



Länsstyrelsen
Västmanlands län

Livsmiljöenheten

Lönar det sig?

En ekonomisk utvärdering av personligt
ombudsverksamheten i Västmanland

LÄNSSTYRELSENS RAPPORTSERIE

Rapport 2007:2

Förord

För att förbättra psykiskt funktionshindrade personers situation genomfördes 1995 den s.k. psykiatireformen. Denna reform syftar till att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade ute i samhället genom att ge dem ökad delaktighet, bättre vård och socialt stöd. För att förbättra stödet till personer med psykiska funktionshinder startades tio försöksverksamheter med personliga ombud på olika platser i landet. De personliga ombuden skulle ha ett klart definierat ansvar för att den enskildes behov skulle uppmärksammas och insatserna samordnas. Socialstyrelsen utvärderade verksamheterna och konstaterade positiva förändringar för de personer som hade personliga ombud.

I maj 2000 beslutade regeringen om statsbidrag till kommunerna för att inrätta permanenta verksamheter med personliga ombud, (PO). Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att samordna detta arbete. De inrättade verksamheterna med personligt ombud följs upp och utvärderas av Socialstyrelsen och länsstyrelserna tillsammans.

Under åren 2004 – 2005 genomfördes en studie på uppdrag av Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne för att utvärdera de ekonomiska effekterna av PO-verksamheten i två kommuner i Skåne. Länsstyrelsen i Västmanland beslutade 2004 att genomföra en liknande ekonomisk utvärdering.

Denna rapport redovisar de ekonomiska effekterna av PO-verksamheten i Västmanlands län. Studiens övergripande syfte har varit att studera de ekonomiska effekterna för berörda myndigheter och samhället i stort på kort och lång sikt. Leder PO-verksamheten till att samhällets resursutnyttjande för denna målgrupp blir mera effektiv? Leder PO-verksamheten till kortsiktiga kostnader som på sikt, genom att den enskildes hälsa och livssituation förbättras kräver allt mindre insatser och resurser? Leder PO-verksamheten till att kostnaderna för psykiskt funktionshindrade omfördelas? Syftet är också att skapa, tillföra och sprida kunskap samt synliggöra de ekonomiska effekterna på ett sådant vis att verksamheten ska kunna utvecklas. Studien möjliggör även att jämförelser med Skånestudien kan göras som påvisar både skillnader och likheter.

Konsult Ingvar Nilsson, Organisations- och Företagsutveckling i Samverkan (OFUS), har på uppdrag av länsstyrelsen i Västmanlands län genomfört studien och sammanställt denna rapport.

Västerås i januari 2007

Karin Tilly
Enhetschef
Livsmiljöenheten
Länsstyrelsen i Västmanlands län

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. | SAMMANFATTNINGSTUDIEN OCH METOD | 4 |
| 1.1 | Målgruppen för studien | 4 |
| 1.2 | Resultat | 4 |
| 1.3 | Framtiden – frågor denna studie väckt | 5 |
| 1.4 | ... och inte minst | 6 |
| 2. | INLEDNING | 6 |
| 2.1 | Bakgrund | 6 |
| 2.2 | Uppdrag och syfte | 6 |
| 2.3 | Tidigare studier | 7 |
| 2.3.1 | Skånestudien | 7 |
| 2.3.2 | Skillnad mellan denna studie och Skånestudien | 7 |
| 3. | PO-REFORMEN | 8 |
| 3.1 | Bättre eller billigare | 8 |
| 3.2 | Varför ombud? | 10 |
| 3.3 | Puckeffekten i PO-arbetet | 12 |
| 4. | RESULTATEN I SAMMANFATTNING | 13 |
| 4.1 | Samhällets kostnader för målgruppen | 13 |
| 4.2 | Effekter i stort av PO-insatser | 14 |
| 4.3 | Omfördelningseffekter | 14 |
| 4.4 | Ytterligare effekter | 14 |
| 5. | RESULTATEN I DETALJ | 15 |
| 5.1 | Kostnaderna för målgruppen | 15 |
| 5.1.1 | Kostnader i stort | 15 |
| 5.1.2 | Kostnader för psykiatri | 16 |
| 5.1.3 | Reflektioner kring kostnadsbilden innan man erhåller personligt ombud | 17 |
| 5.2 | De ekonomiska effekterna i stort av PO-arbetet | 18 |
| 5.2.1 | Några metodologiska klurigheter | 18 |
| 5.2.2 | Den genomsnittliga effekten av PO insatsen | 18 |
| 5.2.3 | PO-arbetets samhällsekonomiska lönsamhet | 20 |
| 5.3 | Trender och medelvärden – vad bör jämföras? | 20 |
| 5.3.1 | Skillnaden mellan trender och medelvärden | 20 |
| 5.3.2 | Trender och snitt – hur ser det ut i praktiken | 21 |
| 5.3.3 | Kortsiktiga ekonomiska effekter av PO-arbetet sett ur ett trendperspektiv | 22 |
| 5.3.4 | Vad händer inom respektive myndighet med trenderna? | 24 |
| 5.3.5 | Långsiktiga ekonomiska effekter av PO-arbetet sett ur ett trendperspektiv | 26 |
| 5.4 | Omfördelningseffekter av PO-arbetet | 27 |

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.4.1 | Kostnadsbilden mera i detalj | 27 |
| 5.5 | Om vi hade haft ett samordningsförbund i Västmanland | 29 |
| 5.5.1 | Dagens situation | 29 |
| 5.5.2 | Vi skapar ett länsförbud | 30 |
| 5.5.3 | Samverkansboks slut för PO-verksamheten i Västmanland | 31 |
| 5.6 | Hur påverkas effekterna av kön och närhet till arbetsmarknaden | 32 |
| 5.7 | Ombuden och investeringsperspektivet | 33 |
| 5.8 | Ombuden och de arbetsmarknadspolitiska insatserna | 34 |
| 5.8.1 | Träffsäkerheten i de arbetsmarknadspolitiska insatserna | 34 |
| 5.8.2 | Multiproblematik och de ekonomiska effekterna | 37 |
| 5.8.3 | BNP-bidrag och PO-arbetet | 38 |
| 6. | OMBUDEN SOM ETT SÄTT ATT ÖKA TRÄFFSÄKERHETEN I ÅTGÄRDER | 38 |
| 6.1 | Stuprörsproblematiken och PO-arbetet | 38 |
| 6.2 | Entydigheten i diagnos och de ekonomiska effekterna | 41 |
| 7. | METODIK OCH ARBETSGÅNG | 42 |
| 7.1 | Modellen | 42 |
| 7.2 | Arbetsprocessen | 44 |
| 8. | MÅLGRUPP OCH STICKPROV | 45 |
| 8.1 | Urvalsprocess och bortfall | 45 |
| 8.2 | Svårigheten att komma åt data och det ringa urvalet | 45 |
| 8.3 | Något om vårt stickprov | 46 |
| 8.4 | Likheter och skillnader med Skånesstudien | 46 |
| 8.5 | Samband mellan olika bakgrundvariabler – ett genderperspektiv | 47 |
| 9. | UTVECKLING AV SLUTENVÅRDEN – EN BAKGRUNDSVARIABEL AV BETYDELSE | 49 |
| 9.1 | Vårdkostnadernas utveckling i Skåne och Västmanland | 49 |
| 9.2 | Psykiatrins kostnader för PO-klienterna i Skåne och Västmanland | 51 |
| 10. | DISKUSSION AV RESULTAT | 53 |
| 10.1 | Likheter och skillnader mellan denna studie och Skånestudien | 53 |
| 10.1.1 | Likheter | 53 |
| 10.1.2 | Skillnader | 53 |
| 10.2 | Ombudens roll och effektivitetsproblemet | 54 |

| | | |
|------------|---------------------------------------------------------|-----------|
| 10.3 | Ombudens roll och rättighetsproblemet | 54 |
| 10.4 | Ombudens roll och samordningsproblemet | 54 |
| 11. | FRÅGOR DENNA STUDIE VÄCKT | 55 |
| 11.1.1 | Fördelning av kostnader | 55 |
| 11.1.2 | Kostnadernas utveckling | 55 |
| 11.1.3 | Effekterna av PO | 55 |
| 11.2 | Idéer om framtida metod- och kunskapsbehov | 56 |
| 12. | REFERENSER OCH LITTERATURHÄNVISNINGAR | 56 |
| 12.1 | Psykiatrireformen samt personligt ombud | 56 |
| 12.2 | Analys av samverkan, samhällsekonomi och rehabilitering | 57 |
| 12.2.1 | Andras studier inom detta fält | 57 |
| 12.2.2 | Egna studier inom detta fält | 57 |
| 12.3 | Statistik från Socialstyrelsen | 58 |
| 12.4 | Samhällsekonomisk analys | 58 |

1. SAMMANFATTNING STUDIEN OCH METOD

Under åren 2004-2005 genomfördes på uppdrag av Socialstyrelsen samt Länsstyrelsen i Skåne en större studie i Lund och Kristianstad med syfte att studera PO-reformens ekonomiska effekter. Denna studie visade på stora effektivitetsvinster och betydande omfördelningseffekter mellan offentliga aktörer som en följd av PO-arbetet. Sommaren 2004 inleddes ett arbete i Västmanlands Län med syfte att genomföra en likartad studie för att se vilka effekter reformen har haft i detta län. Detta är resultatet av denna studie.

Ett övergripande syfte med studien var att studera de ekonomiska effekterna av PO-verksamhet för berörda myndigheter, andra nyckelaktörer samt samhället i stort på kort och lång sikt.

1.1 Målgruppen för studien

Vi har totalt sett, med hjälp av en samhällsekonomisk datoriserad kalkylmodell studerat 17 klienter i länet. Vi har kvartalsvis följt deras totala samhällskonsumtion 20 kvartal innan man fått personligt ombud och 6-10 kvartal efter det att man fått ombud.

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

1.2 Resultat

- * Samhällets kostnad för klienterna i vår studie uppgår årligen till 365 000 kronor per klient och år innan man fått PO. Landstinget är den dominerande kostnadsbäraren med cirka 54 % av de totala kostnaderna. I förhållande till Skånesstudien ligger primärvårdens, arbetsförmedlingens och kommunens andelar av totalkostnaderna avsevärt högre.
- * Kostnaderna för klienterna i studien är trendmässigt växande under hela femårsperioden innan man får PO, från cirka 220 000 till 360 000 kronor på årsbasis.
- * Då klienterna i stickprovet erhåller ombud faller de totala samhällskostnaderna direkt med cirka 20 000 kronor per klient och år. Landstinget är den stora vinnaren och erhåller en kostnadsreduktion på 43 000 kronor eller 22 %. För kommunen ökar kostnaderna med cirka 20 000 kronor per klient och år.
- * Utifrån ett trendperspektiv på kostnaderna ser de kortsiktiga ekonomiska effekterna av PO-arbetet ut att vara en samhällsvinst på minst 100 000 kronor per klient och år och kan vara så hög som 160 000 kronor per klient och år.
- * Den tydligast kostnadsdrivande faktorn för klienten är utvecklingen av landstingskostnaderna både innan och efter det att man erhållit ombud. De kommunala kostnaderna faller, efter ett inledande hopp, trendmässigt för att drygt två

år efter det att man fått ombud återigen ligga på samma nivå som innan man fick ombud.

- * Då klienten får personligt ombud sker både en kostnadsminskning och en kostnadsomfördelning. Den stora vinnaren är landstinget. Kommunen är en förlorare. Inom landstinget sker en omfördelning från psykiatrin mot primärvård med cirka 15 000 kronor per klient och år. Inom psykiatrin uppstår ett dramatiskt fall av kostnaderna för slutenvård från 87 000 till 10 000 kronor per klient och år.
- * För klienter utan någon form av multiproblematik är de positiva ekonomiska effekterna som störst av PO-arbetet. Kostnaderna faller från drygt 500 000 till 275 000 kronor per klient och år. För PO-klienter med somatisk problematik är förhållandet det omvända; kostnaderna stiger från 320 000 till 450 000 kronor per år.
- * Det samhällsekonomiska värdet av en klient som efter PO-insatsen återgår till arbete på 75 % uppgår till cirka 200 000 kronor per år. Det finns flera klienter i stickprovet som genomlöpt denna process efter det att man fått ombud

1.3 Framtiden – frågor denna studie väckt

Under studiens gång har ett antal frågor väckts.

- * varför ser slutenvårdskonsumtionen inom psykiatrin och psykiatrins kostnadsbild så annorlunda ut i Västmanland i förhållande till Skåne och till riket i sin helhet?
- * varför är kommunens kostnader för målgruppen så mycket högre än i Skåne? Beror det på att man mera entydigt har fullföljt psykiatireformens intentioner eller beror det på effekterna av en icke avsedd kostnadsövervältring från landstingets sida?
- * varför är kostnaderna inom psykiatrin för denna målgrupp så starkt trendmässigt växande innan man får personligt ombud? Vilka är de kostnadsdrivande faktorerna? Varför fortsätter kostnaderna, efter en inledande reduktion, att stiga trendmässigt, även efter det att man erhållit ombud?
- * hur uppstår det fall och det trendbrott i kostnader som inträffar då klienten får ombud? Vad beror detta på? Varför är PO-arbetets effekter så olika för klienter med olika bakgrund (kön, multiproblematik)?
- * finns studiens mönster hos andra klienter med psykiatrisk problematik? Vad betyder det i så fall för den långsiktiga samverkan mellan t.ex. kommun och landsting?
- * en fråga som höggradigt förbryllat oss är kostnadernas trendmässiga utveckling för dessa klienter, främst inom landstinget. En fråga som ingen idag tycks ha ett entydigt svar på, men som både av mänskliga och ekonomiska skäl vore väl värd att utforska. Beror det på att klienterna blir sjukare, mer "systemhospitaliserade" (dvs. vårdberoende), blir bättre på att formulera krav utifrån sina behov eller organisatoriska ineffektiviteter inom landstinget?
- * kan man använda sig ytterligare av idén om att betrakta rehabiliteringsinsatser som ett långsiktigt (men lönsamt) investeringsproblem i stället för ett kortsiktigt kostnadsproblem?
- * kan man använda sig av denna metod för att skapa samverkanslösningar kring andra målgrupper (en metod att fördela vinster och förluster kring samverkan) t.ex. missbruk, den neuropsykiatriska målgruppen, långtidsarbetslösa, långtidssjukskrivna, överviktiga, diffusa rygg-nackdiagnoser etc?

- * kan man använda sig av samverkansförbund och/eller samverkansboksut för att öka samverkansmöjligheterna i länet?

1.4 ... och inte minst

Vår roll som utredare har i denna studie varit att sammanställa, kalkylera, analysera och dra slutsatser kring studiens klienter. Det är spännande och intressant men egentligen inte särskilt komplicerat.

Vad som däremot är komplicerat, arbetsintensivt och kräver en oerhörd massa arbete, fantasi och passion har legat på de personliga ombuden i denna studie. De har gett sig ut på en skattjakt, letat efter gamla klienter, tagit sig fram i en snårskog av olika offentliga aktörer. Hanterat sekretess- och tillträdesproblem med finess, diplomati och skicklighet.

Utan deras hängivna arbete, först med klienterna som medverkat i denna studie och därefter med att förse oss med underlag och data skulle denna studie aldrig kunnat utföras. För klienterna i Västmanland är det personliga ombudet stundtals en fråga om liv och död, skillnaden mellan ett värdigt liv och något annat. För oss som utredare återstår inget annat än att säga; stort tack för det sagolika arbete ni lagt ner, att ni stått ut med oss och alla våra frågor och för att ni hjälpt oss att korrigera våra grövsta misstag.

Utan er medverkan hade detta aldrig kunnat göras.

2. INLEDNING

2.1 Bakgrund

Under åren 2004-2005 genomfördes på uppdrag av Socialstyrelsen samt Länsstyrelsen i Skåne en större studie i Lund och Kristianstad med syfte att studera PO-reformens ekonomiska effekter. Denna studie visade på stora effektivitetsvinster och betydande omfördelningseffekter mellan offentliga aktörer som en följd av PO-arbetet. Resultaten var dock begränsade till att gälla i just dessa två kommuner.

Därför inleddes sommaren 2004 ett arbete i Västmanlands Län med syfte att genomföra en likartad studie för att se vilka effekter reformen har haft i detta län. Detta är resultatet av denna studie.

2.2 Uppdrag och syfte

Ett övergripande syfte med studien var att studera **de ekonomiska effekterna av PO-verksamhet för berörda myndigheter, andra nyckelaktörer samt samhället i stort på kort och lång sikt**. På grund av det begränsade urvalet kom detta att göras i jämförelse med den tidigare studien i Skåne. Vi har anlagt tre olika perspektiv, formulerade som tre frågor

- * **ett effektivitetsperspektiv;** leder PO-verksamheten till att samhällets resursutnyttjande för denna målgrupp blir mera effektivt, t.ex. genom en bättre samordning av insatserna för den enskilde
- * **ett investeringsperspektiv;** leder PO-verksamheten till att man får kortsiktiga kostnader för olika aktörer till följd av samordnade insatser med syfte att förbättra den enskildes hälsa och livssituation som leder till att den enskilde på sikt mår allt bättre, kräver allt mindre insatser och därmed allt mindre samhällsresurser
- * **ett omfördelningsperspektiv;** leder PO-verksamheten till att olika aktörers kostnader för psykiskt funktionshindrade omfördelas? Finns det vinnare och finns det förlorare i en sådan process?

De kostnader och intäkter som redovisas i denna rapport är summan av reala och finansiella kostnader/intäkter. Vi har valt att redovisa på detta sätt för att inte tynga framställningen. Alla kalkyler kan emellertid särredovisas på reala och finansiella kostnader.

2.3 Tidigare studier

2.3.1 Skånestudien

Skånesstudien omfattade klienter som hade fått PO under perioden 1997-2003. Detta gjorde det möjligt att inkludera ett stort antal klienter (merparten av stickprovet) där vi kunde följa effekterna under fem års tid efter det att man fått PO. Detta var avgörande för att kunna studera det vi kallade **den långsiktiga investeringspuckeleffekten** av PO-insatsen.

Detta innebar även att klienternas samhällskonsumtion, som längst, gick tillbaka till 1992. Med andra ord speglade Skånestudien effekter redan i psykiatrireformens genomförandefas och **effekter innan de stora neddragningarna** inom psykiatrins slutenvård fått fullt genomslag.

Urvalet klienter kunde ske utifrån ett strikt stickprovsförfarande (där hela gruppen klienter som fått ombud i de två kommunerna definierades som ursprungspopulation) med ett tämligen blygsamt (och såvitt vi kunnat bedöma inte resultatsnedvridande) bortfall. Detta innebar att vi kunde använda kunskaperna från stickprovet som ett underlag för **mer generella slutsatser för alla klienter i de två kommunerna**.

Det var också mycket enkelt att få fram data i de två kommunerna. Till detta fanns flera skäl. Sättet man organiserar den offentliga verksamheten i kommunerna och just det förhållandet att det handlade om endast två kommuner. Men den mest avgörande faktorn var det utomordentliga goda stöd datainsamlingsarbetet hade hos berörda myndigheter.

2.3.2 Skillnad mellan denna studie och Skånestudien

Det finns ett antal avgörande skillnader mellan Skånesstudien och den här genomförda studien. Den första av dessa handlar om tidpunkten för studien. De flesta klienterna i denna studie har fått ombud 2002 eller 2003. Detta innebär två saker. Den första är att vi som tidigast går tillbaka till 1997/98, dvs. **då de stora neddragningarna inom psykiatrins slutenvård redan påbörjats** eller genomförts och att **psykiatrireformen i huvudsak är**

genomförd. Detta är en bakgrundsfaktor som sannolikt påverkar studiens resultat. Det andra är att våra tidsserier efter det att man erhållit ombud i regel inte är längre än 6-8 kvartal i motsats till Skånestudien där det fanns data för flertalet klienter i 16-20 kvartal efter det att man fått ombud. Detta innebär att denna studie endast kan redovisa data för en kortare period efter det att man fått PO, dvs. då man enligt Skånestudien **befinner sig i det vi kallar investeringspuckeln.**

Orsakerna till detta val av tidpunkt är att hela PO-verksamheten i Västmanland gjorde en omstart under 2005. Flera ombud slutade och andra nyanställdes. Det fanns ingen dokumentation kring gamla klienter. Detta innebär att hela studiens urval av klienter fick baseras på de få kvarvarande ombudens minnesbilder av klienter från några få delar av länet. **Därmed föll hela tanken på ett stickprov baserat på ett representativt urval.**

Det visade sig vara mycket svårt att få fram tillräckligt många klienter. Vår ursprungliga målsättning om 30 klienter fick stegvis bantas till de 17 klienter fördelade på Västerås och Köping, Arboga och Kungsör som kom att ingå i undersökningen.

Data var inte heller lika enkla att få fram som i Skåne, delvis beroende på det sätt kommun och landsting är organiserat i länet och registerför olika uppgifter. Samarbetet med de statliga myndigheterna har fungerat lika väl som i Skånesstudien, men så har inte varit fallet på kommun- och landstingssidan.

3. PO-REFORMEN

3.1 Bättre eller billigare

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

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

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

Diagram 3.1: PO-arbetets möjliga effekter

Bättre och billigare?

| | BILLIGARE | DYRARE |
|---------------|--------------------|-------------------------------|
| BÄTTRE | EFFEKTIVT | AMBITIONS- HÖJNING |
| SÄMRE | NEDSKÄRNING | INEFFEKTIVT |

I denna rapport fokuserar vi på de ekonomiska konsekvenserna av PO-arbetet. De effekter på den enskildes välbefinnande, sjukdom eller funktionsförmåga som PO-arbetet leder till ligger utanför vårt uppdrag. I samband med psykiatireformens genomförande gjordes en försöksverksamhet i ett tiotal kommuner med PO-verksamhet. Denna utvärderades och de positiva resultat man fann i form av bättre välbefinnande, mindre vårdbehov och minskad vårdkonsumtion låg till grund för beslutet om att genomföra reformen med personligt ombud.

Denna uppföljning har nu genomförts ytterligare en gång, sex år efter den ursprungliga, och den centrala frågan var då givetvis om de ursprungliga resultaten varit bestående eller övergående. Den övergripande slutsatsen är inte bara att resultaten varit bestående. Resultaten har i flera avseenden bekräftats ytterligare, vilket framkommer av följande exempel:

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

Det finns alltså goda skäl att tro att de positiva effekterna av PO-arbetet kanske inte bara är bestående utan också förstärks över tid. I vår tabell ovan kan vi därmed med en viss säkerhet utrangera de två alternativen ”nedskärning” och ”ineffektiv resursanvändning”. De kostnadsförändringar som uppstår som en följd av PO-arbetet kan då endera tolkas som ett

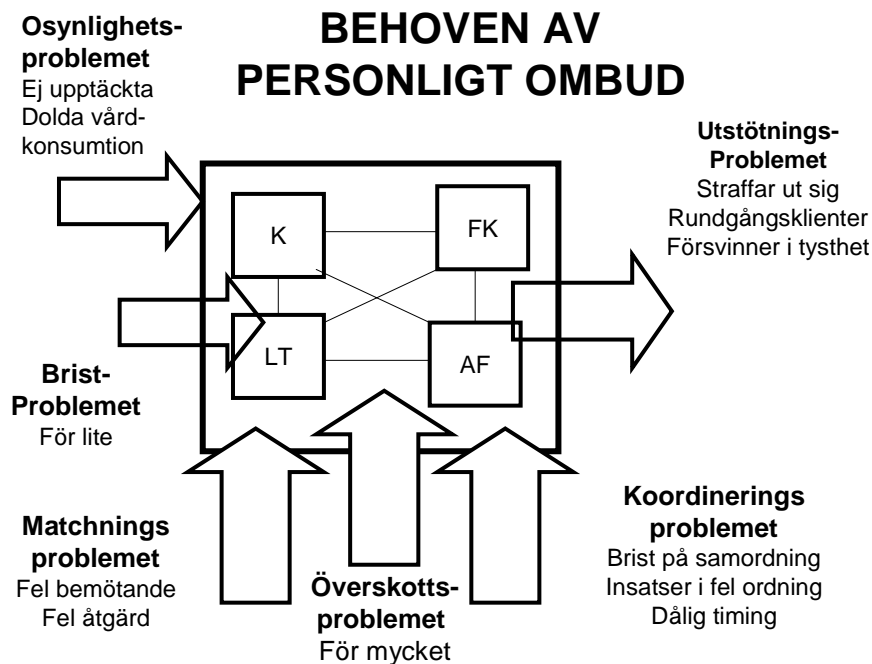
resultat av effektivare resursanvändning eller ambitionshöjningar kring denna målgrupp, eller en kombination av dessa båda möjligheter.

3.2 Varför ombud?

Man kan ju hypotetiskt tänka sig att ombudsarbetet både är kostnadsdrivande genom att ombuden å klientens vägnar kräver fler insatser, men också att man är kostnadsreducerande genom att man höjer träffsäkerheten i att matcha insatser mot behov eller i att samordna insatser. För att få svar på denna fråga måste man få en bild av vilka behov som gör att klienter söker sig till ombud. Studier och intervjuer samt workshops med i stort sett alla landets ombud identifierar sex olika skäl till varför en klient vill ha personligt ombud.

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

Diagram 3.2: varför behöver klienterna Personligt Ombud?



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

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

I andra studier samt i systematiska diskussioner med i stort sett samtliga ombud i landet blir bilden att den dominerande delen (cirka 65 %) av klienterna tillhör gruppen som har dålig matchning mellan behov och insats eller dålig koordinering av de insatser som ges. Då vi intervjuat ombuden i Västmanland kring denna fråga får vi i grova drag samma fördelning av svaren kring varför klienterna söker ombud.

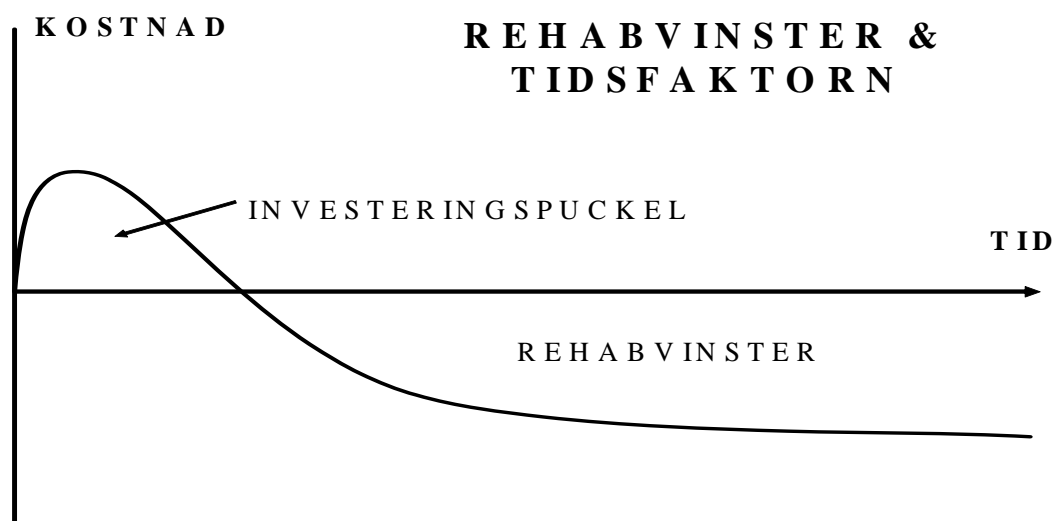
3.3 Puckeleffekten i PO-arbetet

I de flesta offentliga budgetekonomiska sammanhang (vid sidan av fysiska investeringar) tänker man endast i termer av kostnader då en insats ska värderas. Kostnader debiteras innevarande budgetår fullt ut. Investeringar i byggnader och andra fasta anläggningar belastar å sin sida den egna budgetens kostnadssida endast med en viss andel av denna kostnad varje år under byggnadens beräknande livslängd. Man har en investeringsbudget med en viss årlig avskrivningstakt.

Inom det sociala fältet där man på ett liknande sätt satsar resurser i en rehabiliteringsprocess finns ingen social investeringsbudget. Det sociala investeringsperspektivet finns helt enkelt inte och därmed finns det inga styr- eller uppföljningssystem med vars hjälp man kan värdera t.ex. investeringar i psykisk hälsa.

De klienter som ingår i denna studie är personer som ofta levt mycket länge med sin psykiska sjukdom. I flera fall i decennier. Den process PO-arbetet omfattar skulle kunna liknas vid en social investeringsprocess i framtida psykisk hälsa. Som alla investeringsprocesser innebär den först en uppoffring av något slag (olika insatser för klienten) för att först därefter kunna ge en återbäring (här i form av bättre psykisk hälsa).

Diagram 3.3 Den teoretiska investeringspuckeln i PO-arbetet



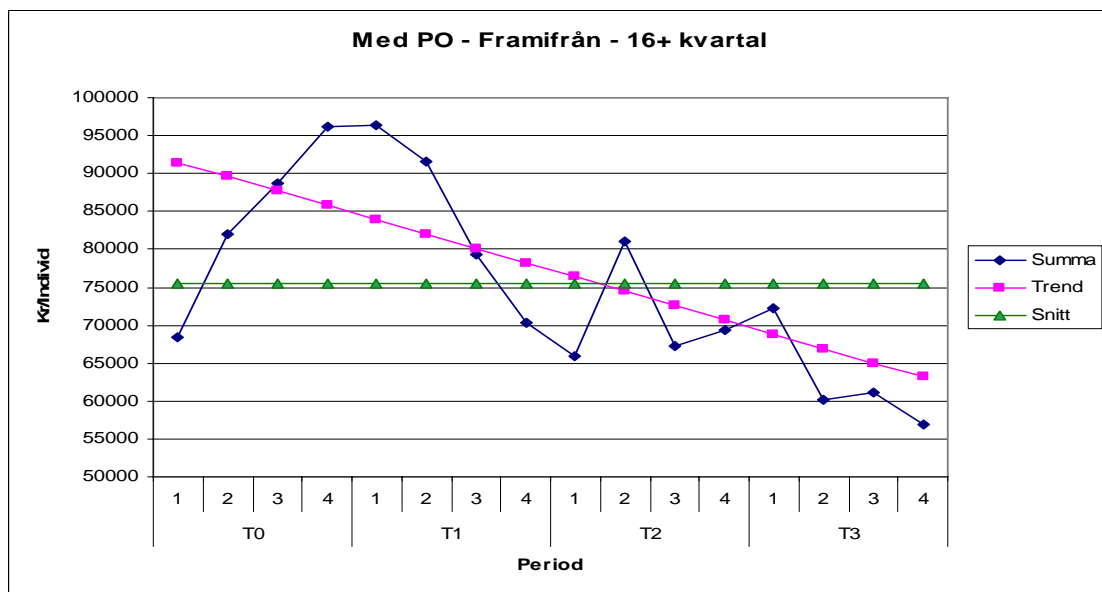
Kostnaderna kommer före intäkterna. Det föreligger sannolikt (vilket starkt bekräftas i Skånestudien) en tydlig investeringspuckel i PO-arbetet som gör att effekterna av PO-arbetet med ett ettårstänkande uppfattas på ett helt annat vis än om man tänker i femårs- eller tjugofemårsperspektiv.

Det tar tid för PO-arbetet att ge full effekt. Det är detta som man kan kalla ett socialt investeringsperspektiv på psykisk hälsa. För att tjäna pengar måste man satsa pengar och i detta satsande finns en viss risk. Framtida intäkter är alltid osäkrare än dagens kostnader.

Klienterna i denna studie följer vi i huvudsak under sex kvartal efter det att man fått tillgång till ombud. Vårt dilemma i studien är alltså att vi har en besvärande kort uppföljningsperiod efter det att man fått ombud. I diagrammet nedan visar vi hur den faktiska investeringspuckeln såg ut i Skånematerialet. Vi ser då att under kvartalen 2-6 efter det att man fått ombud är puckeleffekten som störst.

Diagram 3.4; den faktiska investeringspuckeln i PO- arbetet – fallet Skåne

Den faktiska investeringspuckeln



Om PO-arbetet i Västmanland följer samma mönster som i Skåne innebär det att vi fångar kostnaderna i Västmanland då de är som högst efter det att man fått ombud, vilket i sin tur leder till att eventuella positiva effekter av PO-arbetet sannolikt kan komma att underskattas starkt. Därför redovisas några alternativa sätt att hantera denna fråga i de resultat som följer.

4. RESULTATEN I SAMMANFATTNING

4.1 Samhällets kostnader för målgruppen

- * Samhällets kostnad för klienterna i vår studie uppgår årligen till 365 000 kronor per klient och år innan man fått PO. Landstinget är den dominerande kostnadsbäraren med cirka 54 % av de totala kostnaderna. I förhållande till Skånesstudien ligger primärvårdens, arbetsförmedlingens och kommunens andelar av totalkostnaderna avsevärt högre.

- * Psykiatrins årliga kostnader per klient innan man erhåller PO uppgår till 145 000 kronor, 64 % av nivån i Skånesstudien. Andelen slutenvårdskostnader är tämligen låg (24 % av psykiatrins totalkostnader) medan andelen LPT är anmärkningsvärt hög (36 % av totalkostnaderna inom psykiatrin).

4.2 Effekter i stort av PO-insatser

- * Då klienterna i stickprovet erhåller ombud faller de totala samhällskostnaderna direkt med cirka 20 000 kronor per klient och år. Landstinget är den stora vinnaren och erhåller en kostnadsreduktion på 43 000 kronor eller 22 %. För kommunen ökar kostnaderna med cirka 20 000 kronor per klient och år.
- * PO-insatsen per klient i stickprovet kostar knappt 9 000 kronor på årsbasis. Insatsen ger redan första året klienten erhåller ombud upphov till en samhällsekonomisk vinst på 21 000 kronor eller 230 %.
- * Kostnaderna för klienterna i studien är trendmässigt växande under hela femårsperioden innan man får PO, från cirka 220 000 till 360 000 kronor på årsbasis.
- * Utifrån ett trendperspektiv på kostnaderna ser de kortsiktiga ekonomiska effekterna av PO-arbetet ut att vara en samhällsvinst på minst 100 000 kronor per klient och år och kan vara så hög som 160 000 kronor per klient och år.

4.3 Omfördelningseffekter

- * Den tydligast kostnadsdrivande faktorn för klienten är utvecklingen av landstingskostnaderna både innan och efter det att man erhållit ombud. De kommunala kostnaderna faller, efter ett inledande hopp, trendmässigt för att drygt två år efter det att man fått ombud återigen ligga på samma nivå som innan man fick ombud.
- * Då klienten får personligt ombud sker både en kostnadsminskning och en kostnadsomfördelning. Den stora vinnaren är landstinget. Kommunen är en förlorare. Inom landstinget sker en omfördelning från psykiatrin mot primärvård med cirka 15 000 kronor per klient och år. Inom psykiatrin uppstår ett dramatiskt fall av kostnaderna för slutenvård från 87 000 till 10 000 kronor per klient och år.
- * För arbetsmarknadsmyndigheterna faller kostnaderna då en klient får ombud med cirka 12 000 kronor per år. För män faller den från 58 000 till 31 000 kronor per klient och år, för kvinnor från cirka 5 000 kronor till nästan noll. Trots detta förefaller klienterna som fått ombud i större utsträckning än innan man fått ombud gå till arbete eller studier. Man skulle kunna säga att effekterna av de arbetsmarknadspolitiska insatserna har förbättrats.

4.4 Ytterligare effekter

- * För klienter utan någon form av multiproblematik är de positiva ekonomiska effekterna som störst av PO-arbetet. Kostnaderna faller från drygt 500 000 till 275 000 kronor per klient och år. För PO-klienter med somatisk problematik är förhållandet det omvända; kostnaderna stiger från 320 000 till 450 000 kronor per år.

- * Det samhällsekonomiska värdet av en klient som efter PO-insatsen återgår till arbete på 75 % uppgår till cirka 200 000 kronor per år. Det finns flera klienter i stickprovet som genomlöpt denna process efter det att man fått ombud
- * För klienter med entydig diagnos faller kostnaderna då man får PO från 440 000 till 350 000 kronor per klient och år. För klienter med otydlig, mångtydig eller varierande diagnos stiger kostnaderna från 240 000 till mellan 290 000 och 360 000 kronor per klient och år

5. RESULTATEN I DETALJ

5.1 Kostnaderna för målgruppen

Låt oss börja med att studera kostnaderna för målgruppen innan man erhållit personligt ombud och jämföra kostnaderna i Västmanland med de i Skånesstudien.

5.1.1 Kostnader i stort

Samhällets kostnad för klienterna i vår studie uppgår årligen till 365 000 kronor per klient och år. Landstinget är den dominerande kostnadsbäraren med cirka 54 % av de totala kostnaderna. I förhållande till Skånesstudien utgör primärvårdens, arbetsförmedlingens och kommunens kostnader avsevärt större andelar av totalkostnaderna.

Kostnaderna för Västmanlands klienter uppgår till cirka 365 000 kronor per klient och år. Motsvarande summa för Skånesstudiens klienter är cirka 402 000 kronor. I båda fallen är landstinget den dominerande kostnadsbäraren följd av försäkringskassan och kommunerna.

I jämförelser med studien i Skåne är det viktigt att tänka på att vi där brutit ut rättspsykiatri från landstinget och (något oegentligt) lagt denna i gruppen övriga myndigheter. För jämförbarhet mellan studierna bör denna post adderas till landstingskostnaderna¹.

Om vi med hjälp av tabellen nedan fördjupar vår analys ser vi följande likheter och skillnader mellan de två länen

- * den totala landstingskostnaden (inklusive rättspsykiatri) uppgår i Skåne till 273 000 kronor per klient och år medan motsvarande siffra i Västmanland är 199 000 kronor.
- * inom landstinget är skillnaderna betydande. I Skåne dominerar psykiatri helt och akutsjukvård, primärvård och specialistsjukvård omfattar endast cirka 4 % av de totala landstingskostnaderna. I Västmanland uppgår denna andel till 27 %. Enbart primärvården har en årlig kostnad på cirka 43 000 kronor per klient och år eller ungefär 22 % av de totala landstingskostnaderna.

¹ Det bör noteras att ingen klient i Västmanland har varit till föremål för rättspsykiatriska insatser under den studerade perioden

- * i Skåne utgör de kommunala kostnaderna cirka 10 % (cirka 43 000 kronor per klient och år) av de totala kostnaderna. Motsvarande andel är i Västmanland 17 % (cirka 61 000 kronor per klient och år).
- * i båda länen utgör försäkringskassans kostnader drygt 80 000 kronor per klient och år. I huvudsak ett uttryck för sjukpenning och sjukbidrag liksom sjukersättning.
- * en anmärkningsvärd skillnad är kostnaderna för arbetsmarknadsverket som i Skåne uppgår till mindre än 1 % av de årliga kostnaderna. I Västmanland är dessa nio gånger högre eller cirka 7 % (eller cirka 25 000 kronor per klient och år) av de totala kostnaderna

Tabell 5.1 De totala årliga kostnaderna per PO-klient i stickprovet fördelat på myndighet

| | Skåne | Västmanland |
|--------------------|--------|-------------|
| Arbetsmarknadsverk | 2752 | 25157 |
| Försäkringskassan | 83354 | 80071 |
| Kommun | 40181 | 60828 |
| Landsting | 236318 | 199459 |
| - därav | | |
| akutsjukvård | 7410 | 3784 |
| primärvård | 4179 | 43275 |
| psykiatri | 224728 | 144929 |
| specialistsjukvård | 0 | 7471 |
| | | |
| Övriga myndigheter | 38171 | 0 |
| - därav | | |
| Rättspsykiatri | 36923 | 0 |
| | | |
| Övrigt | 1573 | 0 |
| Summa | 402349 | 365515 |

5.1.2 Kostnader för psykiatri

Psykiatrins årliga kostnader per klient innan man erhåller PO uppgår till 145 000 kronor, 64 % av nivån i Skånesstudien. Andelen slutenvårdskostnader är tämligen låg (24 % av psykiatrins totala kostnader) medan andelen LPT är hög (36 % av totala kostnaderna inom psykiatri).

Vid sidan av skillnaden i totala kostnader, kostnadernas fördelning mellan olika myndigheter samt skillnaderna mellan kostnadernas fördelning inom landstinget är den mest anmärkningsvärda skillnaden den mellan psykiatrikostnaderna i de två länen.

Psykiatrins kostnader för denna målgrupp är i Skåne betydligt högre än i Västmanland (225 000 kronor per år i jämförelse med 145 000 kronor per år)

Fördelningen av kostnaderna är också delvis olika (både i absoluta och relativa tal) vilket kan ses i tabellen nedan

- * slutenvårdens kostnader i Skåne är nästan fyra gånger större än i Västmanland (135 000 kronor per år i jämförelse med 34 000 kronor per år)
- * slutenvårdens andel av de totala kostnaderna uppgår i Skåne till 60 % mot 24 % i Västmanland
- * å andra sidan är kostnaderna för LPT mer än dubbelt så stor i Västmanland som i Skåne (53 000 kronor per år i jämförelse med 25 000 kronor per år)

- * kostnaderna för psykiatrisk medicinering är lägre i Västmanland än i Skåne (cirka 31 000 kronor respektive 44 000 kronor per klient och år)
- * de öppna vårdinsatserna (inklusive mobilt team) är betydligt mer omfattande i Västmanland än i Skåne (cirka 20 000 kronor per klient och år i jämförelse med cirka 5.000 kronor för Skåne)

Tabell 5.2 Psykiatrins årliga kostnader per PO-klient i stickprovet fördelat på aktiviteter

| | Utan PO | | Andel | |
|----------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|
| | Västmanla | Skåne | Västmanla | Skåne |
| handläggartid psyk | 3431 | 251 | 2.4% | 0.1% |
| lpt tvångsvård | 52941 | 24923 | 36.5% | 11.1% |
| mobilt team psyk | 12549 | 0 | 8.7% | 0.0% |
| psykiatri övrigt insats | 1255 | 3111 | 0.9% | 1.4% |
| psykiatrisk intensiv/akutvård | 784 | 2256 | 0.5% | 1.0% |
| psykiatrisk medicin | 31388 | 44270 | 21.7% | 19.7% |
| psykiatrisk slutenvård | 34306 | 135446 | 23.7% | 60.3% |
| psykiatrisk utredning | 0 | 479 | 0.0% | 0.2% |
| psykiatrisk öppenvårdsbesök | 0 | 8333 | 0.0% | 3.7% |
| psykologkontakt psykiatri | 706 | 256 | 0.5% | 0.1% |
| öppen rehab psyk | 0 | 1538 | 0.0% | 0.7% |
| öppenvård psyk, läkare | 3647 | 3214 | 2.5% | 1.4% |
| öppenvård psyk, sköt, övrig pers | 3922 | 650 | 2.7% | 0.3% |
| Summa | 144929 | 224727 | 100.0% | 100.0% |

5.1.3 Reflektioner kring kostnadsbilden innan man erhåller personligt ombud

Följande reflektioner kan göras kring kostnadsbilden för studiens klienter i Västmanland och Skåne innan man erhåller personligt ombud

- * skillnaden i slutenvårdskonsumtion mellan de två länen kan kanske delvis förklaras av att man nått längre i psykiatireformens intentioner i Västmanland till följd av att vi här mäter vid en senare tidpunkt än i Skånesstudien
- * en liknande förklaring kan också ligga bakom ökningen av de öppna vårdinsatserna
- * en komplicerande faktor är att man skulle kunna tolka den relativt stora andelen kostnader för LPT i Västmanland i förhållande till Skåne som ett resultat av en starkt reducerad slutenvård
- * samtidigt kan vi konstatera att betydande kostnader för målgruppen i Västmanland bärs av andra vårdaktörer än psykiatrin, främst primärvården och kommunerna
- * det går med andra ord inte med enbart detta material som grund att säga om psykiatrins lägre kostnader beror på att ansvaret för klienterna (i psykiatireformens anda) har överförts till andra aktörer, en vårdideologi som bygger på öppnare vårdformer eller på att man har en lägre ambitionsnivå för målgruppen än i Skåne
- * totalt sett satsas betydligt mindre vårdresurser (här mätt som summan av kommunens och landstingets insatser) för målgruppen i Västmanland än i Skåne. De totala vårdkostnaderna i Västmanland uppgår endast till 83 % av de i Skåne (259 000 kronor per klient och år respektive 313 000 kronor)
- * försäkringskassan fyller rollen som huvudförsörjare för målgruppen i båda länen

- * arbetsförmedlingen i Västmanland ser ut att ha en mycket mera aktiv roll för denna målgrupp än i Skåne. Det är en skillnad som inte enbart kan förklaras med den något större andelen klienter i närheten av arbetsmarknaden

Man bör, med tanke på stickprovets storlek, vara försiktigt med några mer generella slutsatser kring målgruppen. Men dessa siffror väcker onekligen både nyfikenhet och vidare frågor.

5.2 De ekonomiska effekterna i stort av PO-arbetet

5.2.1 Några metodologiska klurigheter

Skånestudien visade att en jämförelse mellan perioden före och efter det att man fått personligt ombud inte är så enkel och självklar att göra som det först kan verka. Det räcker inte med att ta en årlig genomsnittskostnad för åren innan man erhållit ombud och jämföra med motsvarande genomsnitt för perioden efter.

Det är tre saker som bidrar till detta problem

- * för det första finns det både i Skånesstudien och i Västmanland ett klart **trendbrott** i kostnadernas utveckling i och med att ombuden kommer in i bilden
- * för det andra är det en betydande skillnad i effekter beroende på om man mäter på **kort eller lång sikt**. De långsiktiga positiva effekterna är betydligt större än de kortsiktiga
- * för det tredje finns det goda skäl att anta att det i Västmanland precis som i Skåne föreligger en **investeringspuckel** av det slag vi tidigare diskuterat vilket naturligtvis kommer att påverka hur ett resultat bör redovisas.

Därför kommer vi att redovisa resultaten av PO-arbetet på flera olika sätt. Inget av dessa kan med säkerhet anses vara entydigt bättre än de övriga

5.2.2 Den genomsnittliga effekten av PO insatsen

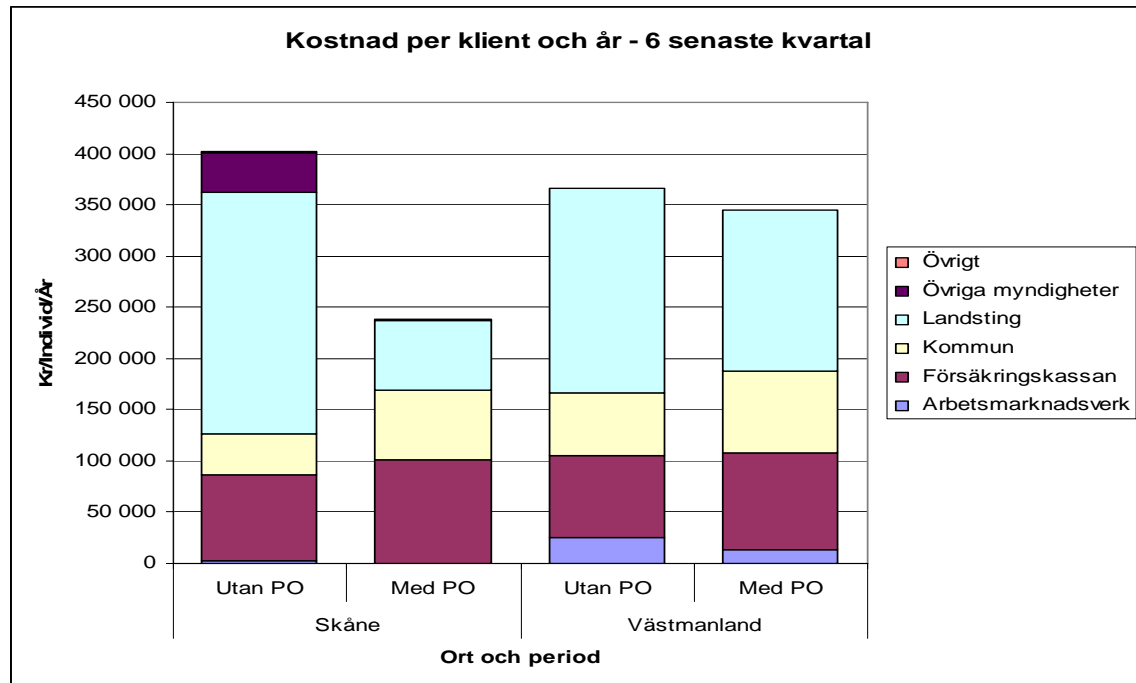
Då klienterna i stickprovet erhåller ombud faller de totala samhällskostnaderna direkt och på kort sikt med cirka 20 000 kronor per klient och år. Landstinget är den stora vinnaren och erhåller en kostnadsreduktion på 43 000 kronor eller 22 %. För kommunen ökar kostnaderna med cirka 20 000 kronor per klient och år

I diagrammet nedan ser vi att de totala samhällskostnaderna för stickprovets klienter i Västmanland faller med cirka 20 000 kronor per klient och år då man får personligt ombud, från cirka 365 000 kronor per klient och år till cirka 345 000 kronor. Även om det i Västmanland är mindre får vi således precis som i Skåne totalt sett ett kostnadsfall när PO kommer in i bilden.

Vi kan se två omedelbara förklaringar till nivåskillnaderna mellan de bägge studierna. Den ena är den stora skillnaden i utgångsläget vad avser slutenvårdskonsumtionen (inklusive den rättspsykiatriska vården). Den andra skillnaden är att resultatet i Skåne i allt väsentligt

beskriver situationen 4-5 år efter det att man fått ombud och investeringspuckeln är passerad. Resultatet i Västmanland visar situationen efter 1-2 år – just då investeringspuckeln tycks ha sin maximipunkt – en olycklig konsekvens av våra tämligen korta tidserier för tiden efter det att man erhållit PO.

Diagram 5.1: Genomsnittliga totala kostnadsförändringar av PO-insatsen i Skåne och Västmanland- de sex sista kvartalen av perioden innan och efter det att man erhållit ombud



Om vi med stöd av tabellen nedan detaljstuderar resultatet kan vi se ytterligare några saker

- * för det första att landstinget utgör den stora vinnaren i processen även i Västmanland. Kostnaderna faller från cirka 199 000 kronor per klient och år till 156 000. Ett fall med 43 000 kronor per klient och år eller cirka 22 %
- * för det andra att kommunerna i Västmanland precis som i Skåne får en kostnadsökning. Den uppgår här till cirka 20 000 kronor och når nivån 80 000 kronor per klient och år
- * en tredje likhet är att i båda länen får försäkringskassan en ökad kostnad, främst till följd av ökade kostnader för sjukersättning och handikappersättning. Intressant är att såväl nivåer som ökningen i de båda länen är tämligen likartade
- * slutligen får även arbetsmarknadsverket en dramatisk sänkning av kostnaderna även i Västmanland men på en nivå som är högt över den i Skåne

Tabell 5.3: Genomsnittliga totala kostnadsförändringar av PO-insatsen i Skåne och Västmanland - de sex sista kvartalen av perioden innan och efter det att man erhållit ombud

| | Skåne | | Västmanland | |
|--------------------|---------|--------|-------------|--------|
| | Utan PO | Med PO | Utan PO | Med PO |
| Arbetsmarknadsverk | 2752 | 171 | 25157 | 12716 |
| Försäkringskassan | 83354 | 100807 | 80071 | 94613 |
| Kommun | 40181 | 67442 | 60828 | 80838 |
| Landsting | 236318 | 68651 | 199459 | 156114 |
| Övriga myndigheter | 38171 | 615 | 0 | 0 |
| Övrigt | 1573 | 0 | 0 | 0 |
| Summa | 402349 | 237686 | 365515 | 344281 |

5.2.3 PO-arbetets samhällsekonomiska lönsamhet

PO-insatsen per klient i stickprovet kostar cirka 9 000 kronor på årsbasis. Detta ger redan första året klienten erhåller ombud upphov till en samhällsekonomisk vinst på 21 000 kronor eller 230 %.

En intressant fråga är i vad mån PO-insatsen totalt sett är en samhällsekonomiskt lönsam affär. Vi har i denna studie, i motsats till Skånesstudien, gjort en mer noggrann beräkning av vad PO-insatsen för de i stickprovet berörda klienterna kostar.

Den genomsnittliga årliga kostnaden för studiens klienter uppgår till knappt 9 000 kronor under den studerade perioden. Denna insats resulterar i en kostnadsreduktion (samhällsvinst) på 21 000 kronor redan det första året. På så sätt kan man säga att den årliga avkastningen av PO-insatsen uppgår till cirka 230 % ($21\,000/9\,000$) redan från och med utgången av insatsens första år.

Ett tämligen bra resultat skulle man nog säga i vilket annat investeringsområde som helst. Problemet är att vinsterna tillfaller landstinget och kostnaderna uppstår i kommunen – en fråga vi återkommer till.

5.3 Trender och medelvärden – vad bör jämföras?

5.3.1 Skillnaden mellan trender och medelvärden

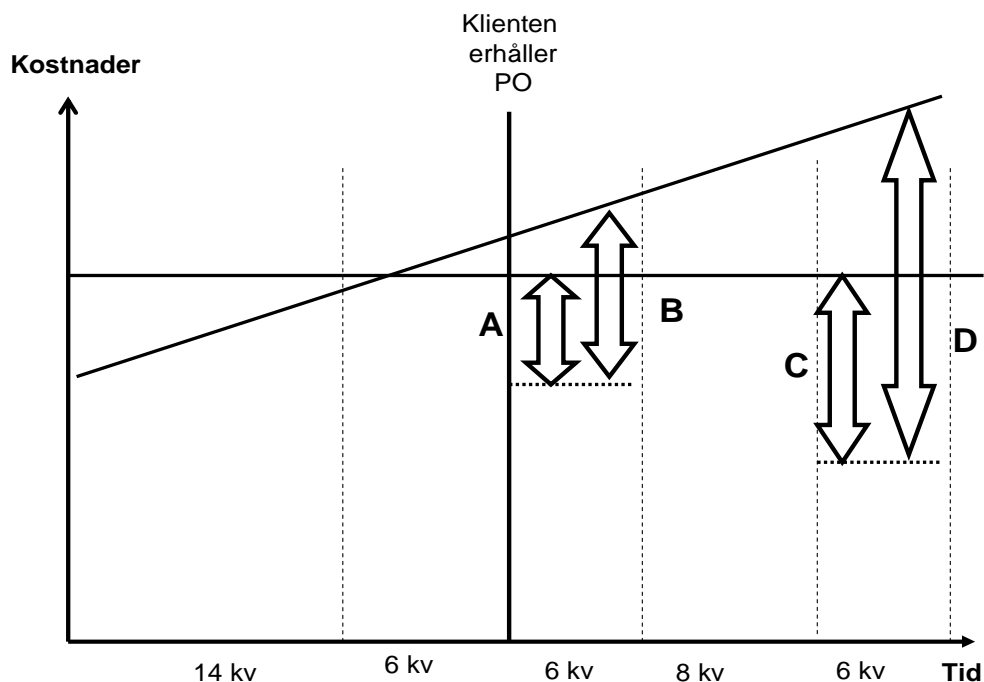
De övergripande resultaten ovan illustrerar svårigheten med att välja tidsutsnitt i jämförelserna. Det finns ingen självklar jämförelse. Låt oss, med utgångspunkt i diagrammet nedan, se principiellt på de olika perioderna som studeras.

I Skånestudien kunde vi följa de flesta av våra klienter i 40 kvartal. Man erhåller ombud efter 20 kvartal (den lodräta heldragna linjen nedan). Den genomsnittliga kostnaden för hela perioden (5 år) innan klienten får ombud är den vågräta heldragna linjen. Efter det att man fått ombud faller kostnaden under de sex första kvartalen till den streckade vågräta linjen till höger om den lodräta linjen. Den ekonomiska effekten av PO blir då enligt detta sätt att se den sträcka som markeras med pilen A.

Är då detta den mest meningsfulla jämförelsen? Tittar vi på vad som hänt efter ytterligare ett antal kvartal och återigen studerar de sex senaste kvartalen i vår tidserie finner vi att kostnaderna sjunkit ytterligare och vinsten blir det som i diagrammet markeras med pilen C. En större vinst än A.

Men är då detta den mest korrekta redovisningen av vinsten? Det beror på hur vi räknar. Pilarna A och C baseras på den genomsnittliga kostnaden under en tidsperiod, t.ex de 20 kvartal som gått innan man fått ombud. Om kostnaderna i själva verket är trendmässigt stigande i urvalet (vilket de är i bägge studierna) så är kanske gapet mellan faktisk kostnad för perioden efter det att man fått ombud i förhållande till den trendmässiga utvecklingen (den lutande heldragna linjen i diagrammet), dvs. pilarna B och D, de mest relevanta beroende på om vi räknar på kort eller lång sikt.

Diagram 5.2: Trender och genomsnitt samt kort och lång sikt - vad ska vi jämföra



Problemet i denna studie är att vi inte har tillgång till den mest relevanta (och kanske mest intressanta) datamängden – den som i diagrammet representeras av pilarna C och D. Vi har så här långt endast diskuterat förändringen markerad som pilen A, och därmed med största säkerhet underskattat PO-arbetets ekonomiska effekter i Västmanland.

5.3.2 Trender och snitt – hur ser det ut i praktiken

Kostnaderna för klienterna i studien är trendmässigt växande under hela femårsperioden innan man får PO, från cirka 220.000 till 360.000 kronor på årsbasis.

Hur ser då dessa resonemang ut i verkligheten? Kostnadsutvecklingen för klienterna innan man erhållit ombud illustreras i diagrammet nedan som perioderna U0 till U4.

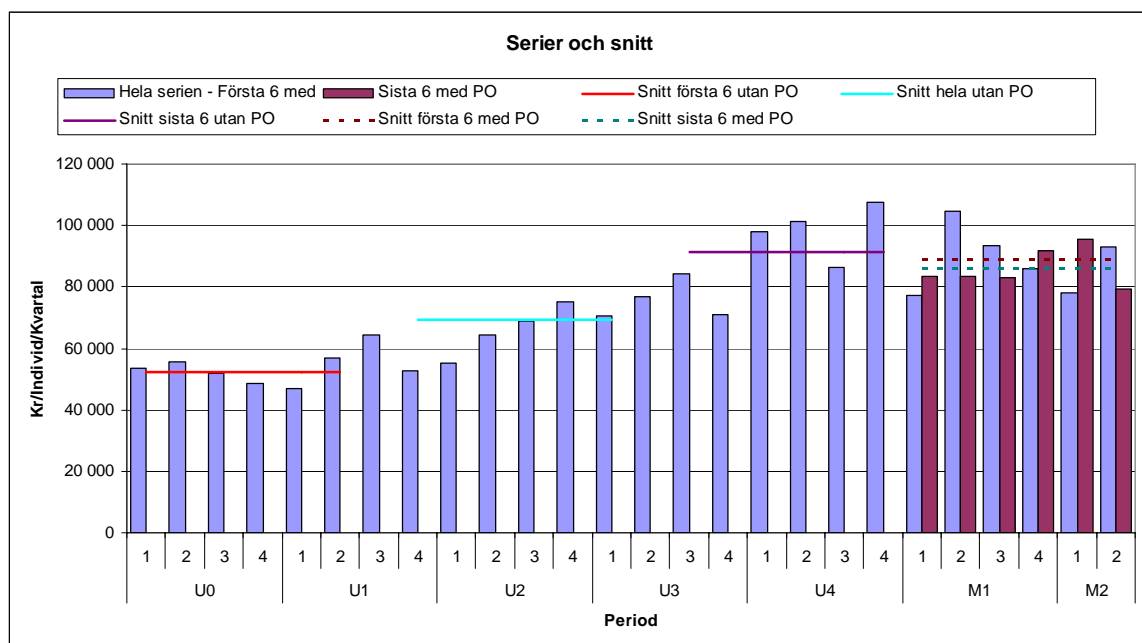
Vi ser då att för de fem år vi mätt innan klienterna erhåller ombud är kostnaderna trendmässigt entydigt växande. Under de första sex kvartalen ligger de på cirka 220 000

kronor per klient och år. Under de sista sex kvartalen uppgå de till drygt 360 000 kronor per klient och år. För hela femårsperioden hamnar vi på cirka 300 000 kronor per klient och år. Detta är en talande illustration av hur lurad man kan bli av ett medeltal om man bortser från trender.

För ansvariga politiker och chefer inom respektive myndigheter vore det naturligtvis intressant att ta reda på varför detta trendmässiga förlopp äger rum. Beror det på att klienterna blir sjukare, mer hospitaliserade och beroende av offentliga insatser (den inlärda hjälplösheten), ställer mer krav, eller får ökade behov? Svaret på detta ligger utanför denna studie att svara på.

I diagrammet ser man att två saker inträffar då man får ombud. Den ena är att kostnaderna faller i genomsnitt med cirka 20 000 kronor per klient och år. Den andra effekten är minst lika intressant - ett klart och tydligt trendbrott. Kostnaderna blir inte bara lägre utan de ser ut att ha en fallande tendens under den studerade perioden.

Diagram 5.3; de totala kostnaderna per klient innan och efter det att man erhållit PO, redovisade per kvartal



5.3.3 Kortsiktiga ekonomiska effekter av PO-arbetet sett ur ett trendperspektiv

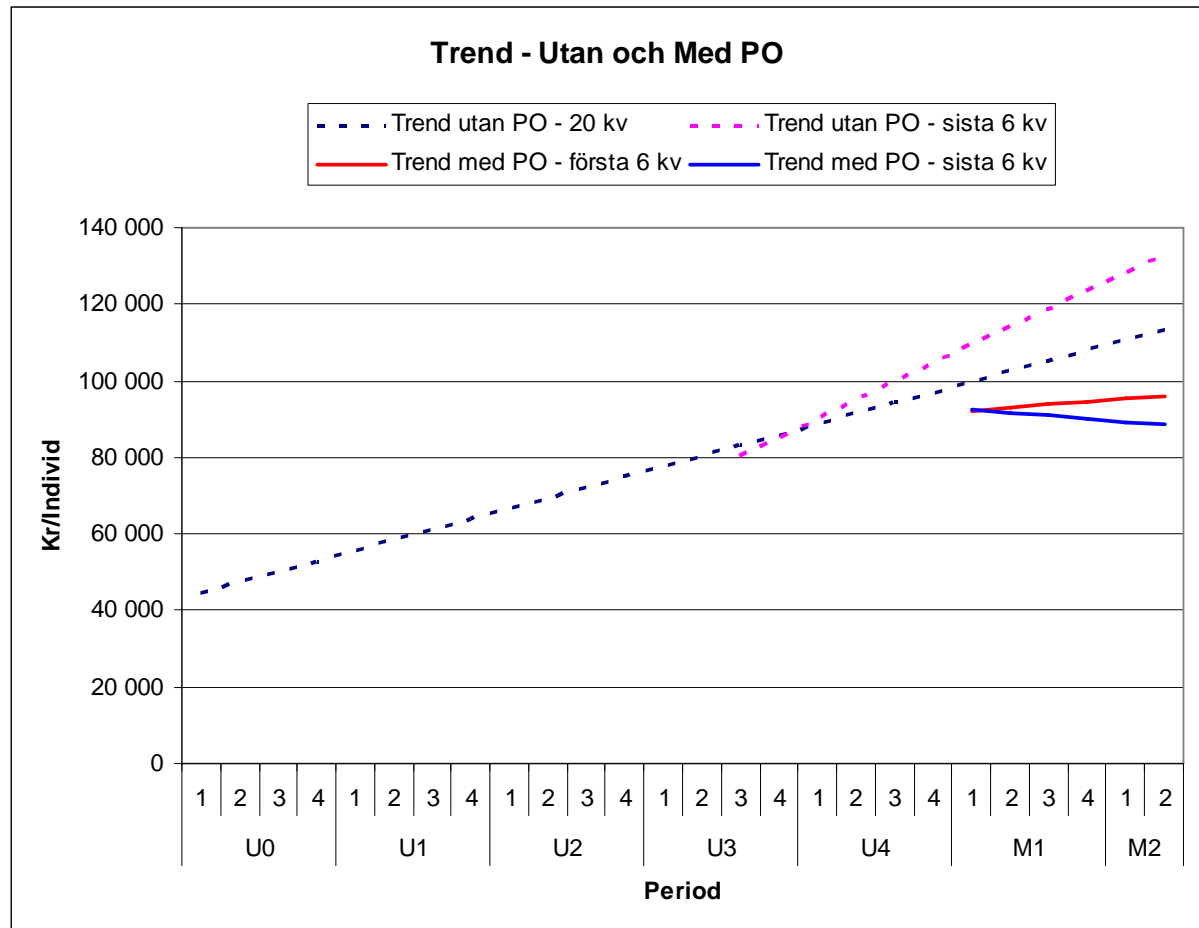
Utifrån ett trendperspektiv på kostnaderna ser de kortsiktiga ekonomiska effekterna av PO-arbetet ut att vara en samhällsvinst på minst 100 000 kronor per klient och år och kan vara så hög som 160 000 kronor per klient och år

I diagrammet nedan har vi renodlat bilden och skildrar endast de trendmässiga förloppen. Vi ser då flera saker av intresse. Den första är att kostnaderna innan man erhåller ombud inte bara är trendmässigt ökande. De är dessutom accelererande, dvs. de ökar ännu mer under de sista sex kvartalen innan man får tillgång till ombud.

Det andra är att kostnaderna faller i början av mätperioden efter det att man får ombud, men att de också fortsätter att öka, om än utomordentligt långsamt. Det är en illustration av det vi tidigare kallat investeringspuckeln.

Det tredje är att kostnaderna mätta för de sista sex kvartalen efter det att man fått ombud, precis som i Skåne, uppvisar en fallande trend. Det ser ut som om vi även här har passerat investeringspuckelns högsta punkt.

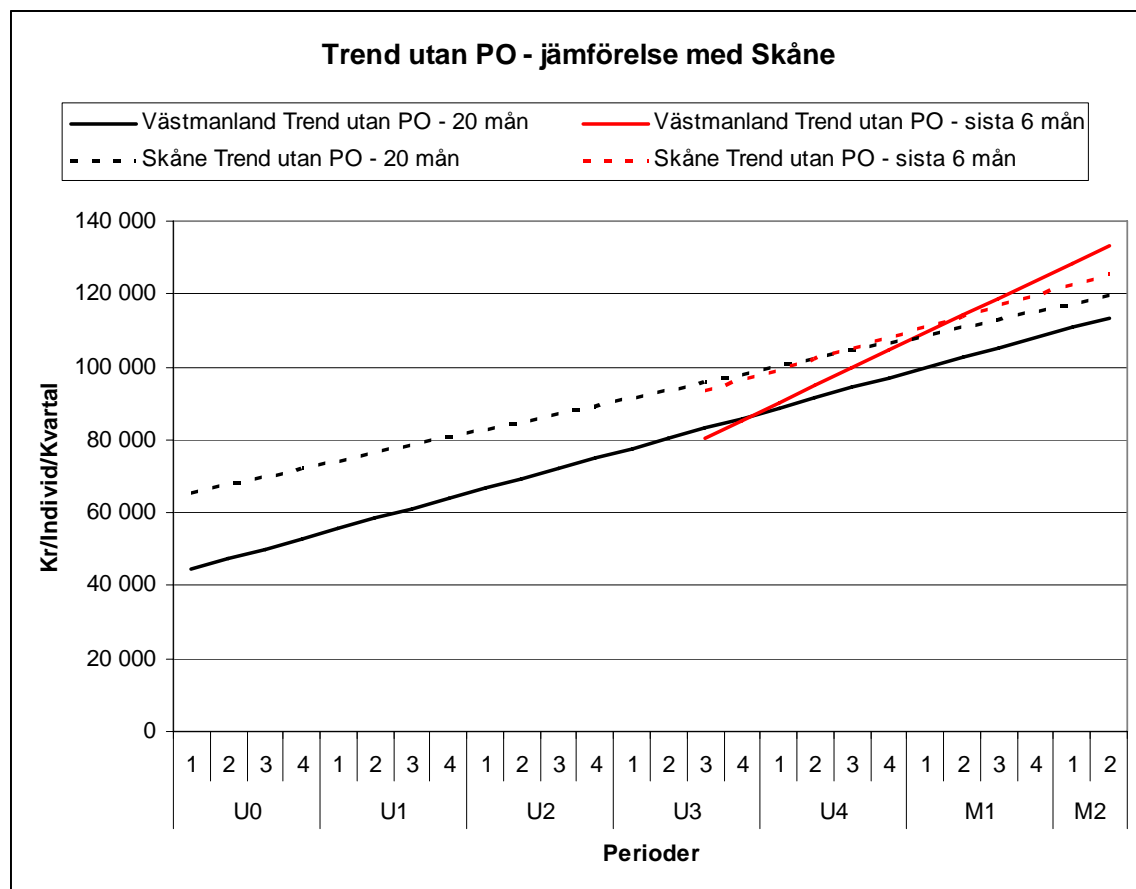
Digram 5.4 Kostnadernas trendmässiga utveckling med och utan PO – redovisade per kvartal



För jämförelsens skull har vi i diagrammet nedan tagit fram motsvarande trendkurvor för Skånestudien. Vi kan då se att det under de fem år innan man erhåller ombud finns praktiskt taget exakt samma tillväxtmässiga trend i kostnadsutvecklingen i de båda länen. Om än på något högre nivå i Skåne.

Den stora skillnaden är att denna trend accelererar på ett helt annat i Västmanland än i Skåne under de sista sex kvartalen innan man erhåller ombud.

Digram 5.5 Kostnadernas trendmässiga utveckling med och utan PO i Skåne och Västmanland – redovisade per kvartal



Detta leder fram till ett helt annat sätt att studera PO-arbetets kortsiktiga effekter. Vi har ovan beskrivit effekterna som skillnader i medelvärden för sex kvartal före och efter det att man erhållit ombud (pil A i diagram 5.2).

Ett kanske mer relevant sätt vore att se hur gapet mellan tidigare trend och nuvarande utveckling ser ut, dvs. det vi i diagram 5.2 kallat pil B. Om vi tittar på detta gap med utgångspunkt i trendkurvan för hela perioden uppgår detta till 25 000 kronor per kvartal eller 100 000 kronor på årsbasis. Om vi utgår från den accelererande trendkurvan för de sista 6 kvartalen uppgår detta gap till cirka 40 000 kronor per kvartal eller cirka 160 000 kronor på årsbasis.

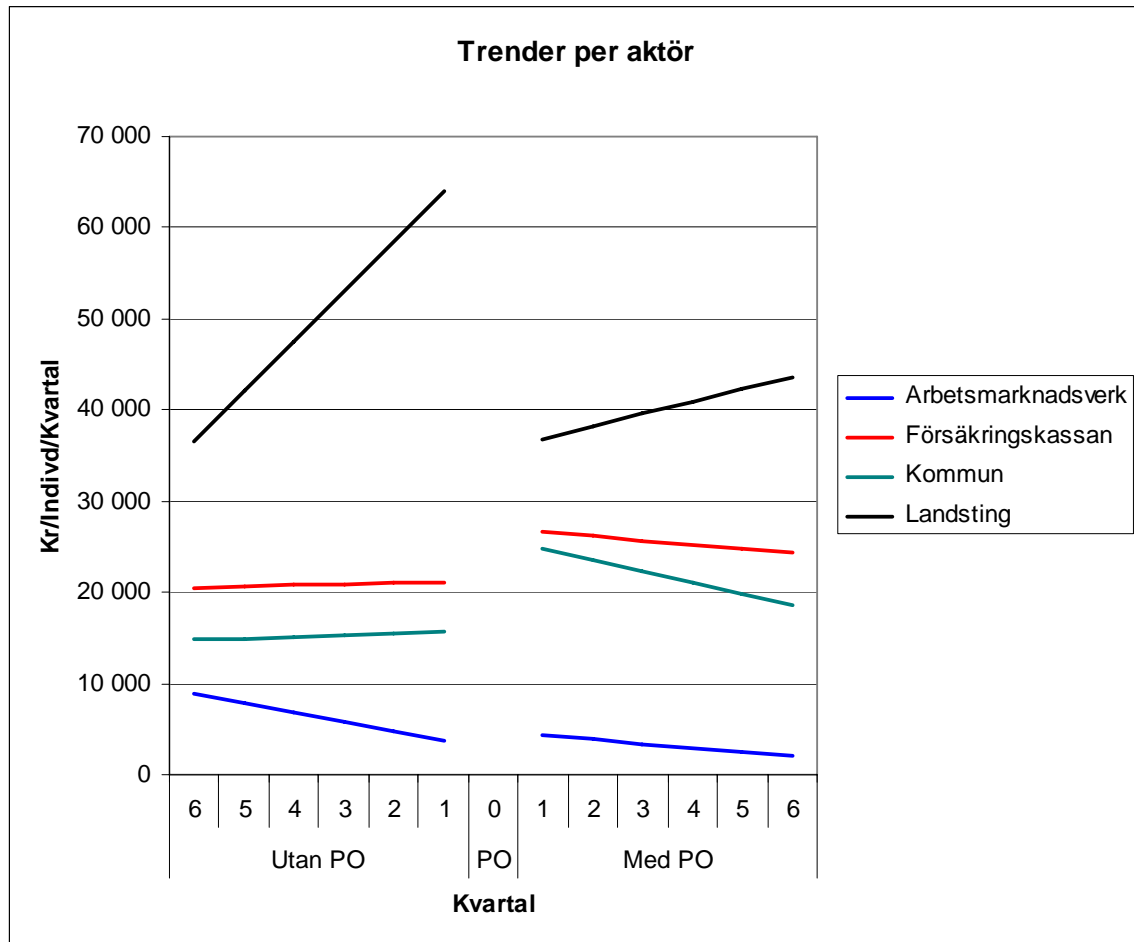
En rimlig bedömning av PO-arbetets kortsiktiga ekonomiska effekter är att de sannolikt uppgår till minst 100 000 kronor på årsbasis och kanske till så mycket som 160 000 kronor. Allt detta i förhållande till att man inte skulle göra någonting alls.

5.3.4 Vad händer inom respektive myndighet med trenderna?

Den tydligast kostnadsdrivande faktorn för klienten är den trendmässiga utvecklingen av landstingskostnaderna både innan och efter det att man erhållit ombud. De kommunala kostnaderna faller, efter en inledande ökning, trendmässigt efter det att man fått ombud och ligger drygt två år efter det att man fått ombud på samma nivå som innan man fick ombud.

Går dessa trendmässiga skillnader även att spåra till enskilda offentliga aktörer? Finns det likheter eller skillnader i trendernas utseende beroende på vilken myndighet som berörs? En sådan nedbrytning illustreras i diagrammet nedan.

Diagram 5.6 Kostnadernas trendmässiga utveckling med och utan PO, trenderna fördelade på olika offentliga aktörer – redovisade per kvartal



I diagrammet kan man utläsa några olika saker t.ex.

- * Innan man får ombud är landstinget trendmässigt den enda kostnadsdrivande aktören. Kostnaderna stiger kraftigt under de 6 kvartalen innan ombud från cirka 144 000 kronor per klient och år till cirka 256 000 kronor. Nästan en fördubbling.
- * Övriga aktörer har i stort sett stabila eller vikande kostnader innan man erhåller ombud. Detta gäller i synnerhet arbetsförmedlingen.
- * Efter att man har fått ombud faller landstingets kostnader initialt men fortsätter därefter återigen att öka, men på en lägre nivå och i en långsammare takt.
- * För både kommun och försäkringskassa tar kostnaderna då man fått ombud ett hopp uppåt.
- * Ur kommunens synvinkel är det mer intressant att det efter detta initiala hopp ser ut att finnas en trendmässigt fallande kostnadsutveckling. Efter 8-9 kvartal skulle man vara tillbaka på nivån innan man erhåller ombud. Ett mönster som stämmer väl överens med Skånestudien.

Detta leder med en viss automatik fram till tre intressanta frågor

- * vilka är de kostnadsdrivande mekanismerna inom landstingsvärlden?
- * varför får man en fallande kostnadsbild på kommunsidan efter det att man erhållit ombud?
- * varför gör de totala kostnaderna ett hopp då man erhåller ombud för att därefter bli trendmässigt fallande – vari ligger det unika i PO-insatsen som leder till detta förhållande?

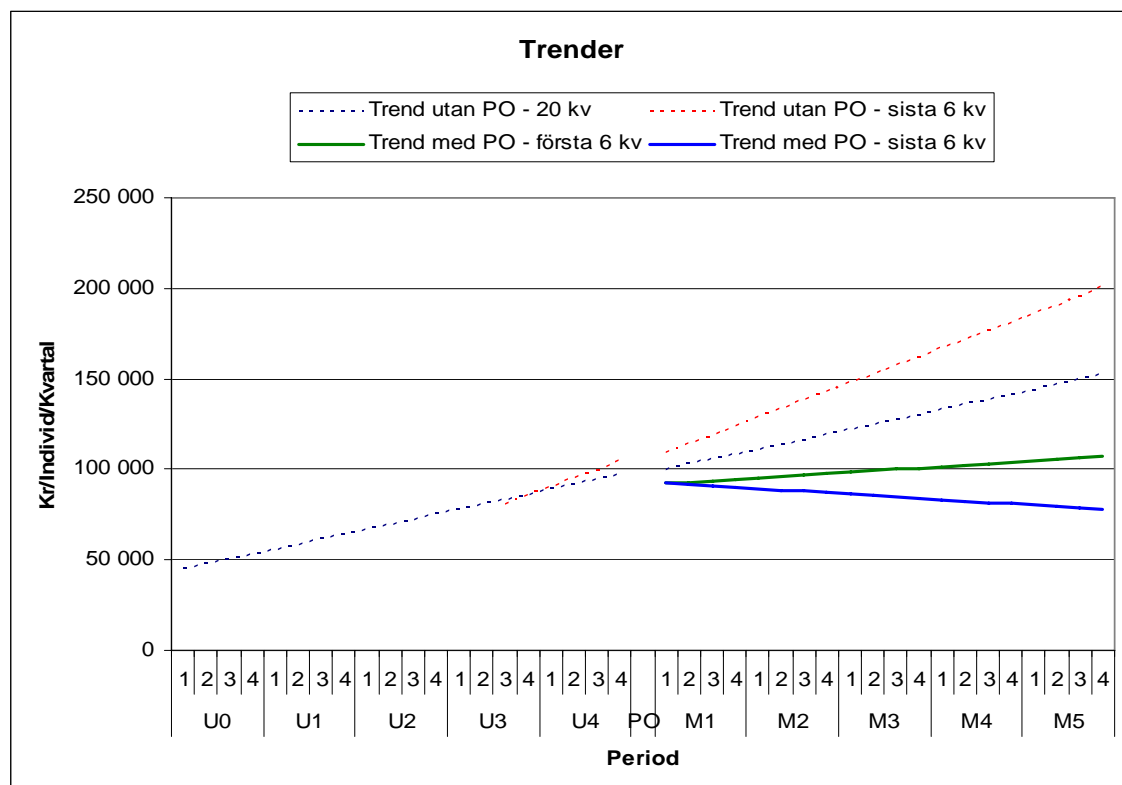
Svaren på dessa frågor borde i högsta grad vara intressant för budgetansvariga chefer inom de olika organisationerna.

5.3.5 Långsiktiga ekonomiska effekter av PO-arbetet sett ur ett trendperspektiv

En framskriven trendanalys för femårsperioden efter det att man erhållit ombud ger vid handen att de långsiktiga ekonomiska effekterna av PO-insatsen i Västmanland skulle kunna vara en kostnadsreduktion på cirka 160 000 kronor per klient och år. Ett resultat som ligger väl i linje med den tidigare Skånesstudien.

En något mer spekulativ ansats är att göra en framskrivning av dessa trender för en hel femårsperiod efter det att man fått personligt ombud. Ett försök att på indirekt väg simulera den puckeleffekt som vi tidigare diskuterat. Detta har vi gjort i diagrammet nedan.

Digram 5.7 En femårig framskrivning av kostnadernas trendmässiga utveckling med och utan PO i Västmanland – redovisade per kvartal



Man kan då se att i slutet av femårsperioden uppgår gapet mellan den framskrivna trendmässiga utvecklingen utan ombud (för hela femårsperioden) och motsvarande framskrivna kurva med ombud till 74 000 kronor per kvartal eller närmare 300 000 kronor på årsbasis. I början av denna femårsperiod uppgår gapet till cirka 40 000 kronor på årsbasis.

I genomsnitt innebär denna framskrivning av trender att under en femårsperiod uppgår den årliga genomsnittliga kostnadsreduktionen till följd av PO-arbetet till drygt 163 000 kronor per klient.

Detta kan då jämföras med motsvarande faktiska svar som erhöles utifrån empiriska data i Skåne. Där uppgick kostnadsfallet till cirka 165 000 kronor på årsbasis.

5.4 Omfördelningseffekter av PO-arbetet

5.4.1 Kostnadsbilden mera i detalj

Då klienten får personligt ombud sker både en kostnadsminskning och en kostnadsomfördelning. Den stora vinnaren är landstinget. Kommunen är på kort sikt en ekonomisk förlorare. Inom landstinget sker en omfördelning från psykiatrin mot primärvård med cirka 15 000 kronor per klient och år. Inom psykiatrin uppstår ett dramatiskt fall av kostnaderna för slutenvård från 87 000 till 10 000 kronor per klient och år.

Vi har ovan redovisat kostnaderna för stickprovets klienter fördelat mellan olika aktörer samt innan och efter det att man fått personligt ombud. I tabellen nedan beskrivs hur dessa kostnader uppstår, dvs. vilka konkreta aktiviteter som ligger bakom den övergripande kostnadsbilden. Vi kan då utifrån tabellen se några olika saker

- * den första och redan kommenterade effekten är att det sker en form av kostnadsövervärlring från landsting till kommun. Kommunerna får en kostnadsökning på i storleksordningen 20 000 kronor per klient och år.
- * i kommunen sker en del omfördelningar
 - a) kostnader för ekonomisk rådgivning och ekonomiskt bistånd minskar
 - b) kostnaderna för särskilt boende ökar starkt. Den utgör den enskilda största kostnadsökningen i studien
- * inom landstinget sker en omfördelning av kostnader från psykiatrin i riktning mot akutsjukvård och primärvård. Detta skulle kunna vara ett uttryck för det man brukar säga att primärvården utgör psykiatrins första linje.
- * inom psykiatrin ser man den dramatiska minskningen av LPT och slutenvård som uppstår då ombuden kommer in i bilden. Kostnaderna för detta faller från cirka 87 000 kronor per klient och år till cirka 10 000 kronor per klient och år. Ett fall nästan ner till en tiondel av tidigare nivå.
- * för försäkringskassans del ser vi både en ökning av kostnaderna och en omfördelning från sjukpenning i riktning mot handikappersättning och sjukersättning. Klienterna får en mer permanent försörjning från den del av socialförsäkringssystemet där de

rimligen hör hemma. Detta motsvaras i kommunerna av minskade kostnader för ekonomiskt bistånd.

- * totalt sett ökar klienternas samhälliga försörjning från socialtjänst och socialförsäkringssystemet under perioden med cirka 10 000 kronor per klient och år.
- * generellt sett sker, precis som i Skåne, en omfördelning av insatser i riktning från slutna vårdinsatser i riktning mot öppna vårdinsatser.

Den generella bilden är att mönstret i Västmanland i stora drag liknar eller är identiskt med det vi kunde se i Skånestudien. Det finns ett par undantag. Det första är arbetsmarknadsverkets betydligt mer aktiva roll i Västmanland. Det andra är att tendensen till en större andel aktivt rehabiliterande insatser efter det att ombuden kommit in i bilden inte går att urskilja på samma sätt i Västmanland som i Skånesstudien.

Tabell 5.4 Kostnadernas fördelning mellan olika aktörer och aktiviteter innan och efter det att man erhållit ombud – kostnaderna redovisas på årsbasis

Årskostnad per individ - sista 6 kv Utan PO / sista 6 kv Med PO

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| Arbetsmarknadsverk | 25157 | 12716 | -12441 |
| Försäkringskassan | 80071 | 94613 | 14542 |
| Kommun | 60828 | 80838 | 20010 |
| Landsting | 199459 | 156114 | -43345 |
| Summa | 365515 | 344281 | -21234 |

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| akutsjukvård | 3784 | 14549 | 10765 |
| primärvård | 43275 | 58471 | 15196 |
| psykiatri | 144929 | 76643 | -68286 |
| specialistsjukvård | 7471 | 6451 | -1020 |
| Summa | 199459 | 156114 | -43345 |

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|
| biståndsbeslut soc | 1569 | 1176 | -393 |
| boendestöd soc | 2900 | 4853 | 1953 |
| ekonomisk rådgivning | 25412 | 5647 | -19765 |
| ekonomiskt bistånd | 7941 | 3529 | -4412 |
| god man soc | 7529 | 8471 | 942 |
| handläggartid soc | 451 | 1010 | 559 |
| hemtjänst soc | 11653 | 13073 | 1420 |
| kontaktperson soc | 157 | 706 | 549 |
| personlig assistent soc | 0 | 14588 | 14588 |
| po-arbetet | 0 | 8745 | 8745 |
| speciateam socpsyk | 2824 | 2667 | -157 |
| särskilt boende soc | 0 | 15686 | 15686 |
| utredning soc | 392 | 686 | 294 |
| Summa | 60828 | 80837 | 20009 |

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|---------------------------|-------------|--------------|--------------|
| IVA somatik | 588 | 196 | -392 |
| akutmottagning | 1569 | 1725 | 156 |
| ambulanstransport | 118 | 353 | 235 |
| operation liten | 196 | 588 | 392 |
| operation medel | 0 | 1176 | 1176 |
| operation stor | 0 | 3922 | 3922 |
| slutenvård somatik | 1235 | 4392 | 3157 |
| öppenvårdsbesök soma/akut | 78 | 2196 | 2118 |
| Summa | 3784 | 14548 | 10764 |

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| läkarbesök primärvård | 12294 | 18824 | 6530 |
| medicin primärvård som/psyk | 25098 | 27451 | 2353 |
| provtagning primärvård | 549 | 1569 | 1020 |
| sjukgymn/arbetsterap pvård | 118 | 588 | 470 |
| sköterskebesök primärvård | 5216 | 10039 | 4823 |
| Summa | 43275 | 58471 | 15196 |

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|----------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| handläggartid psyk | 3431 | 4996 | 1565 |
| lpt tvångsvård | 52941 | 706 | -52235 |
| mobilt team psyk | 12549 | 9412 | -3137 |
| psykiatri övrigt insats | 1255 | 235 | -1020 |
| psykiatrisk intensiv/akutvård | 784 | 941 | 157 |
| psykiatrisk medicin | 31388 | 36800 | 5412 |
| psykiatrisk slutenvård | 34306 | 9318 | -24988 |
| psykiatrisk utredning | 0 | 157 | 157 |
| psykologkontakt psykiatri | 706 | 588 | -118 |
| öppen rehab psyk | 0 | 2353 | 2353 |
| öppenvård psyk, läkare | 3647 | 6000 | 2353 |
| öppenvård psyk, sköt, övrig pers | 3922 | 5137 | 1215 |
| Summa | 144929 | 76643 | -68286 |

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| dietistbesök | 412 | 1353 | 941 |
| specialistutredning sjukvård | 7059 | 5098 | -1961 |
| Summa | 7471 | 6451 | -1020 |

| | Utan PO | Med PO | Diff |
|--------------------------|--------------|--------------|---------------|
| OSA | 1961 | 0 | -1961 |
| lönebidrag 80% | 16078 | 11765 | -4313 |
| arbetsprövning af | 6667 | 0 | -6667 |
| arbetspsykolog af | 59 | 0 | -59 |
| arbetsvägledning af/reha | 176 | 412 | 236 |
| handläggartid af/rehab | 216 | 225 | 9 |
| rehabutredning af | 0 | 314 | 314 |
| Summa | 25157 | 12716 | -12441 |

5.5 Om vi hade haft ett samordningsförbund i Västmanland

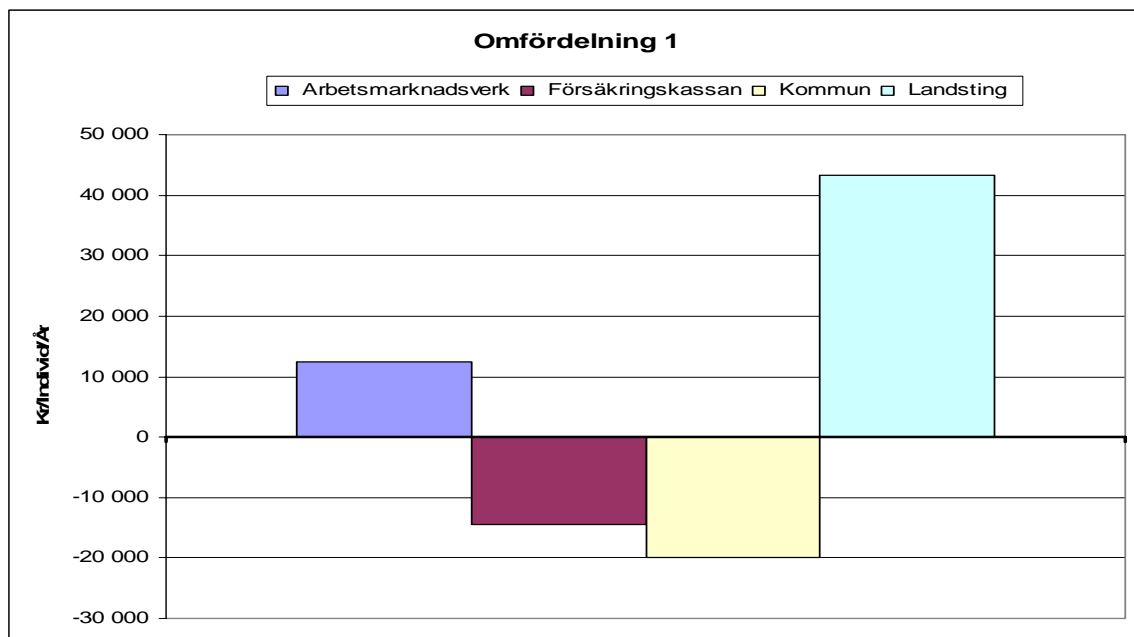
Om verksamheten kring denna målgrupp hade bedrivits inom ramen för ett samverkansförbund med totalt verksamhets- och budgetansvar skulle detta samverkansförbund göra en årlig vinst på cirka 23 000 kronor per PO-klient.

5.5.1 Dagens situation

I många samverkansprojekt och andra samverkansprocesser mellan olika offentliga aktörer brukar man prata om vinnare och förlorare. I diagrammet nedan ser vi att kommunen, ur ett ekonomiskt perspektiv, dras med en större del av kostnaderna utan att få skörda intäkterna av PO-verksamheten. För varje klient som erhåller ombud uppstår en kommunal årlig merkostnad på cirka 20 000 kronor. Om 8 ombud har vardera 15 klienter blir den total årliga merkostnaden cirka 2 400 000 kronor.

Landstinget, som inte är huvudman för PO-verksamheten, får med samma beräkningsgrund en årlig vinst på cirka 5 160 000 kronor och borde sålunda ha ett egenintresse av att verksamheten förblir kvar. Detta gäller i än högre grad psykiatrin som gör en årlig vinst till följd av PO-verksamheten som uppgår till 8 160 000 kronor.

Diagram 5.8 Kostnadsomfördelning mellan olika offentliga aktörer till följd av PO-arbetet – dagens organisationsstruktur

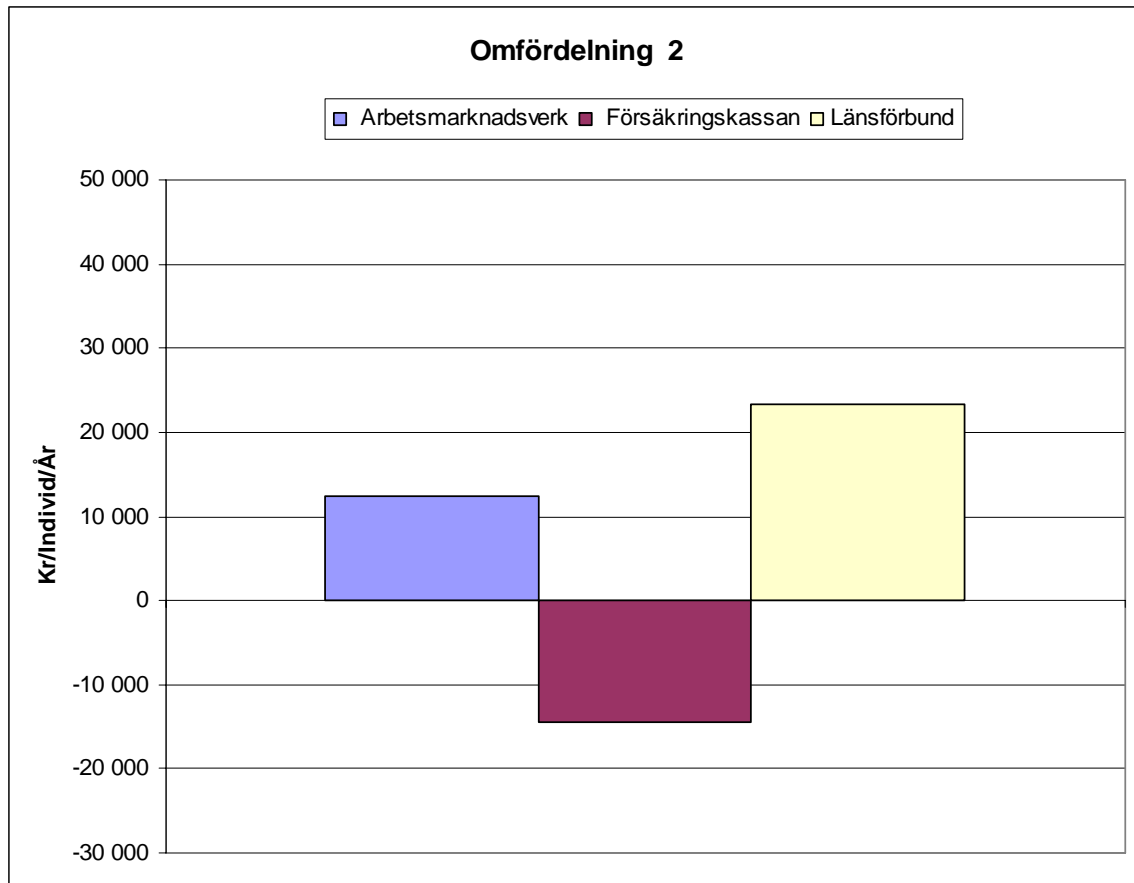


Vi har alltså en ganska besvärlig sits. Den myndighet som har ansvar för, driver och finansierar PO-verksamheten är i budgettermer också en stor förlorare i processen. Den aktör som tjänar mest har vare sig ledningsansvar eller ekonomiskt ansvar för att verksamheten ska kunna fortleva. Ur ett ekonomiskt perspektiv ger detta mycket märkliga ekonomiska incitament för de olika parterna.

5.5.2 Vi skapar ett länsförbund

Om vi i stället för kommun och landsting som aktörer har ett gemensam länsförbund för denna målgrupp, så blir bilden förändrad. Vi tänker oss en gemensam organisation med samlat behandlings- och budgetansvar för denna målgrupp.

Diagram 5.9 Kostnadsomfördelning mellan olika offentliga aktörer till följd av PO-arbetet – ett samverkansförbund är skapat



För detta samlade länsförbund blir PO-verksamheten nu en lönsam affär. Man går med en årlig vinst per individ på cirka 23 000 kronor per år eller 2 760 000 kronor för hela den målgrupp ombudsverksamheten arbetar med.

Sannolikt skulle en organisation som ett länsförbund agera utifrån en annan, och ur klientens och samhällets perspektiv mer rationell, ekonomisk logik än dagens organisationer. Incitamenten till att bedriva ett Svarte Petterspel mellan aktörerna skulle reduceras eller elimineras.

5.5.3 Samverkansbokslut för PO-verksamheten i Västmanland

Om man upprättar ett samverkansbokslut, omfattande samtliga berörda offentliga myndigheter i Västmanland kan den årliga nettovinsten (sedan kostnaderna för PO-verksamheten borträknats) uppgå till cirka 2.4 Mkr

Ett genomgående problem i alla komplexa rehabiliteringsprocesser, som berör flera olika offentliga aktörer, är frågan om vem som vinner och vem som förlorar på samverkan. Denna diskussion leder alltför ofta till att eftersom omfördelningsproblematiken inte kan hanteras så kommer man inte någon vart i det utvidgade samarbetet. Vi har i andra sammanhang använt oss av begreppet **samverkansbokslut** som en modell för hur frågan kan hanteras.

Vi tänker oss att man skapar ett uppföljningsinstrument som, med utgångspunkt i de omfördelningseffekter som samverkansprocessen leder till på individnivå, kan sammanställa effekterna efter myndighet. De data som tagits fram för denna studie kan användas för att ta fram ett sådant samverkansbokslut.

Nedan har vi, i mycket grov form, skapat ett bokslut baserat på tanken att ett samverkansförbund med gemensam budget för målgruppen är skapat i Västmanland. Bokslutet är gjort med utgångspunkt i att det finns 15 klienter per ombud för de 8 ombuden i Västmanland (siffrorna är avrundade). De individuella ekonomiska effekterna har sedan räknats upp på länsnivå. Vi ser då både hur totaleffekterna av reformen ser ut samt vilka omfördelningseffekter som uppstår på organisationsnivå.

Tabell 5.5 Samverkansbokslut för PO-verksamheten i Västmanland baserat på 120 klienter

| Aktör | Utan PO | Med PO | Differens |
|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Arbetsmarknadsverk | 3 000 000 | 1 560 000 | - 1 440 000 |
| Försäkringskassan | 9 600 000 | 11 400 000 | + 1 800 000 |
| Samverkansförbund | 31 200 000 | 28 440 000 | - 2 760 000 |
| Summa | 43 800 000 | 41 400 000 | + 2 400 000 |

Vår erfarenhet är att denna typ av samverkansbokslut går att upprätta² för i stort sett alla komplexa vård- eller rehabiliteringsprocesser där flera aktörer är involverade. Sådana bokslut kan också bidra till att skapa mera gynnsamma beslutsprocesser både för klienterna och de berörda organisationerna.

Vi kan med denna enkla kalkyl se att det finns en potentiell total vinst på 2.4 Mkr som kan delas mellan de olika parterna så att alla vinner i ekonomiska termer.

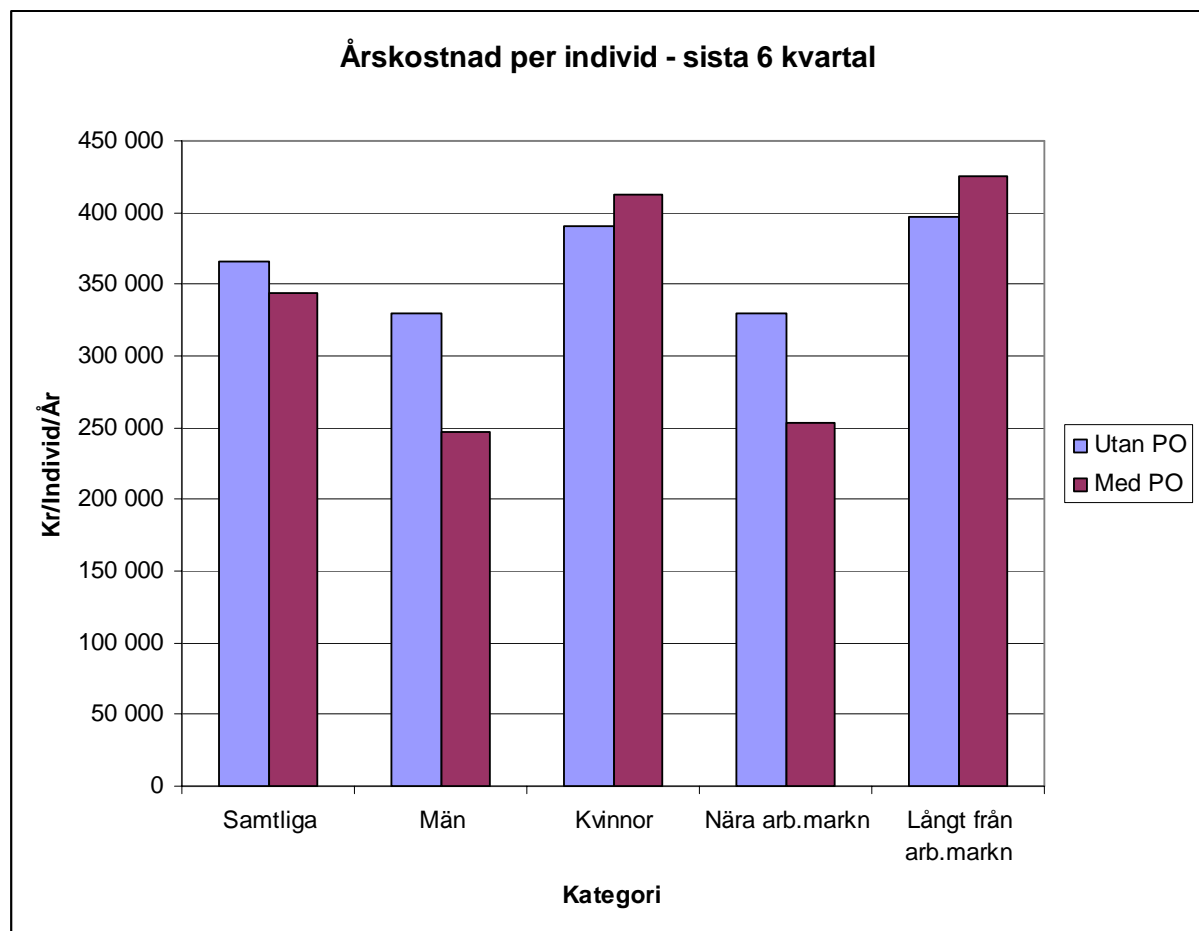
² Ett antal studier som visar detta redovisas i referenslistan i slutet av rapporten

5.6 Hur påverkas effekterna av kön och närhet till arbetsmarknaden

För män som grupp och gruppen klienter med större närhet till arbetsmarknaden uppgår samhällskostnaderna innan man får ombud till cirka 325 000 kronor per klient och år. Då man får ombud faller denna kostnad för dessa två grupper med cirka 75 000 kronor per klient och år. För kvinnor och personer som står långt från arbetsmarknaden uppgår samhällskostnaden innan man får ombud till strax under 400 000 kronor per klient och år. Då man får ombud stiger denna kostnad med cirka 25 000 kronor per klient och år

Närhet till arbetsmarknaden samt den psykiatriska problematikens komplexitet och tydlighet, insatsernas omfattning och kombinationen av en psykisk sjukdom tillsammans med andra problem skiljer sig åt mellan könen. Detta speglas också i kostnadsbilden, vilket illustreras i diagrammet nedan

Diagram 5.10: PO-insatsens effekter beroende på kön och närhet till arbetsmarknaden



Kostnadsbilden illustrerar några saker

- * samhällskostnaderna innan man erhåller PO är lägre för män än för kvinnor. Skillnaden uppgår till mer än 60 000 kronor och klient per år. Sannolikt är detta en spegling av kvinnornas mer komplexa och sammansatta problematik.
- * vi ser också att de klienter som är nära arbetsmarknaden har en lägre kostnad än de som är långt från arbetsmarknaden. Detta utgör sannolikt en spegling av deras mer omfattande psykiatriska problematik.

- * särskilt intressant är att PO-insatsen för män leder till en reduktion av samhällskostnaderna med cirka 80 000 per klient och år medan den för kvinnor leder till en ökning av samhällskostnaderna på cirka 20 000 kronor. Detta speglar sannolikt en effekt vi kunde se i Skånesstudien och som kan förklaras av att PO-insatsen ser ut att ha bäst effekt för klienter med en tydlig, väldiagnostiserad problematik och som inte är förknippat med någon form av multiproblem.
- * slutligen ser vi att PO-insatsen för de personer som står nära arbetsmarknaden ger en positiv effekt på cirka 75 000 kronor per klient och år medan den för de som står långt från arbetsmarknaden ger en negativ effekt på cirka 30 000 kronor per klient och år.

5.7 Ombuden och investeringsperspektivet

Kostnaderna för en individs PO-insats ger på fem års sikt 105 000 kronor i samhällsvinst vid en framskrivning av de genomsnittliga värdena eller 816 000 kronor vid en framskrivning av de trendmässiga förloppen.

Vi har tidigare diskuterat skillnaderna mellan PO-arbetets effekter beroende på om man jämför med genomsnittsmått för samhällskonsumtion innan man får PO eller med de trendframskrivningar vi gjort. Vi har också diskuterat skillnaden i ekonomiska effekter på kort eller lång sikt.

PO-insatsen kan ur ett ekonomiskt perspektiv betraktas på två helt olika sätt. Man kan se den som en kostnad som belastar de offentliga utgiftssystemen på kort sikt. Men man kan också se den som en social investering i framtida mental hälsa. Man tar genom PO-arbetet en kostnad på kort sikt för att stödja klienten att på lång sikt få en bättre hälsa och därmed mindre behov av vård och omsorg. Med investeringsperspektivet blir det intressant att se vad den kortsiktiga investeringskostnaden (dvs. PO-insatsen) kostar i förhållande till den långsiktiga avkastningen.

Nedan har vi i tabellform tittat på dessa effekter dels utifrån de genomsnittsmått som tidigare diskuterats och dels utifrån de kort- och långsiktiga trendframskrivningar vi räknat fram. Vi jämför intäkterna (kostnadsreduktionen) på 1 och 5 års sikt med dessa båda beräkningsmetoder. Därefter har vi ställt upp den avkastningskvot mellan intäkt och kostnad som erhålles.

Vi har antagit att den genomsnittliga kostnaden för PO per klient och år uppgår till 12 000 Kr, dvs. att varje aktiv månad kostar 1000 Kr. Med den blandning av aktiva och avslutade/passiva som fanns i vårt urval för de senaste 6 kvartalen med PO innebar det en årskostnad på 8 745 Kr. För femårsperspektivet har vi utgått från att klienten haft PO i 22 månader vilket är genomsnittet för vårt stickprov. Detta leder till en kostnad över dessa fem år på 22 000 kronor för en PO-insats.

Tabell 5.6: PO-insatsen som ett samhälleligt investeringsproblem – genomsnitt och trendframskrivningar

| | Intäkt 1år | PO | Kvot I/K 1 år | Intäkt PO 5 år | Kvot I/K 5 år |
|--------------------|---------------|----|------------------|-------------------|------------------|
| Genomsnittsmått | 21 000 | | 2.4 | 105 000 | 4.8 |
| Trendframskrivning | 101 000 | | 11.5 | 816 000 | 37.1 |

Redan det första året utgör PO-insatsen ur ett samhällsperspektiv en tämligen god affär med en avkastning på 2.4 eller 11.5 gånger pengarna, dvs. mellan 240 % och 1150 % procent årlig avkastning beroende på hur man räknar.

På längre sikt, i vårt fall fem år, ligger avkastningen på mellan 4.8 och 37.1 gånger pengarna. I riskkapitalbranschen skulle detta sannolikt anses vara en mycket god affär.

Men vi ser också hur avgörande det är att vara klar över på vilket sätt man avser mäta effekterna av en rehabiliteringsinsats. Det som entydigt framgår både i denna studie och den tidigare Skånesstudien är att ett kortsiktigt perspektiv ger ett missvisande resultat som kraftigt underskattar rehabiliteringsinsatsens positiva effekter. Det fångar rehabiliteringsinsatsens investeringskostnad utan att få med dess avsedda positiva effekter.

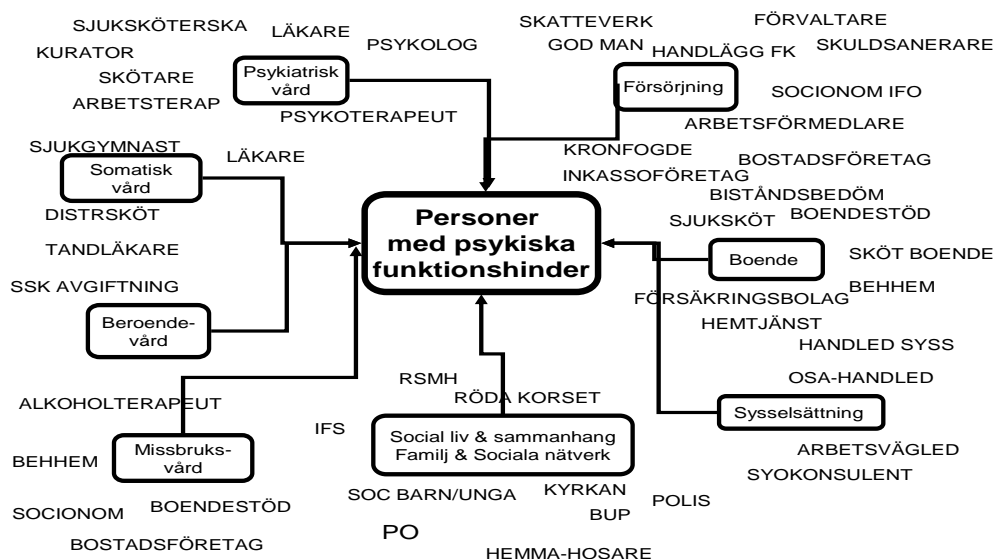
5.8 Ombuden och de arbetsmarknadspolitiska insatserna

5.8.1 Träffsäkerheten i de arbetsmarknadspolitiska insatserna

För arbetsmarknadsmyndigheterna faller kostnaderna då en klient får ombud med cirka 12 000 kronor per år. För män faller den från 58 000 till 31 000 kronor per klient och år, för kvinnor från cirka 5 000 kronor till nästan noll. Det förefaller som klienterna som fått ombud i större utsträckning går till arbete eller studier. Man skulle kunna säga att effekterna av de arbetsmarknadspolitiska insatserna har förbättrats.

Cirka 90 % av klienterna i denna studie har insatser som inte samordnas mellan olika offentliga aktörer. I de allra flesta fall är detta klienter som har en omfattande, komplex och sammansatt problematik. De möter eller har i sin behandlings- och rehabiliteringsprocess mött ett mycket stort antal aktörer som utan särskilt omfattande sidoblickar mot andra aktörers insatser utför sina uppgifter. Den verklighet klienten har att möta illustreras av nedanstående aktörskarta.

Diagram 5.11 Intressent- och myndighetsstruktur kring personer med psykiska funktionshinder

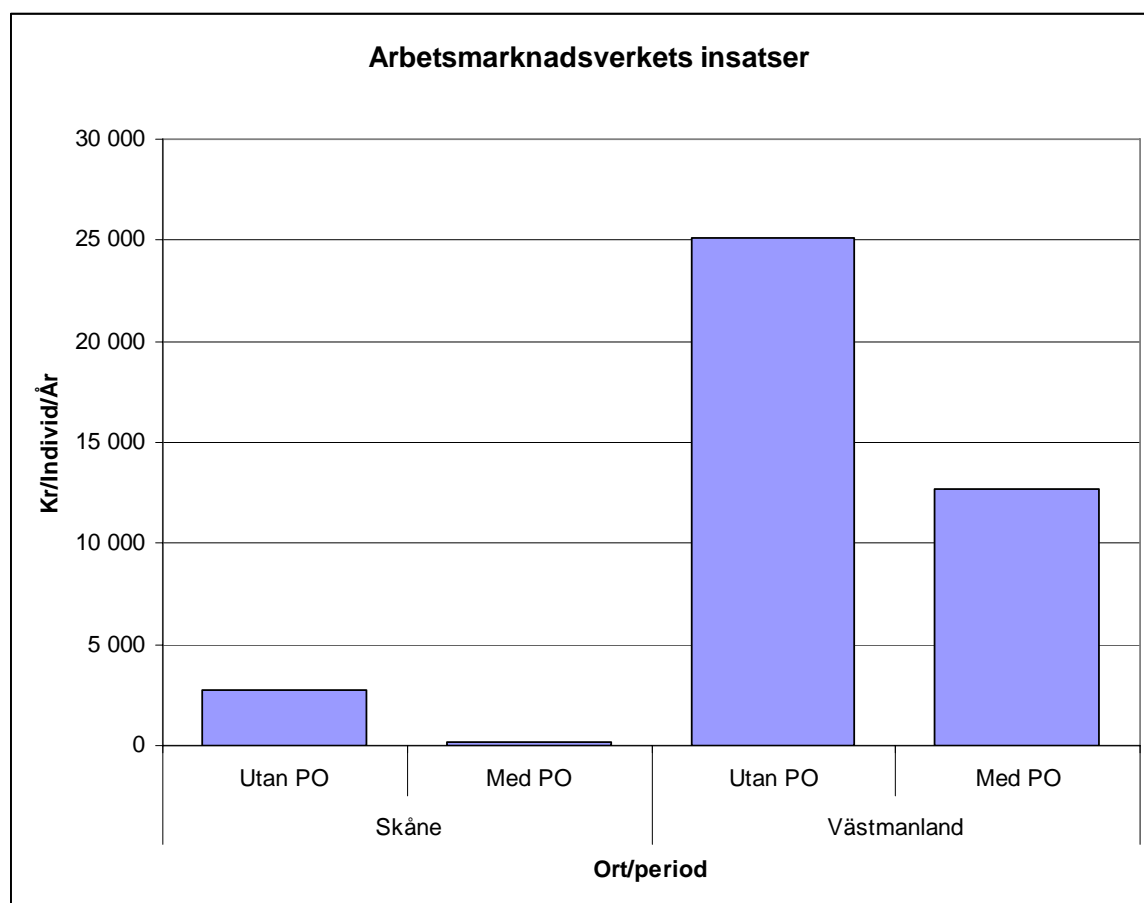


Ombuden i Västmanland anger att cirka 70 % av deras klienter våren 2006 söker ombud därför att de insatser man får inte matchar de behov man har eller att de insatser som utförs av olika offentliga aktörer inte samordnas vare sig i tiden eller till innehåll.

Detta antyder att det finns stora potentiella effektivitetsvinster i ombudens arbete – vinster som man i ett första skede kan spåra som det dramatiska trendbrott som uppstår i klienternas kostnadsutveckling då ombuden kommer in i bilden.

Detta kan illustreras mera konkret inom arbetsmarknadspolitikens område. Insatserna från arbetsmarknadsmyndigheterna i Västmanland är betydligt mera omfattande än de var i Skånestudien. Det kan vara värt att erinra sig att drygt 40 % av klienterna i vårt stickprov har någon form av anknytning till arbetsmarknaden (motsvarande siffra i Skåne var cirka 30 %)

Diagram 5.12: Arbetsmarknadsverkets kostnader i Skåne och Västmanland innan och efter det att klienten erhållit ombud – kostnader per klient och år



Frågan är om dessa insatser ger önskad effekt för klienten. Ombuden beskriver att många handläggare i olika myndigheter inte fullt ut förstår innebörden av ett psykiskt funktionshinder och de behov en klient har. Man möter ofta klienten i dennes goda perioder och förstår inte att sjukdomen kan ha en annan sida som gör att klienten vid sidan av den arbetsmarknadspolitiska insatsen behöver ett antal stödinsatser för att orka med, hålla ut eller besegra de svårigheter som funktionshindret medför i vardagen. Man skulle lite tillspetsat kunna säga att handläggaren vilseleds av klientens goda funktionsförmåga vid kontakttillfället - effekterna av det psykiska funktionshindret kanske inte ens är skönjbara. Detta leder till att man ibland genomför ett stort antal insatser för en klient som gång på gång måste avbrytas utan att handläggaren egentligen förstår varför. Låt oss illustrera med ett konkret fall.

Arne är 45 år gammal och bor i en av länets mindre kommuner. Han har varit psykiskt sjuk i 10-15 år. Han har en bipolär sjukdom som yttrar sig genom att han har långa perioder då han är väldigt uppåt avlösta av perioder då han är mera nedstämd och deprimerad. Han har varit till föremål för ett stort antal vårdinsatser av olika slag både inom slutenvården och öppenvården som till synes inte har förändrat hans grundläggande livsförutsättningar. Han kan definieras som storkonsument och stamkund inom den offentliga vården. Han har haft långa perioder av A-kassa och sjukpenning.

Han är en välutbildad person med en stark känsla av att vilja göra rätt för sig och med en stark strävan att kunna gå tillbaka till arbetslivet. Som en följd av detta fick han innan han kom i kontakt med sitt personliga ombud ett stort antal olika insatser inom ramen för olika arbetsmarknadspolitiska program. Alla misslyckades eller avbröts. Hans handläggare förstod inte vad som hände. Man såg inte mönstret och olika handläggare avlöste varandra - stor brist på kontinuitet i insatserna.

När det personliga ombudet kom in i bilden blev det ganska snart uppenbart att det som saknades för Arnes del var det lilla extra stödet i perioder av motgång och nedstämdhet samt hjälp att kommunicera detta med arbetsförmedling och andra aktörer. Detta blev särskilt tydligt då Arne skulle göra ett skriftligt prov för förarbevis inför en provanställning vid ett åkeri. Det skedde just vid ett tillfälle som sammanföll med ett skov i hans sjukdom och en medicinering som minskade hans prestationsförmåga. Och det ledde naturligtvis till ett misslyckande. Han underkändes och detta såg ut att blir ännu ett nederlag i Arnes rehabiliteringsprocess.

Ombudet tog då (efter samråd med Arne) kontakt med provanordnaren och han fick göra om provet strax därefter. Det gick lysande. Arne fick först en provanställning och har nu en fast anställning på 75 % och är sjukskriven till 25 %. Han har brutit ett decennier långt negativt mönster.

Arne utgör en god illustration av tabellen nedan. Innan han erhåller ombud har han tämligen omfattande insatser från arbetsmarknadsmyndigheterna som inte ger full effekt och ibland misslyckas. Då ombudet kommer in kan insatserna både reduceras och ge betydligt högre effekter – bättre för klienten, billigare för samhället.

Tabell 5.7 Förändring av arbetsmarknadsverkets årliga kostnader per klient då klient får ombud fördelat på kön och för hela stickprovet

| | Utan ombud | Med ombud | Differens |
|---------------------|---------------|---------------|-----------|
| Män | 53 834 | 30 642 | 23 192 |
| Kvinnor | 5 083 | 167 | 4 916 |
| Totalt ³ | 25 157 | 12 716 | 12 441 |

Vi ser också att de arbetsmarknadspolitiska insatserna för männen är avsevärt högre än för kvinnorna. Detta kan förmodligen endast delvis förklaras av deras större närhet till arbetsmarknaden (57 % respektive 40 %). Vilka andra faktorer som påverkar kan vi inte utifrån denna studie utläsa, men frågan förefaller i högsta grad vara intressant.

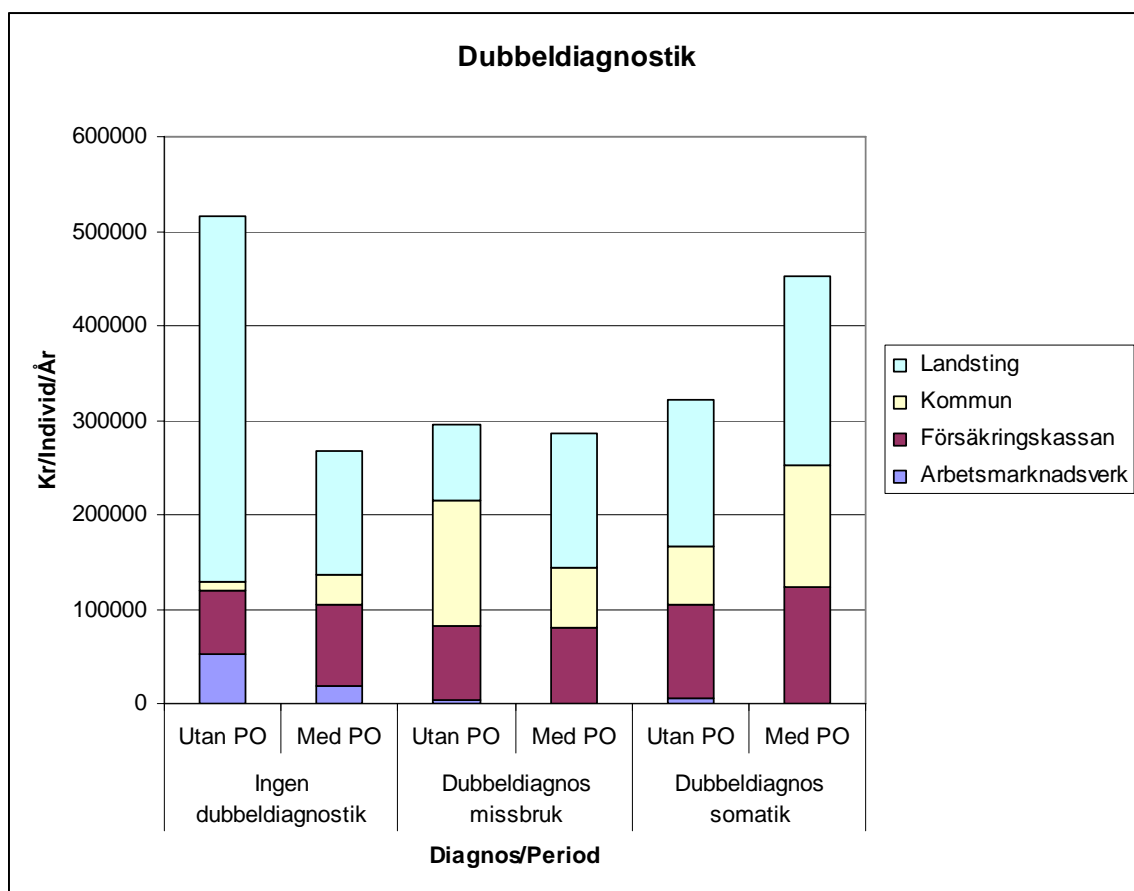
³ Det bör observeras att totalsumman inte utgör medelvärdet av de två könen värden eftersom stickprovet inte är jämnt könsfördelat

5.8.2 Multiproblematik och de ekonomiska effekterna

De positiva ekonomiska effekterna av PO-arbetet är störst för klienter utan någon form av multiproblematik. Kostnaderna faller från drygt 500 000 till 275 000 kronor per klient och år. För PO-klienter med somatisk problematik är förhållandet det omvända; kostnaderna stiger från 320 000 till 450 000 kronor per år

Ett sätt att förstå könsskillnaderna ovan är att se på de bakomliggande skillnaderna mellan könen. Männen har en entydig problematik i större utsträckning än kvinnorna som har en mer varierande, komplex problematik, ofta med somatiska problem. I diagrammet nedan illustreras hur de ekonomiska effekterna av PO-arbetet skiljer sig för olika typer av diagnos.

Diagram 5.13 PO-arbetets ekonomiska effekter beroende på närvaro eller frånvaro av multiproblematik



Klienter utan multiproblematik uppvisar en kostnad utan PO på drygt 500,00 kronor per klient och år. De faller å andra sidan till cirka 275 000 kronor per klient och år med PO, dvs. nästan en halvering av kostnaderna.

För personer med en missbruksproblematik är kostnaderna innan man får ombud betydligt lägre, cirka 300 000 kronor per klient och år. Denna nivå förblir i stort oförändrad även då man får ombud. Kostnaderna för landstingsvård för denna målgrupp är anmärkningsvärt låga. Man kan ana att dessa klienter straffar ut sig från psykiatrin genom sitt missbruk.

Under dessa ganska konstanta kostnader sker det emellertid en intressant omfördelning. Landstingskostnaderna ökar dramatiskt då man får ombud samtidigt som de kommunala

kostnaderna i stort sett halveras. Frågan är om detta illustrerar det klassiska "Svarte Petter spelet" kring dubbeldiagnosgruppen.

För personer med en somatisk problematik ser vi att samhällskostnaderna ökar från cirka 320 000 kronor per klient och år till drygt 450 000 kronor per klient och år då man får ombud. Denna kostnadsökning ser ut att fördela sig förhållandevis proportionellt mellan aktörerna, med en viss förskjutning mot kommunerna.

5.8.3 BNP-bidrag och PO-arbetet

Det samhällsekonomiska värdet av en klient som återgår till arbete på 75 % av heltid uppgår till cirka 200.000 kronor per år. Det finns ett antal klienter i stickprovet som genomgått denna process efter det att man fått ombud

De ekonomiska konsekvenserna av uteblivna kostnader för vård- och försörjning från samhällets sida finns redovisat i vårt statistiska material. Men vad som inte finns redovisat är värdet av det arbete Arne utför - det som brukar kallas hans BNP-bidrag. Vid en månadslön på 16 000 kronor och en arbetsnivå på 75 %, med sociala kostnader på cirka 40 % blir det årliga BNP-bidraget; $16\,000 * 0.75 * 12 * 1.4 = 201\,600$ kronor. Om vi anta att Arne, med det stöd han har idag, kommer att fortsätta arbeta på denna nivå till sin pension vid 65 års ålder så blir det ackumulerade odiskonterade värdet av detta i runda tal 4 Mkr. Ett belopp som skall läggas till alla andra effekter i form av minskad vårdkonsumtion och försörjning från samhällets sida.

Ombudet har genom sin insats höjt träffsäkerheten i de arbetsmarknadspolitiska insatserna. En PO-insats för en klient i detta stickprov kostar cirka 22 000 kronor. I Arnes fall ger det redan efter ett år nio gånger pengarna enbart i form av hans BNP-bidrag. Enligt ombuden finns det ytterligare personer i vårt stickprov som närmar sig Arnes situation och är på väg tillbaka in på arbetsmarknaden.

6. OMBUDEN SOM ETT SÄTT ATT ÖKA TRÄFFSÄKERHETEN I ÅTGÄRDER

6.1 Stuprörsproblematiken och PO-arbetet

Merparten av klienterna i vårt stickprov utmärks av att deras problematik är komplicerad och inte sällan diffus. Dessa klienter får det särskilt besvärligt. I tabellen nedan får vi en bild av hur det ser ut i vårt stickprov.

Den dominerande bilden är att klienter med omfattande insatser dessutom sällan samordnas och många gånger är mångtydiga eller varierande vad avser diagnos.

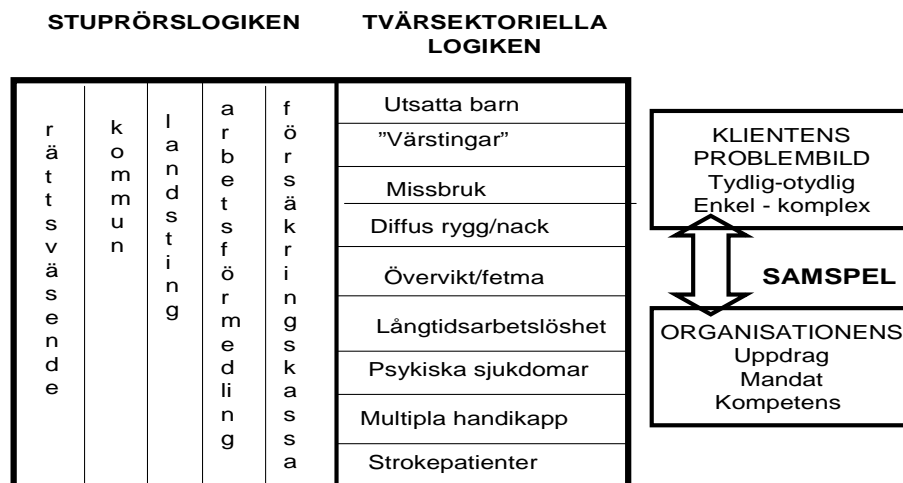
Det föreligger en skillnad mellan könen genom att just kvinnornas problematik utmärks av en större otydlighet och en högre grad av komplexitet. Ingen av kvinnorna i stickprovet har samordnade insatser. Vi har också konstaterat att de i genomsnitt ligger längre bort från arbetsmarknaden än männen, att deras kostnader är högre än männens och att PO - insatsen för dem leder till ökade kostnader.

Tabell 6.1 Diagnos, multiproblematik, omfattning av insatserna samt deras samordning för stickprovets klienter fördelade efter kön

| | Mångtydig, varierande diagnos | Multiproblematik | Ej samordnade insatser | Omfattande insatser innan PO |
|---------|-------------------------------|------------------|------------------------|------------------------------|
| Män | 14 % | 57 % | 70 % | 43 % |
| Kvinnor | 50 % | 80 % | 100 % | 60 % |
| Totalt | 35 % | 71 % | 88 % | 53 % |

För klienten leder detta till onödigt lidande, för samhället till onödiga och stora kostnader. Man kan kalla en av orsakerna bakom dessa problem för stuprörslogiken. Våra offentliga system är organiserade i ett antal avgränsade stuprör med lite insyn i och kunskap om andras arbetsfält. Detta fungerar väl så länge som klientens problembild är tydlig och okomplicerad och överensstämmer väl med organisationens kompetens, mandat och uppdrag.

Problemet uppstår då klientens problem är diffust, sammansatt och spänner över flera olika organisationers kompetens- och mandatområden. Dessa klienter passar inte in i systemet. De krävs en gemensam och samordnad insats från många aktörer både för att förstå problemet och för att därefter hitta rätt lösningar. Detta gäller i hög grad för marginaliserade grupper som psykiskt funktionshindrade. 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 få ett sådant stöd. Cirka 90 % av klienterna i vårt stickprov saknar samordning av insatserna.



Personer med psykiska funktionshinder (liksom de andra grupperna i figuren ovan) är en grupp som många gånger inte passar in i systemen⁴. För den enskilde klienten innebär detta att denne i alltför hög grad tvingas in i ett fruktlöst gatlopp mellan olika myndigheter. Alla tar ett begränsat ansvar, men ingen aktör vare sig ser hela bilden eller tar ansvar för att hantera den.

⁴ Detta förhållande har beskrivits i ett stort antal uppföljningar kring psykiatireformen liksom i den s.k. Miltongruppens arbete

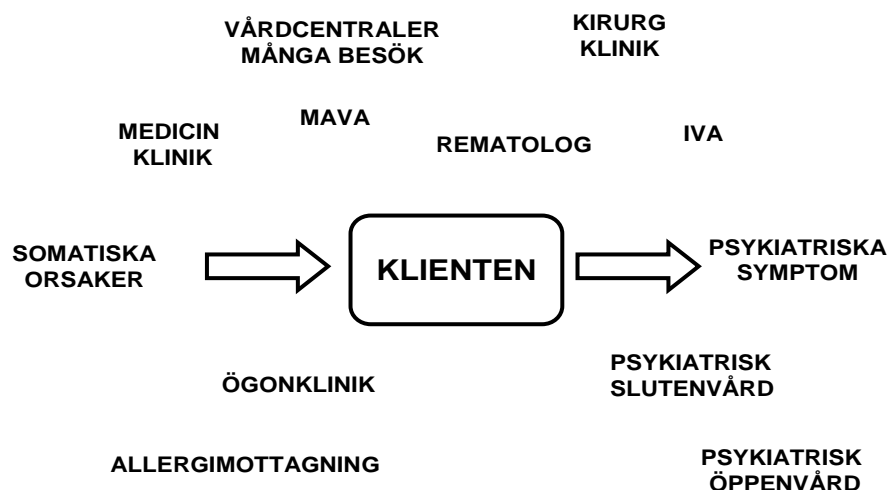
Redovisningen av de ekonomiska resurserna kring psykiskt funktionshindrade illustrerar hur kostnaderna för denna målgrupp är en mix av olika insatser från de olika stuprören. Det som ur landstingets synvinkel ser ut att vara en betungande kostnad på 200 000 kronor per år är för arbetsförmedlingen en marginell kostnad på 25 000 kronor och för samhället en kostnad på 365 000 kronor. Samma fenomen men tre helt olika kostnadsperspektiv. Det blir än värre på individnivå.

Karin bor i en liten kommun. Hon är i 55-årsåldern. Hon har nästan 30 års tid brottats med den offentliga vården. Hon har en diffus psykiatrisk problematik som bröt ut i 25-årsåldern. Symptomen är diffusa och hon har i omgångar på mer eller mindre oklara grunder diagnostiserats som bärare av en psykosjukdom.

Hon har dessutom haft en mängd olika somatiska symptom som lett till ett stort antal olika vårdinsatser hos i stort sett alla olika tänkbara specialiteter. Hon har varit hos onkolog, öronläkare, allmänläkare, kirurg, lungläkare. Hon har varit inlagd på medicinsk vårdavdelning, medicinsk och kirurgisk intensivvård. Hon har varit stamkund på fler vårdcentraler. Det har gjorts otaliga utredningar kring hennes problembild. Då och då har hon under mer eller mindre kränkande former blivit avvisad som "hysteriskt fruntimmer" med psykosomatiska symptom. Ingen aktör har under hela denna process försökt skapa sig en helhetsbild av hennes situation eller tagit kontakt med andra specialister. Varje utredande specialist har arbetat i sitt stuprör

Nu har hon fått kontakt med ett personligt ombud. Ombudet har hjälpt henne att komma i kontakt med en psykiater, som då han förstår vad Karin varit utsatt för tar ansvaret för att skapa sig denna helhetsbild, genom att initiera ett utredningsarbete vars syfte är att förstå vad Karins problem egentligen består av. Är de psykiatriska symptomen uttryck för en psykisk sjukdom eller effekterna av något annat?

Digram 6.1; klientens aktörskarta



Bilden börjar nu efter ett halvårs utredande klarna. Karin har en ovanlig men fullt diagnostiserbar somatisk sjukdom som ger upphov till psykosliknande symptom. Ett förhållande som egentligen inte är särskilt svårt att upptäcka. Nu blir Karin också "behandlingsbar" – man kan lösa rätt grundproblem i stället för att hantera en mängd olika symptom.

Karin har lidit i 25 år och samhället har förorsakats onödiga kostnader under lika lång tid. Om Karin är representativ för vårt stickprov har detta skapat onödiga årliga samhällskostnader på drygt 300 000 kronor, dvs. en (odiskonterad) samhällsförlust på cirka 7,5 Mkr.

En övergripande slutsats för denna målgrupp (och kanske även för andra målgrupper med en komplex problematik) är att stuprörstänkandet leder till betydande samhällsförluster och ineffektiviteter i resursanvändningen. För ombudens del förklarar detta åter en gång varför den trendmässiga kostnadsutveckling mot allt högre kostnader för målgruppen kan brytas så snabbt när ombuden kommer in i bilden. Man börjar göra rätt sak i stället för många saker. I stället för att springa fort springer man i rätt riktning. Detta är vad vi ekonomer kallar skillnaden mellan produktivitet (att göra saker rätt) och effektivitet (att göra rätt saker).

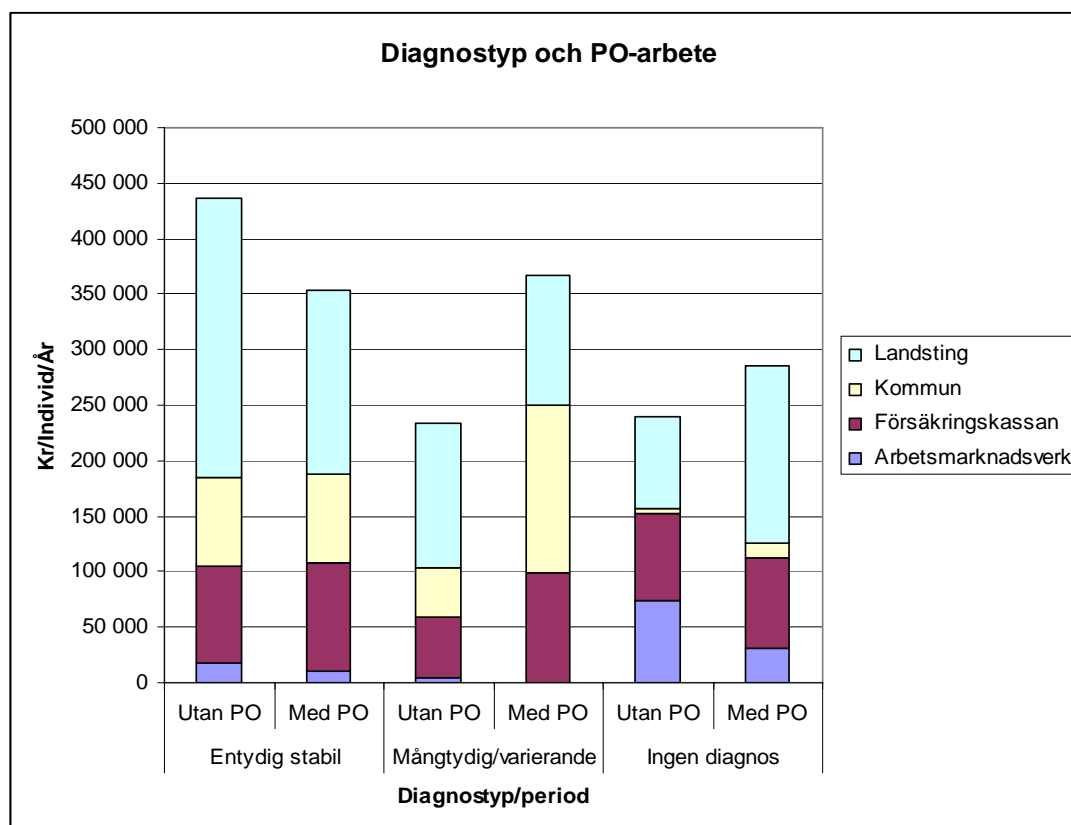
6.2 Entydigheten i diagnos och de ekonomiska effekterna

För klienter med entydig diagnos faller kostnaderna då man får PO från 440 000 till 350 000 kronor per klient och år. För klienter med otydlig, mångtydig eller varierande diagnos stiger kostnaderna från 240 000 till mellan 290 000 och 360 000 kronor per klient och år

Kvinnorna i vårt stickprov uppvisar som grupp stor likhet med Karin i vårt exempel ovan. De har komplexa sammansatta problem ofta med somatiska inslag som gör att de har svårt att komma rätt i vårdsystemet och där insatserna kring dem inte samordnas.

Detta leder naturligtvis till ekonomiska effekter då ombuden kommer in i bilden, vilket kan illustreras av diagrammet nedan

Diagram 6.2: PO-arbetets effekter beroende på diagnostyp



Klienter som har en entydig diagnos innan man erhåller ombud har högst kostnader - cirka 440 000 kronor per klient och år. Det är just de klienter vars kostnader faller - en reduktion med cirka 90 000 kronor per klient och år. Minskningen ligger framför allt på landstinget. I stickprovet gäller detta för 86 % av männen, men endast för 50 % av kvinnorna.

Klienter som har mångtydiga, varierande eller inga psykiatriska diagnoser har inledningsvis avsevärt lägre kostnader än den entydiga gruppen - cirka 240 000 kronor per klient och år - men här leder PO-insatsen till att kostnaderna stiger till mellan 290 000 och 360 000 kronor per klient och år.

En möjlig slutsats är att ombudet för vissa klienter kan öka samordningen av insatserna och bidra till att de träffar rätt. För de andra klienterna skulle slutsatsen kunna vara att ombudens roll är att kämpa för klienternas rätt. Se till att de får sina behov tillgodosedda utifrån sin lagliga rätt.

I det första fallet kommer ombuden att vara kostnadsreducerande och i det andra kostnadsdrivande. I båda fallen sannolikt effektivitetshöjande.

7. METODIK OCH ARBETSGÅNG

7.1 Modellen

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

Den samhällsekonomiska ansatsen utgår oftast från en *utvidgad systemgräns* som oftast definieras som "samhället". Om detta är en kommun, en kommun, ett län, en nation eller hela jorden, avgörs från studie till studie. I de flesta fall handlar det om att ta med alla de aktörer som påverkas på ett inte obetydligt sätt av den åtgärd eller det projekt man ska utvärdera. I den samhällsekonomiska analysen ska alla relevanta ekonomiska flöden mellan aktörerna uppmärksammas. Med ekonomiskt flöde menas här kostnader och intäkter, eller mer precist, förändringar i kostnader och intäkter. Om man summerar ökade intäkter (eller minskade kostnader) och summerar ökade kostnader (eller minskade intäkter) så kan dessa ställas mot varandra.

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

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

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

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

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

Vi har använt vår egenutvecklade kalkylmodell – KALAS⁵ – för detta och andra arbeten. Denna är uppbyggd för att kunna göra kalkyler som bygger på det samhällsekonomiska synsättet. Den finns i två generationer – en för scenariobaserade kalkyler och en för journal- och aktdatabaserade kalkyler. Grundstrukturen i programmet/modellen är densamma i bägge varianterna. En viktig skillnad mellan versionerna är dock att den journaldatabaserade kalkylen även arbetar med olika grupperingar av individer baserat på bakgrundsdata – som i denna rapport.

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

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

På detta sätt skapas en bild av resursanvändningen som är kopplad till varje individ i urvalet. Genom sin hierarkiska uppbyggnad kan eventuella förändringar i resursanvändningen, när klienterna fick PO, översättas till kostnader och intäkter för olika aktörer och för olika

⁵ Kalkyl- och Analysmodell för Lokala Aktörers Samverkan

grupperingar av individer. Det övergripande måttet på om PO-insatserna har varit lönsamma eller inte är givetvis viktigt, men för de olika aktörerna är omfördelningar dem emellan minst lika viktiga.

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

7.2 Arbetsprocessen

Arbetet inleddes tillsammans med de personliga ombuden i Västmanland hösten 2005 då vi kom överens om hur studien och datainsamlingen skulle läggas upp. Vi diskuterade och beslutade om

- * vilka **kriterier** som ska gälla för klienterna i studien
- * vilka **variabler** (total cirka 200 st.) som ska registreras
- * vilka **bakgrundsfaktorer** (ålder, kön, närhet till arbetsmarknad etc. totalt ett dussintal faktorer) som ska registreras.

Därefter (kring årsskiftet 2005/06) har de personliga ombuden informerat de utvalda klienterna och frågat om deras medverkan och efter positivt besked från dessa erhållit ett skriftligt sekretessmedgivande som gett ombuden tillstånd att gå genom klienternas alla register, journaler och akter hos berörda myndigheter. Samtliga klienter är för oss utredare helt okända och har, av ombuden, tilldelats ett fingerat namn.

Ombuden har klassificerat alla klienter i de bakgrundsvariabler som gemensamt bestämts. Det är alltså ombudens egna bedömningar som ligger till grund för hur enskilda individer klassificerats.

Vidare har ombuden, med stöd av ett introduktionsbrev från landshövdingen, tagit kontakt med berörda myndigheter och informerat om studien.

Datainsamlingen har skett genom att ombuden våren 2006 besökt samtliga berörda myndigheter och direkt på plats matat in de data som återfunnits i deras register på bärbara datorer. Dessa data har därefter via mail överförts dag för dag till vår databas.

Under denna tid har vi vid ett antal tillfällen genomfört workshops (totalt sett 6 tillfällen om vardera en hel eller halv dag) med samtliga ombud i länet där studiens metod, uppläggning och resultat diskuterats. Resultat och rapporten i sin helhet har i preliminär form diskuterats med ombuden innan den presenterats för våra uppdragsgivare.

8. MÅLGRUPP OCH STICKPROV

8.1 Urvalsprocess och bortfall

Då studien planades var vår utgångspunkt att vi ville gå vidare utifrån de metodologiska erfarenheter vi gjort i Skånesstudien. Vi ville också särskilt studera om det uppstod skillnad i effekter beroende på ortens storlek. I Västmanland fanns goda förutsättningar att jämföra den stora staden med den medelstora orten och den mindre orten. Vi var också intresserade av att jämföra om effekterna varierade beroende på tillgång till lokala psykiatriska mottagningar.

Ambitionen att göra ett så kallat stratifierat urval utifrån dessa tre ortstyper föll samman då vi fick klart för oss att det, av skäl som vi tidigare angett, var omöjligt att spåra och/eller få kontakt med alla de klienter som haft ombud sedan verksamheten inleddes i den första projektperioden.

Vi fick då välja en lägre ambitionsnivå som gick ut på att försöka få med alla klienter som dagens ombud skulle kunna spåra upp och som uppfyllde kravet på att vi minst skulle kunna registrera effekter under en 18-månadersperiod efter det att man fått ombud. En första grov bruttointivering gav vid handen att det skulle kunna röra sig om som mest ett trettio-tal klienter. I stort sett samtliga dessa kom antingen från Västerås eller Köping, Arboga och Kungsör.

Detta ledde till ett mödosamt arbete där ombuden försökte hitta och ta kontakt med dessa klienter för att få ett sekretessmedgivande. Man hittade i detta sked ett 25-tal klienter, varav ett antal avböjde medverkan. Det förefaller inte finnas något entydigt mönster kring bortfallet som får oss att tro att utfallet snedvrids i någon särskild riktning.

Datainsamlingen kring dessa kunde inledas våren 2006 men under insamlingsfasen blev det, till följd av en del yttre händelser, ytterligare bortfall. Detta ledde till att det slutgiltiga stickprovet kom att omfatta 17 klienter.

8.2 Svårigheten att komma åt data och det ringa urvalet

En, vid den tidpunkten överraskande, erfarenhet från Skånestudien var att datainsamlingen gick smidigt att genomföra. Så var det inte här. Ombuden stötte på ett antal friktioner. Det introduktionsbrev som sänts till olika ledningar hade inte nått fram till dem som skulle göra data tillgängliga. På vissa håll accepterade man inte direkt de fullmakter som fanns och i något fall begärde man arvodering för att gå genom akterna och godkänna ett utlämnande.

Vi som utredare kontaktades av handläggare från olika delar av landstinget med tydliga brister i sin kunskap om sekretesslagstiftningen, journalagen och innebörden av en skriftlig fullmakt. Man var på vissa håll, utifrån mycket oklara argument, ovillig att lämna ut uppgifter - trots fullmakter.

Till detta kommer problemet med att komma åt data, som ibland tycks vara sorterade i en sorts stuprörssystem. Inom sjukvården förvaras journaler klinikvis. Det innebär att det inte går att söka efter dessa data om man inte på förhand vet var dessa data står att återfinna. I journaltermen tycks ingen aktör ha överblick eller helhetssyn kring klienter – ett fenomen vars effekt återkommer gång på gång. Detta betyder att vi sannolikt har underskattat vårdkostnaderna för dessa klienter.

Dataproblemen har varit som störst inom landsting och minst inom arbetsförmedling och försäkringskassa där samarbetet i princip fungerat lika smidigt som i Skånestudien.

Svårigheterna med att få ett tillräckligt omfattande stickprov och samla in data leder sammantaget till att stickprovet blivit så litet att variationer för några få klienter kan få ett orimligt genomslag för hela gruppen. Detta problem försöker vi tackla på två sätt:

- Genom att använda resultaten från Skånestudien som jämförelse och tolkningshjälp
- Genom att göra känslighetsanalyser i resultatredovisningen

8.3 Något om vårt stickprov

Ombuden gjorde en klassificering av alla klienter efter de bakgrundsvariabler som gemensamt bestämdes i projektstarten. Detta gav följande fördelningar i stickprovet:

- * 5 klienter är från Västerås och 12 klienter är från Köping, Arboga eller Kungsör.
- * Den genomsnittliga kontakttiden (median) mellan klient och ombud uppgår till 22 månader.
- * knappt hälften av klienterna är aktiva och drygt hälften avslutade eller vilande
- * 41 % (7 st.) av klienterna är män, 59 % (10 st.) är kvinnor.
- * Den genomsnittliga klienten är vid tiden för undersökningen cirka 45 år gammal.
- * 15 (88 %) av klienterna är ensamstående medan 2 klienter sammanbor med partner.
- * 29 % av klienterna har minderåriga barn.
- * 63 % av klienterna har en tydlig och entydig diagnos, resterande har en diffus eller föränderlig diagnos.
- * 24 % (4 st.) har dubbeldiagnos med missbruk, 1 person har dubbeldiagnos med annan psykiskt sjukdom och 41 % (7 st.) dubbeldiagnos med somatisk problematik. 30 % (5 st.) av klienterna har ingen dubbeldiagnosproblematik.
- * Knappt 70 % av klienterna har fungerande privata sociala nätverk.
- * 42 % av klienterna står relativt nära arbetsmarknaden.
- * Drygt 53 % av klienterna har, innan man fått ombud, haft omfattande offentliga insatser.
- * För 88 % (eller 15 av 17 st.) av klienterna har de olika insatserna inte synkroniserats eller samordnats innan man får PO.

8.4 Likheter och skillnader med Skånesstudien

Stickprovets klienter är i många avseende påfallande likt Skånestudien stickprov. Detta gäller i synnerhet ålder, kontakttid med ombuden och entydighet i diagnos samt den multipla problematiken. I vissa avseende finns det dock skillnader:

- * en större andel kvinnor som i Västmanland som utifrån Socialstyrelsens databas mer liknar riksgenomsnittet
- * något mindre omfattande personliga sociala nätverk som i Skånestudien uppgick till cirka 80 % av klienterna
- * mindre andel omfattande insatser som i Skånesstudien var 70 % mot 53 % här, men å andra sidan fler icke samordnade insatser där Skånestickprovet uppgick till 65 % mot 88 % här
- * klienterna i detta stickprov ligger närmare arbetsmarknaden (42 %) än de i Skåne där andelen låg omkring 30 %

Då vi väger samman dessa likheter och skillnader mellan denna studie och Skånestudien kan vi inte se att olikheter i stickprovets bakgrundsvariabler skulle kunna utgöra en avgörande grund för skillnader i resultat.

Den klientbild som växer fram är tämligen allsidig och mycket varierande. Det förefaller inte finnas någon slagsida i materialet i förhållande till de bakgrundsfaktorer vi utgått från. Det finns inte heller några uppenbara överraskningar utifrån den kunskap ombuden förmedlat om klienterna eller den kunskap vi själva bär med oss från Skånestudien och andra studier av PO-verksamheten. Utifrån den nationella statistiken om PO-arbetets klienter är överensstämmelsen god utom då det gäller kontakttidens längd där det nationella materialet anger en kontakttid på knappt ett år medan den i vårt urval ligger på en mediantid strax under två år. Om man skulle mejsla fram en typklient ur vårt material ser denne ut på följande vis:

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

8.5 Samband mellan olika bakgrundvariabler – ett genderperspektiv

Trots stickprovets ringa omfattning har vi tagit fram och beskriver nedan sambandet mellan några av de bakgrundsfaktorer som finns i stickprovet. Vi har fokuserat på skillnaderna mellan män och kvinnor eftersom vi funnit dessa skillnader mest tydliga.

Närheten till arbetsmarknaden är betydligt större för männen än för kvinnorna, något som vi känner igen från Skånestudien där männens mönster var ännu mer avvikande än här. Nästan två tredjedelar av de manliga klienterna har enligt ombuden någon form av närhet till arbetsmarknaden.

Tabell 8.1; Samband mellan kön och närhet till arbetsmarknad

| | Nära | Långt från | Summa |
|--------|------|------------|-------|
| Man | 57 | 43 | 100 |
| Kvinna | 40 | 60 | 100 |
| Summa | 47 | 53 | 100 |

Man brukar ibland säga att tillgång till vård är beroende av kön. Yttrar sig detta i denna studie som att män och kvinnor har olika tillgång till personligt ombud genom att kontaktintensiteten varierar? I tabellen nedan ser vi att kvinnor tenderar att ha en mer intensiv kontakt än männen – 90 % har kontakt varje dag eller minst en gång per vecka, där motsvarande siffra för männen är 71% och ingen man har daglig kontakt med sitt ombud.

Tabell 8.2 Procentuellt samband mellan kön och kontaktintensitet

| | Daglig | Minst 1/Vecka | Minst 2/Månad | < 2 /Månad | Summa |
|--------|--------|------------------|------------------|------------|-------|
| Man | 0 | 71 | 15 | 14 | 100 |
| Kvinna | 30 | 60 | 10 | 0 | 100 |
| Summa | 18 | 65 | 11 | 6 | 100 |

Om vi studerar entydigheten i diagnos i förhållande till kön blir skillnaderna stora. Män har i 86 % av fallen en entydig eller stabil diagnos medan kvinnorna har det i 50 % av fallen. I övrigt har kvinnorna många, varierande eller ingen diagnos alls.

Tabell 8.3: Procentuellt samband mellan entydighet i diagnos och kön

| | Entydig/Stabil | Många/Variande | Ingen diagnos | Summa |
|--------|----------------|----------------|---------------|-------|
| Man | 86 | 0 | 14 | 100 |
| Kvinna | 50 | 30 | 20 | 100 |
| Summa | 65 | 18 | 17 | 100 |

Även kring multiproblematik framträder en intressant bild. Drygt 40 % av männen har ingen multiproblematik alls och ungefär lika många män har ett utvecklats missbruk tillsammans med den psykiska sjukdomen. Kvinnorna å sin sida har till 80 % en multiproblematik - främst en komplex somatisk problematik tillsammans med den psykiska sjukdomen

Tabell 8.4: Procentuellt samband mellan multiproblematik och kön

| | Ingen dubbeldiagnos | Dubbeldiagnos missbruk | Dubbeldiagnos psyk | Dubbeldiagnos somatik | Summa |
|--------|------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------|-------|
| Man | 43 | 43 | 14 | 0 | 100 |
| Kvinna | 20 | 10 | 0 | 70 | 100 |
| Summa | 29 | 24 | 6 | 41 | 100 |

Ombuden har bedömt att cirka hälften av stickprovet har haft omfattande insatser innan de fick kontakt med PO. Även här är könsskillnaderna påtagliga. Männen har endast i 43 % av fallen omfattande insatser medan motsvarande siffra för kvinnorna är 60 %. Detta kan möjligtvis ha sin förklaring i kvinnornas större andel av multiproblematik och de varierande och diffusa diagnoserna

Tabell 8.5: Procentuellt samband mellan insatsernas omfattning och kön

| | Omfattande innan PO | Ej omfattande innan PO | Summa |
|--------|---------------------|------------------------|-------|
| Man | 43 | 57 | 100 |
| Kvinna | 60 | 40 | 100 |
| Summa | 53 | 47 | 100 |

Sammanfattningsvis föreligger det betydande skillnader mellan män och kvinnor i vårt stickprov. Kvinnorna har mer omfattande insatser än männen, har en mer multifaktoriell problematik, mer diffusa diagnoser, får tillgång till mer PO-tid och ligger längre bort från arbetsmarknaden än männen.

Männen har en mer entydig problematik, mindre multiproblematik och i så fall i regel missbruk tillsammans med den psykiska sjukdomen, har mindre PO-kontakt och ligger närmare arbetsmarknaden än kvinnorna.

Dessa skillnader avspeglas i de ekonomiska effekterna båda innan och efter det att man fått tillgång till personligt ombud

9. UTVECKLING AV SLUTENVÅRDEN – EN BAKGRUNDSVARIABEL AV BETYDELSE

9.1 Vårdkostnadernas utveckling i Skåne och Västmanland

Slutenvårdskonsumtionen inom psykiatrin var den enskilda variabel som hade störst genomslag i Skånestudien. I diskussionerna med ett antal referensgrupper kring resultaten från den studien framfördes att reduktionen i slutenvårdskonsumtion inte hade så mycket med PO att göra utan mer var ett externt förlopp. Inför denna studie ville vi därför studera om det föreligger några systematiska externa skillnader just i slutenvårdskonsumtionen som slår över i skillnad mellan regionerna eller tidpunkterna för studiernas genomförande.

De senaste 20 åren har personer i slutenvård med psykiatrisk diagnos enligt Socialstyrelsens databaser minskat stadigt. Män i slutenvård har minskat med närmare 40 % och kvinnor med närmare 30 % mellan 1987 och 2003. För samtliga ligger den genomsnittliga årliga minskningen på drygt 2 %. Man kan inte se någon accelererande utveckling över tiden på riksnivån.

Socialstyrelsens publicerade statistik på länsnivå går enbart tillbaka till 1998. Här ges det emellertid fler indelningsgrunder. Antalet vårdtillfällen i slutenvård med psykiatrisk diagnos per 100 000 personer för åren 1998-2004 har utvecklats mer dramatiskt såväl i Skåne som i Västmanland jämfört med riket. De ligger dessutom aningen före riksgenomsnittet, dvs. nedskärningarna av antalet slutenvårdsplatser har börjat tidigare (cirka två till tre år) än för riket i helhet.

I Skåne har antalet vårdtillfällen per 100 000 personer minskat med närmare 30 % under de 6 åren, medan Västmanland som hade en snabbare reduktion under första delen av perioden vände uppåt och stannade vid en minskning på ca 20 % över hela perioden.

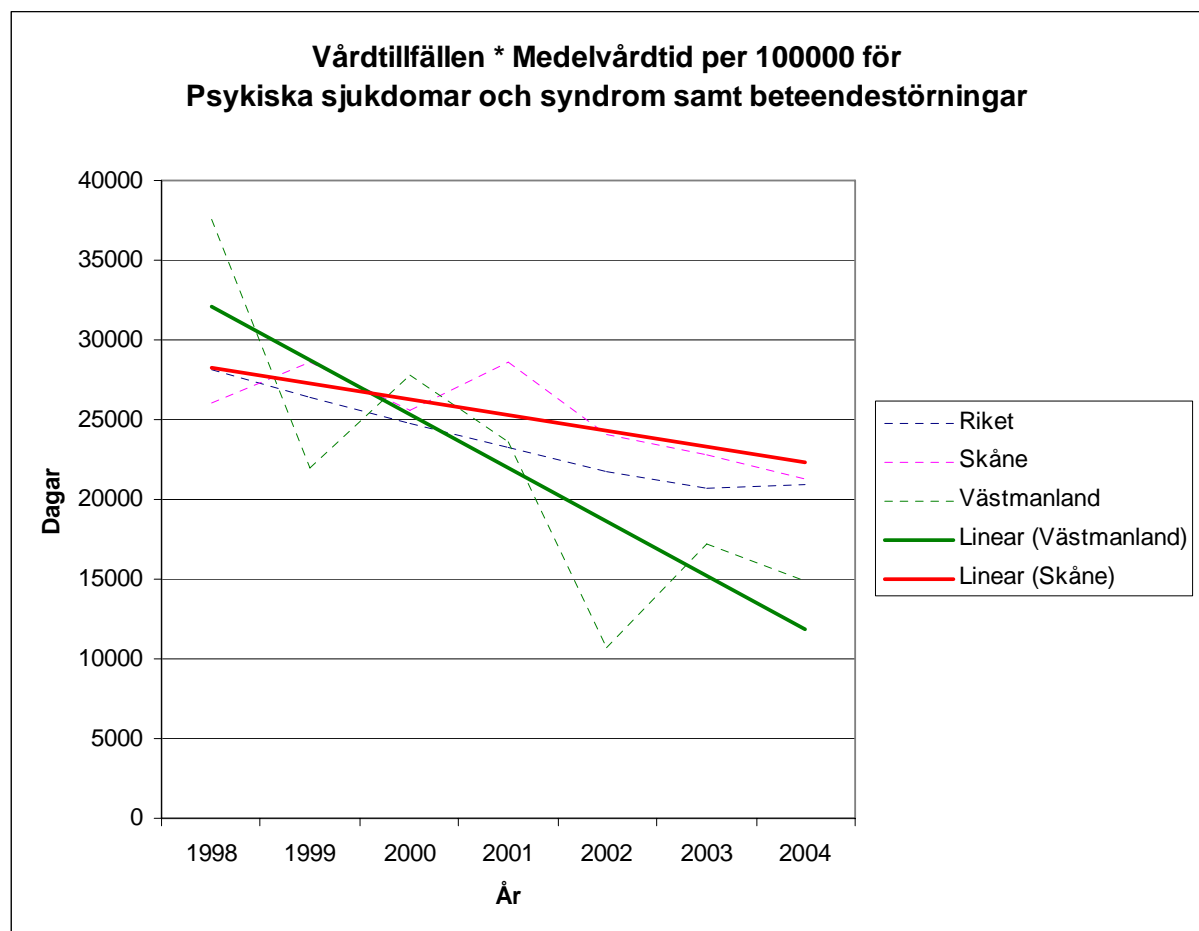
Antalet vårdtillfällen minskar alltså kraftigare både i Västmanland och i Skåne under denna period. För att få en bild av den totala slutenvårdskonsumtionen i antalet vårddygn under denna period måste man fråga sig om även vårdtiden för de klienter som blir kvar har förändrats.

Om detta återspeglas i medelvårdtiden per vårdtillfälle mellan 1998-2004 så skiljer sig Skåne och Västmanland återigen från riksgenomsnittet. Skåne har en stigande medelvårdtid medan Västmanland har en medelvårdtid som faller mer än rikets. I Västmanland har medelvårdtiden fallit med närmare 50 % mellan 1998 och 2004. I Skåne har den stigit med närmare 15 % under perioden.

Om man kombinerar antalet vårdtillfällen med medelvårdtiden så får man något som skulle kunna kallas vårdtid per 100 000 personer. Detta har vi gjort i diagrammet nedan. Här finns även trender inlagda för Skåne och Västmanland.

Här kan vi konstatera att slutenvårdskonsumtionen i Västmanland har gått ned under de år som vi studerar i PO-projektet och att trenden är ganska dramatisk jämfört med utvecklingen i Skåne och Riket. Skillnaderna mellan regioner är att Skåne vårdar färre men längre.

Diagram 9.1: Vårdtid per 100.000 invånare för personer med psykiatrisk diagnos



9.2 Psykiatrins kostnader för PO-klienterna i Skåne och Västmanland

Diagrammet visar att, under denna sexårsperiod, faller slutenvårdskonsumtionen i Skåne mindre än för riket i genomsnitt och ligger i slutet av denna period på cirka 22 500 dagar per 100 000 invånare. Man vårdar således färre patienter men under längre tid. Under samma period faller slutenvårdskonsumtionen i Västmanland till under 12 000 dagar per 100 000 invånare, eller cirka halva nivån mot Skåne. Man vårdar allt färre patienter allt kortare tid. Detta väcker två intressanta frågor; vad beror dessa skillnader på och vilka konsekvenser leder de till?

Den första frågan ligger utanför denna studie. Den andra frågan blir däremot i högsta grad intressant att få besvarad i det statistiska materialet. Om vi utgår från att andelen personer med psykiatriska sjukdomar per 100 000 invånare är någorlunda likartade i de två länen så kan denna skillnad leda till några tänkbara alternativ i förhållande till t.ex. Skånesstudien:

- * större andel insatser i öppenvård och primärvård
- * större andel farmakologiska insatser
- * större andel insatser från kommunerna
- * lägre ambitioner i vården av personer med psykiatriska diagnoser

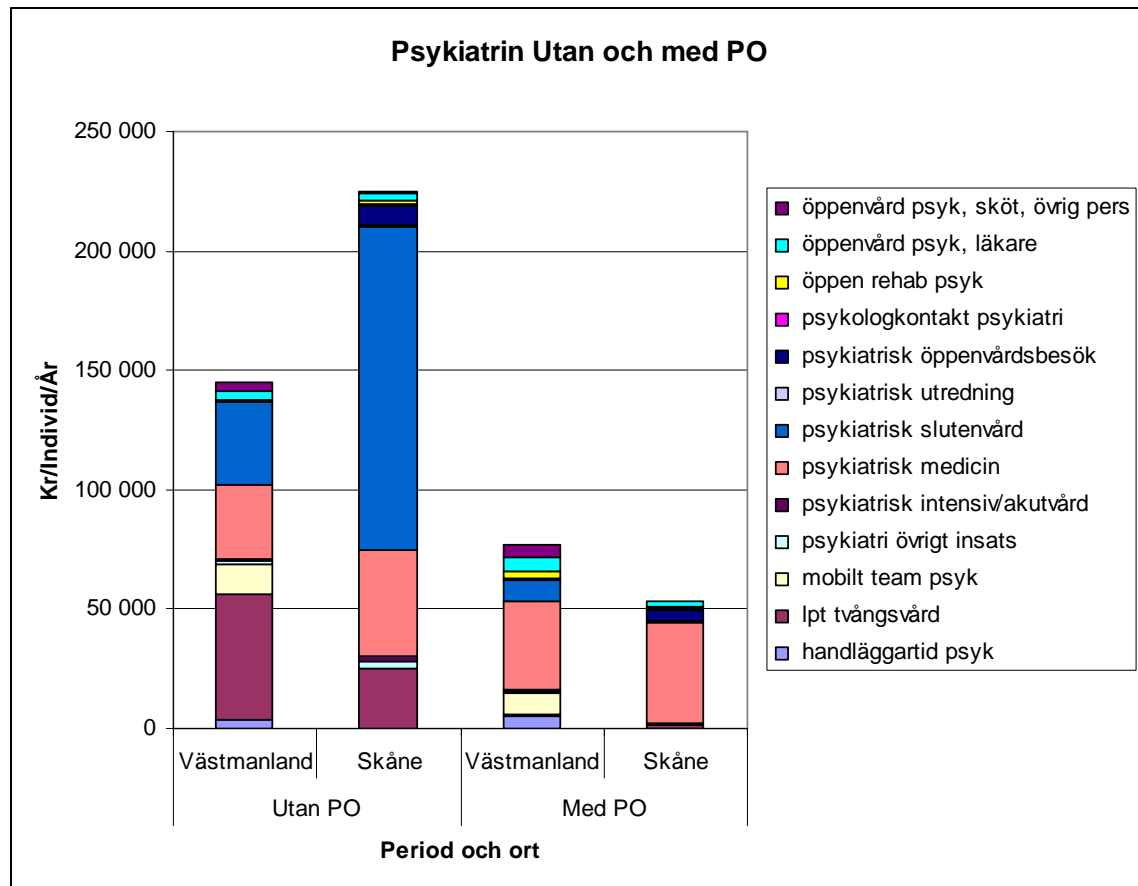
I denna studie har vi fått en bild av hur läget ser ut för klienterna i stickprovet. Vad som emellertid vore än intressantare är att studera hur effekterna av detta slår för hela gruppen av psykiskt sjuka i länet och inte bara PO-målgruppen eller det stickprov som här studeras.

För vår studie har denna stora skillnad mellan länen sannolikt lett till betydande skillnader i ombudens arbete. I Skåne var det ganska lätt att få slutenvård under undersökningsperioden. PO-rollen handlade om att få samordning av insatserna och bidra till att få ut klienter från institutioner och in i samhället, en förstärkning av normaliseringsproceduren.

I Västmanland beskriver ombuden snarare sin centrala roll som att stödja klienten i att få den vård man har behov av utifrån sin lagliga rätt. Rollen som ombud fungerar då som en murbräcka in i psykiatrin. Ett förhållande som i stort sett samtliga ombud i Västmanland bekräftar under tiden som vi genomför denna studie. Detta förhållande leder till betydande konsekvenser för de ekonomiska effekterna av PO-arbetet.

I nedanstående diagram jämför vi psykiatrins kostnader (per klient och år) för stickprovet ur PO-målgruppen innan och efter det att man erhållit PO.

Diagram 9.2 Psykiatrins kostnader per PO-klient i Skåne och Västmanland med och utan PO



Ur diagrammet kan vi utläsa några saker

- * psykiatrins kostnader för denna målgrupp är betydligt högre i Skåne än i Västmanland innan man erhåller PO (225 000 kronor per år i jämförelse med 145 000 kronor per år)
- * slutenvårdens kostnader i Skåne är nästan fyra gånger större än i Västmanland (135 000 kronor per år i jämförelse med 34.000 kronor per år)
- * slutenvårdens andel av de totala kostnaderna uppgår i Skåne till 60 % mot 24 % i Västmanland
- * kostnaderna för LPT är mer än dubbelt så stor i Västmanland som i Skåne (53 000 kronor per år i jämförelse med 25 000 kronor per år)
- * både i Skåne och Västmanland faller kostnaderna dramatisk inom psykiatrin då man erhåller PO. Denna minskning är mer dramatisk i Skåne, inte minst till följd av den stora slutenvårdsreduktionen
- * i båda länen har den psykiatriska tvångsvården (LPT) kraftigt reducerats då man erhållit personligt ombud. I Västmanland har den praktiskt taget utplånats (från 53 000 kronor per klient och år till cirka 700 kronor per klient och år)

10. DISKUSSION AV RESULTAT

10.1 Likheter och skillnader mellan denna studie och Skånestudien

10.1.1 Likheter

Likheterna mellan resultatet i denna studie och Skånestudien är bl.a. följande

- * nivån på samhällskostnaderna är i huvudsak lika, liksom det förhållandet att landstinget är den dominerande kostnadsbäraren innan PO och intäktsbärare med PO
- * kostnadernas trendmässiga utveckling (de växer över tid) är mycket likartad
- * i båda fallen får vi både ett kostnadsfall och ett trendbrott efter det att man får ombud. Vi får en vikande kostnadskurva efter ombudets inträde
- * det sker en omfördelning av kostnader mellan olika aktörer då ombuden kommer in i bilden
- * landstinget (i all synnerhet psykiatrin) är i båda fallen tydliga vinnare och kommuner och försäkringskassa tydliga förlorare på kort sikt

10.1.2 Skillnader

Det finns också ett antal skillnader

- * vi gör studien i Skåne med en mätperiod kring mitten av 1990-talet. I Västmanland görs studien med en mätperiod som ligger nästan 10 år senare. Förmodligen har en antal yttre faktorer (t.ex. förändringen av slutenvården) förändrats vilket kan påverka resultaten
- * i Västmanland har både primärvården och kommunen en betydligt större roll än i Skåne, både innan och efter det att ombuden kommer in i bilden
- * arbetsmarknadsmyndigheterna ser ut att ha en helt annan, och mera aktiv, roll i Västmanland
- * vi har en mycket kortare mätperiod i Västmanland efter det att man fått ombud, vilket ger en koncentration av resultaten kring det vi kallar investeringspuckeln efter det att man får ombud
- * vi kan se att landstingskostnaderna i Västmanland fortsätter att trendmässigt öka efter det att man fått ombud. Även om det sker på en lägre nivå och med en långsammare ökningstakt än innan ombudet kommer in i bilden
- * vi ser i Västmanland en tydlig skillnad i mönster mellan könen både då det gäller problembildens utseende för klienten och effekterna av ombudens arbete

10.2 Ombudens roll och effektivitetsproblemet

Då det gäller ombudens inverkan på kostnader och effektivitet tycker vi oss se vissa saker

- * generellt ser det ut om att ombuden höjer träffsäkerheten i insatser för klienten. Man bidrar till att klienten får rätt insatser
- * i regel leder detta till att kostnaderna för klienten faller vilket på sikt leder till betydande ekonomiska vinster, samtidigt som klienten (utifrån sexårsstudien resultat mår betydligt bättre)
- * därmed skulle man kunna säga att ombuden bidrar till att höja effektiviteten i de offentliga insatserna
- * för vissa klienter stiger kostnaderna genom att ombuden ser till att klienterna får insatser utifrån sina behov och sin lagliga rätt. I denna studie gäller detta i första hand klienter långt från arbetsmarknaden med en komplex, sammansatt, diffus problematik och där insatserna inte samordnas. Kvinnorna är starkt överrepresenterade i denna grupp
- * för vissa klienter faller kostnaderna genom att ombuden kan bidra till att insatserna bättre matchar behov vilket kan leda till att klienterna får en högre funktionsförmåga. De återgår i högre grad till arbete och har mindre vårdbehov. Detta gäller i högre grad klienter nära arbetsmarknaden med en tydlig diagnos och utan multiproblematik. Männerna är starkt överrepresenterade i denna grupp.

10.3 Ombudens roll och rättighetsproblemet

En av ombudens centrala roller är att stödja klienten så att denne får sina behov tillgodosedda utifrån sin lagliga rätt

- * ombudens roll förefaller i detta avseende vara särskilt viktig för klienter med en diffus och komplex problematik. Man kan ana att just denna typ av klienter i mindre omfattning än andra grupper får sina behov tillgodosedda
- * det förefaller vara ett tydligt könsperspektiv kring denna fråga. Man kan tolka det som att kvinnorna i stickprovet, innan ombuden kommer in i bilden, är särskilt missgynnade och att ombuden därmed är särskilt viktiga för dessa klienter

10.4 Ombudens roll och samordningsproblemet

En annan central uppgift för ombuden är att bidra till samordningen av insatser kring klienten.

- * denna roll är särskilt viktig för klienter med en komplex eller sammansatt problematik (71 % av vårt stickprov)
- * eftersom 88 % av klienterna i stickprovet innan ombuden kommer in i bilden saknar samordning av insatserna, förefaller ombudens uppgift ur detta perspektiv vara särskilt viktig i Västmanland

11. FRÅGOR DENNA STUDIE VÄCKT

Vi har i allt väsentlig i denna studie fokuserat på att beskriva vad som händer med kostnaderna kring de berörda PO-klienterna. Vi har så långt som möjligt avstått från att spekulera över varför vissa mekanismer uppstår och vad man skulle kunna lära av detta. Eftersom vi i andra sammanhang har haft, och fortfarande har, ett stort antal uppdrag som berör denna målgrupp är det naturligtvis oundvikligt att sådana tankar väcks. Vi väljer här att formulera dessa frågor som ett antal frågeställningar värda att fundera över - i all synnerhet för de som har ett chefs-, budget- eller behandlingsansvar för denna målgrupp.

11.1.1 Fördelning av kostnader

- * varför ser slutenvårdskonsumtionens inom psykiatrin och psykiatrins kostnadsbild så annorlunda ut i Västmanland i förhållande till Skåne och riket i sin helhet?
- * är skillnaden i kostnadernas fördelning mellan psykiatri och primärvård i Västmanland i förhållande till Skåne medvetet vald eller är den en följd av slumpmässiga faktorer?
- * varför är kommunens kostnader för målgruppen så mycket högre än i Skåne? Beror det på att man mera entydigt har fullföljt psykiatrireformens intentioner eller beror det på effekterna av en icke avsedd kostnadsövertvålning från landstingets sida?
- * är arbetsmarknadsverkets (i förhållande till Skånesstudien) stora insatser ett resultat av en medveten satsning eller en följd av slumpmässiga faktorer?

11.1.2 Kostnadernas utveckling

- * varför är kostnaderna inom psykiatrin för denna målgrupp så starkt trendmässigt växande innan man får personligt ombud? Vilka är de kostnadsdrivande faktorerna?
- * varför fortsätter kostnaderna, efter en inledande reduktion, att stiga trendmässigt, även efter det att man erhållit ombud?
- * varför faller kostnaderna samtidigt inom kommunen?

11.1.3 Effekterna av PO

- * hur uppstår det fall och det trendbrott i kostnader som inträffar då klienten får ombud? Vad beror detta på?
- * varför är PO-arbetets effekter så olika för klienter med olika bakgrund (kön, multiproblematik)?
- * varför uppstår en kostnadsomfördelning mellan olika aktörer?

11.2 Idéer om framtida metod- och kunskapsbehov

- * finns studiens mönster hos andra klienter med psykiatrisk problematik? Vad betyder det i så fall för den långsiktiga samverkan mellan t.ex. kommun och landsting?
- * en fråga som höggradigt förbryllat oss är kostnadernas trendmässiga utveckling för dessa klienter, främst inom landstinget. En fråga som ingen idag tycks ha ett entydigt svar på, men som både av mänskliga och ekonomiska skäl vore väl värd att utforska. Beror det på att klienterna blir sjukare, mer ”systemhospitaliserade” (dvs. vårdberoende), blir bättre på att formulera krav utifrån sina behov eller organisatoriska ineffektiviteter inom landstinget?
- * kan man prata om omedveten/slumpmässig/spontan övervältring av kostnader från psykiatrin mot andra aktörer eller är detta planmässigt och ett led i en ny samverkansform?
- * hur möjligt är det att använda sig av ”metoden PO” för att arbeta med andra målgrupper som är utsatta och har en komplex problematik – det verkar ju bli både bättre och billigare
- * kan man använda sig ytterligare av idén om att betrakta rehabiliteringsinsatser som ett långsiktigt (men lönsamt) investeringsproblem i stället för ett kortsiktigt kostnadsproblem?
- * kan man använda sig av denna metod för att skapa samverkanslösningar kring andra målgrupper (en metod att fördela vinster och förluster kring samverkan) t.ex. missbruk, den neuropsykiatriska målgruppen, långtidsarbetslösa, långtidssjukskrivna, överviktiga, diffusa rygg-nackdiagnoser etc.
- * kan man använda sig av samverkansförbund och/eller samverkansboksut för att öka samverkansmöjligheterna i länet

12. REFERENSER OCH LITTERATURHÄNVISNINGAR

12.1 Psykiatrireformen samt personligt ombud

Socialstyrelsens meddelandeblad 14/2000

Teser och tips för PO, Socialstyrelsen, 2002

Christian & Helge – PO-verksamheten i Kristianstad, Socialstyrelsen, 2002

Mål och metoder – att arbeta som PO, Socialstyrelsen, 2003

Dialog och delaktighet – att vara ledning för PO-verksamheten (manusversion)

12.2 Analys av samverkan, samhällsekonomi och rehabilitering

12.2.1 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, mfl (2000) Samhällsekonomiska effekter vid rehabilitering – Vem vinner på rehabilitering i samverkan?, Samverkan inom rehabiliteringsområdet 2000:11, Stockholm

Socialstyrelsen, skolverket & Folkhälsoinstitutet, Tänk långsiktigt, 2004

12.2.2 Egna studier inom detta fält

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, Strategi för samverkan'

Nilsson & Wadeskog, 1979, SEE & Statens Ungdomsråd, Det blir för dyrt – en studie av missbrukets samhällsekonomiska kostnader

Nilsson & Wadeskog, 1998, SEE, 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, SEE, Barn och samhällsekonomi, ett socialt investeringsperspektiv

Nilsson & Wadeskog, 2005, SEE, Resten av bilden – socioekonomiska bokslut som en metod att värdera sociala företag

Nilsson & Wadeskog, 2006, Socialstyrelsen & SEE, Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheten med personligt ombud

Nilsson & Wadeskog, 2006, SEE, Socioekonomiska bokslut för Vägen Ut och Basta

12.3 Statistik från Socialstyrelsen

Hälsa och sjukdomar 2005:1, Sjukdomar i slutenvård 1987-2003, Socialstyrelsen, 2005

<http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/>, Diagnoser i slutenvård

12.4 Samhällsekonomisk analys

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

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

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

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

Honley, N. and C. L. Spash (1993). Cost-benefit analysis and the environment. Cheltenham: Edward Elgar.

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

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

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

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

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

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

Ingår i Länsstyrelsen rapportserie
ISSN 0284 - 8813

Har du frågor, önskar fler exemplar m m, kontakta
Länsstyrelsen i Västmanlands län, 721 86 Västerås
Tel 021-19 50 00 | Fax 021-19 51 35 | E-post lansstyrelsen@u.lst.se
www.vastmanland.lst.se