 700	463 174 641	771 958
	Kostnad	48 297 059		
Övriga	Intäkt	495 600 000	452 144 000	753 573
	Kostnad	43 456 000		
Totalt	Intäkt	1 369 827 220	1 116 149 038	1 860 248
	Kostnad	253 678 182		

Till skillnad från de flesta andra kalkyler vi gjort, visar denna att alla aktörer vinner på verksamheten. Det är annars vanligt att den/de aktörer som finansierar t.ex. en rehabiliteringsverksamhet går med förlust medan andra vinner på satsningen. I tabellen ovan framgår att landstinget gör en nettovinst på knappt 22 Mkr.

Detta har delvis att göra med justering av våra kalkyler. Statistiken visade att sjukvårdskostnaderna i våra tidigare studier sannolikt var grovt underskattad. När vi justerat för detta hamnade landstinget på plus. Den främsta förklaringen är att programmet kostar mindre att driva än de, eskalerande, antalet slutenvårdsdygn man sluppit.

Vinsten per klient i programmet ligger på drygt 1.8 Mkr. Eftersom aktiva heroinister är kriminellt aktiva så blir rättsväsendet och allmänheten stor vinnare. Detta framgår även i diagrammet nedan som visar samma siffror.

Diagram 13.1 Kostnader, intäkter och vinster per aktör för Metadonprogrammet 2007



13.4 Nyckeltalsanalys

I resultattabellerna ovan har vi presenterat en del nyckeltal, som t.ex. Vinst/klient. Låt oss nu ställa samman en del andra nyckeltal för att visa andra sidor av verksamheten:

Tabell 13.4 Nyckeltal SocioEkonomiskt bokslut Metadonprogrammet 2007

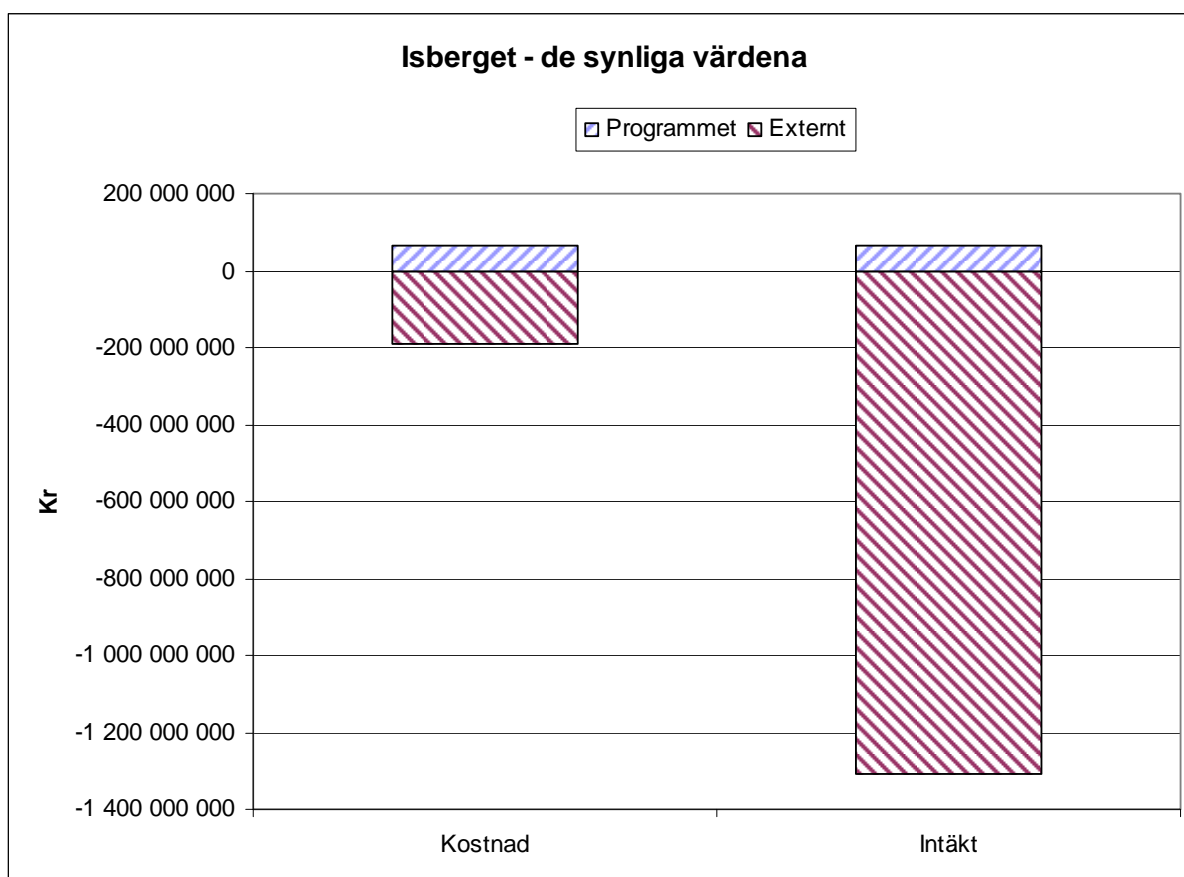
	Täljare	Nämnare	Nyckeltal
<i>Isberget</i>			
Synliga intäkter	63 000 000	1 369 827 220	5%
Synliga kostnader	63 000 000	253 678 182	25%
Synlig vinst	0	1 116 149 038	0%
<i>Vinst/Intern kostnad</i>			
Avhoppade aktiv	-7 993 548	12 193 548	-1
Avliden	54 797 813	12 193 548	4
Jobb	295 142 986	2 032 258	145
Försörjning	226 197 146	4 064 516	56
Strul ej krim	322 592 488	8 129 032	40
Strul Krim	44 567 586	12 193 548	4
Nyintag	180 844 568	12 193 548	15
Samtliga	1 116 149 038	63 000 000	18
<i>Generella mått</i>			
Dagskostnad aktiv heroinist	2 128 045	365	5 830
Dagskostnad Per pers Intern	63 000 000	219 000	288
Dagskostnad Per pers Total	253 678 182	219 000	1 158
Dagskostnad Progr Intern	63 000 000	365	172 603
Dagskostnad Progr Total	253 678 182	365	695 009

Resultaträkningen för en viss verksamhet skall ge information till ägare och andra om de ekonomiska flödena kring verksamheten, dvs. intäkter, kostnader och vinst. Denna information skall vara ett hjälpmedel för att styra rätt inför kommande år – det är intressenternas kompass.

Nyckeltal är ett instrument att förstå olika delar av resultatet i relation till varandra t.ex. vinst per anställd. Ett nyckeltal är i regel en kvot mellan två olika tal. i tabellen ovan har vi lyft fram några intressanta nyckeltal.

De första nyckeltalen visar hur mycket av verksamhetens intäkter, kostnader och vinst som egentligen synliggörs i den egna redovisningen, dvs. hur rätt kompassen pekar. Vi kan konstatera att man fångar en fjärdedel av verksamhetens SocioEkonomiska kostnader i det interna bokslutet, medan man enbart fångar en tjugondel av dess intäkter. Det innebär i sig att informationen om intäkter och kostnader är både snedvriden och ligger på fel nivå. I diagrammet nedan visar vi dessa nyckeltal igen. Här ser vi kanske tydligare hur mycket av verksamhetens intäkter och kostnader som ligger ovan ytan.

Diagram 13.2 Isberget – synliga och osynliga kostnader och intäkter runt Metadonprogrammet 2007

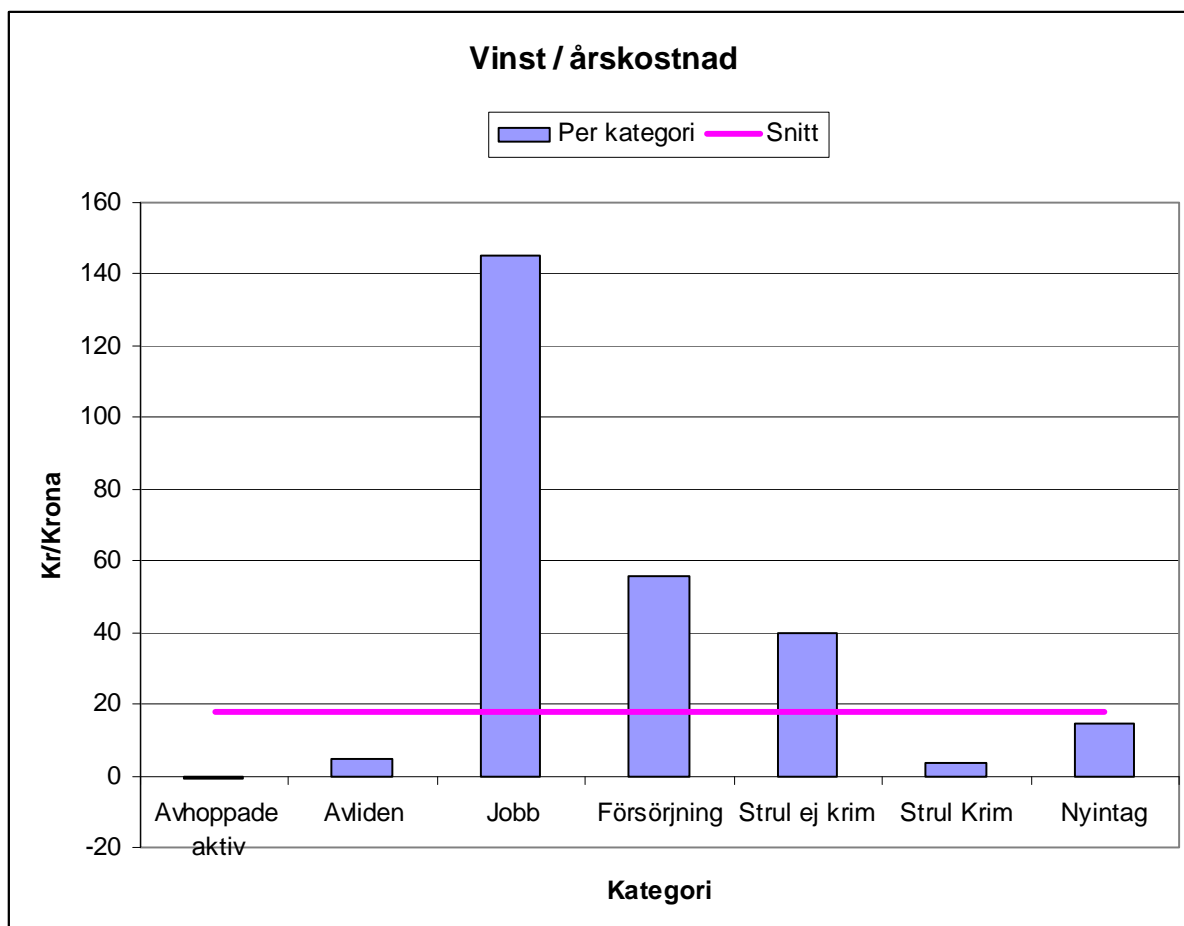


Nästa grupp med nyckeltal har med de olika kategorierna av framgång att göra. Nu räknar vi fram avkastningen per krona i verksamheten, dvs. för varje krona av de 63 Mkr som satsas på programmet – hur många får vi tillbaka?

De olika kategorierna av klienter i programmet drar olika mängd resurser internt och hos de externa aktörerna såväl innan de kommer med i programmet som när de är i programmet. I dessa nyckeltal relaterar vi den SocioEkonomiskt vinsten per kategori till dess interna kostnader i programmet.

Genomsnittet för samtliga är knapp 18 kronor per person och år vilket vi tidigare nämnt, men det är stor skillnad mellan grupperna. Den grupp som är drogfri och försörjer sig på eget jobb är i särklass mest lönsam. Varje satsad krona i programmet ger 145 kr tillbaka. I diagrammet nedan har vi lagt in siffrorna från tabellen ovan.

Diagram 13.3 Avkastning per krona satsad per klientkategori i Metadonprogrammet 2007



Vi ser att övriga grupper visar varierande lönsamhet, där de avhoppade aktiva är en ren kostnad eftersom deras externa intäkter och kostnader tar ut varandra i vår modellberäkning. Vi kan också konstatera att de som avlider under året fortfarande genererar en vinst till följd av att de externa kostnaderna upphör.

Av de som är kvar så ser vi att det är de som strular mest, i form av återfall och fortfarande är periodvis kriminellt aktiva, som ger lägst avkastning. Kuriöst nog ligger de på samma nivå som de som avlider.

Den låga avkastningen i förhållande till de övriga grupperna kan ge en uppfattning att dessa grupper inte är lönsamma alls. Detta är helt fel. Man riskerar att tappa sinnet för proportioner eftersom de andra klientkategorierna är så oerhört lönsamma. Varje krona de får satsat via programmet ger 4 kronor tillbaka. Det innebär att varje klient man tar in och lyckas hålla i programmet är en ekonomisk framgång. **Varje drogfri dag innebär en stor samhällsvinst.**

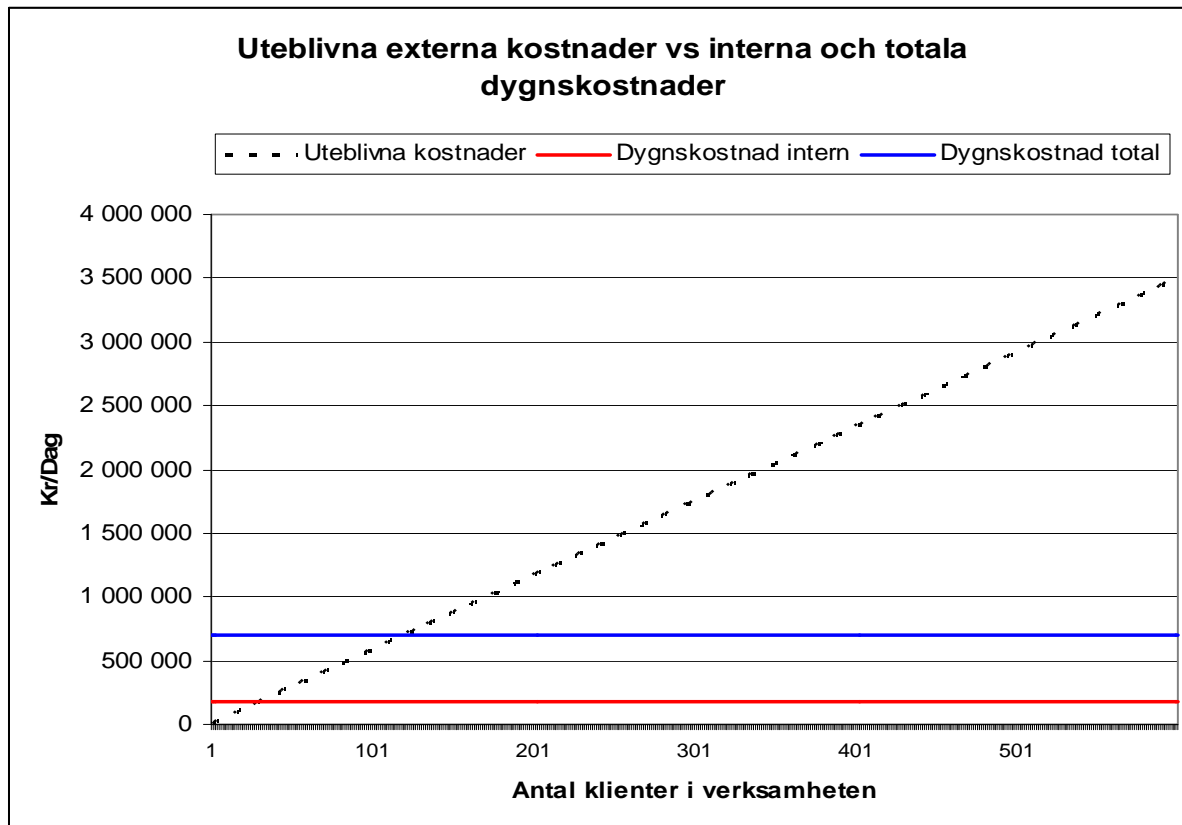
Varje nyintagen i programmet, som inte hoppar av helt, genererar en positiv avkastning. Det är sannolikt så att även de som hoppar av är lönsamma från dag 1 i programmet och alla dagar de är med.

Vi såg i tabellen att dygnskostnaden för en aktiv heroinist ligger på drygt 5.800 kr. Dygnskostnaden i programmet ligger på 288 Kr internt och 1.158 Kr om vi tar med de externa kostnaderna. Det innebär att varje klient som håller sig i programmet ett dygn, betalar programkostnaden och kvarvarande externa kostnader för 5 klienter.

Dygnskostnaden för hela Metadonprogrammet ligger på knappt 173.000 kr. Det innebär att varje dag programmet håller 30 heroinister från sitt aktiva missbruk så har de finansierat verksamheten. Med alla interna och externa kostnader som vi räknat med i kalkylen så kostar ett dygn 695.000 kr. Det innebär att verksamheten betalar alla kostnader, interna som externa, varje dag de håller 120 heroinister från sitt aktiva missbruk.

I diagrammet nedan har vi lagt in interna och totala (dvs. interna plus externa) kostnader per dygn för programmet, dvs. 173.000 Kr respektive 695.000 Kr. Den streckade lutande linjen visar de ackumulerade totala uteblivna kostnader beroende på hur många aktiva heroinister vi har i programmet den dagen. Den skär den lägre interna linjen vid 30 stycken och den högre totala kostnadslinjen vid 120 stycken. Om dygnskostnaden för en aktiv heroinist varit högre skulle denna linje varit brantare och om den varit lägre skulle den varit flackare. Mot detta har vi ställt de externa intäkterna, dvs. de uteblivna kostnaderna, från att aktiva heroinister inte är aktiva den dagen.

Diagram 13.4 Antal klienter för att finansiera en dag i Metadonprogrammet 2007



Vi kan konstatera att om alla 600 avstår från missbruk en enda dag så har programmet dragit in 3,5 Mkr i uteblivna kostnader hos andra aktörer under denna enda dag.

13.5 Finansieringsanalys

13.5.1 En lönsam affär redan första året

Landstinget finansierar på egen hand Metadonprogrammets verksamhet och att man med våra antaganden om utvecklingen för slut- och öppenvård för målgruppen, gör en vinst på knappt 22 Mkr på årsbasis. I tabellen nedan ser vi att detta ger en avkastning på 31%.

Tabell 13.5 Årliga finansiella effekter för landstinget av Metadonprogrammet fördelat på framgångskategorier

	Årsintäkt	Årskostnad	Avkastning
Avhoppade aktiv	6 127 467	18 321 015	-67%
Avliden	4 595 600	12 193 548	-62%
Jobb	18 382 400	2 044 858	799%
Försörjning	16 850 533	4 076 066	313%
Strul ej krim	24 509 867	8 287 432	196%
Strul Krim	6 127 467	12 233 148	-50%
Nyintag	15 318 667	12 793 548	20%
Samtliga	91 912 000	69 949 617	31%

Vi har tidigare konstaterat att lönsamheten skiftar mycket mellan de olika kategorierna i programmet. Vi ser återigen att de stabilare kategorierna genererar ordentliga överskott för landstinget och att dessa överskott mer än väl kan täcka förlusterna på de mindre stabila grupperna.

I tabellerna nedan tittar vi på samma sak men nu omräknat till det antal dagar som klienterna ur varje kategori behöver vara i programmet för att de skall självfinansiera årets interna kostnader med sina externa intäkter.

Den övre delen visar resultaten om man ser till de totala årsintäkterna per kategori relaterat till de totala kostnaderna, dvs. interna plus de kvarvarande kostnaderna hos externa aktörer. Vi ser att gruppen i genomsnitt har betalat tillbaka kostnaderna efter 68 dagar, dvs. drygt 2 månader. Detta brukar kallas "pay-off"-tid – efter hur lång tid har man fått tillbaka investeringskostnaden. Resterande 297 dagar bidrar man enbart till vinsten. För de som hoppar av tidigt går det inte jämnt upp någon gång under året. Detta beror på att vi har antagit att deras externa kostnader blir desamma som för aktiva heroinister samtidigt som de drar kostnader i programmet.

Tabell 13.6 "Pay-off"- tid - antal dagar i programmet under ett år per kategori

	Årsintäkt	Årskostnad	Dagar
<i>Totalt</i>			
Avhoppade aktiv	89 321 815	97 315 363	398
Avliden	66 991 361	12 193 548	66
Jobb	297 965 444	2 822 458	3
Försörjning	245 634 990	19 437 845	29
Strul ej krim	357 287 259	34 694 771	35
Strul Krim	89 321 815	44 754 228	183
Nyintag	223 304 537	42 459 968	69
Samtliga	1 369 827 220	253 678 182	68
<i>Landstinget/Programmet</i>			
Avhoppade aktiv	89 321 815	12 193 548	50
Avliden	66 991 361	12 193 548	66
Jobb	297 965 444	2 032 258	2
Försörjning	245 634 990	4 064 516	6
Strul ej krim	357 287 259	8 129 032	8
Strul Krim	89 321 815	12 193 548	50
Nyintag	223 304 537	12 193 548	20
Samtliga	1 369 827 220	63 000 000	17

Om vi i stället använder de interna kostnaderna i programmet som nämnare och måttstock, förändras bilden. Nu har gruppen som helhet betalat av sin Metadonbehandling efter 17 dagar. Även de avhoppade och aktiva heroinisterna klarar av finansieringen på 50 dagar. Var 17:e dag har gruppen på 600 Heroinister finansierat sin egen Metadonbehandling under ett år.

Då följer en intressant fråga; om vi för en stund betraktade detta som en privat verksamhet och tänker oss att man likt en framgångsrik företagare återinvesterade vinsten år efter år och lät denna ackumulerade vinst utgöra grund för att expandera verksamheten. Vad skulle då hända? Svaret återfinns i tabellen nedan.

Tabell13.7 Landstingets ackumulerade vinst över tid

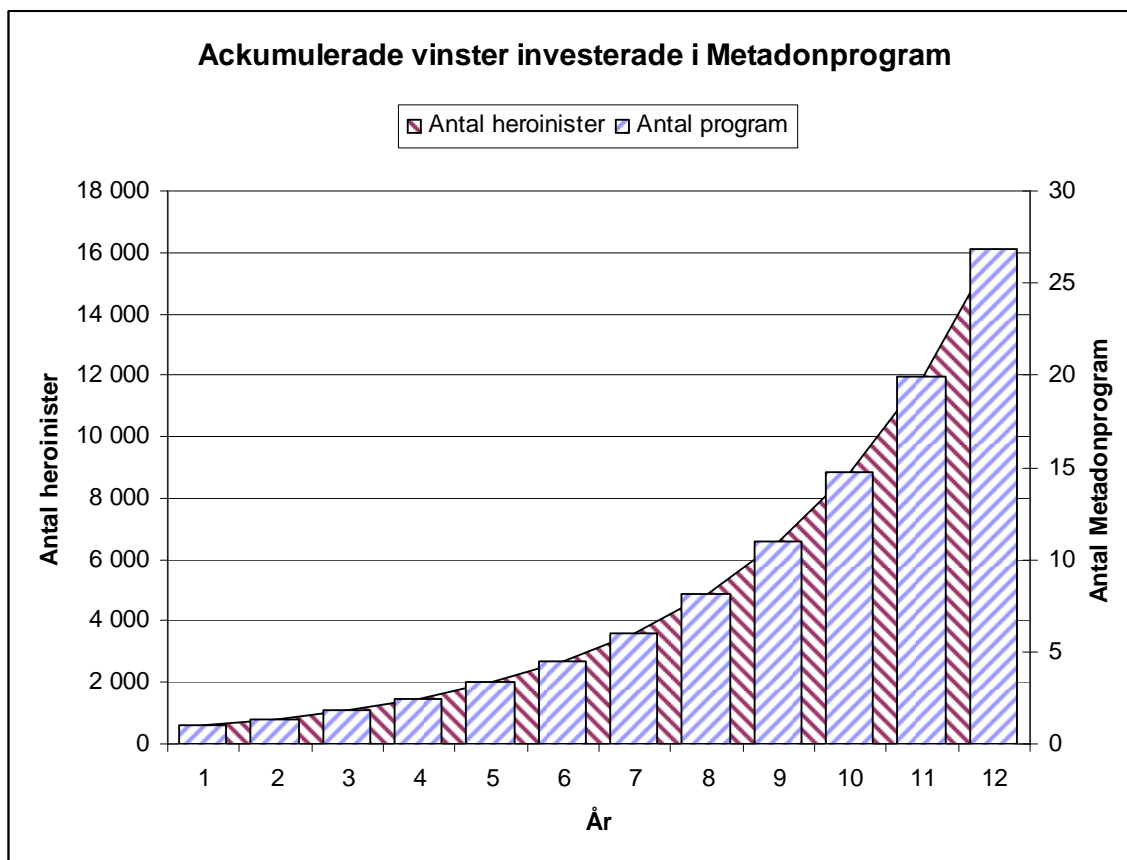
	1 år	5 år	20 år
Landstingets vinst	21 962 383	101 683 534	310 414 995

Den ende externa finansiären, landstinget, gjorde som sagt en vinst på knappt 22 Mkr under året på sin investering i Metadonprogrammet. Insatsen har uppenbarligen legat konstant under några år. Vi ser att den vinsten över 20 år, diskonterat med 4% ränta ger drygt 310 Milj Kr. Vad skulle man kunna använda dessa vinster till? Förebyggande arbete eller att skapa utrymme för fler behandlingsprogram.

13.5.2 Att återinvestera vinsterna i branschen

I diagrammet nedan visar vi ett räkneexempel där vi tänker oss att landstinget investerar hela vinsten från år 1 i flera behandlingsplatser i Metadonprogrammet, dvs. vinsten år 1 på 22 Mkr räcker till 0.34 nya Metadonprogram med 600 platser. Dessa 1.35 Metadonprogram år 2 ger en vinst på $22 * 1.35 =$ knappt 30 Mkr som används till 1.81 Metadonprogram År 3 o.s.v.

Diagram 13.6 Rehabiliteringens perpetuum mobile- landstingets vinster från metadonprogrammet som investeras i nya program varje år



Om denna utveckling fortgick med samma nivåer på intäkter och kostnader som vi skissat på i denna kalkyl så skulle Metadonprogrammet år 12 kunna omfatta ca 16.000 heroinister enbart på de vinster som Landstinget gör på Metadonprogrammen själva. Det skulle möjliggöra att driva mellan 25 och 30 metadonprogram av det slag man bedriver i Stockholm idag.

Inom andra verksamheter skulle man kalla detta att återinvestera vinsterna från verksamheten – här leder det till en sorts rehabiliteringens perpetuum mobile.

13.6 Investeringsanalys

Låt oss avslutningsvis studera kostnader och intäkter över en längre tidsperiod. I metodkapitlet diskuterade vi uppföljningsperiod och argumenterade för att den blir ungefär 20 år om man räknar med att klienterna kommer in i programmet vid 25-30-års ålder och att en aktiv heroinist i snitt orkar hålla på fram till 45-50 års ålder.

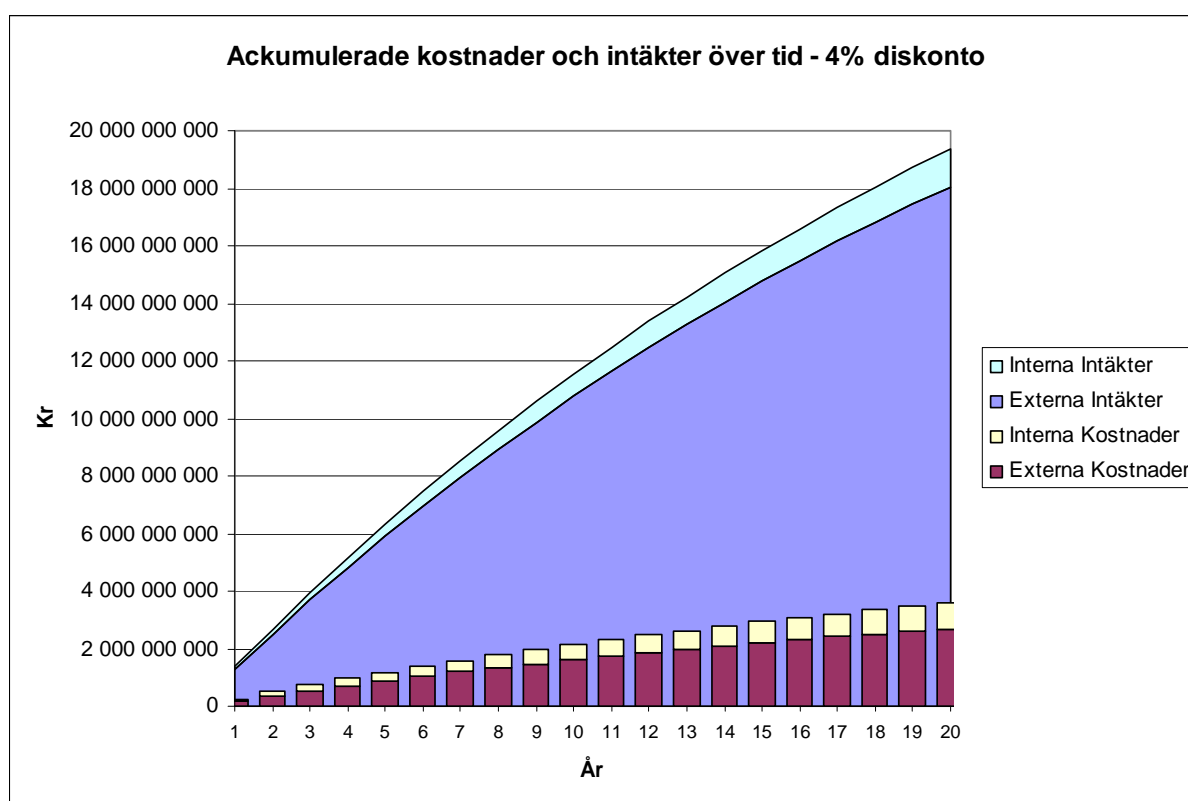
I tabellen nedan har vi räknat samman de ackumulerade intäkterna och kostnaderna för olika tidsperioder; 1, 5 och 20 år. Vi känner igen resultatet för ett år från resultaträkningen ovan. Nu har vi helt enkelt lagt upp samma intäkter och kostnader 20 år framåt i tiden. Såväl kostnader som intäkter har diskonterats med en diskonteringsränta på 4%, vilket innebär att de 100 Kr vi får i vår hand nästa år är värda lika mycket som drygt 96 Kr i handen här och nu.

Tabell 13.8 Intäkter och kostnader på längre sikt av metadonprogrammet

	Extern intäkt	Prodvärde	Ext kostn	Intern intäkt	Intern kostn	Netto per	
						Grupp	Person
1 år	1 276 827 220	30 000 000	190 678 182	63 000 000	63 000 000	1 116 149 038	1 860 248
5 år	5 911 576 248	138 896 857	882 820 004	291 683 399	291 683 399	5 167 653 101	1 722 551
20 år	18 046 598 550	424 018 182	2 695 033 869	890 438 182	890 438 182	15 775 582 863	1 314 632

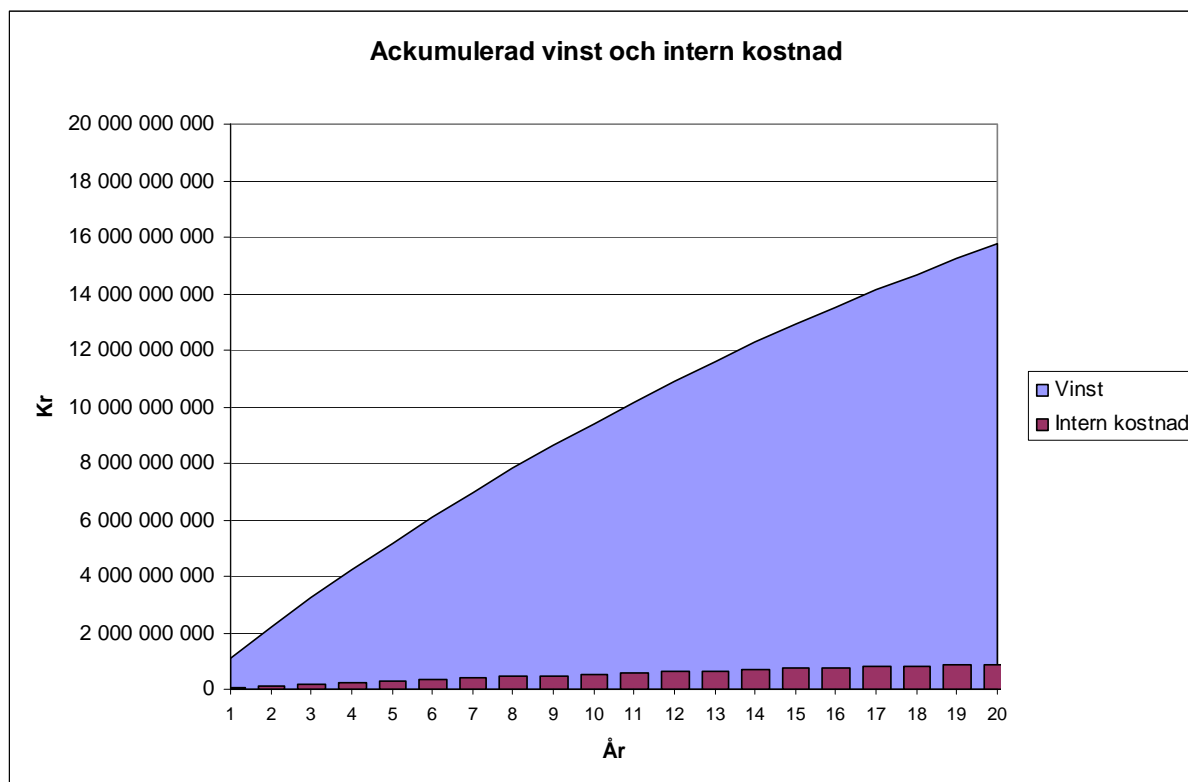
Diskonteringen gör att kostnader och intäkter blir mindre och mindre värda ju längre fram i tid de inträffar. Vi ackumulerar dessa diskonterade årliga kostnader och intäkter, vilket innebär att vi summerar dem, dvs. år 1 plus år 2 plus år 3 osv. Vi kan se resultatet av detta i diagrammet nedan. Kurvorna/Staplarna blir högre men ökningen avtar. De ackumulerade *externa och interna intäkterna* från Metadonprogrammet uppgår till nästan 20 Miljarder kronor efter 20 år. De interna och externa kostnaderna å sin sida uppgår till knappt Miljarder kronor, vilket ger en vinst på knappt 16 Miljarder kronor. Det ser vi i diagrammet s skillnaden mellan de blåare ytorna och den röd/gula staplarna.

Diagram 13.7 Ackumulerade kostnader och intäkter för metadonprogrammet över tid



I diagrammet nedan har vi lyft fram vinsten i sig, dvs. de totala (interna + externa) intäkterna minus de totala (externa + interna) kostnaderna i relation till de interna kostnaderna för Metadonprogrammet.

Diagram 13.8 Ackumulerad vinst och interna kostnader för metadonprogrammet över tid



Vi ser att vinsten på 20 års sikt hinner växa till knappt 16 Miljarder kronor medan kostnaderna för Metadonprogrammet uppgår till 900 Mkr under samma tidsperiod.

13.7 En kommunalfinansiell parantes

Avslutningsvis vill relatera dessa siffror till en kommunal vardag från Metadonprogrammets Stockholm. Programkostnaden att driva metadonprogrammet i Stockholm under ett år ligger för de drygt 770.000 invånarna i Stockholm på knappt 82 kr/person. Samtidigt ligger de externa intäkterna av att den aktive heroinisten upphör på drygt 2.1 Mkr per person och år. Om dessa potentiella intäkter för hela metadonprogrammet slås ut på befolkningen hamnar vi på en potentiell intäkt på 1.656 kr/person. Det innebär att Metadonprogrammet har en potentiell avkastning på mer än 19 gånger pengarna, eller 1.574 kr per person i Stockholms stad.

Tabell 13.9 Vinst per medborgare i Stockholm av metadonprogrammet

För kommunen

ProjKostn/Invånare	82
Potentiell intäkt/invånare	1 656
Avkastning	1927%

Om vi enbart ser till den arbetsföra befolkningen i Stockholm mellan 20-64 år och tänker oss att vi genom en sorts **outsiderskatt** skulle synliggöra kostnaderna för metadonprogrammets 600 heroinister i deras aktiva missbruksfas så skulle denna innebära en skattehöjning på 3.5% av den totala skattesatsen eller 1,2 skattekronor av den genomsnittliga årsinkomsten.

Tabell 13.10 Kommunalekonomiska effekter av det aktiva missbruket hos 600 heroinmissbrukare vid en s.k. outsiderskatt

För bef 20-64 i kommunen

Andel av betalad skatt	3.5%
Andel av imp inkomst	1.2%
Antal helårsbetalare	17 162
Årskostnad per medb	2 578
Månadskostnad per medb	215

Det innebär att drygt 17.000 stockholmares totala skatteinbetalningar går åt för att täcka kostnaderna för 600 aktiva heroinister. Uppdelat på alla i arbetsför ålder så landar det på 2.578 kr/person eller 215 kr i månaden per person.

13.8 Några slutord kring det SocioEkonomiskt bokslutet

Det SocioEkonomiskt bokslutet för Metadonprogrammet lider av ett problem – storleksordningar. Om varje aktiv heroinist kostar drygt 2,1 Mkr, blir intäktssidan för ett program som hanterar 600, före detta, heroinister snabbt väldigt stor. Vi konstaterade att varje dag man håller en aktiv heroinist från sitt aktiva missbrukarliv så uteblir kostnader i storleksordningen 5.800 kr. Metadonprogrammet innehåller 600 personer som, till övervägande delen, avstår från sitt aktiva missbruk 365 dagar på ett år.

Det är således lätt att konstatera att Metadonprogrammet måste misslyckas rejält i behandlingen för att inte vara väldigt lönsamma sett ur ett samhällsperspektiv. Detta gäller givetvis alla rehabiliteringsinsatser riktade mot denna målgrupp.

Även om verksamheten som sådan är väldigt lönsam, såväl för samhället i stort som för finansiären landstinget, så skiftar den avsevärt mellan de olika kategorier av klienter man arbetar med. Vissa stabiliseras i sin drogfrihet och drar därmed mycket små resurser i programmet eller hos andra intressenter samtidigt som kostnaderna från deras aktiva missbrukarliv till stor del upphör. Andra får inte riktigt balans och tar, ibland upprepade, återfall. För dessa ligger kostnaderna i programmet högre. De är mer resursintensiva såväl i programmet som för externa intressenter. Detta gäller särskilt om perioderna med återfall finansieras genom inbrott, stölder etc.

Vi har inte kommit så långt som vi önskat i att anpassa våra tidigare kalkyler till den faktiska målgruppen i Metadonprogrammet. Det finns statistik, varav vi endast kunnat använda en del, som skulle gjort det möjligt att gruppera personerna i programmet på ett mer analytiskt tillfredsställande sätt. Detta skulle sannolikt inte förändrat den övergripande bilden av resursflödet kring Metadonprogrammet, men det skulle antagligen gett en större nyansrikedom och förståelse för hur de olika grupperna i målgruppen ser ut ur en (behandlings-)ekonomisk synvinkel. Framgångsmåttet i denna typ av verksamhet är inte enkelt. Vi har sett hur ett flertal typer av behandlingsresultat kan anses som ekonomiskt framgångsrika. Hela kedjan från lönearbete och helt drogfri, till drogfri för det mesta med vissa återfall kan klassas som ekonomiska framgångar. Samtidigt kan man inte heller komma ifrån att det verkar som om gruppen med stabil drogfrihet och lönearbete ser ut att vara drygt 35 gånger mer lönsam.

14. TRE AVGÖRANDE SYSTEMFEL - ETT VÄLFÄRDSPOLITISKT PERSPEKTIV

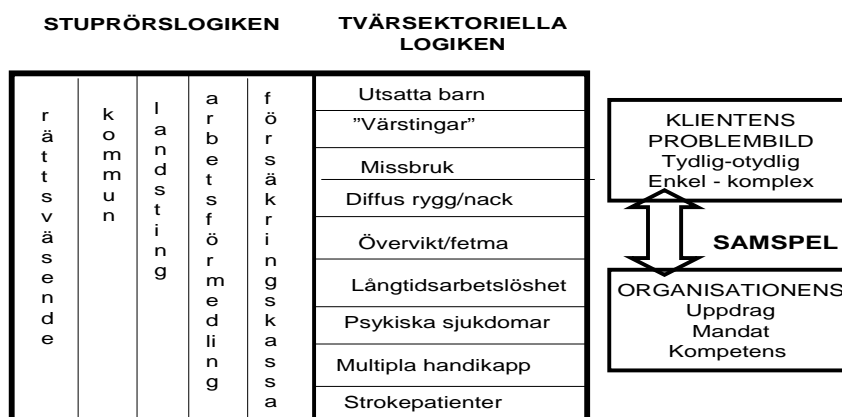
Då man ska värdera effekterna av rehabiliteringsinsatser mot målgrupper med komplexa och sammansatta behov stöter man på två problem som har att göra med strukturen hos våra offentliga organisationer och de styrsystem man använder sig av. Det ena problemet skulle vi vilja kalla stuprörssystemet och det andra kortsiktighetens tyranni. Till detta kommer ett tredje problem som har att göra med hur missbrukarens utanförskap tenderar att permanentas till följd av det vi kallar stigmatiseringseffekten.

14.1 Stuprörssystemet

”På psyket tar dom inte emot mig då jag är påtänd och till soc får jag inte komma då jag är psykotisk. Det känns som om alla tänker; det är inte mitt bord. Jag är trött på att vara någon sorts Svarte Petter som alla vill bli av med. Jag undrar vad det är som dom är så rädda för”

För de flesta medborgare i landet fungerar de offentliga systemen väl. De är uppbyggda efter vad vi kan kalla stuprörssystemet¹⁹. De är högt specialiserade och har en djup men avgränsad kunskap inom vissa arbetsfält som passar väl om klienten 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 komplexa och sammansatta kräver en gemensam och samordnad insats från många aktörer både för att förstå problemet och för att hitta rätt lösningar. Detta gäller i hög grad för marginaliserade grupper t.ex. missbrukare. 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.



¹⁹ Se Their; Pedagogiskt Ledarskap, 1998

Personer med missbruk (liksom kriminella och långtidsarbetslösa) är en grupp som inte riktigt passar in i systemen och med vilken det spelas ett sorts organisatoriskt Svarte Petterspel. För den enskilde klienten innebär detta att han i alltför hög grad tvingas in i ett fruktlöst gatlopp²⁰ 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.

Vi har tidigare visat att den största delen av de ekonomiska effekterna kring missbruk är osynliga för den enskilde beslutsfattaren, osynliga därför att de i huvudsak drabbar andra stuprör. Detta har vi kallat isbergseffekten – det mesta syns inte och ligger under vattenytan. Kostnaden för en heroinist i denna studie ser ur landstingets perspektiv ut att vara cirka 150.000 kronor per år. I själva verket uppgår denna kostnad till cirka 2.1 Mkr per år. I själva verket uppfattar bara landstinget 7% av verklighetens effekter utifrån sitt stuprör

Diagram 14.1. Procentuell fördelning av de årliga samhällskostnaderna för en heroinmissbrukare



I det SocioEkonomiskt bokslutet vi redovisat ser vi klart och tydligt hur vinsterna av missbruksrehabilitering är en komplex mix av olika insatser från de olika stuprören. Inte ens landstingsinternt har man alltid kunskap om effekterna mellan olika delar av det egna stupröret. I budgettermer ser metadonprogrammet ut att kosta 63 Mkr per år. I själva verket ser det ut som om detta program skapar en årlig nettovinst på 22 Mkr till följd av minskad vårdkonsumtion i andra delar av vårdsystemet.

Och det som ur landstingets synvinkel framstår som en årlig vinst på 22 Mkr av metadonprogrammet är för rättsväsendet en vinst på 463 Mkr och för samhället en vinst på cirka 1.100 Mkr. Samma fenomen men tre helt olika kostnadsperspektiv. Detta stuprörstänkande leder vanligtvis till insatser som gör det svårt både att tillgodose den enskildes behov och att uppnå ett gott utnyttjande av samhällets resurser.

²⁰ Se Nilsson & Wadeskog samt Socialstyrelsen, 1999, Rutger Engström, - psykiskt sjuk eller missbrukare, samt SOU 36:1997; Egon Jönsson

14.2 Kortsiktighetens tyranni

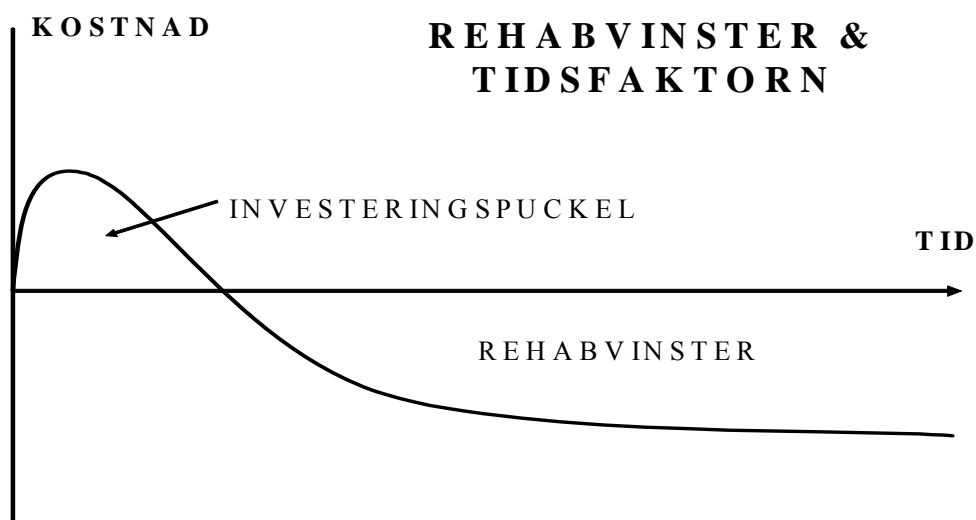
14.2.1 Ett socialt investeringsperspektiv

”Jag började missbruka som 13-åring. Jag blev på allvar kriminell då jag var 15 år gammal. Jag har suttit på kåken vid ett flertal tillfälle. Jag har i stort sett aldrig haft ett riktigt jobb. Jag har inte en enda pensionspoäng. Det har varit ett hårt arbete att bygga upp en identitet som missbrukare och kriminell. Hur snabbt tror du att det går att bryta med detta och inrätta sig i ett Svenssonliv?”

Det andra problemet är att man i de flesta offentliga sammanhang (vid sidan av de fysiska investeringarna) 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. 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. Kortsiktighetens tyranni har institutionaliserats i beslutsfattande och ledningsarbete.

Men låt oss titta tillbaka på effekterna av metadonprogrammet ur ett långsiktigt perspektiv. Det som på kort sikt är en kostnad blir på lång sikt en betydande vinst. Ur landstingets perspektiv innebär en årsplats en synlig kostnad på cirka 100.000 kronor. På fem års sikt genererar denna kostnad en nettovinst på cirka 100 Mkr och på 20 års sikt 300 Mkr allt diskonterat med 4%. För samhällets del blir motsvarande vinster cirka 5 Mdr respektive 16 Mdr kronor

För att tjäna pengar måste man satsa pengar och i detta satsande finns en viss risk. Kostnaderna kommer alltid innan 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.



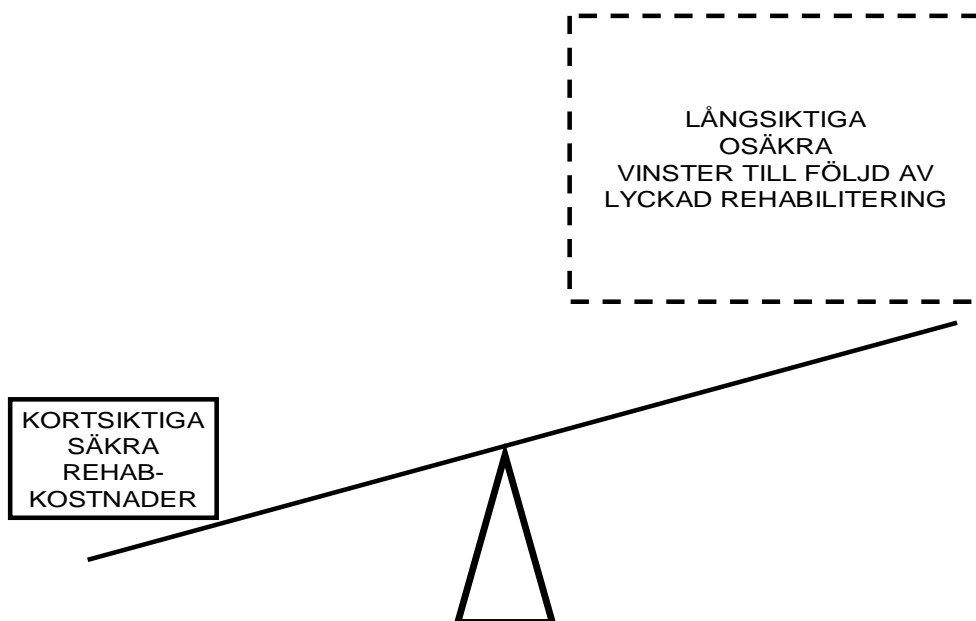
2008-02-01

Så länge vårt tänkande och våra offentliga styr- och rapporteringssystem vare sig 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 dessutom skapar onödigt mänskligt lidande.

14.2.2 Korta klipp eller långa vinster

Långsiktigt och förebyggande arbete eller rehabiliteringsinsatser är alltid förknippade med ett visst mått av osäkerhet. Som beslutfattare är det alltid lättare att ta i de kortsiktiga 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 riskerar att bli allt bättre på att med stor säkerhet fatta kortsiktiga felaktiga beslut i stället för att göra långsiktigt rätt.

Den enskilde beslutsfattaren förväntas ta ställning till och väga en mycket konkret, välidentifierad, säker och stundtals akut kostnad idag i förhållande till mycket osäker, i de flesta fall diffus (både till storlek och till omfattning) intäkt någon gång i framtiden – som dessutom kanske tillfaller någon annan aktör. Det är inte konstigt att man i denna typ av beslutssituation låter dagens konkreta effekter väga tyngre än osäkra effekter i framtiden.



Så länge vi inte är beredda att ta risker i det långsiktiga arbetet med att förebygga ohälsa och rehabilitera utslagna och marginaliserade människor så kommer de säkra kortsiktiga, men många gånger dåliga, besluten att vara förhärskande. Vi kanske behöver nya välfärdsinstitutioner som är beredda att ta dessa i grund och botten mänskligt och ekonomiskt sunda risker.

14.2.3 SocioEkonomiskt bokslut som en metod att värdera helhetssyn och långsiktighet

Det SocioEkonomiskt bokslutet är en konkret metod för att bryta kortsiktighetens tyranni och stuprörstänkandet genom att man i kalkylerna utgår dels från ett helhetsperspektiv och dels kan värdera effekter som leder till omfördelning av resurser mellan olika aktörer. Man har också möjlighet att värdera de långa effekterna av en rehabiliteringsinsats vilket gör det möjligt att introducera ett långsiktigt socialt investeringsperspektiv på rehabilitering i motsats till ett kortsiktigt kostnadstänkande.

På dessa två vis ger det SocioEkonomiskt bokslutet möjlighet till att fatta beslut om ett bättre resursutnyttjande av samhällets rehabiliteringsresurser och därmed ett underlag för att agera samhällsekonomiskt mer effektivt.

14.3 Stigmatiseringseffekten, Metadonprogrammet och arbetsmarknaden

”När jag kommer ut från kåken med en plastpåse i ena handen, en tusenlapp i fickan, inga sociala kontakter utöver mina gamla pundarkompisar, inget, ingen bostad, ingen försörjning – hur lång tid tror du jag klarar mig?”²¹

Högkonjunktursens år 2007 står cirka 1 – 1.5 miljoner människor i Sverige mer eller mindre utanför arbetsmarknaden och saknar helt eller delvis förmåga att försörja sig själv. Cirka 20% av alla personer mellan 20 och 64 år försörjs helt eller delvis via offentliga medel²². En viktig fråga att ställa är hur många av dessa som onödigtvis står utanför arbetsmarknaden och därmed väsentliga delar av samhällsgemenskapen. Och en ännu viktigare fråga är kanske hur många av dessa som både vill arbeta och har en viss eller fullständig arbetsförmåga men som inte får arbeta till följd av de stigmatiseringseffekter som uppstår på arbetsmarknaden och inom andra delar av samhället.

Stigmatisering är ett begrepp som främst förknippas med den amerikanske socialpsykologen Erwin Goffman²³. Med stigmatisering menas vanligtvis en form av social brännmärkning eller stämpling som ursprungligen kom till uttryck genom att man faktiskt och konkret skar eller brände in ett varningsmärke hos vissa människor för att varna allmänheten för deras farlighet (den grekiska innerbörden av ordet är märke eller sticksår). Man kan stigmatiseras av i huvudsak tre olika skäl; **kroppsliga avvikelser, karaktärsdrag eller tillhörighet till en viss grupp**. Till den första gruppen kan höra fysiska handikapp, funktionshinder, fetma, dövhet, blindhet etc. Till den andra gruppen finner vi fenomen som missbruk, psykisk sjukdom, homosexualitet utvecklingstörning etc. Till den tredje gruppen hör ras, religiositet, etnicitet, klass, kön, ålder m.m.

Till detta kan man lägga att det dessutom förefaller finnas en sorts **territoriell stigmatisering** som har att göra med varifrån du kommer. I Norrland finns det bygder om vilka omvärlden

²¹ Sagt av kvinnlig missbrukare i Vägen Ut! - kooperativen 2006

²² Se vidare Socialförsäkringsutredningen

²³ Goffman. 1968, Stigma – den avvikandes roll och identitet, Rabén & Sjögren

säger att kråkorna flyger upp och ner för att dom ska slippa se eländet. Mer bekant är det kollektiva stigma som tillskrives alla mörkhyade unga män som kommer från förortsområden som Fittja, Alby, Bergsjön och Ronna och som bidrar till att skapa en kollektiv negativ identitet av att vara outsiders hos delar av denna grupp. En identitet som inåt ibland präglas av stolthet och utåt leder till rädsla. ”*Om jag inte kan vara bland de bästa så kan jag åtminstone vara bland dom bästa av dom värsta.*”

Många menar²⁴ att stigmat alltid måste beskrivas i ett socialt sammanhang och förstås utifrån ett maktperspektiv. Den stigmatiserade, eller outsiders, befinner sig alltid i ett underläge och per definition i ett utanförskap i förhållande till rådande samhällsnorm.

Stigmatiseringsprocessen innehåller fyra komponenter;

- * **en fokusering på skillnader;** svart – vit, hetero – homosexuell, seende – blind, missbrukare – icke missbrukare. Dessa skillnader är ofta förenklade och förgrovade och bortser från att det inom gruppen finns stora variationer.
- * dessa skillnader fokuserar på **det negativa hos den andre**. Den ena polen beskrivs som det normala och den andra polen som avvikande; hederliga svenska kontra ohederliga zigenare, sunda normalviktiga kontra osunda feta personer.
- * den tredje aspekten är att genom detta skapas ett **vi (insidern) och ett dom (outsidern)** där vi per definition står på den goda sidan och dom andra på samma vis på den onda som vi andra måste skydda oss emot. Olika motorcykelgång (Hells Angels, Bandidos, Outlaws m.fl.) har vänt på detta och kallar sig en-procents-rörelsen ”*den procent av mänskligheten du inte skulle vilja att din dotter träffade*” och väljer att skapa synliga och stolta symboler för sitt stigmatiserade utanförskap²⁵.
- * den fjärde aspekten är att de stigmatiserade i samhället får en **låg status och löper betydande risker att diskrimineras** inom arbetsliv, på bostadsmarknad, inom sjukvård m.m.

Till detta kan man lägga att stigmatiseringsprocessen förefaller vara irreversibel både för de drabbade och för det omgivande samhället; en gång psykiskt sjuk, alltid psykiskt sjuk. Det förefaller inte finnas särskilt lättillgängliga vägar tillbaka in i samhällsgemenskapen. Man skulle kunna beskriva det som en sorts stigmatiseringsryssja – lätt att komma in i den, men oerhört svårt att ta sig ur.

Sätter vi begreppet i relation till behandling och rehabilitering av människor som befinner sig i en stigmatiserande outsiderroll förstår vi ganska snabbt att denna effekt direkt eller indirekt motverkar framgångsrika behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

För att återvända tillbaka in i samhällsgemenskapen krävs egentligen tre saker; **att man vill, att man har förmåga och att man får**. Detta oavsett om man är utbränd och långtidssjukskriven, har ett psykiskt eller fysiskt funktionshinder eller levt ett långt liv i missbruk. Att **vilja** handlar dels om begreppet motivation men också om begreppet identitet. Att sluta se sig själv som avvikande, annorlunda, mindervärdig eller utanför.

²⁴ Link, Bruce & Phelan, Conceptualizing Stigma, Annual reviews of sociology

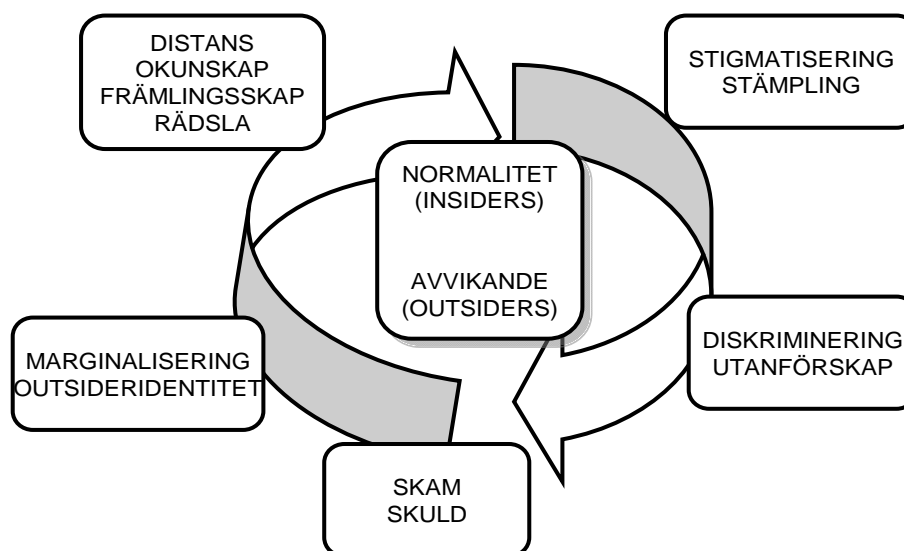
²⁵ Se Svenska Maffia, 2007

Att **kunna** arbeta handlar också om kompetens och förmåga samt kunskaper och färdigheter. Kanske är det så att dagens arbetsmarknad ställer så stora krav på den arbetssökande att endast ”prima råvara” på arbetsmarknaden accepteras av arbetsgivaren. I så fall kanske man kan prata om en sorts kollektiv **institutionell eller funktionell stigmatisering** av alla inte 100% producerande och ”fullkapabla” människor på arbetsmarknaden. Det är kanske denna mekanism som utgör en viktig förklaringsgrund till dagens debatt om den utbredda utbrändheten.

Sedan har vi den tredje faktorn; dom som både vill och kan arbeta men inte **får**, som inte får därför att man av olika skäl stigmatiseras, definieras som utanför, omöjlig, farlig, opålitlig eller som det mer formellt definieras; står ej till arbetsmarknadens förfogande. Vem anställer före detta missbrukare, personer med psykiska funktionshinder, zigenare eller gravt överviktiga? Man skulle kunna tala om en social stigmatisering. Rädslan, okunskapen, främlingskapet, osäkerheten eller rentav fientligheten skapar eller förstärker utanförskapet, leder till diskriminering och försvårar eller förhindrar inträde på arbetsmarknaden. Detta gäller i princip alla stigmatiserade grupper eller kategorier vi diskuterat ovan. Vissa mer än andra. Studier har pekat ut missbrukare, invandrare och personer med psykiska funktionshinder som särskilt drabbade.

Detta leder på individuell nivå till en förstärkning av utanförskapet och försvårar, stundtals till och med omöjliggör, ett återvändande till samhällets huvudfåra i form av arbete, bostad, försörjning och ett normalt socialt liv. För samhället leder det med största säkerhet till onödiga, oftast accelererande och ofta stora kostnader. Man får försörja människor som helt eller delvis skulle kunna försörja sig själva. Eftersom arbetet dessutom utgör en av de starkaste identitetsskapande faktorerna bidrar denna mekanism också till att spä på hjälplösheten och känslan av att inte räcka till och undergräver därmed både självkänsla och självförtroende. Detta i sin tur leder på sikt till ett förstärkt beroendeförhållande till de offentliga systemen och därmed till ökade välfärdskostnader.

Stigmatiseringens onda cirkel



En rimlig tanke är att en långsiktigt framgångsrik rehabilitering av missbrukare underlättas om denna stigmatisering på arbetsmarknaden upphör eller reduceras. Vi behöver helt enkelt

skapa arenor för destigmatisering av utsatta grupper på arbetsmarknaden. Sociala företag för missbrukare såsom Vägen Ut! och Basta utgör en sådan lösning, sociala kooperativ såsom Briggen och KOS en annan. Fryshuset verksamhet Lugna Gatan utgör en tredje att i frivilligsektorn skapar sådana arenor för tidigare utestängda personer på arbetsmarknaden.

I denna studie finns en stor grupp personer (åtminstone 100 personer) som länge varit drogfria men som av olika skäl idag inte arbetar. Många av dem har arbetsförmåga, kanske inte 100% arbetsförmåga, men någon arbetsförmåga.

I andra studier har vi funnit att ett arbete, i all synnerhet ett arbete som man själv kan påverka inte bara ger struktur och sammanhang. Det ger också tillhörighet och känslan av att vara delaktig, viktig och behövd. Effekten av detta är för personer med psykiska funktionshinder färre, kortare och grundare skov och längre perioder av hälsa. En god arbetsplats är (för att använda Antonovskys tankar kring det salutogena perspektivet) hälsofrämjande.

För en missbrukare under rehabilitering är det lätt att se att ett sådant arbete vid sidan av att den minskar behovet av att bli försörjd också kortsiktigt minskar risken för återfall och långsiktigt minskar risken för att hamna i en sorts samhällelig hospitalisering och hjälplöshetssituation.

Låt oss illustrera med ett räkneexempel. Om en före detta missbrukare under en 20-årsperiod till följd av denna stigmatiseringseffekt inte erhåller arbete och detta arbete skulle kunnat ge honom en månadsinkomst på 16.000 kronor innebär detta en välfärd förlust redan första året på cirka 260.000 kronor ($16.000 * 1.35 * 12 = 259.000$). För den aktuella 20-årsperioden innebär detta en total samhällsförlust (vid 4% diskontering) på cirka 3.4 Mkr. Om detta gäller för 50 av metadonprogrammets klienter (dvs. cirka hälften av den grupp som långvarigt varit drogfria men som idag försörjs av samhället) pratar vi om en samhällsförlust i form av utebliven produktion på mer än 150 Mkr. Under samma period har därmed bidrag till socialförsäkringssystemet uteblivet med cirka 40 Mkr och skatter till kommun och landsting uteblivit med cirka 30 – 35 Mkr.

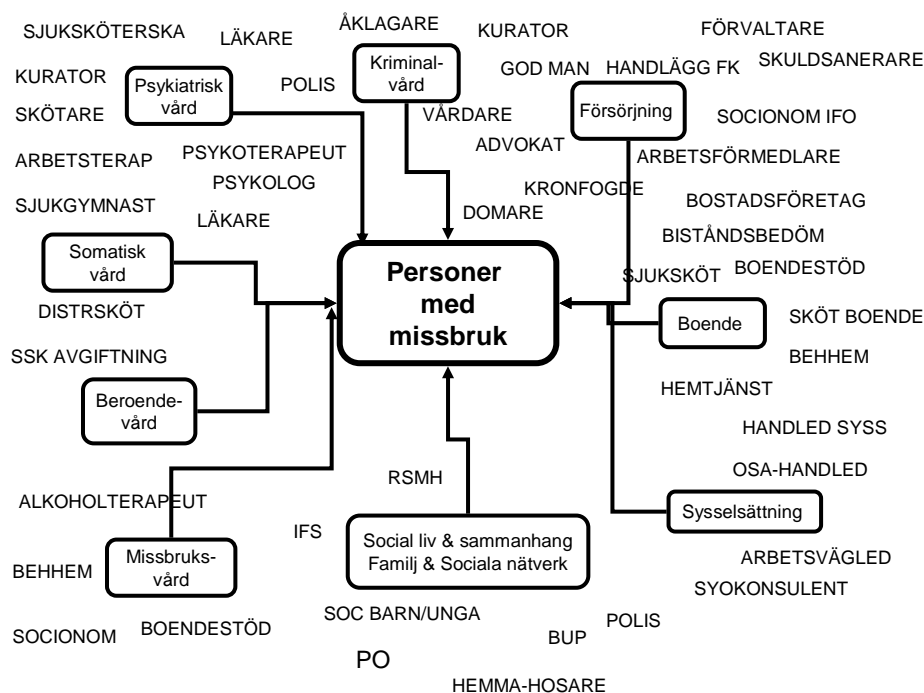
14.4 Att organisera arbetet kring heroinmissbrukare – en framtidsvision

*”På dagarna stiger jag upp. Går och får min dos metadon. Besöker kompisar. Går ut med hunden. Undviker plattan för att slippa stöta ihop med gamla missbrukskompisar. Röker, lyssnar på musik. Jag har faktiskt inte så mycket att göra. Om jag ska vara ärlig har jag det ganska tråkigt mest hela tiden. Och då det gäller framtiden kan jag inte se att det skulle bli annorlunda. Jag skulle kunna jobba, i varje fall halvtid. Men vem vill anställa mig. Min meritförteckning är ju inte särskilt imponerande”.*²⁶

Att bryta med sitt missbruk är en komplex och oftast långsiktig process. Erfarenheten visar att ett mycket stort antal behov och aktörer är involverade i denna process. Å ena sidan har man behov av ett stort antal vårdinsatser, allt från kriminalvård, via somatisk vård till beroendevård och psykiatrisk vård. Men denna typ av insatser behandlar i första hand det liv man ska lämna, hur man ska gå från att vara missbrukare till att bli före detta missbrukare. Få

²⁶ Ur intervju med klient i metadonprogrammet

av dessa aktörer har professionell kompetens om det liv man är på väg till; att etablera sig på bostadsmarknaden och i arbetslivet. Och ingen av dem har helhetssyn på den enskildes liv och alla andra aktörers insatser.



Då man studerar missbruksbehandling idag slås man av hur hårt och negativt effekterna av de systemfel vi ovan beskrivit slår mot den enskilde i dennes rehabiliteringsprocess

- * stuprören gör att ingen tar ansvar för helheten
- * kortsiktigheten gör att få aktörer se detta som en social investering i människor
- * stigmatiseringen gör att de missbrukare som vill ändra livsbana har få eller inga arenor att agera på – dörrarna som leder tillbaka till samhället förefaller vara stängda

De flesta rehabiliteringsinsatser arbetar utifrån dessa tre förutsättningar, ofta med ett fokus på att få missbrukare att bli just före detta missbrukare, och har mycket sällan instrument, kompetens eller metoder för att lotsa den före detta missbrukaren tillbaka in i samhället.

Det är inte särskilt svårt att se att livet i det ingenmansland som rollen som ”före-detta” innebär leder till ett antal negativa effekter. Till att börja med ökar sannolikheten för återfall. För det andra säger erfarenheten att ju längre tid med passivt utanförskap desto mer ökar den inlärda hjälplösheten och beroendet av olika former av samhällsinsatser. För det tredje går samhället miste om det produktionsvärde som går förlorat till följd av detta och måste dessutom försörja personen i fråga. Och mycket av detta är onödigt.

”Det tog lång tid för mig att sluta definiera mig som före detta missbrukare och istället se mig som företagare och hästuppfödare. Det var då jag började titta framåt och se vilka möjligheter som fanns och sluta titta bakåt och ångra allt jag hade gjort”²⁷

Det är en oerhörd skillnad mellan att se sig som före detta missbrukare och som hästuppfödare, barnskötare eller snickare. I det första fallet definierar man sig som negationen av något, något som man inte är. Något man flytt från. I det andra fallet något man är och helst också vill vara och är stolt över att vara.

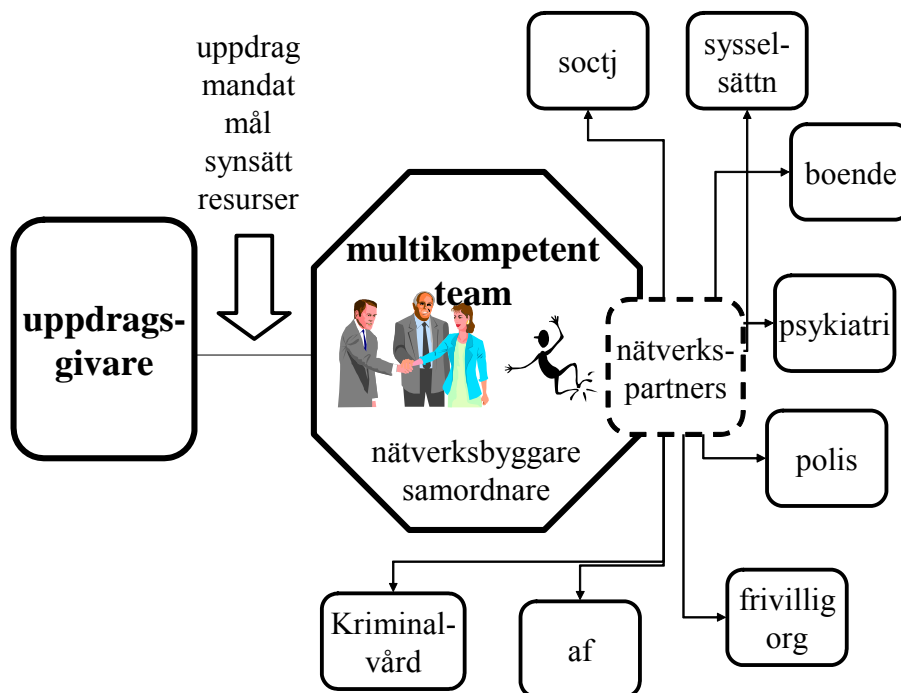
För oss råder det ingen tvekan - ska vi fullt ut nyttja effekterna av framgångsrik missbruksrehabilitering måste denna i betydligt större omfattning kompletteras med andra insatser än de som finns idag. Det är väldigt tydligt då man studerar metadonprogrammet i Stockholm att insikten om detta behov är mycket levande hos de som leder och driver programmet. Man arbetar också aktivt för att bredda programmets utbud av insatser till klienten men begränsas naturligtvis av att man är en landstingsverksamhet fokuserad på och med kompetens enbart inom vård och behandling.

På klientnivå förefaller det naturligt att tänka i termer av Case Management (CM). Detta är en metod som i Sverige har fått sin främsta betydelse då det gäller insatser för personer med s.k. dubbeldiagnos men som nu börjar spridas mot allt fler målgrupper.

Erfarenheten och en mängd utvärderingar visar att för att arbetet med personer med en komplex och sammansatt problematik ska kunna fungera måste det finnas ett team som gemensamt arbetar med dessa problem. Detta team måste ha ett uppdrag och mandat och ha kompetens som motsvarar de problem som ska tacklas. Multiproblem måste rimligtvis hanteras med multikompetens.

Teamet måste ha ett uppdrag som måste ges av någon form av uppdragsgivargrupp som med utgångspunkt i ett synsätt och en metodik måste ha en avsikt med detta uppdrag. Uppdraget bör ange vilket problem som ska lösas, hur målgruppen ser ut, vilka mål som ska nås och vilka mandat och spelregler som gäller för arbetet. Verksamheterna måste också ha en förankring i den egna linjeorganisationen. Och för att arbetet ska vara framgångsrikt måste det baseras på ett antal underliggande synsätt och värderingar som är gemensamma. De olika komponenterna i ett sådant gränsöverskridande multikompetent teams arbete illustreras i figuren nedan.

²⁷ Sagt av medarbetare på arbetskooperativet Basta som levt i mer än 15 års tid som aktiv heroinmissbrukare



Teamet bör bestå av personer från berörda myndigheter. Det är permanent och arbetar på heltid. Teamet upprättar ett systematiskt partnerskap med en mängd externa aktörer som alla har kunskaper om och kan påverka klientens situation. Teamet arbetar utifrån casemanagement idén som innebär att man tar en sorts samordnande totalansvar för klienten situation och dennes problem (detta innebär kartläggning, diagnos, vårdplanering, genomförande och uppföljning).

Om man köper denna tanke kommer också frågan om huvudmannaskap för missbruksbehandling i fokus. Det blir inte lika självklart att den ska förläggas inom ramen för landstinget eller kommunen. Kanske måste man söka helt nya former t.ex. att driva den inom ramen för ett samverkansförbund eller kanske i ännu friare former såsom självständiga stiftelser.

Kärnan i vår lösningssidé handlar om tre saker;

- * ta bort stuprören och agera utifrån en helhetssyn då det gäller styrning, organisering och uppföljning
- * agera långsiktigt och tänk i sociala investeringstermer – skaffa styr- och uppföljningssystem som möjliggör ett sådant agerande
- * delaktiggör och ianspråktag de före detta missbrukarna förmåga att bidra

15. SLUTSATSER INFÖR FRAMTIDEN

15.1 Vilken kunskap har denna studie genererat

Denna studie har på ett övergripande vis gett oss kunskap om

- * olika perspektiv på hur man betrakta framgång i arbetet med missbruksrehabilitering. Det handlar inte om enbart ytterligheterna total framgång och totalt misslyckande. Gråskalan är betydande
- * storleksordningen på de kostnader en heroinmissbrukare förorsakar samhället under sin aktiva missbruksperiod (drygt 2 Mkr/år) och en insikt om hur liten del av denna totala kostnad som olika aktörer har kunskap om – det vi kallat isbergseffekten
- * att framgångsrik metadonbehandling av missbrukare är en utomordentligt lönsam affär som ger en avkastning på 15-20 gånger pengarna
- * att ur ett socialt investeringsperspektiv ligger avkastningen under en 20-årsperiod för de 600 klienter som ingår i programmet till mer än 15 Mdr kronor
- * att även om detta program i budgettermer ser ut att kosta landstinget cirka 65 Mkr per år så leder det ändå på kort sikt till en vinst för landstinget till följd av att annan vårdkonsumtion minskar då man kommer in i metadonprogrammet

15.2 Vilka metoderfarenheter har vi gjort

Ur ett metodperspektiv har vi gjort ett antal viktiga erfarenheter

- * den första är att man kan faktiskt beräkna värdet av vad missbruket kostar samhället och dess olika aktörer. Även om man inte får exakta siffror på varje kostnadspost, erhåller man en ganska klar bild av storleksordningar och vilka aktörer som påverkas
- * därmed kan vi också hävda att det finns en metod och en kalkylmodell med vars hjälp vi kan beräkna värdet av både prevention och framgångsrik rehabilitering
- * vi har också presenterat en metod (välfärdskedjorna) med vars hjälp man kan kartlägga och få en helhetssyn kring den missbrukande klienten och dennes liv
- * allt detta har vi sammanfattat under rubriken SocioEkonomiskt bokslut, en analysmodell med fyra beståndsdelar; resultaträkning, nyckeltalsanalys, finansieringsanalys och investeringskalkyl

15.3 Vilka kunskapsbehov har vi identifierat

Vi ser detta emellertid endast som första steget i en längre process. Vi har identifierat ett antal utomordentligt intressanta frågeställningar vi måste lämna efter oss för kommande studier;

- * hur påverkas missbrukarens beteende och samhällskostnader av faktorer som kön, ålder, närvaron av andra problem såsom psykisk sjukdom, somatiska sjukdomstillstånd, etnicitet, etc.
- * vad är skillnaden i ekonomiska effekter på kort och lång sikt? Vilka svar skulle man få kring detta om man betraktade metadonbehandlingen inte som en sjukvårdskostnad utan som en social investering i framtida hälsa och produktionsförmåga
- * vilka ekonomiska effekter uppstår som en flergenerationsproblem kring missbrukarens föräldrar, syskon och eventuella barn
- * vilken typ av kunskap skulle vi kunna erhålla om vi i stället genomfört denna studie som en registerstudie av det slag vi genomfört kring PO-reformens klienter
- * vilka olika sätt finns att mäta framgång, sett ur ett ekonomiskt perspektiv, på behandling av missbrukare och vilka ekonomiska konsekvenser leder den före detta missbrukarens stigmatisering på arbetsmarknad och bostadsmarknad till
- * vilket skulle vara det klokaste sättet att organisera arbetet kring missbruksrehabilitering. Vilken organisationsform, arbetsmodell och organisationstillhörighet skulle vara den mest effektiva

15.4 Att tillämpa denna kunskap – vad kan man ha dessa insikter till?

Avslutningsvis vill vi peka på några ytterligare användningsområden för det SocioEkonomiskt bokslutet och den arbetsmetod vi här presenterat vid sidan av det uppenbara förhållandet att man med dess hjälp kan beskriva och analysera komplexa rehabiliteringsprocessers samhällsvärde.

- * metoden kan användas för att beskriva och förstå de komplexa sammanhang personer med en multifaktoriell problematik befinner sig i
- * på så sätt kan man med hjälp av denna metodik skapa sig en helhetssyn kring vilka behov olika målgrupper har. Metoden kan användas som ett underlag att göra behovsanalyser utifrån en helhetssyn
- * med hjälp av detta synsätt kan man skapa förutsättningar för samverkanslösningar kring olika målgrupper med en komplex problematik och identifiera ett samverkansarbets vinnare och förlorare
- * det ger oss möjlighet att beräkna effekter av ett samverkansarbete kring personer med en multifaktoriell problematik och anlägga ett långsiktigt socialt investeringsperspektiv på deras rehabilitering

16. REFERENSER

16.1 Analys av samverkan, samhällsekonomi och rehabilitering

16.1.1 Andras studier inom detta fält

Samhall Resurs AB, Huldt J & Andersson K (2000) Sampop – en samhällsekonomisk utvärdering av FRISAM-verksamhet i Växjö

SIND (1982), Samhällsekonomiska kalkyler vid industrinedläggningar – metoder och fallstudier, Statens Industriverk 1982:10

Socialstyrelsen (2002) Med arbete som insats – klienteffekter och samhällsekonomisk lönsamhet i socialt arbete, Socialstyrelsen 2002-112-1

Socialstyrelsen, AMS, m.fl. (2000) Samhällsekonomiska effekter vid rehabilitering – Vem vinner på rehabilitering i samverkan?, Samverkan inom rehabiliteringsområdet 2000:11, Stockholm

Tänk långsiktigt, Socialstyrelsen, Skolverket & Folkhälsoinstitutet, 2004

16.1.2 Egna studier inom detta fält

Lundmark & Nilsson, Projekt 531 – rehabiliteringssamverkan i norra Botkyrka, OFUS, 2000

Lundmark & Nilsson, Stacken – ett rehabiliteringssamverkan i Nynäshamn, OFUS, 2001

Lundmark & Nilsson, OFUS, 2002, Visst gör det ont, Utvärdering av Startpunkten i Örnsköldsvik

Lundmark & Nilsson, OFUS, 2003, Rehabiliterande synsätt i samverkansarbetet

Lundmark, Nilsson & Wadeskog, OFUS, 1997, Sara Söderberg, en studie om samverkan och samhällsekonomi kring personer med ryggont

Lundmark, Nilsson & Wadeskog, OFUS, 2000, Eva-Britt Larsson – en person med psykosociala arbetshinder

Nilsson, SEE, 1998, Vi byggde nätverk – om psykiatrireformens genomförande i Södertälje

Nilsson, OFUS, 2000, Svempa Johansson, missbrukare eller företagare, en analys av de samhällsekonomiska konsekvenserna av arbetskooperativet Basta

- Nilsson, OFUS, samt Nacka och Örnsköldsviks kommuner, 1995-2005 Strategier för samverkan
- Nilsson, Södermalms Beroende Team, rehabiliteringssamverkan kring missbrukare på Södermalm, OFUS, 2006
- Nilsson, Svedin & Wadeskog, Rehabilitering av missbrukare – en ekonomisk analys, 1986, SEE & Stockholms Stad
- Nilsson & Wadeskog, 1979, SEE & Statens Ungdomsråd, Det blir för dyrt – en studie av missbrukets samhällsekonomiska kostnader
- Nilsson & Wadeskog, 1996, Vårdkedjor, samverkan och ekonomi – strokes och äldre personer, SEE & Nacka Kommun samt SLL
- Nilsson & Wadeskog, 1998, SEE & Södertälje Kommun samt SLL, Vårdkedjor, psykiatrireformen och ekonomin – fallet Södertälje
- Nilsson & Wadeskog, 1999, Socialstyrelsen & SEE, Rutger Engström- missbrukare eller psykiskt sjuk
- Nilsson & Wadeskog, 1999, Socialstyrelsen & SEE, Ju fler kockar desto bättre soppa – om att samverka kring psykiatrireformens klienter
- Nilsson & Wadeskog, 2003, SEE & Landstinget i Dalarna, Carina Persson, en studie av fetmans samhällsekonomiska konsekvenser
- Nilsson & Wadeskog, 2004, Ett socialt investeringsperspektiv, SEE & Socialstyrelsen
- Nilsson & Wadeskog, 2005, Resten av bilden – SocioEkonomiskt bokslut som en metod att värdera sociala företag, SEE,
- Nilsson & Wadeskog, 2006, Det lönar sig – ekonomisk utvärdering av personligt ombud för psykiskt funktionshindrade, Socialstyrelsen & SEE
- Nilsson & Wadeskog, 2006, Bättre träffbild ger högre effektivitet, ekonomisk utvärdering av PO-reformen i Västmanland, Länsstyrelsen i Västmanland & OFUS
- Nilsson & Wadeskog, 2006, Det sociala företaget och samhället – SocioEkonomiskt bokslut för Basta och VägenUt!, NUTEK & SEE
- Nilsson & Wadeskog, 2007, Billigare och bättre – SocioEkonomiskt bokslut för de sociala arbetskooperativen KOS & Briggen, SEE
- Nilsson & Wadeskog, 2007, Skräddarsydd rehabilitering – en lönsam historia, en ekonomisk utvärdering av rehabiliteringsprojektet Gemet i Karlstad,

16.2 Samhällsekonomisk analys

Bentkover, J , Covello, V & Mumpower, J (1986) *Benefit Assessment: The state of the art*, Reidel Publ Co, Doordrecht

Boardman, A , Greenberg, D , Vining, A, & Weimer, D (2000). *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice*, Prentice Hall, Engelwood Cliffs

Bohm, P. (1977). *Samhällsekonomisk effektivitet*. SNS förlag Uddevalla

Bohm P (1978) *I samhällets intresse?* SNS förlag, Uddevalla:

Campbell, H & Brown, R (2003). *Benefit-Cost Analysis : Financial and Economic Appraisal using Spreadsheets*, Cambridge University Press, Cambridge

Dasgupta A & Pearce D (1978) *Cost-Benefit Analysis: Theory and Practise*, Macmillan Press, London

Gramlich, E (1981), *Benefit-Cost Analysis of Government Programs*, Prentice-Hall, Engelwood Cliffs

Gramlich, E (1997), *A guide to Cost-Benefit Analysis*, Waveland Press, Long Grove

Honley, N. and C. L. Spash (1993). *Cost-benefit analysis and the environment*.

Johansson, P.O (1991), *An introduction to modern welfare economics*, Cambridge University Press, Cambridge

Layard R, Ed. (1972) *Cost-Benefit Analysis – selected readings*, Penguin Education, Harmondsworth

Layard, R & Glaister, S *Cost-Benefit Analysis 2:nd ed*, (1994). Cambridge University Press, Cambridge

Lesourne J (1975) *Cost-Benefit Analysis and Economic Theory*, North-Holland, Amsterdam

Mattsson B (1988) *Cost-benefitkalkyler*, Esselte Studium, Göteborg

Mishan, E.J (1971) *Cost-Benefit Analysis*, George Allen & Unwin, London

Nas, T (1996) *Cost-Benefit Analysis : Theory and Application*, Sage, Newbury Park

Pearce D (1971) *Cost-Benefit Analysis*, Macmillan Press, London

Ray, A (1984) *Cost-Benefit Analysis – issues and methodologies*, World Bank, Johns Hopkins Press, Baltimore

Söderbaum P (1973) *Positionsanalys vid beslutsfattande och planering – Ekonomisk analys på tvärvetenskaplig grund*, Scandinavian University Books, Uppsala

17. APPENDIX 1 - METOD FÖR KALKYL AV METADONPROGRAMMETS SOCIOEKONOMISKT BOKSLUT – PRINCIPER OCH EXEMPEL

17.1 Inledning

Idealiskt skulle vi enligt formeln för det SocioEkonomiskt bokslutet vilja utvärdera Metadonprogrammets vinst ($ME\pi$) för alla individer (i) som varit i kontakt med det sedan start ett antal år (T). Det innebär att vi skulle vilja räkna fram den årliga skillnaden mellan de Externa intäkterna (EI) och summan av årliga Interna (IK) och Externa Kostnader (EK), diskonterat med en viss räntesats (r).

$$ME\pi = \sum_{i=1}^I \sum_{t=1}^T \left[\frac{EI_{i,t} - EK_{i,t} - IK_{i,t}}{(1+r)^t} \right]$$

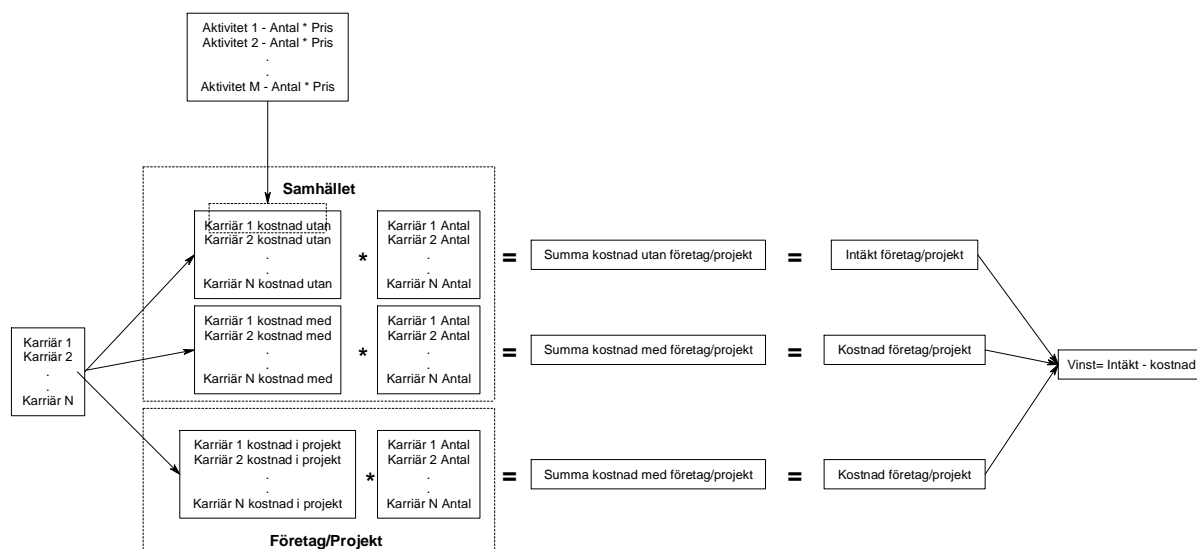
För att göra det mer hanterbart har vi istället valt att räkna på 7 stycken grupper av individer (g) i enlighet med den tidigare diskussionen kring framgångsmått för Metadonprogrammet. Vi har valt att göra en årskalkyl som vi sedan låter falla ut likformigt under 20 år (T) och att använda diskonteringsräntan 4% (r). Anledningen till 20-årskalkylen är att genomsnittsåldern vid inträde är sena 20-åren och de flesta heroinmissbrukare dör eller slutar i 45-50-årsåldern.

Det innebär att vi får följande formel:

$$ME\pi = \sum_{g=1}^7 \sum_{t=1}^{20} \left[\frac{EI_{g,t} - EK_{g,t} - IK_{g,t}}{(1+r)^t} \right]$$

Denna formel skiljer sig inte från de beräkningar vi har gjort i flera tidigare projekt. Skillnaden mellan detta och de flesta tidigare projekt, är att vi inte kunnat bygga upp denna kalkyl från grunden.

I en traditionell kalkyl gör vi, i princip, en separat kalkyl för varje klienttyp som beskriver och beräknar kostnader och intäkter utan och med programmet, inklusive andelen av programmets kostnader. Detta kan beskrivas som i nedanstående figur.



Denna kalkyl skall vi nu ersätta med en mer schablonbaserad kalkyl som i princip skall kunna ligga till grund för samma typ av SocioEkonomiskt bokslut som de tidigare kalkylerna.

Vi ersätter de enskilda klienttypernas beräknade kostnader och intäkter med en ”top-down”-modell där vi (åter-)använder årskostnaden för aktiva heroinister som de beräknades i tidigare projekt. Denna syntetiska heroinist delas sedan upp på våra 7 årliga klienttyper framför allt vad avser kostnader i programmet och återstående kostnader utanför programmet. Intäktssidan påverkas inte i och med att kostnaderna för en aktiv heroinist som försvinner då man kommer med i programmet sätts lika för alla klienttyper.

Beräkningsmässigt innebär schablonmetoden att vi tvingas göra antaganden om:

- 1 – Uppdelning på olika klientgrupperna och antal i de olika grupperna
- 2 – Hur programmets klienter i genomsnitt förhåller sig till våra tidigare heroinister
- 3 – Hur stora resurser de olika grupperna drar i programmet
- 4 – Hur stor del av de tidigare kostnaderna som ligger kvar när klienten gått med i programmet

I följande avsnitt diskuteras detta utifrån kostnader och intäkter i formeln ovan.

17.2 Grupperna

I enlighet med diskussionen kring framgång tidigare i rapporten så gör vi beräkningarna utifrån följande 7 kategorier av heroinmissbrukare på Metadonprogrammet:

1. I program, drogfri med jobb
2. I program, drogfri med försörjning
3. I program, återfall, ej kriminalitet
4. I program återfall, kriminalitet
5. Utskriven aktivt missbrukande
6. Utskriven avliden
7. Nyintagen

Varje år finns det ett antal individer i varje kategori. I dessa enkla räkneexempel antar vi att det varje år finns 600 individer i programmet. Av dessa faller ca 100 från samtidigt som det tillkommer 100 nya. Det innebär att 400 personer ligger kvar mellan åren.

Tabell Antal i grupper per år - förenklad

	År1	År 2	År 3	....	År T
Avhoppade (Aktiva)	50	50	50	....	50
Avhoppade (Avlidna)	50	50	50	....	50
Jobb	100	100	100	....	100
Försörjning	100	100	100	....	100
Strul ej krim	100	100	100	....	100
Strul Krim	100	100	100	....	100
Nyintag	100	100	100	....	100

Fördelningen på de olika grupperna kommer att styra storleken på de kvarvarande kostnaderna. De totala interna kostnaderna är givna av programmets budget, vilket innebär att gruppstorlekarna delvis kommer att styra fördelningen av programmets kostnader på de olika klienttyperna. Som vi redan konstaterat påverkas inte huvuddelen av intäkterna av klienttyp, dvs. vi antar att alla grupper kostar lika mycket i aktivt missbruk, men skiljer sig åt i produktionsvärde.

17.3 De externa intäkterna

De externa intäkterna utgörs dels av de uteblivna kostnader som uppstår då en heroinmissbrukare går från ett aktivt missbruksliv till att delta i programmet och dels ett produktionsvärde som uppstår då man börjar arbeta. Produktionsvärdet uppstår endast för de klienter som går ut i avlönat arbete.

Intäkterna från uteblivna kostnader avspeglar i detta fall en bruttoberäkning, dvs. som om alla kostnader som kan kopplas till heroinmissbruket upphör i och med att man kommer med i programmet. Självfallet är det inte så. Nettokostnaderna justeras istället via de kvarvarande kostnaderna som varierar mellan de olika klientkategorierna. Vi återkommer till detta.

I tidigare studier har vi räknat fram årskostnaderna för heroinister, ur olika perspektiv. Oftast fördelas de på aktör, eftersom detta tydligast följer de olika plånböckerna – kommun, försäkringskassa, landsting etc. I detta sammanhang använder vi oss emellertid mer av fördelningen över insatser – behandling, boende, vård etc. Detta gör vi för att kunna variera på dessa kostnader mellan grupperna. Detta låter sig enklare göras om kostnaderna grupperas efter typ av insatser eller aktiviteter.

I tabellen nedan redovisas dels de kostnader vi tidigare räknat fram för manliga och kvinnliga heroinmissbrukare på Basta/Vägen Ut! och dels två typer av genomsnitt av dessa kostnader som enbart visar olika sammansättning på gruppen i Metadonprogrammet. I det ena tar vi hälften kvinnor och hälften män och i det andra 70% män och 30% kvinnor, vilket sannolikt bättre återspeglar sammansättningen i Metadonprogrammet.

Tabell De årliga genomsnittliga externa intäkterna för verksamheten

	Behandling	Boende	Brott	Försörjning	Psykiatri & beroende	Somatisk vård	Straff	Utsatta barn	Summa
Heroinist man	83 833	25 000	1 125 000	120 889	40 500	17 067	540 853	27 000	1 980 143
Heroinist kvinna	225 667	76 500	499 667	161 833	40 000	19 800	446 518	156 500	1 626 485
Genomsnitt M/K	154 750	50 750	812 333	141 361	40 250	18 433	493 686	91 750	1 803 314
Genomsnitt 0.7M+0.3K	126 383	40 450	937 400	133 173	40 350	17 887	512 553	65 850	1 874 045

Som framgår har vi en årskostnad för en aktiv heroinist som varierar från knappt 2 Milj Kr ner till drygt 1.6 Milj Kr. De bägge snitten hamnar givetvis mellan dessa, på 1.8 respektive knappt 1.9 Milj Kr.

I de räkneexempel som följer kommer vi att använda det ovägda genomsnittet, dvs. en årskostnad på 1.8 Milj Kr som upphör när klienten kommer med i programmet. Alla typer av klienter, även de som hoppar av, genererar denna intäkt i form av uteblivna kostnader. De som hoppar av får precis lika höga kvarvarande kostnader så för dem blir nettointäkten noll. För de som stabiliserats blir nettointäkten i stort sett lika med bruttointäkten.

När det gäller produktionsvärdet så sätter vi ett schablonvärde – 250 000 kr per år - vilket innebär en månadslön på drygt 15 000 kr och lönekostnadspåslag på 35%.

Alla blir försörjda på ett eller annat sätt, även aktiva heroinister. Detta kan bl.a. ske via ekonomiskt bistånd, sjukersättning eller någon form av arbetsmarknadsersättning. Dessa finansiella kostnader finns med bland de bruttointäkter vi räknar hem för de som kommer med i Metadonprogrammet. För de flesta ligger de kvar även i programmet och nettot blir närmast 0. För de som får lönearbete ligger det inte kvar utan bruttointäkten blir nettointäkt samtidigt som vi dessutom lägger till produktionsvärdet. Detta är en form av dubbelräkning som man får vara observant på. Ur de olika aktörernas synvinkel så kan detta vara relevant. Man slipper en utbetalning och klienten genererar ett produktionsvärde. Det ena är en finansiell intäkt och det andra är en real intäkt.

I tabellen nedan ser vi ungefärliga storleksordningar på de externa intäkterna givet antagandet om antalet personer i programmet och hur de fördelar sig på de som får jobb eller ej.

Tabell De årliga externa intäkterna för verksamheten fördelade på källa

	Behandling	Boende	Brott	Försörjning	Psykiatri & beroende	Somatisk vård	Straff	Utsatta barn	Prod. värde	Summa
Externa intäkter	85 112 500	27 912 500	446 783 333	77 748 733	22 137 500	10 138 333	271 527 208	50 462 500	25 000 000	1 016 822 608

Vi ser att den årliga bruttointäkten av verksamheten ligger runt en miljard kronor med 600 personer i programmet.

17.4 De externa kostnaderna

Alla externa kostnader upphör inte för att man kommer med i programmet. Även om man blir drogfri är det inte ovanligt att t.ex. vårdbehovet växer medan försörjningen för de flesta fortsättningsvis skall klaras via socialförsäkringssystemet och omhändertagna barn fortsätter att vara omhändertagna.

I tabellen nedan har vi gjort antaganden om hur individer i de olika kategorierna fortsätter att generera externa kostnader under tiden i programmet. Siffrorna representerar procent av de årliga externa kostnaderna för en aktiv missbrukare som redovisades ovan. För de avhoppade och fortfarande aktiva missbrukarna så innebär det att de kostar lika mycket som förut. De avlidna har inte kvar några kostnader. Övriga har kvar någon del av kostnaderna från det tidigare missbrukarlivet.

Tabell Externa årskostnader för de olika grupperna – årets externa kostnadskvot

	Behandling	Boende	Brott	Försörjning	Psykiatri & beroende	Somatisk vård	Straff	Utsatta barn
Avhoppade (Aktiva)	100	100	100	100	100	100	100	100
Avhoppade (Avlidna)	0	0	0	0	0	0	0	0
Jobb	0	0	0	0	10	20	0	10
Försörjning	0	0	0	100	10	20	0	10
Strul ej krim	50	50	0	100	50	50	0	0
Strul Krim	50	50	40	100	50	50	40	0
Nyintag	100	100	0	100	100	100	0	100

Metadonprogrammets konstruktion ger oss vissa problem i denna typ av schablonberäkning. I tidigare projekt har vi gått igenom de kvarvarande kostnaderna på samma sätt som vi gjort med kostnaderna i aktivt missbruk. Då kan man även ange aktören, dvs. den som har kostnaden. Om vi hade gjort på samma sätt i detta projekt så skulle vi sannolikt ha lagt en stor del av det som kallas för Behandling, Psykiatrisk & beroende samt Somatisk vård på Metadonprogrammet självt, dvs. behandlat dem som interna kostnader för verksamheten.

Risken för oss i detta projekt är att dubbelräkna en del vårdkostnader, genom att låta dem delvis ligga kvar som externa kostnader samtidigt som de finns med i projektkostnaderna i sig (dvs. som interna kostnader) utan att specificeras som vårdkostnader som annars skulle utförts externt.

I tabellen ovan framgår att vi låter en mindre del av de olika vårdkostnaderna ligga kvar externt medan huvuddelen antagligen ligger inom ramen för programmets budget. Grupperna som strular och slirar ut och in i programmet antas ha mer kontakt med vården utanför programmet, alternativt ha en högre vårdkonsumtion inom programmet som inte kostnadsförts på detta. Alla eventuella dubbelräkningar på detta område bidrar till att öka kostnaderna för programmet (externa plus interna) och därmed göra det mindre lönsamt.

Nu kan vi kombinera siffrorna från tabellen ovan kring andelar kvarvarande externa kostnader med de tidigare redovisade kostnaderna per år för en aktiv missbrukare. Vi väljer även här att illustrera med genomsnittet för man/kvinna. Det ger oss följande kvarvarande externa årskostnader.

Tabell Externa årskostnader per kostnadstyp och individkategori

	Behandling	Boende	Brott	Försörjning	Psykiatri & beroende	Somatisk vård	Straff	Utsatta barn	Summa
Avhoppade (Aktiva)	154 750	50 750	812 333	141 361	40 250	18 433	493 686	91 750	1 803 314
Avhoppade (Avlidna)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jobb	0	0	0	0	4 025	3 687	0	9 175	16 887
Försörjning	0	0	0	141 361	4 025	3 687	0	9 175	158 248
Strul ej krim	77 375	25 375	0	141 361	20 125	9 217	0	0	273 453
Strul Krim	77 375	25 375	324 933	141 361	20 125	9 217	197 474	0	795 861
Nyintag	154 750	50 750	0	141 361	40 250	18 433	0	91 750	497 295

Om vi multiplicerar dessa kostnader med antalet individer i varje kategori och summerar upp över insatsområdena får vi följande sammanställning för verksamheten.

Tabell Summerade externa årskostnader

	Behandling	Boende	Brott	Försörjning	Psykiatri & beroende	Somatisk vård	Straff	Utsatta barn	Summa
Externa kostnader	38 687 500	12 687 500	73 110 000	63 612 600	10 867 500	5 345 667	44 431 725	15 597 500	264 339 992

Vi ser att de årliga externa kostnaderna ligger på knappt 265 Milj Kr, vilket kan jämföras med de externa intäkterna som låg runt en Miljard. Även här använder vi korstabellen mellan kedja och aktör för att kunna redovisa dessa kostnader per aktör i det SocioEkonomiskt bokslutet.

Låt oss nu komplettera bilden med de interna kostnaderna.

17.5 De interna kostnaderna

Vi antar att de olika kategorierna av individer drar olika mycket resurser internt. I princip är intensiteten i insatser, och därmed kostnader, högst i början för att sedan avta mer eller mindre snabbt. Det innebär att nyinskrivna har intensivast insatser i programmet.

I tabellen nedan har vi antagit att en nyintagen är vid verksamheten i stort sett på daglig basis i början för att sedan trappa ner något. På årsbasis antar vi att det blir 5 dagar per vecka. De som hoppar av har en lägre genomsnittlig besöksfrekvens.

Tabell Intensitet i utnyttjandet av programmets resurser

	Tim/Vecka
Avhoppade (Aktiva)	3
Avhoppade (Avlidna)	3
Jobb	0.25
Försörjning	0.25
Strul ej krim	1
Strul Krim	3
Nyintag	5

Över tiden avtar frekvensen och de som stabiliserar utan återfall kommer så småningom ned på en frekvens runt ett besök i månaden, medan de som strular ligger på mellan 1-3 besök per vecka i snitt.

Vi använder sedan dessa besöksfrekvenser till att fördela den årliga kostnaden för programmet på de olika kategorierna. Vi antar, i detta räkneexempel, att de årliga kostnaderna ligger på 75 miljoner kronor för programmet.

Det ger följande fördelning.

Tabell Interna kostnader per individkategori och år

	Årskostnad	
	Per grupp	Per person
Avhoppade (Aktiva)	9 000 000	180 000
Avhoppade (Avlidna)	9 000 000	180 000
Jobb	1 500 000	15 000
Försörjning	1 500 000	15 000
Strul ej krim	6 000 000	60 000
Strul Krim	18 000 000	180 000
Nyintag	30 000 000	300 000
Genomsnitt		125 000
Summa	75 000 000	

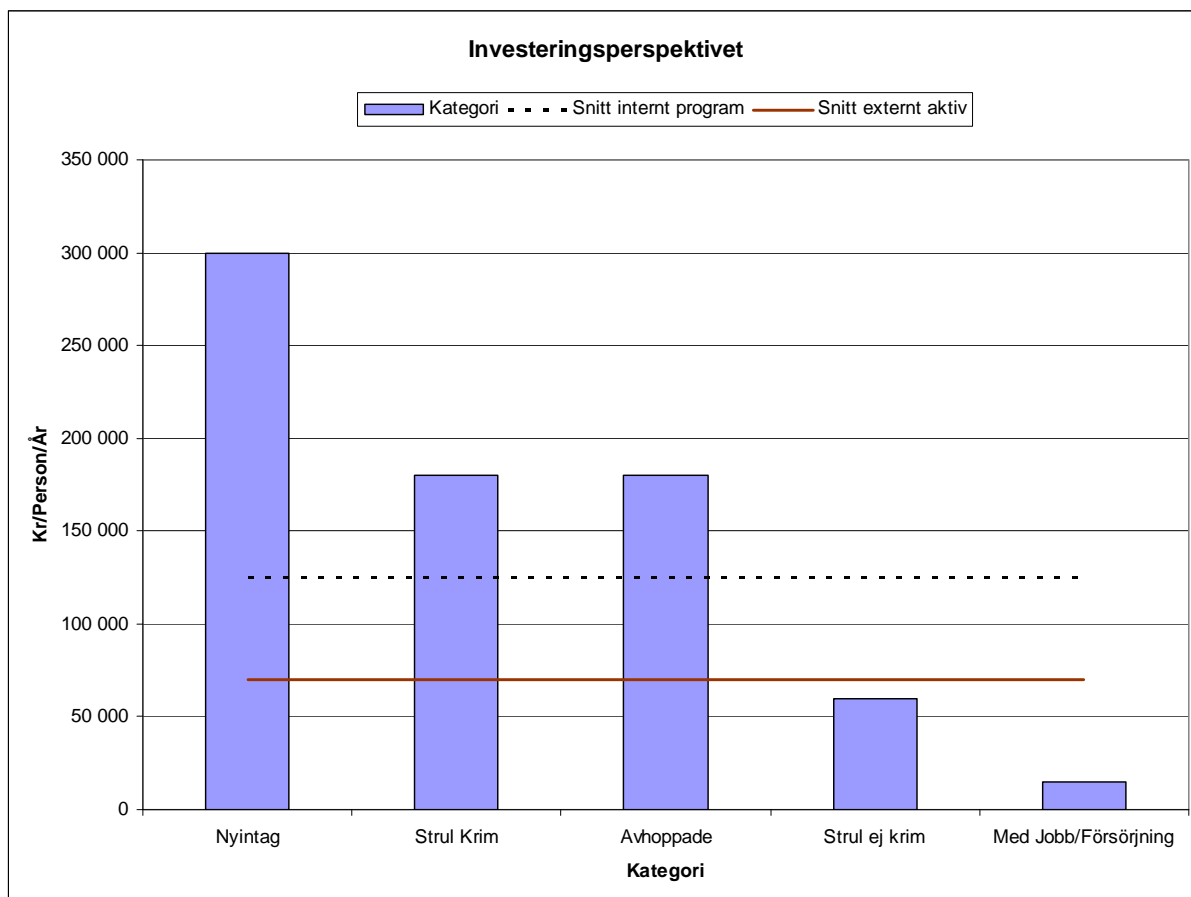
Vi ser att de olika grupperna drar olika mycket på programmets resurser. De varierar mellan 30 Mkr och 1.5 Mkr, dvs. en faktor 20. Gruppen nyintagna står här för 40% av de totala kostnaderna samtidigt som de utgör 1/6 av klientgruppen.

Utslaget per person ser vi samma sak. De nyintagnas årskostnad hamnar på 300 000 Kr, medan gruppen med jobb och få besök ligger på 15 000 Kr. Man kan se relationen mellan de nyintagna och de mest stabila grupperna (med eller utan jobb) som en typ av investeringsbeslut. På kort sikt kräver alla som söker sig till Metadonprogrammet en rejäl investering för att komma upp på banan. När det väl stabiliserats så sjunker resursinsatsen. Det finns en trappa av kostnader där kostnaderna är högre ju närmare den nyintagnas insatser man ligger och desto lägre kostnader ju längre från detta man ligger i insatser.

I diagrammet nedan har vi lagt in de interna kostnaderna för de olika grupperna i fallande ordning med de nyintagna i ena änden och de stabila med eller utan jobb i andra. Tanken i programmet är naturligtvis att klienterna skall röra sig från den ena yttrligheten över mot den andra.

Det gör att man kan se det som en form av investeringsfunktion. Höga kostnader på kort sikt för att få lägre på sikt. I diagrammet har vi även lagt in genomsnittskostnaderna för de i programmet samt de genomsnittliga kostnaderna för landstinget av en aktiv heroinmissbrukare. Jämfört med kostnaderna i aktivt missbruk så är det enbart den stabila gruppen som kostar mindre i programmet med den fördelning av interna kostnader som vi valt i detta räkneexempel. Här skulle man naturligtvis använda registerdata för att dels ge en

faktisk bild av kostnaderna för landstinget innan man kommer med i programmet och dels fördela kostnaderna i programmet på ett mer realistiskt sätt.



17.6 Till bokslutet – från insatser till aktörer

Vi har nu räknat samman de kostnader/intäkter som ingår i ett SocioEkonomiskt bokslut.

$$ME_{\pi Y} = \sum_{g=1}^7 EI_g - EK_g - IK_g$$

Där:

EI = Externa intäkter => 1 016 822 608 Kr eller 991 822 608 Kr utan produktionsvärde

EK = Externa kostnader => 264 339 992 Kr

IK = Interna kostnader => 75 000 000 Kr

summerat över de 7 klientgrupperna.

Det ger oss en vinst på årsbasis på:

$$ME_{\pi Y} = 1\,016\,822\,608 - 264\,339\,992 - 75\,000\,000 = 677\,482\,616 \text{ Kr}$$

Till skillnad från tidigare kalkyler, där vi räknar per aktör redan från början och justerar verksamhetens interna bokslut för att passa in i denna aktörsstruktur, har vi här framför allt arbetat med externa kostnader per insatsområde. I de kalkyler vi använt som underlag för denna schablonberäkning finns årskostnaderna för en aktiv heroinist även fördelat per aktör. Vi kan nu återanvända relationen mellan de hittills använda årskostnaderna per insatsområde och samma kostnader per aktör. Vi gör helt enkelt en viktningssmatris som fördelar kostnaderna per insatsområde på de aktörer som gör insatser på detta område i proportion efter hur stora deras insatser är. Detta illustreras i tabellen nedan.

Tabell Korstabell mellan insats/kedja och aktör

	Behandling	Boende	Brott	Försörjning	Psykiatri & beroende	Somatisk vård	Straff	Utsatta barn
Arbetsförmedling	0%	0%	0%	23%	0%	0%	0%	0%
MetadonProg	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Försäkringskassan	0%	38%	0%	49%	0%	0%	0%	45%
Kommunen	87%	62%	0%	28%	0%	0%	0%	50%
Landstinget	8%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	2%
Rättsväsendet	5%	0%	35%	0%	0%	0%	100%	3%
Övriga	0%	0%	65%	0%	0%	0%	0%	0%

I detta fall skulle vi lägga 87% av behandlingskostnaden (85 Milj Kr) på Kommunen och 8 % och 5% respektive på Landsting och Rättsväsende.

Även det interna bokslutet för Metadonprogrammet skall, på intäktssidan, fördelas på aktörer för att passa in i det SocioEkonomiskt bokslutets dubbla bokföring. I bokföringstermer så lägger vi in Metadonprogrammets kostnader och intäkter (finansiering) på programmet självt och kostnadsför samtidigt finansieringen på rätt aktör – framför allt landstinget.