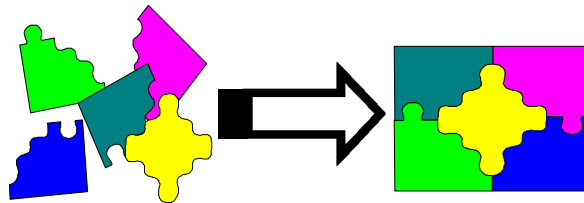


VÅRDKEDJOR, PSYKIATRIREFORMEN OCH EKONOMI

fallet Södertälje

slutrapport

utgåva 1.1



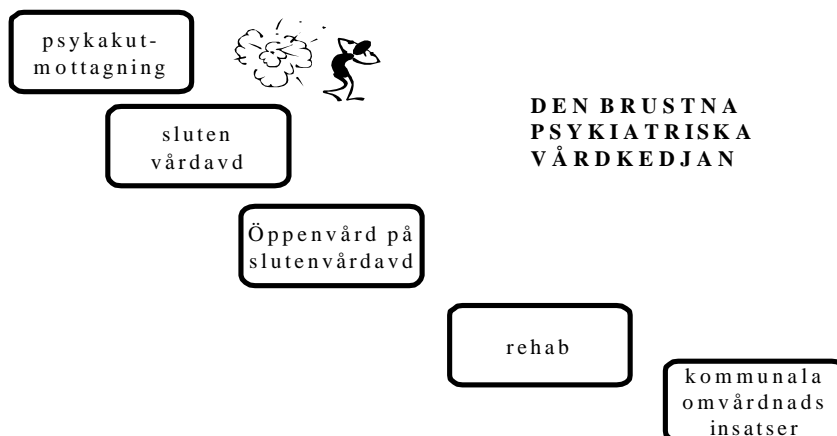
Ingvar Nilsson & Anders Wadeskog/SEE

1998-06-15

1. INLEDNING

1.1 Den brustna vårdkedjan

Vi talar ofta om att vården ska optimeras genom att de olika delarna i vårdkedjan som gäller långtidssjuka med funktionsnedsättning ska gripa in i varandra och göra sina insatser där de är som mest effektiva. Man tänker sig vården som en logiskt och konsekvent uppbyggd vårdkedja. Låt oss som ett exempel illustrera med psykiatin. Innan psykiatrireformens genomförande tänkte man sig att vårdkedjan i den bästa av världar skulle se ut ungefär så här



Men så här fungerade det inte alltid i verkligheten. Det fungerade uppriktigt sagt nästan aldrig på det viset. Tvärtom, patienten ramlade ständigt mellan stolarna och detta var ett av skälen till psykiatrireformens genomförande. På varje nivå fanns det rikliga incitament, framförallt av ekonomisk natur, att inte agera på ett för helheten effektivt eller optimalt vis.

- * patienten ramlade mellan olika stolar genom att gränserna för vårdaktörernas ansvar var oklara
- * man spelade svarte-petter med vårdkostnader och försökte i mesta möjliga mån göra sig av med ekonomiskt och emotionellt "olönsamma" personer
- * man hade helt olika perspektiv och synsätt kring sjukdomar och klienten
- * vården fokuserades på den enskildes sjuka sida (klienten psykiatriserades) i stället för att den friska sidan lyftes fram

- * vården betonade den professionella rollen i vårdarbetet och de sociala nätverken kring patienten nedtonades
- * som en följd av detta bedrev man ofta vård i mer vårdkrävande former än vad som var nödvändigt och man ställdes inför upprepade situationer av återinsjuknanden som kanske skulle kunnat undvikas

Sammanfattningsvis en dyr och inte alltid särskilt effektiv eller human vårdmodell. En kärna i problemet utgjordes sannolikt av **bristande samverkan**.

1.2 Problemet i stort

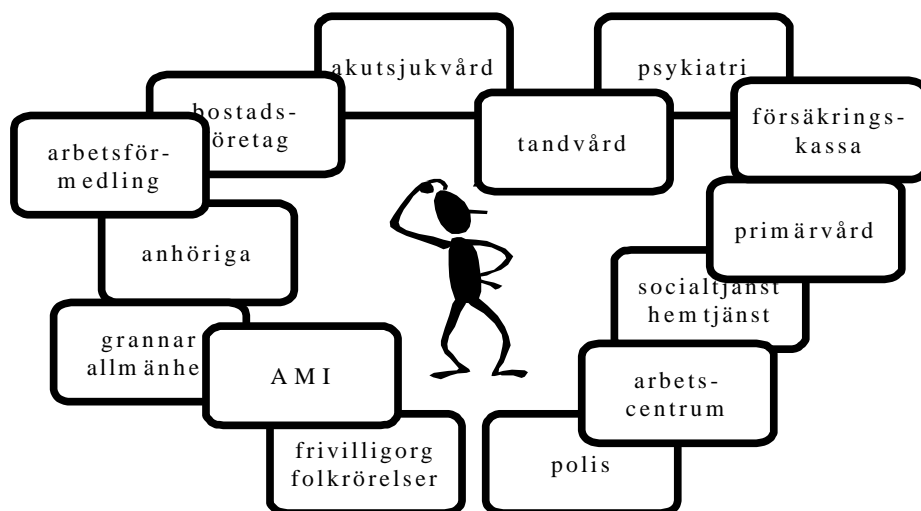
För psykiskt sjuka är behovet av samverkan särskilt tydligt. Deras vårdproblematik omfattar många olika aktörer. Problemet beror på ett antal mekanismer som tillspetsat ser ut på följande vis;

- * varje aktör utgår från den **egna sektorns perspektiv** och ser inte eller saknar kunskap om helheten
- * varje aktör strävar efter att uppfylla **sina verksamhetsmål** och negligerar vilka konsekvenser detta skapar för andra aktörer
- * varje aktör agerar **kortsiktigt** eftersom de ekonomiska målen (vilket är de mål som reallt sett styr de flesta chefer) är kortsiktiga. Ingen, eller i varje fall ytterst få aktörer tänker på rehabilitering i investeringstermer

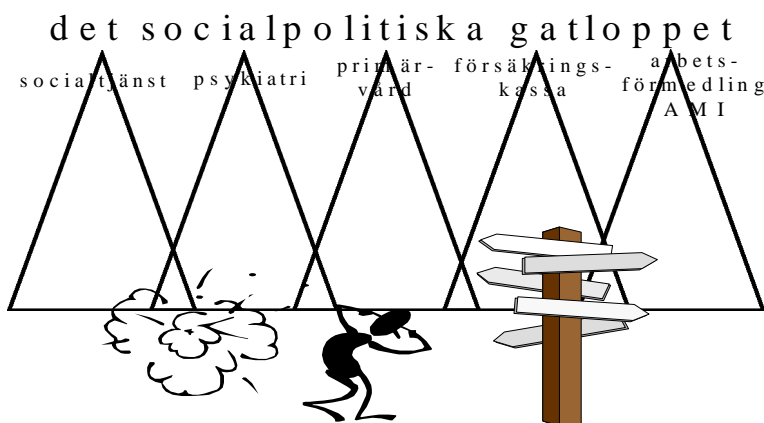
Konsekvensen blir sannolikt onödigt dyr och onödigt ineffektiv vård

1.3 Aktörerna kring de psykiskt handikappade

Ett skäl till detta är att antalet aktörer kring och antalet perspektiv på psykiskt sjuka är mycket stort. Vi kan identifiera ett helt knippe av aktörer vars intressefokus borde skära varandra på individnivå. En väv av intressenter som borde kunna enas kring en syn på psykiskt sjuka som både borde kunde vara den enskilde och samhället till nytta



Ser vi på bilden av psykiskt sjuka så anar vi behovet av ett "integrerat produktionssystem av nätverksnatur" som tar sin utgångspunkt i begreppet "patienten i centrum". Behovet av samordning och ett gemensamt synsätt var mycket stort. Så var inte fallet före psykiatrireformen. Tvärtom såg bilden ofta ut på följande vis



Patienten hanterades i ett system uppbyggt av (minst) fyra-fem parallella hierarkiska organisationer i vilken han eller hon löper ett sorts gatlopp. I denna struktur finns det få strukturella incitament till samverkan. Organisationsform och incitament snarare motverkar än stödjer en nätverksmodell.

1.4 Exempel på olika samverkansglapp och deras konsekvenser

Samverkan mellan vårdaktörerna fungerade alltså långt ifrån alltid särskilt bra. Det fanns mängder av samverkansglapp mellan de olika aktörerna

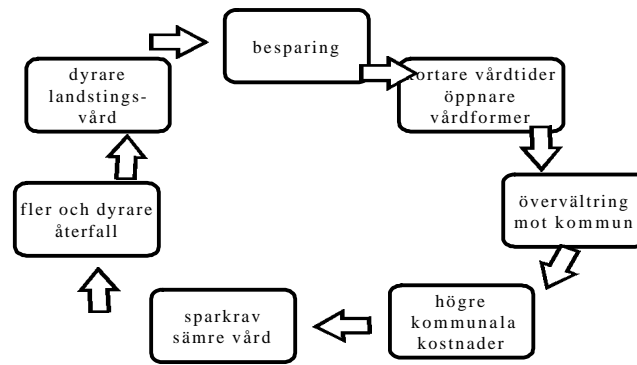
- * tidiga och oförberedda hemgångar som skapar återfall och förvärrade sjukdomstillståndet både på kort och lång sikt
- * kampen om det rätta perspektivet på psykiska sjukdomar
- * övervältringar mot öppna vårdformer trots att mottagande organisation och patient med familj inte är mogen för detta
- * bristande samordning kring rehabiliteringsinsatser t.ex. beträffande sysselsättning vilket ledde till svårigheter att motivera patienten, i värsta fall spolieades ett meningsfullt patientarbete

I många sammanhang var man för frisk för att få ordentlig vård och för sjuk för att kunna få arbete. En vårdkedjans moment-22 situation

Låt oss se på följande tänkbara förlopp. Landstingets vårdproducenter (här psykiatrin) utsätts för sparkrav. Detta leder till att man får en utveckling mot öppnare vårdformer och kortare vårdtider. Patienten skrivs ut från de slutna vårdformerna utan att man i den kommunala sektorn har en beredskap att ta emot denne. Detta innebär både bristande vård till följd av dålig handlingsberedskap i kommunen och högre kommunala vårdkostnader (det är här kampen om begreppet medicinskt färdigbehandlad kommer in).

Den kommunala sektorn har redan tidigare och får som en följd av det ökade vårdbehovet ytterligare brist på pengar och tvingas spara varför omhändertagandedelen och aktiveringsdelen inte blir tillräckligt omfattande eller tillräckligt bra, vilket leder till att patienter återförs akut till landstinget men på en dyrare vårdnivå, vilket leder till att besparingskraven ökar för landstinget med ytterligare övervältring på öppna vårdformer vilket leder till ytterligare belastning på kommunen vilket i sin tur, osv....¹ Vi får en ond cirkel. Förloppet illustreras i följande figur

1) Vi ber läsaren att observera att vi på intet sätt argumenterar mot öppnare vårdformer, tvärtom är vi anhängare av en sådan modell. De har många fördelar både för vården och patienten. Vad vi argumenterar kring är då detta sker utan samverkan mellan aktörerna



Samarbetet kring patienten har omvandlats **till konkurrensens och övertvåltringens onda självförstärkande cirkel**. Detta trots att varje enskild aktör agerar helt logisk och utifrån de incitament och uppdrag man har.

1.5 Syftet med denna studie

Tanken med denna studie är att i form av två olika “case” studera samverkans och övertvåltringens ekonomiska konsekvenser och i viss mån belysa vad detta betyder för möjligheterna att på sikt ge god vård. Det ena fallet vi kommer att studera är **verksamheten som om psykiatrireformen inte genomförts och ställa detta mot en genomförd psykiatrireform**.

Syftet med studien är i första hand att påvisa **de förvaltnings- och myndighetsövergripande ekonomiska effekterna av psykiatrireformen** och det speciella arbetssätt som **Södertäljemodellen** innebär för kommunen och landstinget. Vi vill illustrera kostnadsomfördelning mellan dessa båda aktörer samt mellan dessa två aktörer och övriga samhällsaktörer samt för samhället i stort.

Men syftet kan också sägas vara att medvetandegöra och skapa insikt hos all personal om dessa kostnadsbilder och hur de kan slå i den dagliga verksamheten för att därmed höja kostnadsmedvetenheten

Vi är alltså ute efter att studera

- * vilka effekter psykiatrireformen har haft för patienterna
- * vilka kostnader och intäkter i förhållande till situationen före psykiatrireformen som detta leder till
- * hur dessa kostnader fördelas över tid och mellan olika aktörer – kan man spåra vinnare och förlorare i processen, kan man därmed skilja mellan kortsiktiga och långsiktiga effekter

1.6 Att använda våra resultat - en vädjan

Våra slutsatser av studien är på sätt och vis tämligen dramatiska². De pekar på hur omfattande insatserna och kostnaderna är för denna typ av sjukdomstillstånd, de pekar på fördelning av kostnaderna mellan kommun och landsting och de pekar på tänkbara övervältringseffekter mellan olika aktörer. Men de pekar också på tämligen omfattande besparingsmöjligheter som inte går ut över vårdkvalitet. Tvärtom, mycket talar för att det kring denna typ av sjukdomsbilder finns lösningar som **blir billigare och bättre för samtliga aktörer. Ett klassisk fall av vinna-vinna lösning**

Man skulle med detta som grund nu på traditionellt sätt kunna slå varandra i huvudet i en debatt kring övervältringens vinnare och förlorare och häva ur sig ett "typisk landstinget"-resonemang. Vi tror att detta är ett oklokt sätt att använda resultaten. Av flera olika skäl. Det första är att **det empiriska underlaget är tämligen begränsat**. Det är beroendet av två speciella fall. Representativa fall tror vi visserligen, men dock bara två. Djupare analys kan ge något annorlunda svar, även om vi inte tror att mönstret i stort kommer att förändras. Det andra skälet är att kring just denna målgrupp råkar det vara kommunen som är förlorare. **Kring andra behovsgrupper verkar förmodligen övervältringsmekanismen åt andra hållet**, t.ex. missbrukare och kanske utsatta barn. Vi är alla förmodligen lika goda kålsupare.

Men det tredje skälet att inte slå varandra i huvudet är det viktigaste - **det leder ingenstans**. Vad vi identifierat är möjligheten av en vinna-vinna situation. En omfördelning av resurser och en förändring av aktörernas incitament skulle förmodligen alla tjäna på, särskilt på längre sikt än ett år. Men detta förutsätter samverkan och samverkan förutsätter vänskapliga relationer och förtroende. Då blir ju den verkligt intressanta frågan; **hur ska vi gemensamt kunna hämta hem den potentiella vinst som kanske står att finna?**

Vi hoppas att det är med denna konstruktiva inställning vår rapport kommer att läsas.

2) på ett annat vis är slutsatserna tämligen triviala. De stödjer det som de flesta som arbetar med denna typ av patienter redan intuitivt kommit fram till på egen hand.

2. METOD OCH ANSATS

2.1 Scenariometodiken

Vi använder oss här av den s.k. scenariotekniken som metod. I det här fallet individuella scenarios för ett par olika individer. Den innebär att man bygger upp en syntetisk fallbeskrivning. Och för denna fallbeskrivning studerar man ett eller flera tänkbara förlopp. Denna fallbeskrivning är vald i samråd med de inom professionen verksamma. Den utgör en god syntes av "det typiska fallet" för det man vill studera. Den bör innehålla ett starkt inslag av representativitet.

Metoden innebär en viss överförenkling av verkligheten men skapar samtidigt tydlighet och kan dessutom fungera som en sorts pedagogiskt tankeredskap. Resultatens begränsningar är ju beroende av hur väl man lyckats formulera själva scenarierna. I detta fall är arbetsinsatserna från vår sida utomordentligt blygsamma i förhållande till den svåra uppgift vi tagit oss an. Se det som en metodologisk pilotstudie.

Därför tycker vi att man då man granskar de resultat vi kommer fram till bör koncentrera sig på två saker

- * ger analysmetoden så intressanta och tydliga svar att den är användbar att gå vidare med
- * kan vi kring de valda patientgrupperna redan nu se så klara indikationer på att resursanvändningen kan förbättras ytterligare att det ger oss anledning att gå vidare och söka efter mer säkra svar

Redan nu tycker vi oss med hjälp av kalkylerna kunna hitta intressanta svar på frågor av utpräglad policy- och ledningsstruktur. Låt oss ta ett exempel. Förutsättningen för att den kommunala hanteringen av psykiatrireformen ska bli ekonomiskt rimlig är att man lyckas hitta en form för det särskilda boendet som är sådant att det gradvis och flexibelt kan anpassas till individens behov och på sikt reduceras i den takt som individens egen förmåga utvecklas. Sannolikt finns det ingen enskild fråga som så tydligt avgör psykiatrireformens ekonomiska konsekvenser som just denna. Därmed är detta en strategisk ledningsfråga.

2.2 Valda fall – diagnoser i stort

Vi har valt att studera psykiatrireformens effekter på två olika fiktiva personer. Den ena, Johan, 33 år idag, har vi låtit drabbas av en tämligen allvarlig psykisk sjukdom som gör att han rimligtvis inte kan komma att under sin livstid stå till den traditionella arbetsmarknadens förfogande

Den andra Kurt, 40 år idag har vi låtit drabbas av en betydligt mildare form av psykisk sjukdom. Han är en person som med rätt stöd, rätt yttre förutsättningar samt med rätt läge på arbetsmarknaden skulle kunna befinna sig i gränslandet till den traditionella arbetsmarknaden.

Det bör också sägas att valet av personer/diagnoser har gått till så att med utgångspunkt från de fördjupade detaljstudier som ingår i utvärderingen av psykiatrireformen i Södertälje har projektledarna skapat en första skiss av dessa två fiktiva personer som en sorts syntes av några tydliga och faktiska personer som ingår i detta material. Dessa personer har sedan kritiskt granskats av vår expertpanel och reviderats till dess att personerna känts tillräckligt trovärdiga och representativa.

2.3 Psykiatrireformen

Psykiatrireformen har bl.a. genomförts eftersom man kunde konstatera att psykiskt långtidssjuka hade särskilt ogynnsamma livsförutsättningar. Man hade speciellt kunnat konstatera att de ramlade mellan stolarna i den offentliga vårdstrukturen och att de som en följd av detta fick en försämrad livskvalitet. Detta ledde också till onödigt höga vårdkostnader och ett sämre liv än man skulle kunna ha.

Kärnan i psykiatrireformen har varit att genom **samverkan** mellan myndigheter och med ett **bättre ianspråktagande av den sjuke och dennes nätverk** både **höja livskvaliteten** och **höja effekten** av de insatser man sätter in genom en högre grad av samverkan mellan olika aktörer. Bättre resultat och högre effektivitet skulle man kunna säga om man använder sig av ekonomiska termer.

2.4 Best och worst case, referensalternativet och reformalternativet – våra två alternativ

Vi studerar alltså här två olika tänkta individers (Johan och Kurt) livsförlopp under en femårsperiod. Vi startar i båda fallen klockan 00.00 på nyårsdagen 1996 och trycker på stoppknappen nyårsafton 2000 klockan 24.00.

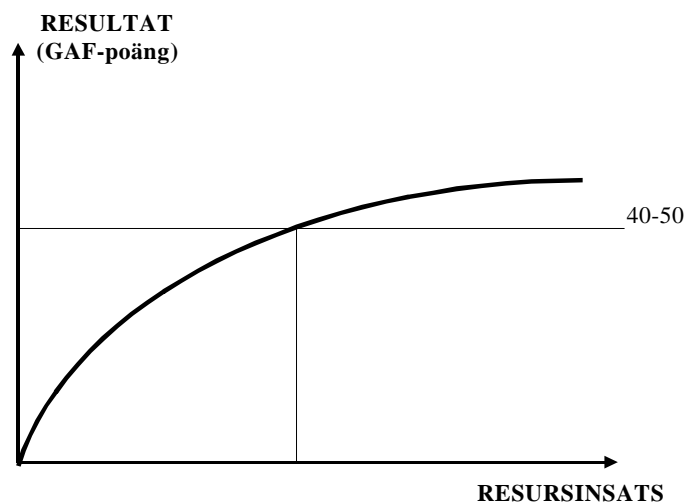
Vi har valt starttidpunkten med utgångspunkt i då man på allvar börjar genomföra de åtgärder som ligger inom ramen för psykiatrireformen i Södertälje. Detta ger oss i

kalkyltermer två år av empirisk kunskap (1996-97) och tre års någorlunda kvalificerad prognosmöjlighet (kliniska skattningar) för de båda alternativen. Vi har valt tidshorisonten fem år i första hand för att inte hamna i ett alltför omfattande kalkylarbete. Skillnaderna mellan de olika alternativen kommer att hinna utkristalliseras tillräckligt tydligt och de flesta intressanta förändringarna blir belysta inom en femårsperiod. De skillnader som finns mellan alternativen kommer naturligtvis att öka ju fler år man utsträcker kalkylen till. Vi bör betänka att båda våra personer sannolikt har en återstående livslängd på 20-40 år, lite beroende på hur deras sjukdom kan komma att utvecklas. Med begränsat merarbete skulle man kunna utsträcka kalkylen till att omfatta skillnaden för de två alternativen för deras återstående förväntade livslängd.

Slutligen vill vi, som en teknisk kommentar, påpeka att eftersom kalkylen spänner över flera år och en krona 1996 är annorlunda värd än en krona 2000 har vi med utgångspunkt från traditionell samhällsekonomisk metodik valt att diskontera alla priser och kostnader till ett nuvärde med hjälp av en diskonteringsränta som vi valt till 5% och med alla priser angivna som fasta priser, dvs inflationsrensade.

2.5 Den psykiatriska verksamhetens produktionsfunktion

I varje verksamhet eller organisation föreligger det en relation mellan insatta resurser och uppnådda resultat – det man producerar. Vi ekonomer kallar det **verksamhetens produktionsfunktion**. Detta gäller för vården av psykiskt sjuka liksom för vilken annan verksamhet som helst. Man brukar rita upp produktionsfunktionen på nedanstående vis



Figuren illustrerar ett välkänt faktum inom praktiskt taget all verksamhet. Det man som ekonom kallar avtagande marginalnytta av insatta resurser. Det betyder helt enkelt att det är mycket dyrare i termer av resursinsatser att uppnå de sista procentens förbättring än att uppnå de första. Mycket talar för att detta förhållande råder inom psykiatrin också. Men figuren illustrerar också ett annat fenomen, nämligen att det för varje sätt att organisera en verksamhet finns ett tak för vad man kan uppnå oavsett hur

mycket resurser man sätter in. Taket bestäms inte av resurstillförseln utan av sättet att organisera verksamheten och andra yttre begränsningar. För psykiskt långtidssjuka av det slag vi här studerar, i synnerhet Johan, säger t.ex. vår expertgrupp att taket med den traditionella arbetsformen före psykiatrireformen (med en omdiskuterad arbetsfördelning mellan kommun och landsting) – dvs denna epoks produktionsfunktion - ligger vid funktionsnivån 40-50 på GAF-skalan³. Detta innebär bl.a. återkommande behov av slutenvård för Johan. Johans liv kan dessutom skattas med hjälp av den s.k. CAN-skalan⁴ för att med hjälp av denna också värdera den subjektiva upplevelsen i form av behovstillfredsställelse som den enskilde klienten upplever. Och detta är kanske så nära man som ekonom kan komma för att med objektiva och vetenskapligt försvarbara metoder skatta efterfrågan för denna typ av tjänster.

Figuren är emellertid delvis vilseledande. Den antyder att det råder ett självklart samband mellan resursinsatser och resultat. Fler personal ger bättre vård, mindre pengar ger sämre vård – vi känner igen den traditionella spardebatten.

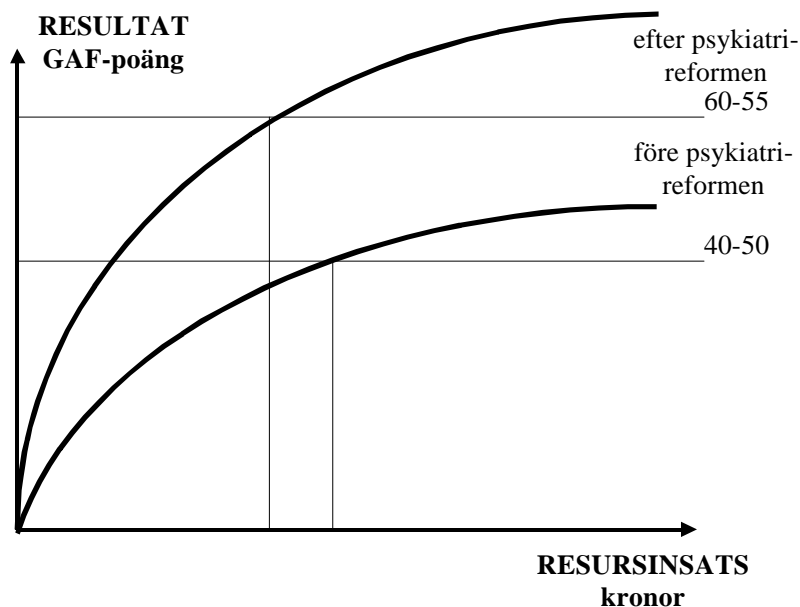
Men så är det ju inte nödvändigtvis. Det finns ju många olika sätt att organisera en verksamhet – mer eller mindre effektivt. Varje nytt sätt att organisera verksamheten leder till en ny produktionsfunktion som speglar hur effektiv en verksamhet är i att omvandla resurser till resultat.

Ett huvudantagande bakom psykiatrireformen är att samverkan och nya arbetsformer leder till bättre resultat till oförändrad eller lägre kostnad. Vi får en ny produktionsfunktion som speglar en mer effektiv ledd och genomförd verksamhet. Vår expertpanel beskriver mycket entydigt hur funktionsnivån hos en av de patienter vi här diskuterar, Johan, stigit från cirka 40-50 till nivån 60-65 på GAF-skalan. Lite förenklat skulle man kunna säga en resultatförbättring på 20-50% mätt på detta vis⁵.

Det intressanta är nu hur detta återspeglas i resursförbrukningen. Det finns tre alternativ. Den har varit oförändrad, den har stigit eller den har minskat.

-
- 3) GAF-skalan, global assesment function scale, är en inom psykiatrin allmänt accepterad och vedertagen skala för att skatta en individs funktionsförmåga längs en 100-poängsskala. Metoden anses vara valid och reliabel. På 40-50-poängsnivån beskrivs en individ ha allvarliga symtom eller allvarliga funktionssvårigheter i flera avseenden
 - 4) CAN-skalan, Camberwell Assesment of need är en skala gjord för att beskriva den subjektiva upplevelsen av behovstillfredsställelse hos den enskilde och ska vara jämförbar med bedömningen från olika vårdaktörer såsom kommun och landsting. En sådan skattning görs nu inom ramen för psykiatrireformen i Södertälje
 - 5) Procenttal är här tvivelaktiga att använda eftersom skalan i testet inte är en kvot skala utan en ordinalskala, men låt oss använda siffrorna som en grov approximation

Vårt huvudantagande, illustrerat i figuren nedan är att psykiatrireformen både förbättrat resultatet och minskat kostnaderna, dvs höjt den organisatoriska effektiviteten



Detta skulle ju rimligtvis vara problemfritt om det inte vore för kostnadernas fördelning. Om den totala vinsten

- omfördelat resurser mellan olika parter utan att de kompenseras för detta
- inte är stabil över tiden utan förändras efter några år
- synliggjort tidigare osynliggjorda kostnader och gett intryck av en förlust som inte är reell utan bokföringsteknisk
- lett till att effektivitetsvinster inte kunnat plockas hem på grund av t.ex. organisationsstelheter

då blir inte situationen okomplicerad utan leder till en tänkbar förhandlingssituation mellan de olika parterna.

Dessa effekter ska i största möjliga utsträckning ha hanterats genom psykiatrireformens skatteväxlingsmodell. Men nu kan endera av följande möjligheter inträffa, antingen var för sig eller i kombination;

- * skatteväxlingen har inte varit korrekt beräknad så endera parten upplever sig som förlorare

- * man passade på att i samband med skatteväxlingen höja vårdkvalitet och kostnader mer än man ursprungligen hade avsett vilket lett till att kommunen fått en kostnadsökning som inte var avsedd eller beslutad
- * man har inom landstinget inte lyckats ta hem hela besparingen beroende på endera av följande
 - a) man har inte lyckats dra ner i den egna organisationen i samma takt som vården överflyttats till kommunen
 - b) man har lyckats förändra sin vårdstruktur inom landstinget men använt de frigjorda resurserna inom andra områden, t.ex. preventivt arbete
- * själva omställningsprocessen innebär under en övergångsperiod att kommunen får en investeringspuckel som innebär att man både betalar för avveckling av gamla vårdstrukturer samtidigt som man betalar för uppbyggnaden av nya

Om någon eller några av dessa förhållanden föreligger finns en risk att psykiatrireformens samverkansidé ersätts av en konkurrensidé och en övervältringsdiskussion av Svarte-Petternatur, vilket innebär att man försöker göra sig av med patienter som av en eller annan anledning upplevs som olönsamma, eller kostar mer än vad de smakar.

2.6 Valda diagnoser perioden fram till och med 1995

Nedan följer en kort bakgrundsbeskrivning kring Johans och Kurts liv för perioden innan vår analys börjar.

2.6.1 Johan

Johan Kihl föddes den 4:e augusti 1964. Han är tredje barn i en syskonskara på fyra. Hans föräldrar skildes då barnen var små och de har på grund av bl.a. detta inte orkat stötta barnen under uppväxten. Johan har nästan helt växt upp hos sin ensamstående mamma. Fadern, som han hade mycket lite kontakt med dog för sex år sedan. Johan insjuknade i mars 1990. Den inledande diagnosen var ångestsyndrom. Han hade då arbetat på vaktmästeriet på Astra i ungefär ett år. Efter insjuknandet har han endast klarat av ett kort rehabiliteringsförsök på halvtid under en månad. Försöket misslyckades. Försök att studera på KOMVUX och folkhögskola har misslyckats.

Johan är mycket stresskänslig. Vid stress får han ökad ångest och "hör röster". Han blir då handlingsförlamad. Så småningom har han fått diagnosen paranoid schizofreni. En lekman skulle uppfatta honom som mycket sjuk. Han har vistats inom slutenvården en hel del. Cirka 200 slutenvårdsdagar per år. Då Johan inte vistats i slutenvården har han haft stödsamtal från psykiatrin 1-2 ggr/vecka. Han har även haft en social kontaktperson från kommunen sedan insjuknandet 1990. Under perioden fram till 1995 har han varit sjukskriven. Därefter har han sjukbidrag. Ekonomin har varit bekymmersam. Han har dragit på sig stora skulder sedan 1990.

Kontokortsskulder och obetalda sjukhusräkningar. Banklån. Han har sedan 1995 god man. Han bor i egen lägenhet i Ronna

2.6.2 Kurt

Kurt Jonsson var ett efterlängtat barn. Han föddes av sin då 37-åriga mamma Esther den 3 maj 1957. Den tystlåtna, omvårdande och starka Esther var hemmafru i det lilla egna hemmet i utkanten av Södertälje. Fadern, 19 år äldre än sin hustru, är verktygsmakare på Scania. Efter en något knackig skolgång med tvåårig gymnasieskola på vårdlinjen och en mellanperiod på kommunens arbetsmarknadscentrum får Kurt 1987 jobb inom hemtjänsten i Södertälje kommun. Han bor hemma hos sin föräldrar i det gamla pojkrummet.

Kurt är inte särskilt bra på att sköta sin ekonomi. Han är lite av en enstöring och umgås inte särskilt mycket vare sig med arbetskamrater eller andra jämnåriga. Han samlar. Samlar allt från gamla mekaniska föremål till tidningar. Jobbet går knackigt och han lyckas aldrig få en fast tjänst och på grund sin initiativlöshet blir han en sorts evig timvikarie. På grund av sitt något udda uppträdande blir dock vikariatsperioderna allt glesare.

Eftersom hans nu något åldriga föräldrar på grund av pappans diabetes sedan 1990 får hemtjänst blir en av kommunens socialsekreterare uppmärksam på Kurts något udda mönster. Hon får klart för sig att han är arbetslös och eftersom han lever utan inkomst tvingas hans föräldrar även försörja honom med sin magra pension. Kurt lever i viss mån i tysthet utanför välfärdssystemen, omhändertagen av den aldrig sviktande modern.

En regnig höstkväll 1991 blir moderns tjat om att han måste rycka upp sig det som får droppen att rinna över för den nu 34 årige, lite överviktige och av fyra folköl något berusade Kurt. Han slår ner modern. Stor dramatik och efter visst polisingripande åker han till Huddinge psykakut där han efter visst om men under frivilliga former läggs in under en vecka. Med tanke på hans livshistoria mistänker man ett långsamt schizofreniinsjuknande och sätter in neuroleptika.

Han kommer hem, har ställts in på medicinering och har nu etablerat kontakter med psykiatrins öppenvårdsenhet. En kontakt som Kurt avbryter efter något år. Han fortsätter sitt ensliga liv i föräldrarnas hus. Har till och från kontakter med socialtjänsten. Någon enstaka gång socialbidrag. Modern och socialsekreteraren lyckas få med honom först på arbetsprövning på AMI och därefter till ett projektarbete på arbetsmarknadscentrum. Det blir en tämligen kortvarig historia.

Kurt ansöker om och beviljas helt sjukbidrag för tiden december 1991 – april 1993 eftersom han har haft kontakt med psykiatrin och fått diagnosen ”schizofreni” fastställd. Eftersom han avbryter sitt projektarbete kommer inte heller in någon förnyad ansökan om fortsatt sjukbidrag efter april 1993 trots påminnelser.

Våren 1997 avlider fadern som en följd av sin diabetes. Detta gör att modern, som redan tidigare haft besvär med sin ryggvärk och reumatism väljer att flytta till

servicehus. Kurt bor kvar i föräldrarnas hus, samlandet ökar och till grannarnas förskräckelse upptar skroten allt mer och mer av tomten.

Kurt anser sig inte vara sjuk och myndigheter vill han inte ha att göra med. Dock är han såpass dålig att han vid flera tillfällen intas till sluten psykiatrisk vård, ibland med polishjälp. På så vis får han i sina egna ögon ytterligare bevis för att myndigheterna bara förföljer honom för att ställa till förtret för honom.

2.7 Vårt tillvägagångssätt

Arbetet har skett på följande vis. En projektgrupp (vår expertgrupp) bestående av kvalificerade personer från psykiatri, försäkringskassa, kommunens arbetsmarknadsenhet och socialtjänst⁶ har satts samman. Denna grupp har i olika steg beskrivit, kvantifierat och hjälpt oss att prissätta de olika aktiviteterna i två parallellscenarier för våra båda individer.

Detta har skett dels som arbete "på hemmaplan" och dels som ett antal arbetsseminarier. Vår uppgift har varit att ge arbetet struktur, sammanställa och göra en syntes av de olika delarna samt genomföra det konkreta kalkylarbetet.

Kalkylarbetet har skett i en datoriserad bearbetningsmodell vi utvecklat och som kallas KALAS (Kalkyl och Analysmodell för Lokala Aktörers Samverkan) som är tillämpbar för att analysera både förvaltnings- och samhällsekonomiska konsekvenser av olika offentliga åtgärder där en eller flera lokala aktörer är involverade⁷. Modellen har tidigare bl.a. tillämpats på äldre sjuka⁸.

Med diagnoserna ovan som grund har våra samverkanspartners i detta projekt hjälpt oss med följande

- * man har preciserat och beskrivit diagnoserna och i grova drag upprättat de två scenariona
- * för de båda fallen har man varit för sig identifierat samtliga de aktiviteter som rimligen kommer att ske med anledning av diagnosen
- * omfattningen av dessa aktiviteter har fastställts och kvantifierats
- * man har gjort ett första försök prissätta varje insats

6) I gruppen har ingått; chöl Håkan Götmark, projektledarna Marie Askerstam och Helena Forslund, bbl Berit Rantzow Österäng, IFO-chef Agneta Sundqvist Östertälje kommun del, sektionschef och arbetsterapeut Pia Lundh, socialkooperativa sektionen Arbetsmarknadscentrum, ekonom och verksamhetsanalytiker Britt-Marie Johansson, kommunledningskontoret, socionom och verksamhetschef Ronny Sjögren, Sydgården, socionom och försäkringsspecialist Christrina Asplund, försäkringskassan, klinikintendent Kerstin Kelesh,

7) Modellen är tillämpbar på missbrukarfrågor, utsatta barn, långtidsarbetslöshet, diffusa ryck-nackdiagnoser äldre sjuka m.m.

8) se Nilsson & Wadeskog, Vårdkedjor, samverkan och ekonomi, fallet stroke och äldre personer, SEE, 1996-10-30 samt <http://www.seeab.se>

- * detta har därefter sammanställts av oss i en första sammanhängande bild
- * denna bild har trovärdighetstestats i form av ett gemensamt seminarium
- * bilden har därefter reviderats och de olika aktörerna har kompletterat sitt arbete, framförallt tagit fram de mera exakta kostnaderna för varje aktivitet
- * detta har återigen sammanställts till en preliminär slutbild som testats av den professionella gruppen och slutreviderats. Sammanlagt har fyra seminarier genomförts tillsammans med expertgruppen.

I den mån vi har fångat två realistiska och intressanta scenarios för de båda individerna är det i första hand våra medpartners förtjänst. De har lagt ner ett oerhört arbete och engagemang i detta arbete. Alla missförstånd och feltolkningar beror på vår bristande kompetens i medicinska frågor och omvårdnadsfrågor och ska lastas oss inte våra partners.

2.8 Våra resultat

Den kalkylmodell vi utvecklat och använt oss av möjliggör att ta fram **information på ett mycket stor antal olika vis**, totalt under femårsperioden eller på årsbasis, best och worst case eller skillnader mellan de två alternativen. Vi kan studera på övergripande myndighetsomfördelande nivån (sammansnivå), vad som händer inom de olika myndigheterna och kostnadsförändringar för de enskilda aktiviteterna. Vi kan särskilja finansiella och reala kostnader. Vi kan särredovisa intäkter från kostnader eller välja att slå dem samman. Vi kan bryta ut svårberäknade kostnader (kostnader för störning) och skilja dem från mer lättberäknade (kostnader för vårddygning).

Redovisningsmässigt kan vi presentera resultaten som tabeller, stapeldiagram eller tårtdiagram. Allt detta genom att vid datorn med enkla menyknappar förändra analysnitt och redovisningsform. Möjligheterna att belysa frågan från olika perspektiv är alltså mycket stora.

I denna rapport har vi endast kunna redovisa en bråkdel av alla dessa analytiska utsnitt av verkligheten som går att göra. Vi ber dig som läsare att ha förståelse för detta och hoppas att vi valt att i denna skriftliga rapport presentera de mest intressanta svaren.

Behöver du veta mer om olika detaljer av vår analys finns det egentligen bara en möjlighet – att sätta dig tillsammans med oss vid den bärbara datorn och genomföra detta arbete tillsammans med oss. Du är välkommen att höra av dig

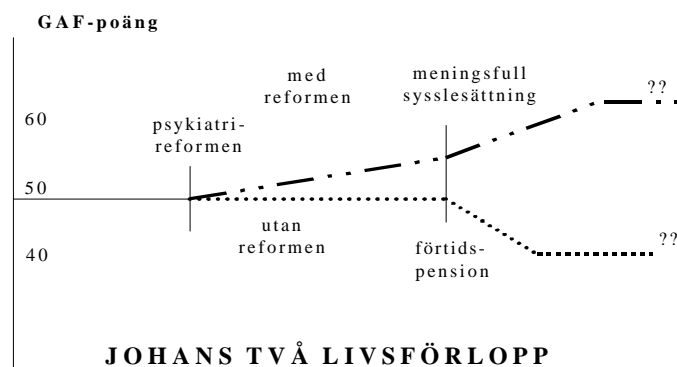
3. JOHANS TVÅ LIV

3.1 Den stora skillnaden mellan de två förloppen

Vi studerar alltså Johans liv under fem år. Dels som om psykiatrireformen inte skulle ha aktualiserats och genomförts. Dvs detta är ett sorts analytiskt nollalternativ eller referensalternativ. Mot detta ställer vi genomförandet av psykiatrireformen såsom man genomfört den i Södertälje de två första åren och såsom man hoppas och rimligtvis kommer att kunna genomföra den de kommande tre åren.. Reformalternativet.

Den avgörande skillnaden för Johan med ett liv utan psykiatrireformen är att hans liv sannolikt skulle vara oförändrat och pendlat mer eller mindre slumpmässigt upp och ner kring funktionsnivån 40-50 på GAF-skalan. Ett avgörande skulle emellertid sannolikt inträffa efter några år då hans sjukbidrag skulle bli till föremål för omprövning och aktualisera en förtidspension vilket sannolikt skulle få honom att ”tappa luften” och sjunka ner på en lägre funktionsnivå och samtidigt göra honom till en mer uttalat kronisk patient

Skillnaden efter psykiatrireformen är att kombination av samverkan mellan parterna, färre tillfällen att ramla mellan stolarna och omfokusering på stödjande arbete och inslag av meningsfull sysselsättning gör att Johans funktionsnivå sannolikt kommer att höjas till en högre nivå samtidigt som vårdinsatserna minskar. Skillnaderna i starkt förenklad form skildras i figuren nedan.



3.2 Utan psykiatrireformen

Vi möter Johan nyårsdagsmorgon 1996 på slutenvårdsavdelningen på Karlberga sjukhus. Han vistas här i kortare eller längre perioder. Ibland 1-2 månader i taget och ibland så länge som 3-4 månader. Man lyckas då skapa en behandling och en medicinering som gör att han kan fungera någorlunda väl. Vården på

slutenvårdsavdelningen växlar med längre eller kortare vistelser på behandlingshem eller familjevårdhem

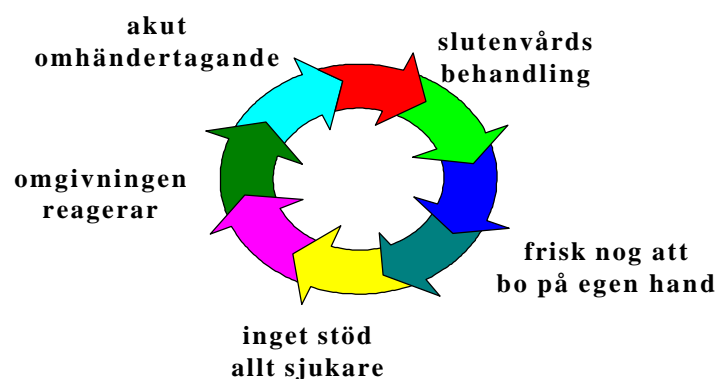
Han skrivs ut och flyttar hem till sin lägenhet. Han lever på sitt sjukbidrag och tillbringar dagarna i stor utsträckning vid köksbordet eller framför TV-n kedjerökande. Han sköter sin lägenhet mycket slarvigt och hans oroliga familj ingriper ibland och hemtjänsten gör vid upprepade tillfällen försök att bistå honom, men hans lynniga humör och stundtals aggressiva utspel gör att hemtjänstpersonalen inte vågar sig dit. Han besöker med oregelbundna intervall socialtjänsten då han inte kan kontrollera sina utgifter och kräver socialbidrag som han ibland får och ibland inte. Under perioder besöker han också vårdcentralen för diverse mer eller mindre tydliga krämpor. Hans försörjning via sjukbidrag omprövas regelbundet av försäkringskassan som också håller ett öga på rehabiliteringsmöjligheterna för honom. Man bedömer dock möjligheterna som små.

Efter en sjukhusvistelse inleds normalt sett perioden i bostaden på ett ganska lugnt och balanserat vis. Han erhåller ett visst stöd i form av psykiatrins öppenvårdsinsatser. Men efter ett tag faller strukturerna i hans liv mer och mer samman. Han missköter sin medicinering. Han stör och upplevs ibland som hotfull av grannar vilket leder till uttryckning från både socialjour och Telgebostäders störningsjour. Han låser sig ute, och isolerar sig ibland inne i lägenhet vilket leder till att psykiatrin kontaktas för vårdintygsbedömning och att man med hjälp av låsmed och ibland med polishandräckning måste ingripa.

Han läggs in för vård enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård), återinsätts på medicinering som han avbrutit och skrivs ut efter några veckor till hemmet.

Då hans misskötsel blir alltför uppenbar leder detta så småningom till att han på egen hand, efter initiativ av sin familj och efter klagomål från grannar akut inskrivs på nytt inom slutenvården ibland enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen) men oftast tvångsinskrivningar.

Ibland föregås detta av ett antal dygns vistelse på psykakuten på Huddinge sjukhus. Vid flera tillfällen måste socialtjänsten bekosta lägenhetssanering.



Ett grundläggande skäl till att detta mönster inträffar är att det praktiskt taget inte finns några mellanvårdsformer i denna värld. Man är antingen ganska sjuk med någon form av slutenvård som följd, eller så är man ganska frisk med tämligen små stödinsatser. Lite tillsats; det digitala samhället – frisk eller sjuk, inga mellanformer. Detta mönster upprepas gång på gång under ett antal år. Under hösten 1998 blir hans tillstånd allt sämre.

1995 när Johan har varit sjukskriven i nästan fem år och rehabiliteringsmöjligheterna bedömdes som uttömda för ”avsevärd tid” byter försäkringskassan ut sjukpenningen mot helt sjukbidrag för ett år. 1996 inkommer från Johan ansökan om fortsatt pension och så småningom kommer också ett läkarutlåtande. Det beslutas om sjukbidrag ytterligare ett år eftersom Johan är en ung person och man har inte någon klar bild av hur den medicinska rehabiliteringen kommer att avlöpa. 1997 upprepas ansökningsförfarandet och Johan får nu sjukbidrag i två år eftersom han fortfarande är ung men prognosen verkar dystert. Arbetslivsinriktad rehabilitering är det inte tal om. 1999 får Johan förtidspension eftersom sjukdomstillståndet nu beskrivs som sådant att det verkar utsiktslöst att någon behandling eller rehabilitering skulle kunna leda tillbaka honom till arbete. Detta leder till att luften går ur Johan.

Hans liv i bostaden blir allt mer och mer strukturlöst. Våren 1999 vräks han av Telgebostäder efter upprepade ingripande från störningsjouren och klagomål från grannar. Efter ytterligare en period av slutenvård fattar man beslut om att Johan under den närmaste tiden ska vistas på behandlingshem i Småland där han vistas under större delen av 1999. Beslutet om detta har föregåtts av en kamp mellan kommun och landsting om vem som ska ta det ekonomiska ansvaret för beslutet. Genom medicinering blir hans vistelse här ganska lugn. Under slutet av detta år överföres han till ett familjehem i Roslagen. Ett bra familjehem som drivs såsom bisyssla av en jord- och skogsbrukarfamilj i 40-årsåldern. På nyårsafton 2000 går Johan efter en sista cigarett och lägger sig klockan åtta. Han blir så trött av medicinerna säger han. Dagen har han tillbringat med en långpromenad med familjens hund och kortspel i vardagsrummet.

3.3 Efter genomförd psykiatrireform

Vi möter även här Johan nyårsdagsmorgon 1996 på slutenvårdsavdelningen på Karlberga sjukhus. Han vistas här i kortare eller längre perioder sedan i början av 90-talet. Ibland 1-2 månader i taget och ibland så länge som 3-4 månader. Man lyckas då skapa en behandling och en medicinering som gör att han kan fungera någorlunda väl. Men arbetet har nu inletts med att genomföra psykiatrireformen i Södertälje. Som ett led i detta har kommunen skapat så kallat särskilt boende – ett boende ute i samhället där personal finns tillgänglig ibland dygnet runt ibland bara dagtid på vardagar. Efter en lång period av motivationsarbete under våren 1996 flyttar Johan under senvåren in i ett sådant boende. Detta hjälper honom också att få lite mer struktur på sitt liv samt att inte slarva med sin medicinering. Detta betyder att hans tillstånd inte försämras på samma vis som tidigare. Inledningsvis bor han i det som kallas särskilt boende, men efter ett drygt år flyttar han till det som kallas eget boende med boendestöd, dvs han har själv ett förstahandskontrakt på en lägenhet och får i större eller mindre omfattning stöd av särskilda s.k. boendestödare från Grengården.

Perioderna av återinsjuknande blir färre och kortare. Boendestödspersonalen och den skötare från Grengården som Johan fått som samordnare upptäcker symtomen i tid och blir allt duktigare på detta ju mer de lär känna Johan. Även Johan har genom det stöd och den utbildning han fått på Grengården lärt sig att i viss mån känna igen signalerna. Fortfarande kvarstår problemet med att ha något att göra på dagarna.

Detta kan hanteras bättre då Grengården öppnar våren 1996. Här erbjuds Johan något att göra och efter försiktiga påtryckningar och uppmuntran från personalen i boendet söker han sig dit. Först som avvaktande observatör och efter ett tag som mera aktiv.

På Grengården har han regelbunden kontakt med sin kontaktperson som fungerar som en sorts samordnare för insatserna kring Johan. Han träffar också regelbundet sin läkare som ofta vistas där.

Han börjar en ESL-kurs (ett självständigt liv kurs) Där lär han sig mer om mediciner, biverkningar och tidiga tecken på återfall. Han lär sig också olika strategier att klara sina ihållande symtom i form av röster. Sedan går han också till träfflokalen där han blir intresserad av målning som är en av gruppaktiviteterna,

Samordnaren på kommunsidan och personal i träfflokalen kontakter den verksamhet i kommunen som arbetar med sysselsättningsfrågor och Johan får möjlighet att besöka arbetskooperativet Klippan för att se om det finns något som passar honom.

Som en följd av att Johans liv får mera struktur och till följd av det stöd som erbjuds och att flera personer (inklusive han själv) tidigt uppmärksammar om han är på väg in i ett förvärrat sjukdomstillstånd blir hans vårdbehov allt mindre. Han blir också mindre störande för grannar och omgivning. Genom att hans familj får information och viss utbildning på Grengården kan dom vara ett bättre stöd för honom. Särskilt hans äldste bror tar nu ett stort personligt ansvar för honom. Och de anhöriga känner sig också mindre oroliga och osäkra. Johan går också i familjesamtal med brodern och mamman. Familjesamtalen⁹ hjälper Johan och de anhöriga att tillsammans hitta lösningar på problem som dyker upp.

Genom att det kring Johan finns ett nätverk av personer som har kunskap om hans sjukdom får man tidiga varningssignaler som gör att återinsjuknandet kan begränsas och ofta helt stoppas upp.

Under 1998 börjar Johan må bättre. En ny GAF-skattning visar att han ligger på nivå 60-65 och han börjar mer och mer söka sig mot mer krävande arbetsinsatser sådana som kooperativen har att erbjuda. Under hösten 1998 arbetar han i genomsnitt 2 halvdagar per vecka på arbetskooperativet Klippan för att under 1999 utöka detta till tre halvdagar. Under år 2000 arbetar han fyra halvdagar i veckan på Klippan med bl.a. förpackningsarbeten.

Hans ekonomi har gått genom och man har gjort en sanering av den. Hans tänder har också sanerats men har inte blivit lika illa åtgångna som i vårt första scenario.

9) familjesamtalen förs enligt en särskild metod. BFT, beteendeinriktad familjeterapi

1996 beslutas av försäkringskassan om sjukbidrag två år för Johan som är väl omhändertagen av landstinget och kommunens rehabverksamhet. Rehabplanen syftar till att Johan ska rehabiliteras till eget boende och sysselsättning inom kooperativet. 1998 har behandlings- och rehabteamet så god kännedom om Johan att man kan bedöma att hans tillstånd är kroniskt hans arbetsförmåga består i att inom kooperativets ram sysselsättas sig 2-4 halvdagar i veckan, motsvarande 10-15 timmar/vecka. Johan beviljas hel förtidspension. Försäkringskassan fortsätter att följa upp hans situation genom regelbunden kontakt med rehabverksamheten. Johan bedöms inte ha förutsättningar att kunna återkomma till "på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete". Däremot är det möjligt att han skulle kunna arbeta i ett särskilt anordnat arbete med lönebidrag och med tillgång till stödperson.

Om och när Johan kommer igång och fungerar i lönebidragsarbete kommer hans pensionsförmån att minskas i den grad som motsvarar hans arbetsinsats. Johan är införstådd med detta och tycker att det är riktigt att han "som alla andra" ska få lön för det arbete han utför.

Genom boendestödet och verksamheten på Grengården liksom via arbetet på Klippan har inte bara Johans självförtroende kunnat stärkas. Han har också fått vänner och därmed också ett bättre liv. Och då vi skiljs från Johan på nyårsafton 2000 går han och lägger sig efter att tillsamman med några av sina vänner från Klippan firat nyår. Hans känner sig nöjd.

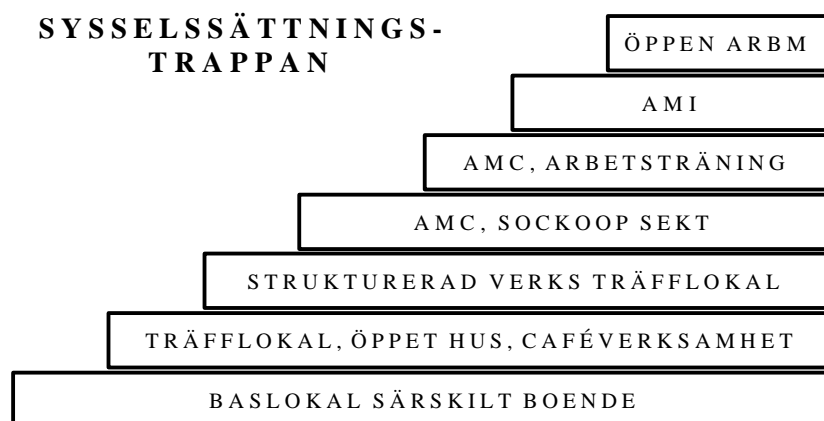
4. TVÅ TRAPPOR AV BETYDELSE

4.1 Sysselsättningstrappan

Den konventionella arbetsmarknadens spelregler bestäms av ett stort antal faktorer vilket gör att inträdesbiljetten för att komma ifråga som arbetskraft är tämligen svår att komma över. I synnerhet i det arbetsmarknadsläge som råder nu. Lite förenklat finns det bara tre former, fullt **arbetsför på konkurrensmarknaden**. Arbetsför **på den konkurrensskyddade**¹⁰ **arbetsmarknaden** (dvs olika former av skyddat arbete) vilket också kräver att man klarar av ett antal tämligen högt ställda inträdeskrav. Den tredje formen är **icke arbetsför**. Men eftersom arbetet fyller många viktiga funktioner i vårt liv såsom identitet, ge livet sammanhang och struktur, känna delaktighet och vara ianspråktagen, finns det skäl att för de grupper som inte ens når den konkurrensskyddade nivån att ha olika former av arbete vars syfte inte i första hand är att ge terapeutisk sysselsättning utan att vara just arbete, men i andra former än de konventionella.

I Södertälje har man därför ett knippe av aktiviteter ordnade i en sorts ambitions- eller kompetenstrappa där psykiskt funktionshindrade individer ska kunna beredas arbete efter förmåga och dessutom ges förmåga att utvecklas till den nivå de är kapabla att hantera. Det finns alltså en bred repertoar av insatser där det för varje individ finns en nivå som kan anpassas för just honom och där syftet är att stödja individen att växa och förflytta sig längs trappan till den nivå där hans eller hennes förmåga verkligen tagits tillvara. Syftet är inte heller att alla individer ska ”rehabiliteras” till den öppna arbetsmarknadens villkor, utan ianspråkats i förhållande till sin förmåga. Vi illustrerar detta i figuren nedan.

10) det är lite tveksamt om man ska kalla Samhall, AVEBE m.fl för konkurrensskyddade eftersom de innehåller klara inslag av konkurrens och utestängningsmekanismer



Poängen är att se arbete som ett viktigt element mot normalisering och ett bättre och mera självständigt liv

4.2 Boendetrappan

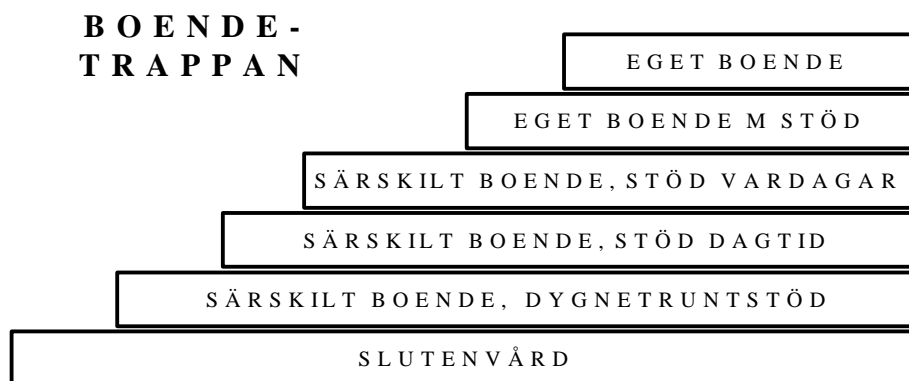
En av de stor skillnaderna mellan scenariot med och utan psykiatrireformen är att efter genomförd psykiatrireform finns det en bred repertoar av boendeformer för personer som Johan. Före psykiatrireformen fanns strängt taget bara olika former av slutenvård oavsett om dessa kallades slutenvårdsavdelning, behandlingshem eller familjehem¹¹.

En av de stora skillnaderna efter genomförd psykiatrireform är att det nu finns ett knippe av åtgärder. De är mer integrerade med varandra och med andra behandlingsåtgärder (såsom sysselsättning) och de är mer individanpassade och flexibla. Detta fyller två olika funktioner. Den ena är direkt behandlingsmässig och fokuserar på att hela tiden hitta en boendeform, samt anpassa denna efter Johans behov samt att stödja honom på resan mot ett så självständigt liv som möjligt. Därför finns ett sorts pussel eller en trappa av boendeformer som gradvis går att anpassa till hans liv allt från särskilt boende med dygnet runt stöd till eget boende med särskilda boendestödare som gradvis strävar efter att avveckla eller nedtona sin roll.

Den andra funktionen är rent ekonomisk och syftar till att inte lägga mer vårdinsatser än nödvändigt på boendet för att i stället lägga dessa resurser på arbetet med att ge Johan chansen att bli så självständig som möjligt. Sålunda varierar kostnaderna för Johans boende från 2400 kronor för ett slutenvårdsdygn, via 820 kronor för det dyraste särskilda boendet, över 700 och 550 kronor till 250 kronor per dygn för eget boende med boendestöd.

11) några mellanformer för detta utvecklades i Södertälje under perioden före psykiatrireformen såsom träningslägenheter, Lampan (samlat boende eller s.k. trapphusboende) och BOAC (Geneta gruppboende). Ansvaret för detta föll (lite slumpmässigt) ibland på kommunen och ibland på landstinget

Som en jämförelse kan nämnas att ett dygn på ett behandlingshem kostar mellan 1.000 och 2.500 kronor, på ett sjukhem mellan 500 och 1000 kronor samt i familjehem mellan 400 och 600 kronor.

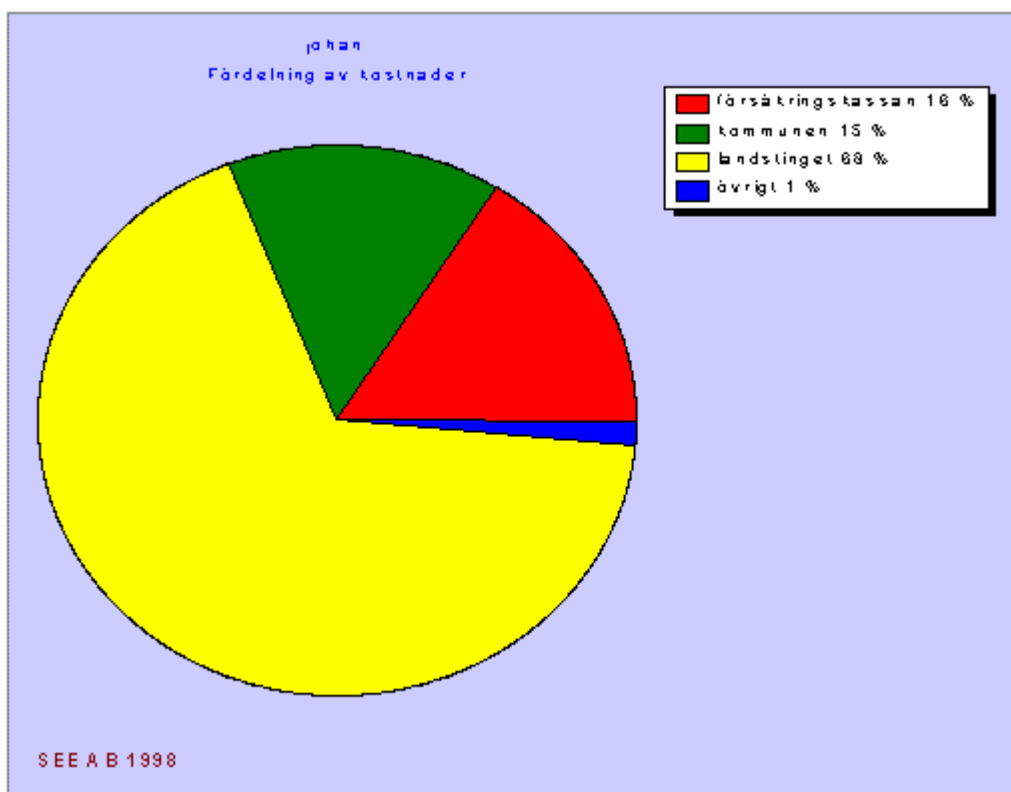


5. KALKYLRESULTAT - JOHAN

5.1 Worst case

5.1.1 Totalkostnader

Totalkostnader för worst case, fördelat mellan aktörer ser ut på följande vis. Vi kan då tydligt se att den dominerande kostnadsbäraren är landstinget som bär nästan 70% av de totala kostnaderna



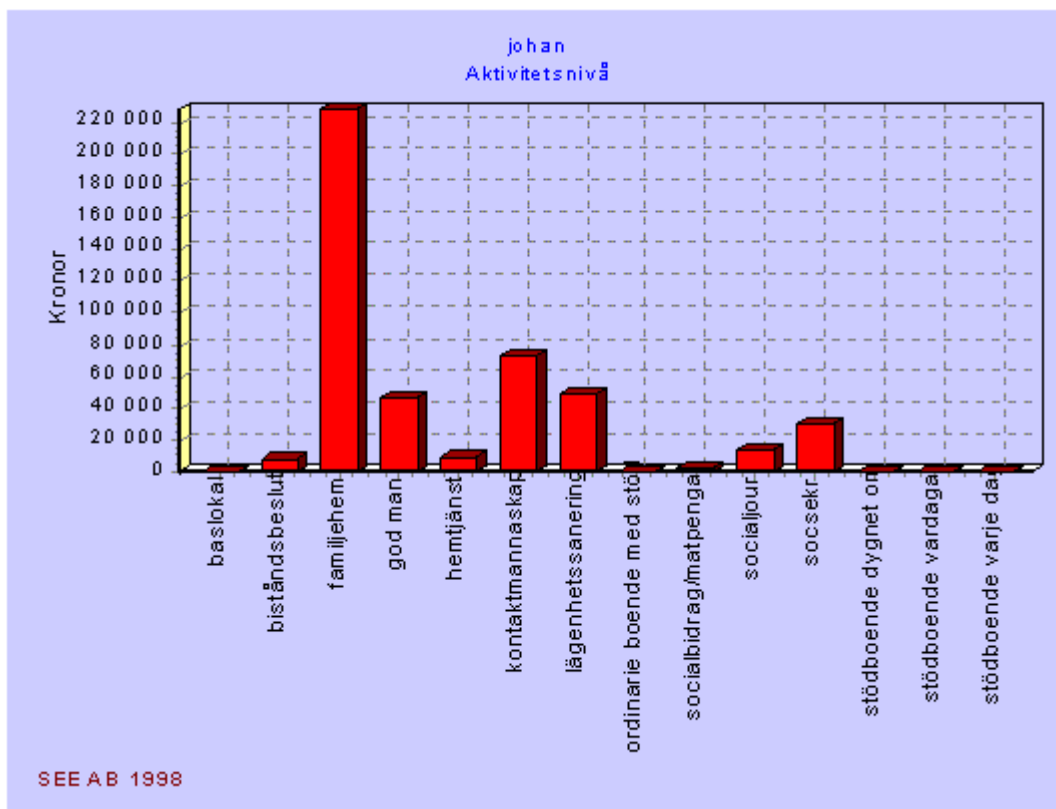
Studerar vi de totala kostnaderna i absoluta tal ser vi att de är anmärkningsvärda till sin omfattning. Totalt för femårsperioden kostar Johan de olika offentliga aktörerna cirka 3 miljoner kronor i form av olika insatser. Kostnaderna dämpas mot slutet av femårsperioden av det förhållandet att vårdambitionerna för Johans del sänks och han vistas i familjehem i stället för på den betydligt dyrare slutenvårdsavdelningen. Försäkringskassans kostnadsminskning i slutet av perioden går att hänföra till

minskade kostnader för bostadsbidrag – Johan har inte längre någon bostad.
 Kommunens kostnadsstegring 1999-2000 beror på delat betalningsansvar för familjehemsplacering

Johan	1996	1997	1998	1999	2000
Arbetsmarknadsverket	0	0	0	0	0
Försäkringskassan	109380	104666	116643	84870	76182
Kommunen	60350	71616	71289	133979	121429
Landstinget	579820	518300	561175	211812	201724
Övrigt	4600	8761	10884	19694	0
Totalt	754150	703343	759991	450355	399335

5.1.2 Socialtjänsten

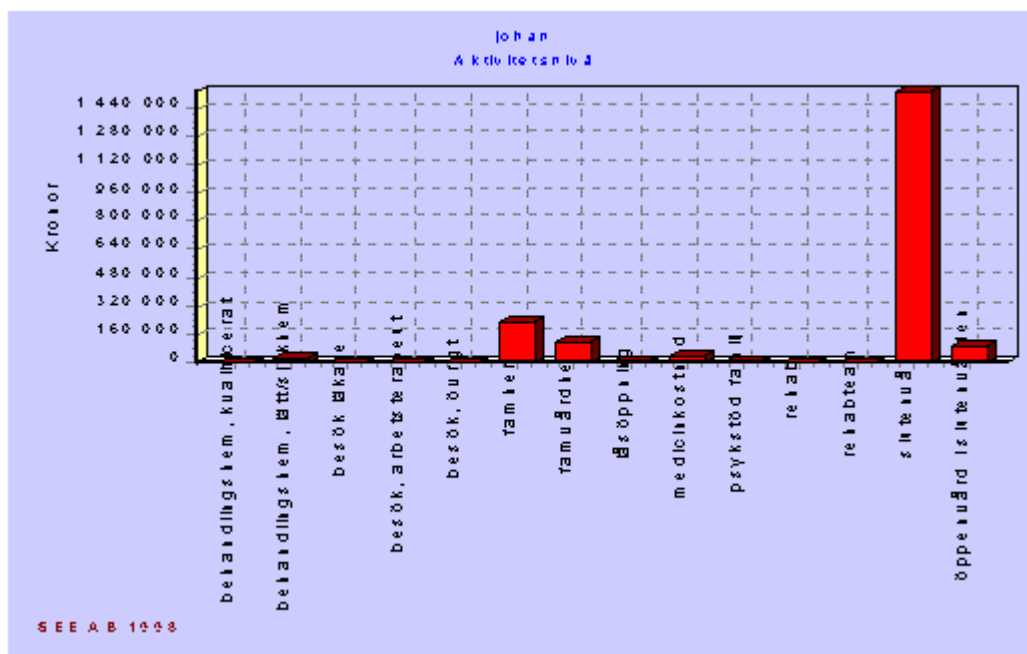
I nedanstående diagram ser vi hur kostnaderna i detta fall domineras av familjehemskostnaderna under slutet av femårsperioden. Dessa uppgår till nästan två tredjedelar (58%) av de totala kostnaderna för Johan. Man kan också med detta som grund förstå det motstånd som funnits i kommunen mot att fatta beslut om en sådan åtgärd. Ur kommunens perspektiv fanns alla skäl i världen att hålla Johan kvar inom psykiatrins slutenvård



5.1.3 Psykiatrin

Psykiatrins kostnader domineras naturligtvis av slutenvårdskostnaderna som omfattar tre fjärdedelar av de totala kostnaderna (75%) och vi kan se hur praktiskt taget alla andra kostnader blir försumbara i förhållande till denna kostnad. Vi ser också vilken blygsam andel psykiatrins övriga kostnader är i förhållande till slutenvårdskostnaderna och kan ana vilken dragkamp skillnaden mellan psykiatrins och kommunens kostnadsbilder kan ha lett till.

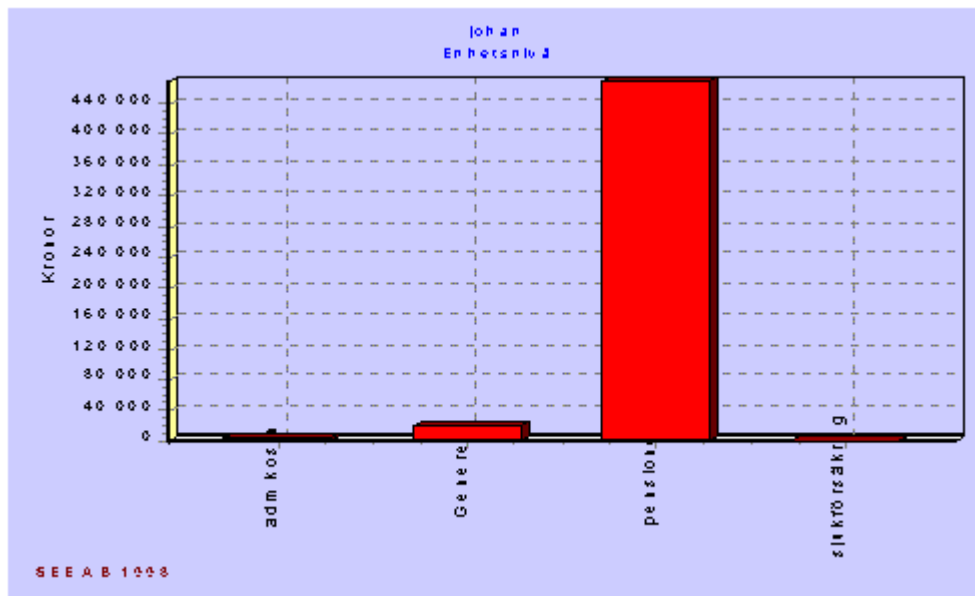
Bakom denna kostnadsbild ligger naturligtvis, om vi vänder på steken, ett stort antal arbetstillfällen. Det är en rimlig hypotes att tro att cirka 70% eller där omkring av kostnaderna för slutenvården utgörs av personalkostnaden. Sålunda skulle man, mellan tummen och pekfingeret, kunna hävda att **Johan är indirekt arbetsgivare till mellan 2 och 3 personer** inom slutenvården. Mot bakgrund av detta är det inte särskilt svårt att förstå olika personalgruppers protester mot strukturförändringar inom slutenvården. Det handlar ju om jobben.



5.1.4 Försäkringskassa

Naturligtvis domineras försäkringskassans kostnader för den här typen av klienter till de rena försörjningskostnaderna såsom de ryms inom ramen för olika delar av vårt pensionssystem. Men bilden ger också utrymme för en annan reflektion, nämligen försäkringskassavärldens styrsystem. Under flera år har man inom denna värld ålagt försäkringskassorna sparbetning i handläggningskostnader för olika åtgärder utan att ställa detta i relation till om detta leder till att kvalitén på ärendehandläggningen sjunker mer än vad man sparar på handläggningskostnader. Tittar vi på kalkylen för

Johan ser vi proportionerna mellan handläggningkostnaderna (5%) och pensionskostnaderna (95%). Ett klassiskt fall av att sila myggor och svälja kameler¹².

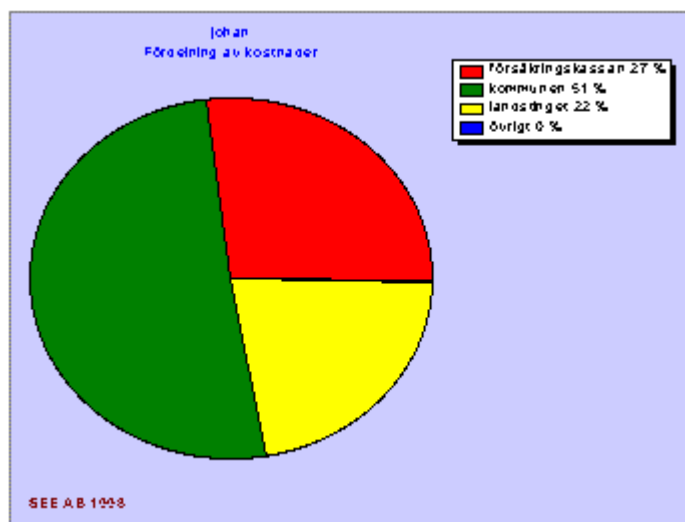


12) det kanske bör betonas att denna ”något yviga kommentar” inte har stöd i någon generell forskning kring resultatet av försäkringskassans arbete eller har hävdats av Fk’s representant i vår expertgrupp, utan är mer en återspeglning av ett mönster vi fångat i ett tiotal kommuner under våren 1998 där vi arbetat med denna typ av frågor och sett kopplingen mellan administrativa resurser och den ekonomiska omfattningen av de rehabbeslut som ska tas

5.2 Best case

5.2.1 Totalt

Kostnaderna i best-case fördelas på ett helt annorlunda vis än i worst case. Nu svarar kommunen för drygt 50% av alla kostnader medan landstingets andel dramatiskt har reducerats. Försäkringskassans andel är på det hela taget oförändrad. Detta är ju den statistiska reflexen av psykiatrireformens skatteväxlingseffekter. Intressant vore att jämföra dessa förändringar med skatteväxlingens kalkylmodeller.



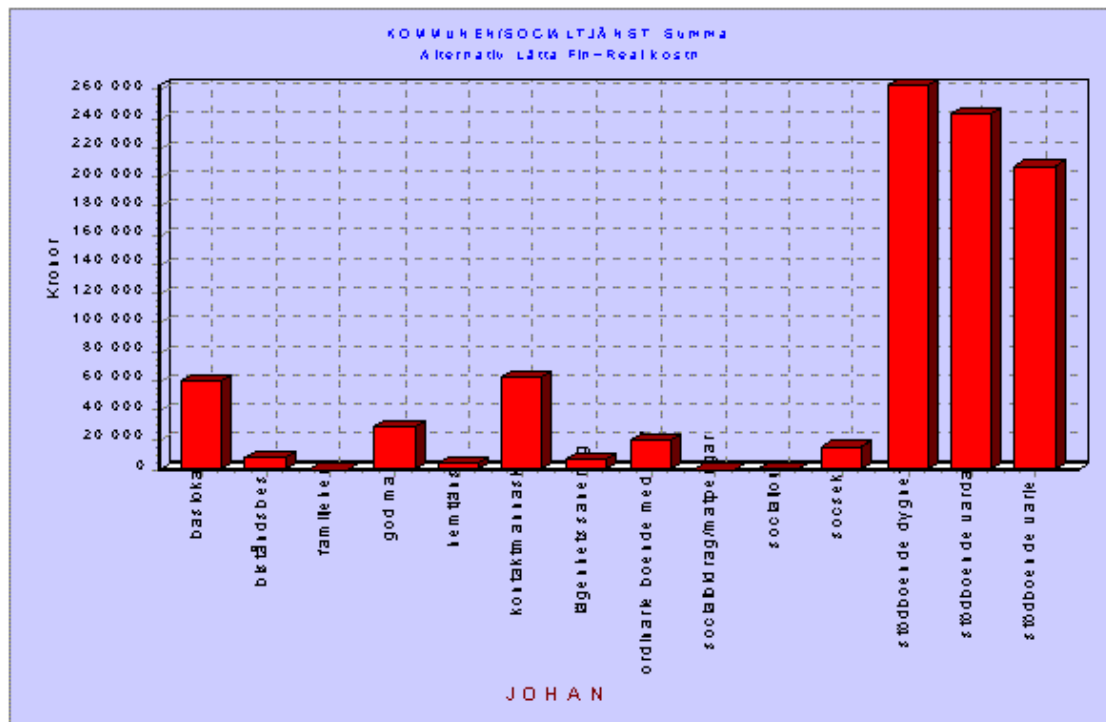
Men då vi studerar kostnaderna i absoluta tal är det mest slående hur dramatiskt de sjunker i detta alternativ. Kostnadsminskningen är mer än 1 Mkr.

Johan	1996	1997	1998	1999	2000
Arbetsmarknadsverket	0	0	0	0	0
Försäkringskassan	109640	104189	118311	94891	90373
Kommunen	183850	187092	229474	212759	159231
Landstinget	225400	108664	54147	15548	14642
Övrigt	4600	1333	0	0	0
Totalt	523490	401278	401932	323198	264246

Det kanske mest dramatiska i tabellen är landstingets kostnadsbesparing i slutet av perioden vilket beror på den minskade slutenvårdskostnaden.

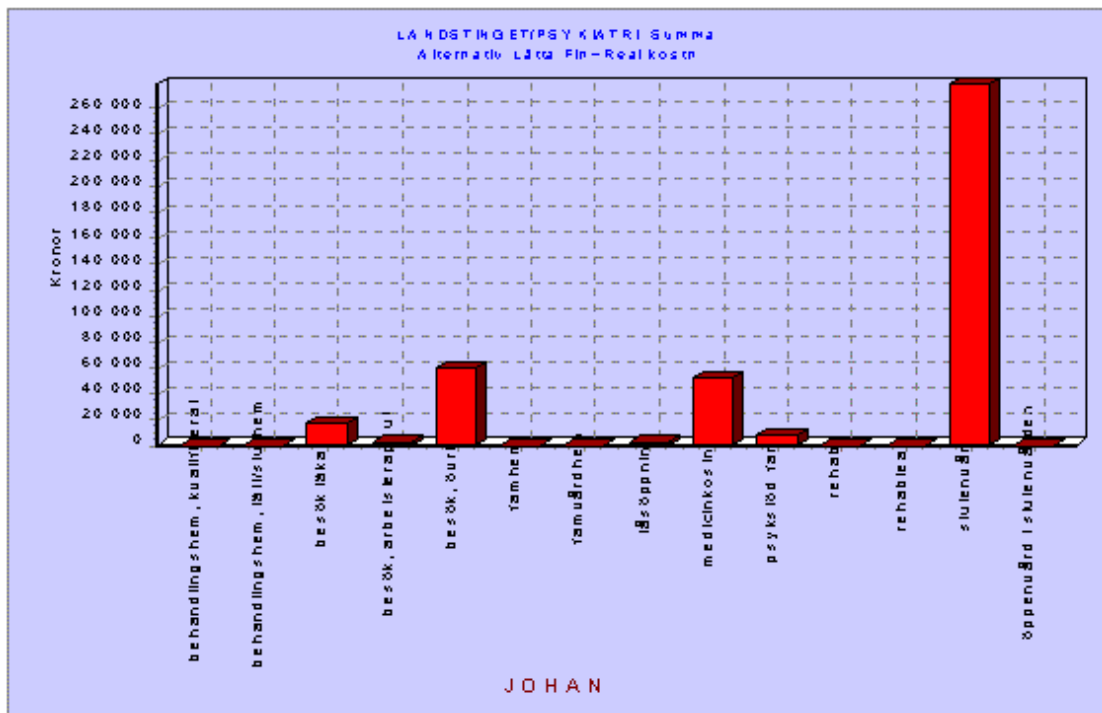
5.2.2 Socialtjänsten

Kommunens kostnader i best case domineras av kostnader för olika former av boende med olika grad av omvårdnad. De uppgår till fyra femtedelar (82%) av de totala kommunala kostnaderna för psykiatrireformen. Vid sidan av detta blir kostnaderna för baslokalen också en tydlig kostnadspost (7% av totalkostnaderna för Johan). Vi kan redan här ana att omhändertagandenivån och därmed indirekt kostnadsnivån för det särskilda boendet kommer att vara helt avgörande för psykiatrireformens ekonomiska utfall, sett ur kommunens perspektiv.



5.2.3 Psykiatrin

För psykiatris del domineras även i detta fall av kostnaderna för slutenvården men i detta fall på en helt annan kostnadsnivå

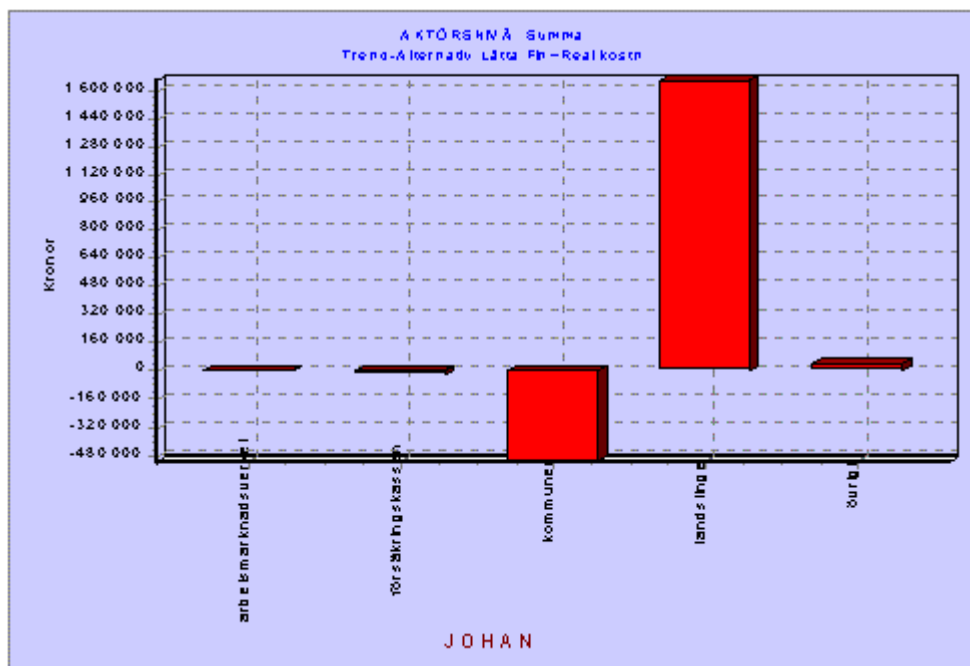


5.3 Differensen mellan worst och best case

5.3.1 Totalkostnader

Det verkligen intressanta är nu att studera skillnaderna mellan de två alternativen, eller annorlunda uttryckt vilka ekonomiska effekter för denna typ av klienter innebär psykiatrireformen under en femårsperiod.

Till att börja med kan vi, föga förvånande konstatera att landstinget till följd av psykiatrireformen gör en betydande vinst - mer än 1,6 Mkr. - medan kommunen får en merkostnad (förlust) på cirka 0,5 Mkr. De övriga aktörerna är strängt taget opåverkade av reformen vad avser denna grupp av klienter



Johan	Totalt
Arbetsmarknadsverket	0
Försäkringskassan	-25663
Kommunen	-513743
Landstinget	1654430
Övrigt	38006
Totalt	1153030

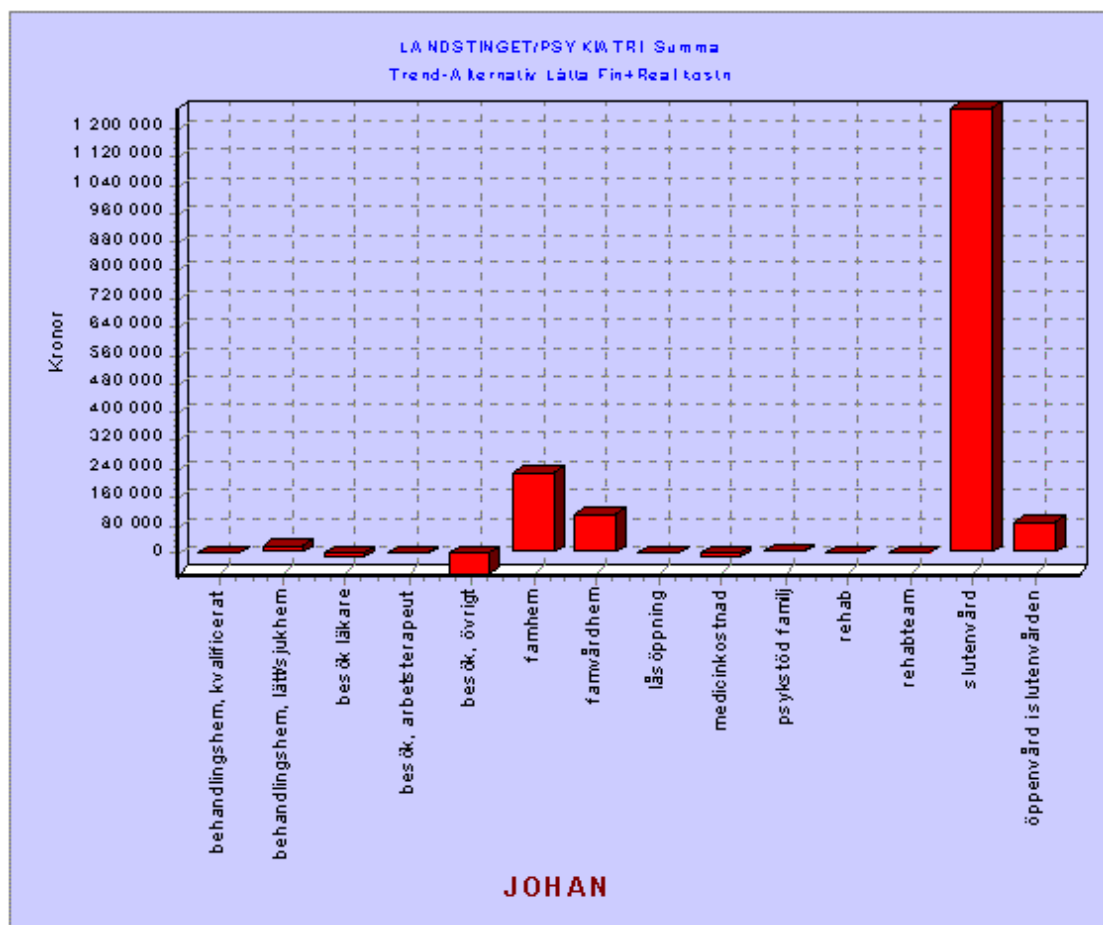
Om vi antar att dessa siffror är korrekta och vi dessutom grovt kan skatta att det finns cirka 100 Johan i Södertälje och att den kommunala merkostnaden för Johan är cirka 500.000 kronor under femårsperioden, dvs cirka 100.000 kronor per år, blir den totala årliga omfördelningen i form av en kommunal kostnadsökning på gruppen "Johan" 100*100.000 kronor, dvs 10 Mkr. Landstingets vinst för samma grupp utgörs av cirka 320.000 kronor/år/Johan dvs cirka 32 Mkr. Den totala samhällsekonomiska vinsten utgörs av cirka 100*220.000 dvs 22 Mkr.

Allt detta beräknat på gruppen "Johan"

5.3.2 Psykiatrin

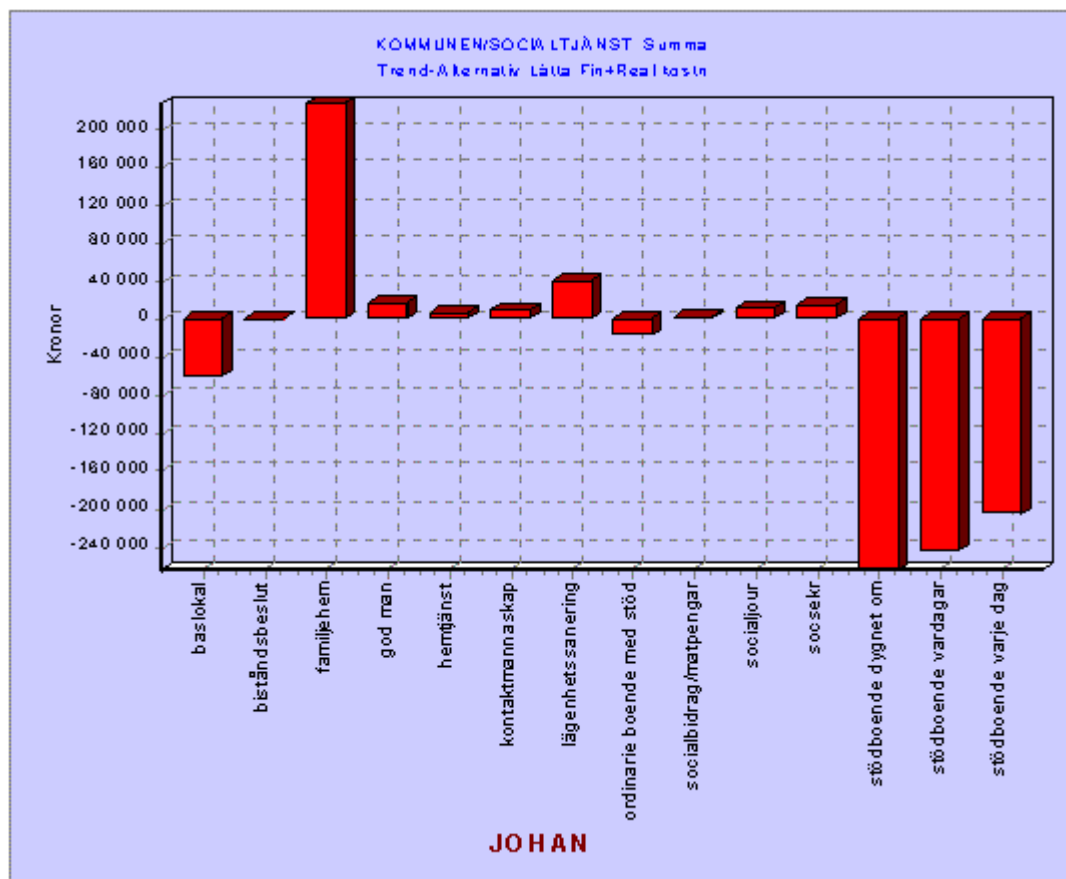
Praktiskt taget all vinst inom psykiatrin uppstår som en följd av minskad slutenvårdskostnader och till en viss del som minskade familjehemskostnader. Minskningen är ju som framgår dramatisk, cirka 1.2 Mkr. under femårsperioden eller cirka 240.000 kronor per år. Uttrycker man det på ett annat vis innebär det att för varje Johan minskar årskostnaderna ungefär med kostnaderna för en vårdartjänst på

80% nivån. Betraktar vi hela Södertälje med dess 100 "Johan" handlar det om 80 tjänster på helårsbasis.



5.3.3 Socialtjänsten

Socialtjänstens kostnadsökning beror i första hand på kostnader för särskilt boende och träfflokalskostnader

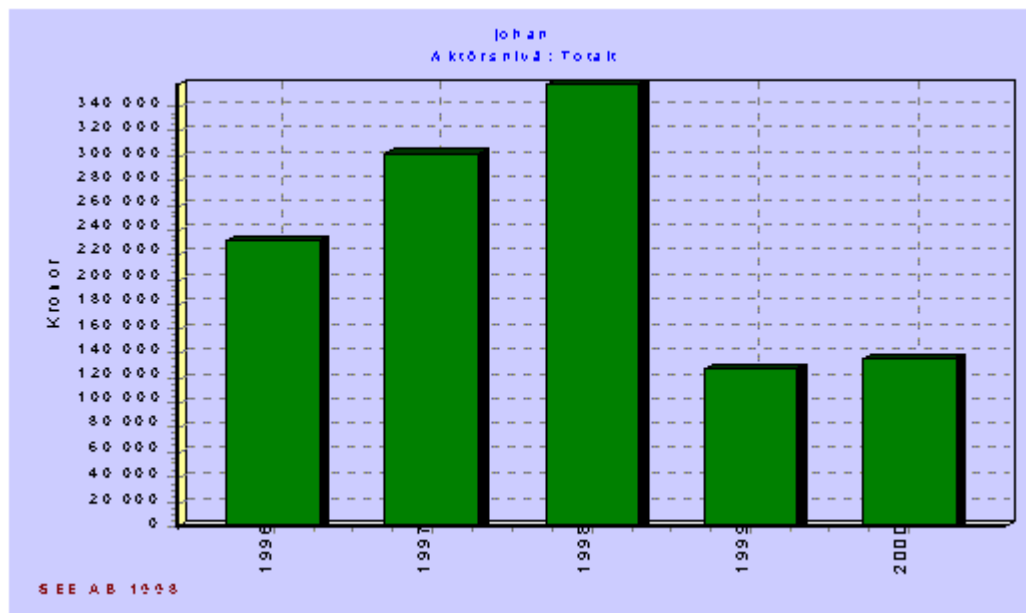


5.4 Differensen över en femårsperiod

Nedan får vi en annan intressant bild – effekterna av psykiatrireformen fördelade på de fem åren. Vad vi kan se är en vinst de tre första åren, men en förlust de sista två som beror på vårt antagande att i worst case kommer kvaliteten i vårdinsatser för Johans del att sjunka varför ett stödboende i jämförelse med detta kan komma att verka dyrt.

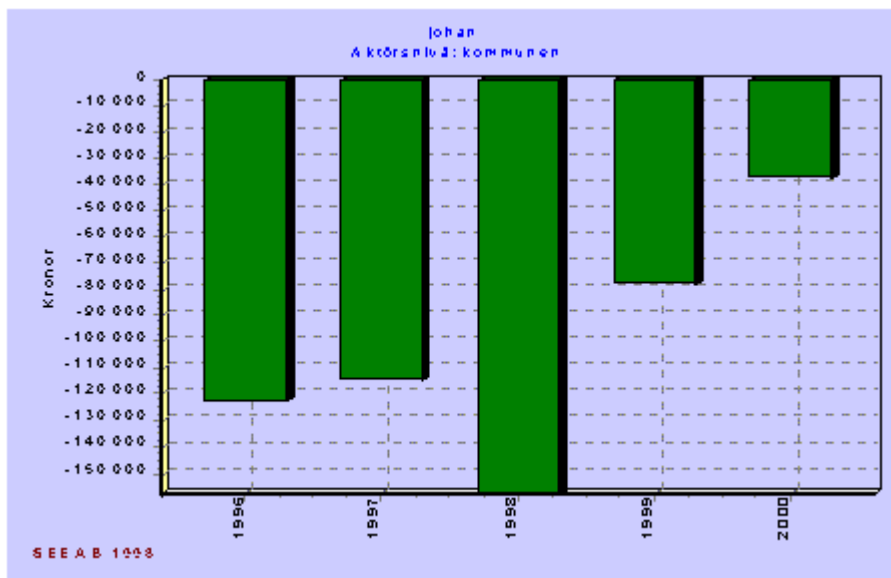
5.4.1 Totalt

Det första vi ser är att de stora vinsterna i denna modell faller ut under år 2 och 3



5.4.2 Socialtjänsten

Ett annat intressant förhållande är att ur kommunens räkning kan man ana en kostnadspuckel under 1998 för att därefter se ett mönster av avtrappande kostnader. Detta följer av antagandet om den gradvisa avtrappningen av boendestödet för Johans del



5.5 Några uppenbara skillnader mellan best och worst case

Om man i punktform ska summera de två fallen och skillnaderna mellan dem kan man säga följande

- * de är båda förknippade med betydande kostnader
- * det finns ett mönster av vinnare (landsting) och förlorare (kommun) med potential för (risk för) Svarte Petter spel
- * det uppstår en puckeleffekt i kostnader under reformens andra och tredje år
- * helt avgörande för om psykiatrireformen finansiellt kommer att kunna "ros iland" ur ett kommunalt perspektiv blir förmågan att sänka omvårdnadsnivåerna i det särskilda boendet och öka förmågan hos den enskilde till ett självständigt liv
- * om man inte lyckas plocka hem de vinster vi påvisar som möjliga i vår kalkyl finns det en stor risk att Svarte Petter spelet utlöses mellan parterna

6. KURTS TVÅ LIV

6.1 Den stora skillnaden

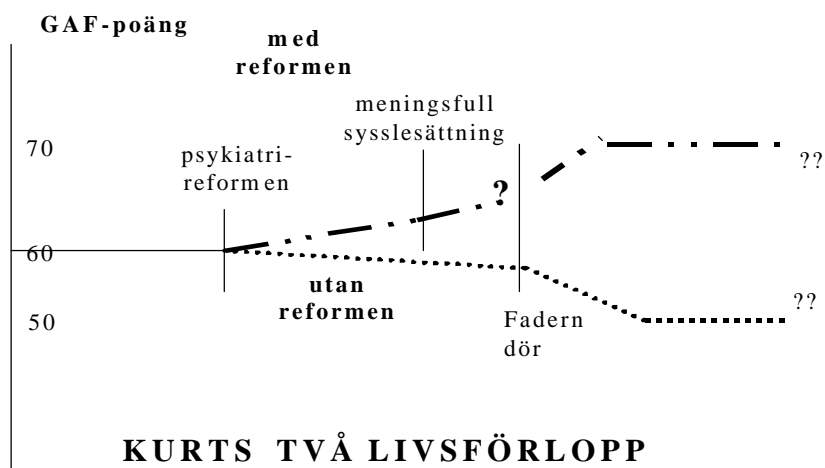
Låt oss nu vända blicken mot Kurt, en helt annan person med ett helt annat liv. Vi studerar även Kurts liv under fem år. Dels som om psykiatrireformen inte skulle ha aktualiserats och genomförts. **Referensalterantivet**. Mot detta ställer vi genomförandet av psykiatrireformen såsom man genomfört den i Södertälje de två första åren och såsom man hoppas och rimligtvis kommer att kunna genomföra den de kommande tre åren.. **Reformalternativet**

Kurts liv utan psykiatrireformen innebär att hans liv sannolikt skulle vara oförändrat och pendlat mer eller mindre slumpmässigt upp och ner kring funktionsnivån 55-65 på GAF-skalan i en svagt nedåtgående trend. Han blir allt mer och mer isolerad och utvecklar ett allt mer och mer udda beteende. Han är tillräckligt frisk för att inte bli till föremål för vård. Men han är för sjuk för att kunna få någon anställning. I flera stycken befinner han sig utanför välfärdssystemen genom att hans föräldrar, inte minst den starka Esther är den som utgör hans sociala skyddsnet

Ett avgörande inträffar emellertid det år då först fadern avlider och därefter modern flyttar in på servicehus. Nu blir dels Kurt direkt sämre och dels blir han synliggjord för de sociala välfärdssystemen.

Skillnaden efter psykiatrireformen är att kombination av samverkan mellan parterna, färre tillfällen att ramla mellan stolarna och omfokusering på stödjande arbete och inslag av meningsfull sysselsättning leder till att Kurts funktionsnivå sannolikt kommer att höjas till en högre nivå samtidigt som vårdinsatserna minskar. Men nu inträffar något intressant. I takt med att hans sociala träning lyckas, de sociala nätverken byggs upp och han får tillfälle till meningsfull sysselsättning, så börjar han nu dyka upp som en kostnadspost hos försäkringskassan men framförallt arbetsmarknadsmyndigheterna.

Skillnaderna i starkt förenklad form skildras i figuren nedan.



6.2 Utan psykiatrireformen

Våren 1997 avlider fadern 86 år gammal (född 1911) som en följd av sin diabetes. Detta gör att modern, 77 år gammal, (född 1920), som redan tidigare haft besvär med sin reumatism väljer att flytta till servicehus. Kurt bor kvar i föräldrarnas hus, samlandet av udda mekaniska prylar ökar och till grannarnas förskräckelse upptar skrotet allt mer och mer av tomten. När Kurt blir ensam i huset sker ett snabbt förfall, både sanitärt och psykiatriskt. Efter en kortare period på sjukhus görs försök till placering på behandlingshem.

Kurt har praktiskt taget ingen sjukdomsinsikt. Han uppfattar sig egentligen som ganska normal. I sitt beteende mot omgivningen blir han alltmera misstänksam och hotfull. Detta leder vid några tillfällen till att polisen tillkallas. Vårdintygsbedömning görs och vid flera tillfällen kommer han in på sjukhus för tämligen korta vårdepisoder.

Efter dessa vårdtillfällen håller han periodvis kontakt med öppenvården som han sedan på eget initiativ avbryter. Under denna period träffar han personal från psykmottagningen ungefär en gång per månad. Han börjar gradvis missköta sig och vårdas på vårdintyg. Han är inne i en ond cirkel. Man gör återigen försök med vård på behandlingshem, men Kurt trivs inte. Han har en känsla av att de sociala myndigheterna nafsar honom i hälarerna .

Under denna period försörjs han inledningsvis genom socialbidrag. Socialsekreterarna ligger på honom att han ska söka sjukbidrag och efter många om och men gör han detta. Han ansöker och får sjukbidrag för perioden fram till september 1998. Planeringen spricker emellertid i och med att Kurt sticker iväg från det, som han upplever det, tjugatiga behandlingshemmet i mitten av 1998 och beger sig hem till sitt gamla föräldrahem. Försäkringskassan konstaterar att rehabplanen inte följs – ska sjukbidraget dras in? Kurt erinras om detta. Kurt förklarar att det var ”tjatet” som irriterade honom . Om han bara får sköta sig själv så kan han tänka sig att ställa upp

på kontakt med socialsekreterare och AMI, även om han inte tror att det finns jobb åt honom.

Sjukbidraget upphör i september, men när han på nytt ska ansöka om förnyat bidrag glömmer han bort att göra det eller struntar i det och hankar sig fram ett tag till pengarna och maten är helt slut. Då söker han socialbidrag varefter socialsekreterarna uppmanar honom att söka sjukbidrag osv. Man spelar i viss mån Svarte Petter kring försörjningsansvaret för Kurt.

Kurt som inte sköter om sin medicinering blir snabbt allt sämre – nya vårdperioder. Enstaka försök till arbetsrehabilitering görs. AMI blir också inkopplat. Han förtidspensioneras i slutet av 1998. Under 1998 träffar han vid ett antal tillfällen (cirka en gång per månad) en kontaktperson från öppenvård. Och psykiater vid några tillfällen – framförallt för vårdintygsbedömningar. Även under detta år erhåller han periodvis slutenvårdsbehandling

Efterhand som hans isolering och underlighet ökar minskar hans förmåga att inte bara sköta sin hygien utan också sin ekonomi. Som en följd av detta förlorar han huset under slutet av 1999 och flyttar in i egen lägenhet i Saltskog. Han bedöms ha rätt till hemtjänst några gånger per vecka, men släpper inte alltid in Hjärdis som vårdbiträdet heter.

Den onda cirkeln rehab – öppenvård och slutenvård fortsätter. Han har under denna period kontakt med rehabenheten på den psykiatriska kliniken. Under periodens senare del vistas han, efter ett gemensamt åtagande från kommunen och psykiatrin periodvis på familjehem

Han deltar i en del gruppverksamhet i rehabteamets regi i perioder men just på nyårsafton 2000 är han åter en gång intagen på sjukhuset. För vilken period i ordningen???

6.3 Efter psykiatrireformen

Våren 1996 skrivs Kurt ut från en av sina kortvariga perioder av slutenvård till följd av vårdintyg. I samband med utskrivningen och i samarbete med hans läkare tar personal från Sydgården kontakt med honom och efter en viss diskussion skrivs Kurt in där och blir knuten till sin psykiatriska kontaktperson, Lasse, som är mentalskötare. Han får också vid ett personligt överlämnande kontakt med sin läkare på Sydgården. Kontakten med Kurt togs i hans hem.

Lasse, Edith, och Kurt träffas inledningsvis en gång per vecka för att etablera kontakt och lära känna varandra. Avsikten med dessa träffar är att motivera Kurt för någon form av sysselsättning eller arbete och för att tillsammans med de båda samordnarna från kommun och landsting göra en CAN-skattning. Träffarna glesnar något efterhand som relationen blir etablerad.

Hans intresse för gamla saker kan tas tillvara på Sydgården och han slipar gärna gamla möbler i träfflokalen där han också lär känna andra människor. Efter ett halvår

där känns det också moget för honom att ta ett steg vidare. Att hitta en mer meningsfull sysselsättning

Hans motivation att medicinera är låg, ja mycket låg. Men det har gått att motivera honom till en ESL-kurs som startade hösten 1996. Här går han 1 gång per vecka och träffar under en timme tillsammans med fem andra personer en gruppleddare som tillsammans med gruppen arbetar med att tidigt känna igen symtom på sjukdomen, biverkningar kring mediciner, social träning m.m. Man jobbar mycket med rollspel.

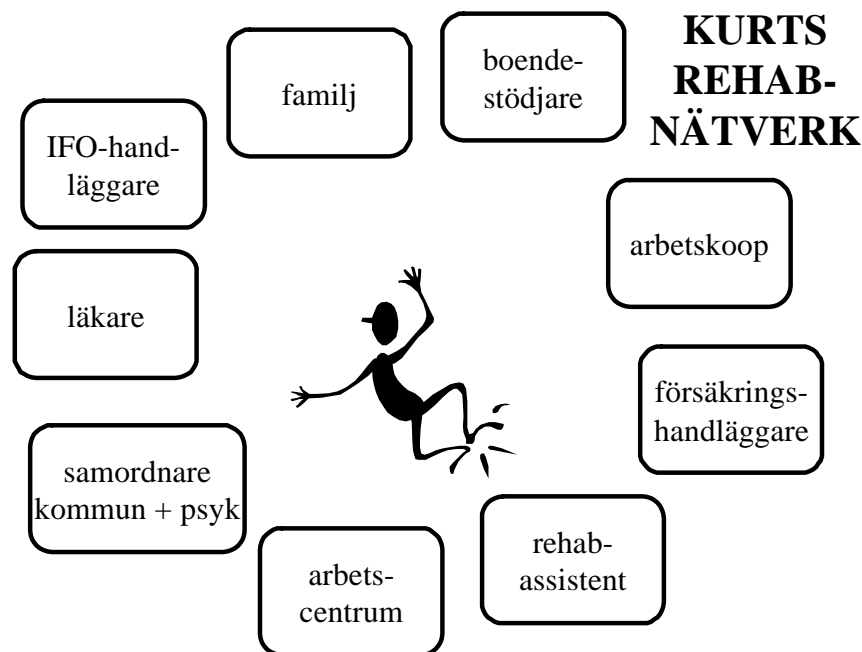
Det visar sig att Kurts önskan är att få ett "riktigt" jobb. Utifrån denna personliga målsättning påbörjas arbetet med att upprätta en rehabiliteringsplan. Nu är det många som samarbetar kring Kurt. Arbetsterapeuten och de båda samordnarna kopplas in för att göra en ny och uppföljande CAN-skattning och funktionsbedömning. Hon anser att Kurt fungerar hyfsat i sin egen hemmiljö men kanske behöver han någon form av stöd i sin egen bostad för att få hjälp med städrutiner och en del andra praktiska göromål.

Det är emellertid svårt att göra en riktigt bra bedömning av Kurts aktivitets- och arbetsförmåga. Därför tas kontakt med arbetskooperativet Klippan för att diskutera om han kan få prova på att arbeta där i en tremånadersperiod för att under denna tid göra en sådan bedömning i en mer arbetsliknande miljö. Det där tänder Kurt på och ser som ett steg på väg mot sitt mål.

Kurt lever på sjukbidrag sedan september 1996. I rehabplanen anges att arbetsträning ska ske tre månader på Klippan. På relativt goda grunder anser man att Kurt skulle kunna klara åtminstone deltidsarbete i rätt miljö och med rätt handledning.

Mars 1997 börjar han på Klippan. Hans arbetsuppgifter handlar i första hand om förpacknings- och snickeriarbeten. Redan när han börjar bestämmer man tillsammans Edith (rehabassistenten) och Lasse (kontaktpersonen) samt försäkringssekreteraren Magdalena från försäkringskassan att följa upp det hela vid tre tillfällen och tillsammans med Kurt gör man ett personligt program för denna 3-månadersperiod.

Det visar sig nu att Kurt är mycket motiverad och snart visar det sig att hans funktionsförmåga och arbetskapacitet överstiger den nivå som kooperativets medlemmar är på, så man börjar tillsammans att överväga om han ska ta ett steg vidare. Kring Kurt finns det nu ett nätverk av aktörer som samarbetar



Men då händer detta; under april månad 1997 avlider fadern. Mamman flyttar till serviceboende bara några veckor senare. Kurt drar sig nu undan världen. Hans kontaktperson har viss kontakt men den blir glesare och glesare. Hans samlande tilltar och tomten liknar alltmer ett skrotupplag – han behöver allt detta som skydd mot strålningen från rymden. Han är misstänksam och hör röster. När slutligen hans grannar kontaktat hans kontaktperson på Sydgården Lasse (på grund av hans misär) blir det under juli månad 1997 vårdintygsbedömning och slutet vård en tid.

Då han skrivs ut har boendestödjare och kontaktpersonen Lasse från Sydgården en hög beredskap och i början ”punktmarkerar” man Kurt. Boendestödet i hans hem intensifieras under någon månad för att stödja honom i att komma igång med sitt liv på nytt.

Då han skrivs ut upptar han på hösten 1997 sin verksamhet i träfflokalen och återtar strax efter årsskiftet 1998 sitt arbete på Klippan där man på nytt efter någon månad börjar diskutera arbete på en högre kvalifikationsnivå. Under hela denna period fortsätter hans deltagande i ESL-kurserna på Sydgården. Det är också där han har en hel del av sitt begränsade sociala liv. Man ser honom ofta sitta där och hänga över en kopp kaffe.

Det som förefaller rimligast är att Kurt och Edith kontakter Arbetsmarknadscentrum (AC) för att diskutera arbetsträning där under trygga ekonomiska former. Tanken är alltså att Kurt fortsätter med sjukbidrag och om allt fungerar bra vill man att han efter hand ska kunna övergå till någon form av skyddat arbete.

I slutet av maj –98 träffar Kurt tillsammans med Edith en handläggare på AC. Han får information om vad arbetsträningen innebär, vilka färdigheter som krävs av honom för att kunna börja. Han gör ytterligare några besök – hela tiden tillsammans med

Edith och tillsammans gör man upp en handlingsplan för hans arbetsträning. Man beslutar att han ska börja i träverkstaden direkt efter semestrarna. Kurt tycker att det är långt dit, men håller med om att det inte är så smart att börja på något nytt för att bara efter några veckor vara ledig en hel månad. Han frågar om han inte kan få stanna kvar på Klippan fram till deras semesterstängning i juli. Och det är OK. Under hela denna period försörjs Kurt genom sjukbidrag.

Morgonen den 1:e augusti ringer Edith för säkerhets skull hem till Kurt – han får ju inte försova sig första dagen på nya jobbet. Han infinner sig halv nio som avtalat och introduceras på arbetsplatsen av arbetsledaren. Han arbetar där under hösten på halvtid (formellt så kallad arbetsträning). Fyra timmar per dag, måndag till fredag.

Nu kör det dock ihop sig igen. Edith ska sluta sitt jobb i början av 1999. Hon och hennes man ska flytta tillbaka till sin barndomsby utanför Krokombäcken i Jämtland. Kurt avbryter sin arbetsträning och drar sig undan på nytt. Men Lasse, hans kontaktperson, är uppmärksam på detta och ”tränger sig på”. Läkarkontakterna intensifieras under denna period. Och han skrivs in för slutenvård vid ett kortare tillfälle (två veckor) dock på frivillig grund och får under en period boendestöd tre gånger per vecka..

En ny rehabassistent, Doris, anställs den första februari 1999. Men det tar lång tid för henne och Kurt att etablera en relation. Han har svårt att komma över Ediths svek. Han försörjer sig fortfarande genom sjukbidrag

Någon gång under slutet av våren 1999 återgår Kurt till AC där han nu får arbeta på återvinningsanläggningen Kretsloppet och fortsätter sin arbetsträning på halvtid.

På kretsloppet jobbar han med att fräscha upp prylar och möbler som lämnas in till försäljning. På värdkanten är det också många cyklar som behöver åtgärdas innan försäljning och eftersom detta är något som Kurt är bra på, blir detta hans ansvarsområde. Kurt är en uppskattad arbetskamrat. Idag och punktlig. I början av juni börjar Kurt och hans handläggare på AC att planera för hösten. Ett förslag på utveckling är att han kan få en OSA-anställning på halvtid och fortsätta arbetsträna med 50% sjukbidrag.

Under denna period tar Doris kontakt med AMI och man omvandlar efter godkännande därifrån hans arbete till OSA-anställning på halvtid. Sjukbidraget minskas till hälften. Hans läkarkontakter blir glesare och glesare.

Under våren 2000 konstaterar Kurt tillsammans med Doris att han faktiskt skulle kunna arbeta på $\frac{3}{4}$ tid mera permanent och han ansöker nu om $\frac{1}{4}$ förtidspension och beviljas detta vid en uppföljning som äger rum i augusti eftersom man bedömer att han på grund av sin sjukdom inte har full arbetskapacitet

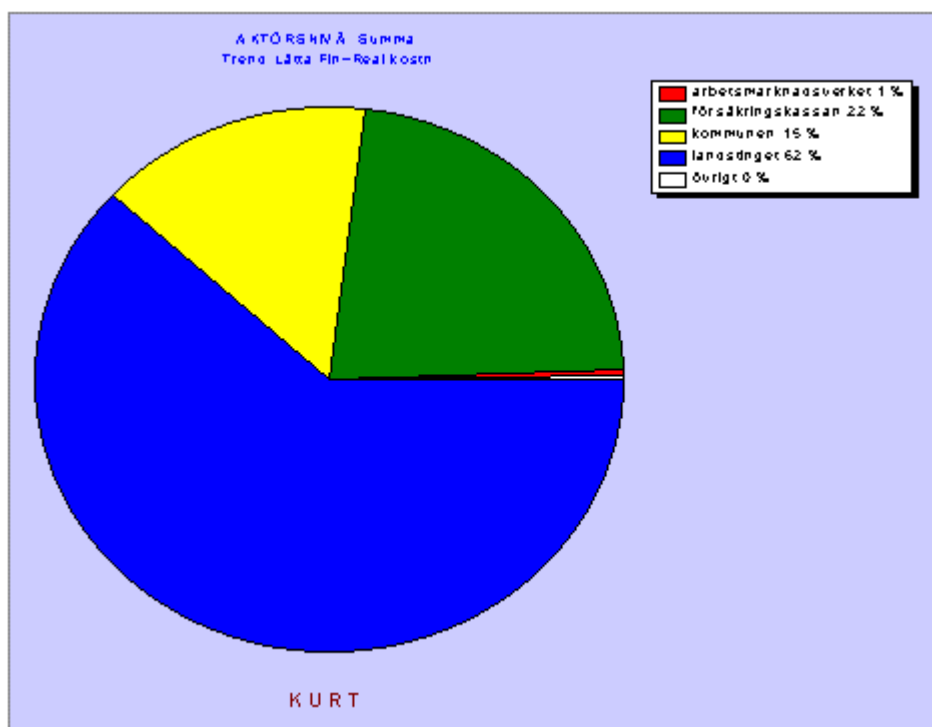
På nyårsafton 2000 har han en liten fest hemma i bostaden tillsammans med några kamrater han lärt känna på ESL-kursen. Han är stolt över sitt hjälpligt städade hem. Han är hemligt kär.....

7. KALKYLRESULTAT KURT

7.1 Worst case

7.1.1 Totalkostnader

Den totala kostnaden för Kurt utan psykiatrireformen uppgår till cirka 1,6 miljoner kronor. Betydligt mindre totalkostnader än för Johan (som kostar cirka 3 Mkr. under samma period), men fortfarande en mycket hög summa. Även i detta fall är landstinget den dominerande kostnadsbäraren med cirka 2/3 av de totala kostnaderna.

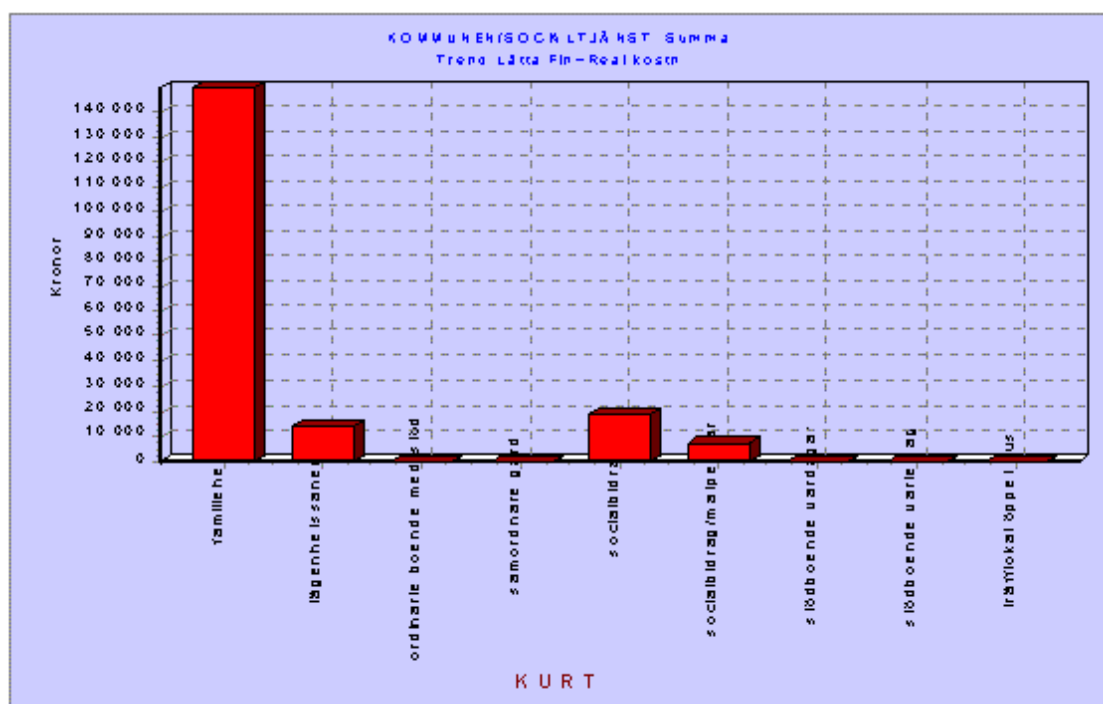


Beloppen mera exakt redovisas nedan fördelad mellan de olika aktörerna och fördelat över de fem åren. Vi ser här att de år då Kurts liv är som mest komplicerat och i oordning (fadern dör t.ex. 1997) är också de år då hans samhällskostnader är som störst. Det är framförallt slutenvårdskostnaderna som varierar. Kalkylen återspeglar bräckligheten i Kurts sociala nätverk

Kurt	1996	1997	1998	1999	2000
Arbetsmarknadsv.	0	0	3628	6910	0
Försäkringskassan	91200	66875	44325	79300	75524
Kommunen	18588	77701	28598	58309	55532
Landstinget	145100	256398	122173	276666	184201
Övrigt	0	0	0	0	0
Totalt	254888	400974	198724	421185	315257

7.1.2 Socialtjänsten

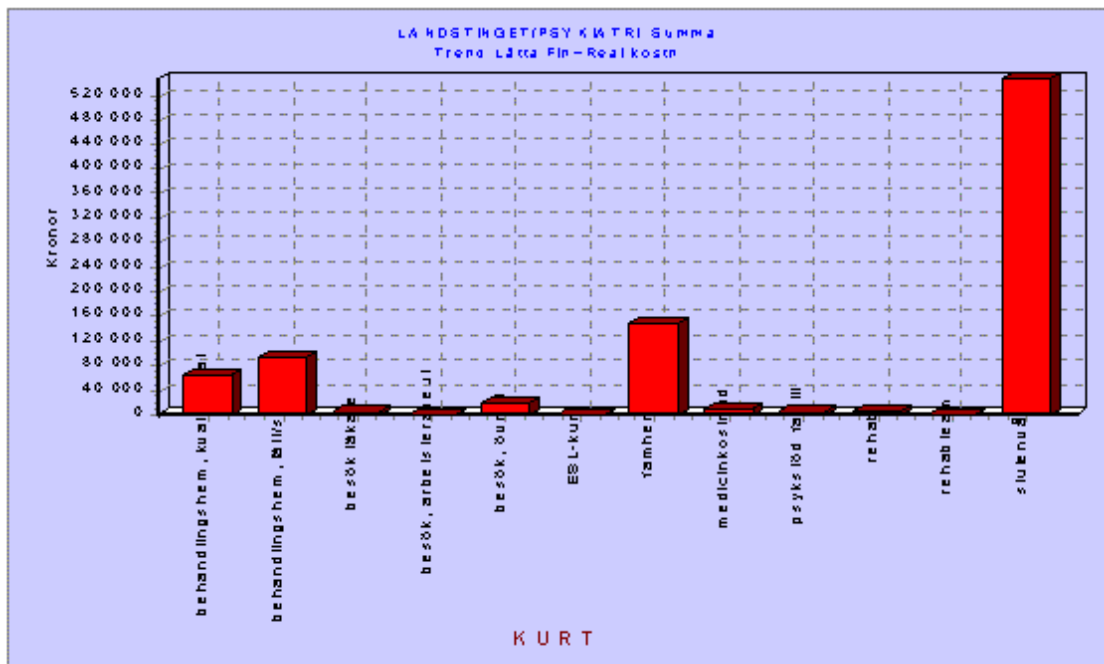
Ser vi på kostnadernas fördelning för socialtjänsten så utgör familjehemsplaceringen den överallt annat dominerande kostnadsposten. Den utgör fyra femtedelar (79%) av de totala kommunala kostnaderna. Sett på detta vis ligger det naturligtvis i kommunens intresse att (av ekonomiska skäl) i mesta möjliga mån hålla Kurt kvar inom psykiatrins domäner. Det leder till en högre samhällskostnad men en vinst för kommunen. En illustration av den tänkbara Svarte Pettereffekten.



7.1.3 Psykiatrin

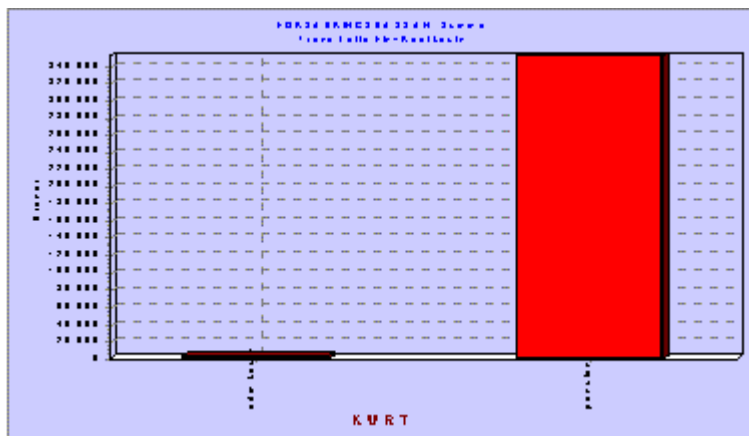
Psykiatrins kostnader är i scenariot utan psykiatrireformen helt dominerade av slutenvårdskostnaderna som uppgår till drygt en halv miljon, vilket för jämförelsens skull utgör ungefär 1/3 av de totala samhällskostnaderna för Johan under samma period. Slår vi samman psykiatrins kostnader för olika slutna vårdformer

(behandlingshem, familjehem och slutenvård) ser vi att dessa överstiger 95% av de totala kostnaderna för Kurt.



7.1.4 Försäkringskassan

Försäkringskassans kostnader domineras naturligtvis av pensionskostnaderna för Kurt som uppgår till cirka 250.000 kronor under femårsperioden. Precis som för Johan är handläggningsskostnaderna (1%) praktiskt taget försumbara i relation till kostnaderna för att försörja Kurt.

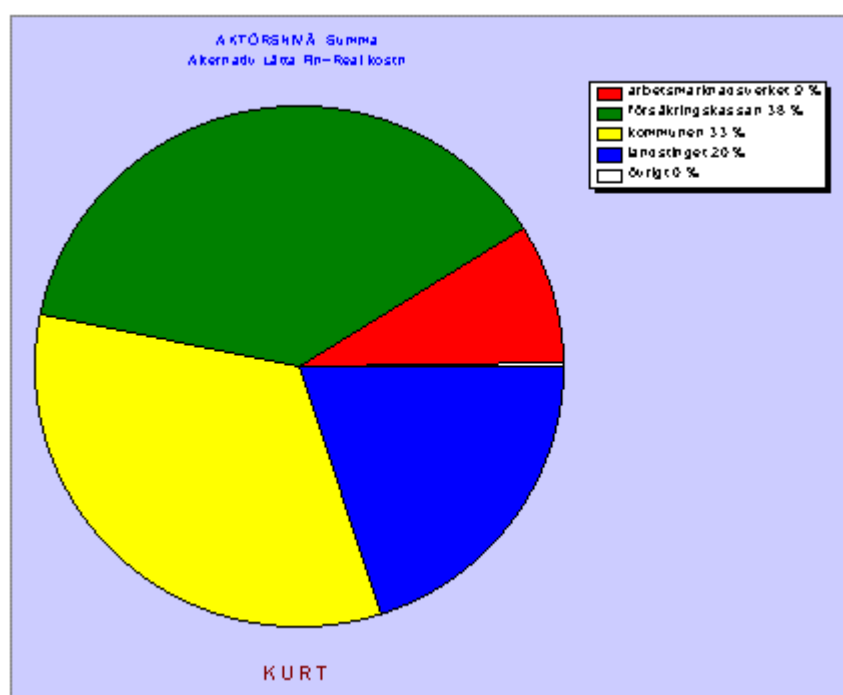


7.2 Best case

Totalkostnaderna för Kurt med genomförd psykiatrireform uppgår till drygt niohundrausen kronor. Det vi nu tydligt ser är hur landstingets kostnader sjunkit till en femtedel av de totala kostnaderna medan kommun och försäkringskassa står för vardera cirka en tredjedel. För första gången kommer nu arbetsmarknadsverket in i våra kalkyler. Det är en effekt av att Kurt blivit till föremål för arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

Uttrycker vi det på ett annat vis kan vi säga att en person som Kurt, efter psykiatrireformen under en 30 årsperiod (vilket kanske kan anses vara ett "normalt sjukdomsförlopp" kommer att konsumera samhällsresurser för cirka 5 –6 miljoner kronor.

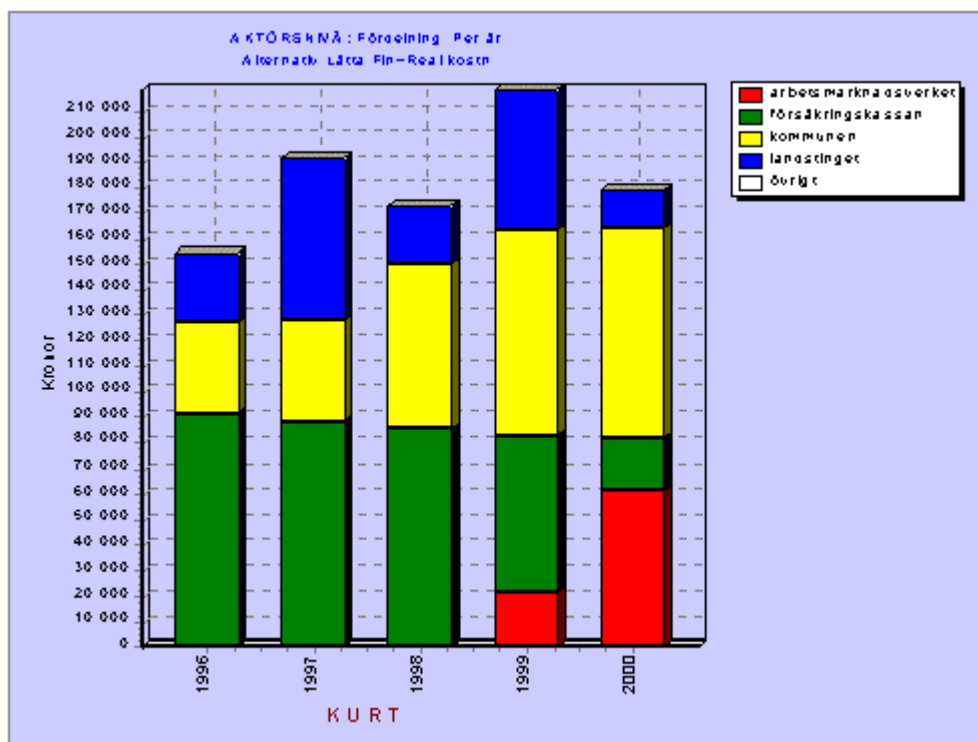
I Södertälje finns uppskattningsvis cirka 200 personer av Kurts sort (eller med ungefär motsvarande omvårdnadsbehov eller vårdtyngd). Totalt konsumerar dessa personer samhällsresurser för mellan 1.000 och 1.200 miljoner kronor under sin sjukdomstid. En effektiviserad resursanvändning på 10% motsvarar mer än 100 miljoner kronor. Ett förhållande som det kan vara värt att reflektera över.



Tittar vi på kostnaderna fördelad över de olika åren, ser vi även här en ökad samhällskostnad för de år då livet är tungt för Kurt (fadern dör och hans kontaktperson på Sydgården flyttar) men kostnadsökningarna bromsas upp av Kurts sociala nätverk. Vi ser också att kostnaderna för försäkringskassan minskar och arbetsmarknadsverket ökar i slutet av femårsperioden då Kurt kommer in på den delvis skyddade arbetsmarknaden

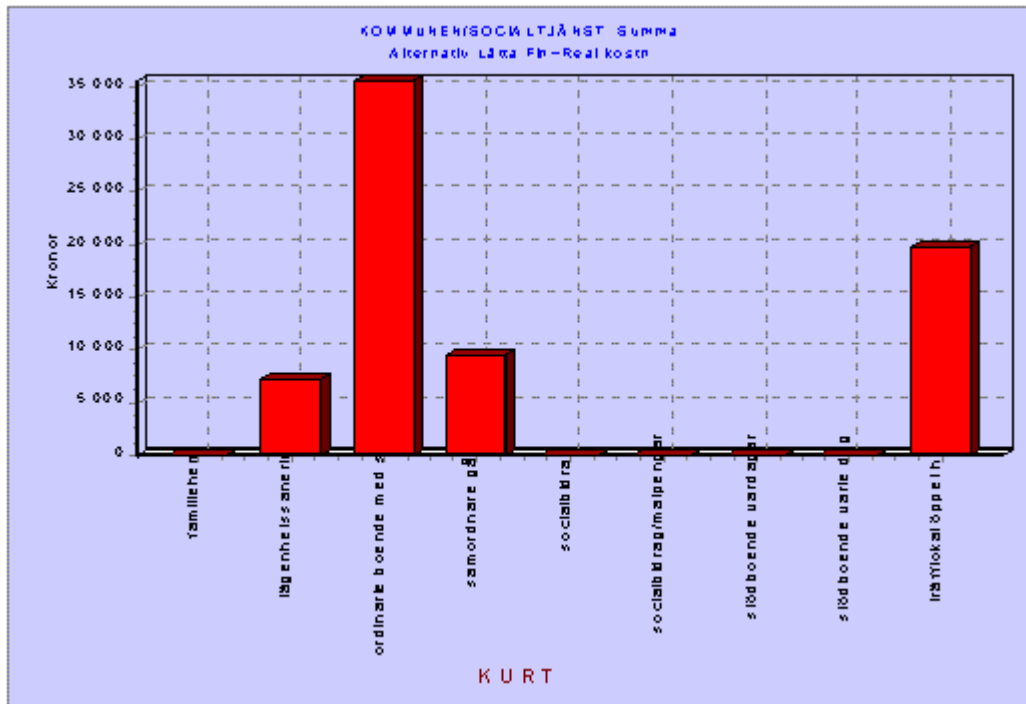
Kurt	1996	1997	1998	1999	2000
Arbetsmarknadsverket	0	0	0	21509	61455
Försäkringskassan	91200	88095	85079	61331	19950
Kommunen	36000	39901	65114	80896	82516
Landstinget	27200	64111	22673	54695	15136
Övrigt	0	0	0	0	0
Totalt	154400	192107	172866	218431	179057

Studerar vi fördelningen mellan år i diagramform upptäcker vi också det intressanta förhållandet att Kurt på några års sikt utgör en kostnadspost för arbetsmarknadsverket och att försäkringskassans åtagande minskar i samma grad. Vi har nu för Kurt identifierat både en övervältringsmekanism mellan landsting och kommun samt mellan försäkringskassa och arbetsmarknadsverk.

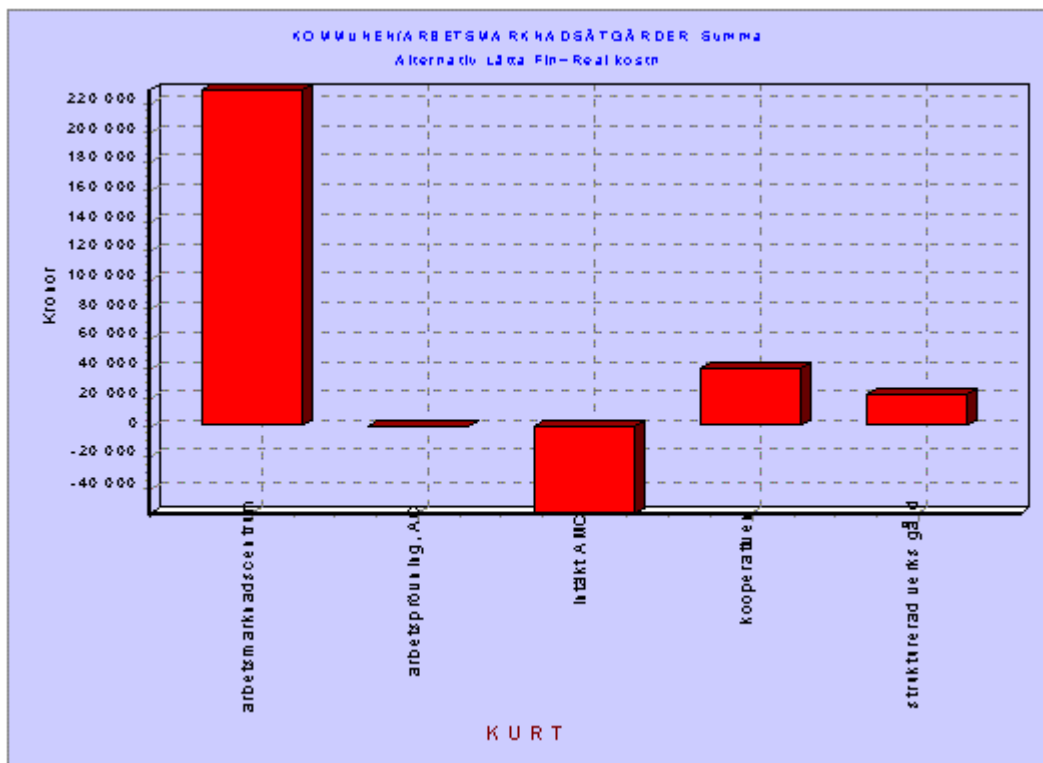


7.2.1 Socialtjänsten

För socialtjänstens del inträffar nu det intressanta att socialtjänstens kostnader i förhållande till worst case minskar något (från cirka 180.000 till cirka 70.000 för femårsperioden) medan kostnaderna för de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna uppgår till mer än 200.000 kronor. Ett uttryck för en omfördelning mellan kostnader för vård i landstingets regi till meningsfull sysselsättning i kommunens regi

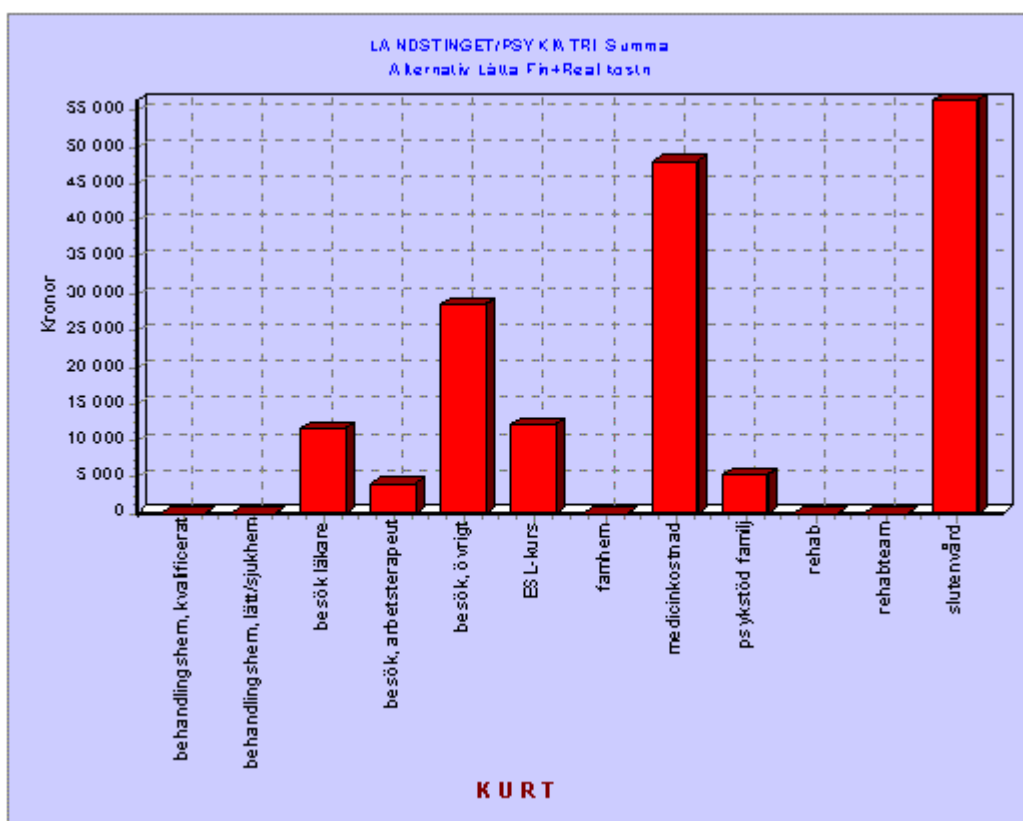


Detaljstuderar vi de arbetsmarknadspolitiska kostnaderna ser vi också hur de är fördelade mellan olika åtgärder, men också en annan intressant sak – de intäkter som för första gången uppträder i våra kalkyler som ett resultat av åtgärderna på arbetsmarknadscentrum. Det enkla förhållande att ett positivt samhällsvärde uppstår som en följd av Kurts arbete på Kretsloppet.



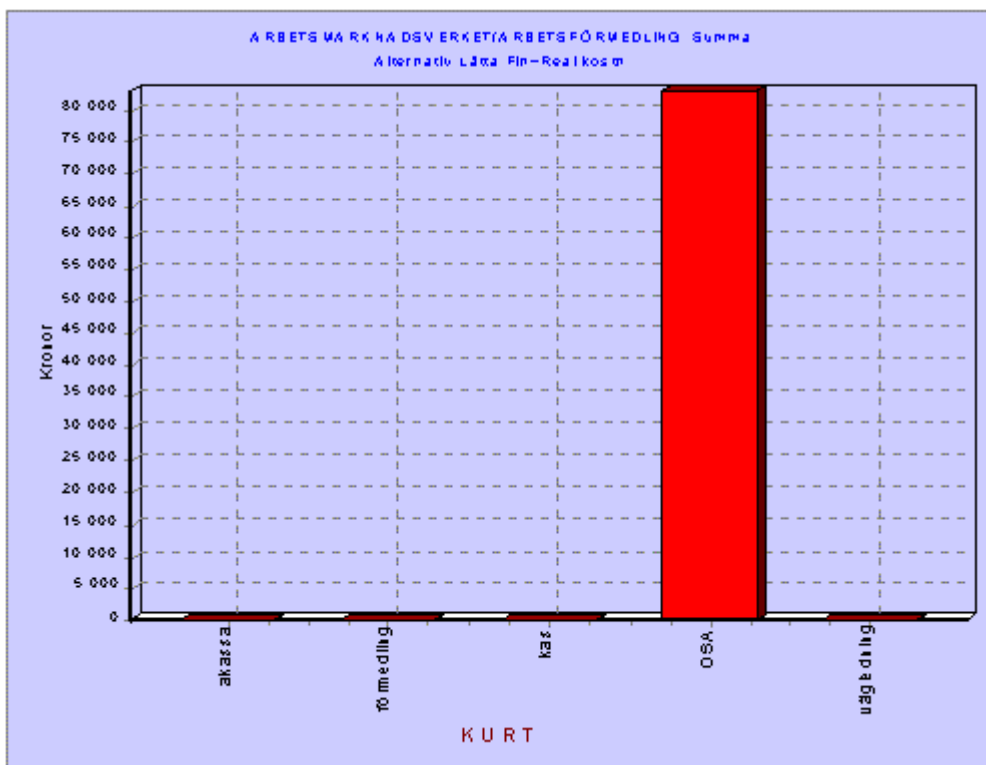
7.2.2 Psykiatrin

Studerar vi psykiatrin ser vi fortfarande hur slutenvården dominerar med en kostnad på cirka 55.000 kronor för femårsperioden, men för första gången utgör summan av de andra insatserna ett större belopp, med 66% av psykiatrins totala kostnader. Ett tydligt uttryck inte bara för kostnadsreduktionen utan också den kostnadsomfördelning övergången till öppnare vårdformer innebär. Men vi kan också se ett annat intressant förhållande, nämligen att eftersom Kurt har en stabil och förtroendefull relation med Sydgården och dess psykiatriska personal lyckas man med att hjälpa Kurt att hålla sin medicinering stabil vilket innebär två saker. Dels att han får ett farmakologiskt stöd att delta i olika sysselsättningsåtgärder och dels att man förebygger ett antal slutenvårdstillfällen. De höga medicinkostnader (cirka 50.000 kronor) detta medför kan i detta perspektiv betraktas som en investeringskostnad för ett självständigt liv.



7.2.3 Arbetsmarknadsmyndigheter

Arbetsmarknadsmyndigheternas kostnader utgörs helt av finansieringskostnaderna för OSA-arbetet som Kurt erhåller vid arbetsmarknadscentrum och speglar hur en allt friskare Kurt omfördelar sitt försörjningsbehov från de socialpolitiska aktörerna till det arbetsmarknadspolitiska området.

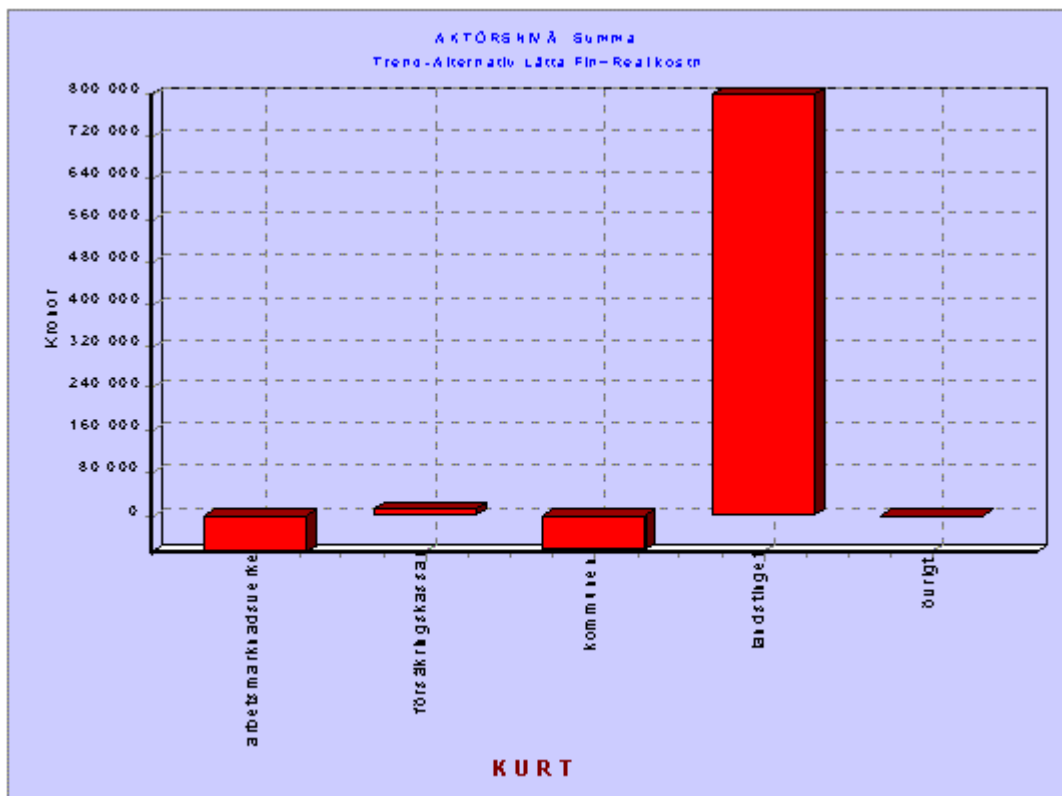


7.3 Differensen mellan worst och best case

Totalkostnader

Det intressanta är nu att studera skillnaderna mellan situationen före och efter psykiatrireformen. Vi ser då att i likhet med Johan är landstinget en vinnare med en vinst på cirka 800.00 kronor och att kommunen förlorar cirka 65.000 kronor. Men vi ser även här att psykiatrireformen påverkar arbetsmarknadsmyndigheterna i form av en förlust på cirka 70.000 kronor. Men sannolikt inträffar i detta fall ett annat intressant fenomen – Kurt dyker nu för första gången upp i arbetsmarknadsstatistiken. I worst case ingår han inte i arbetskraften medan han i best case kommer att registreras under posten ”arbetsmarknadspolitiska åtgärder”. På så sätt kan man säga att de positiva effekterna på Kurts liv i arbetsmarknadsstatistiken kommer att registreras som en del av den totala arbetslösheten – den delen som omfattar de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna. I statistiken för antalet sysselsatta kommer att registreras en ökning.

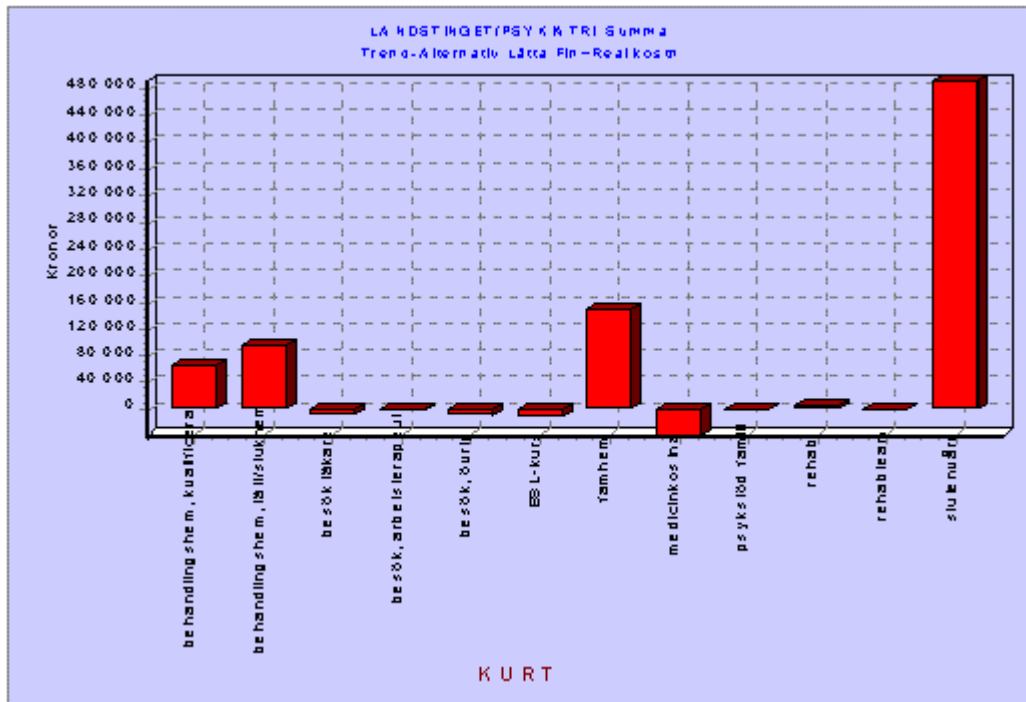
Psykiatrireformen har alltså inte bara reducerat vårdkostnaderna. Till en liten viss del har Kurt rört sig i riktning från att vara helt försörjd, till att delvis vara försörjare.



Den totala samhällsvinsten för Kurt av psykiatrireformen utgörs av knappt 700.000 kronor, dvs cirka 140.000 kronor per år. Om vi antar att det i Södertälje finns cirka 200 personer av Kurts sort blir den årliga samhällsekonomiska besparingen till följd av psykiatrireformen cirka 28 miljoner kronor.

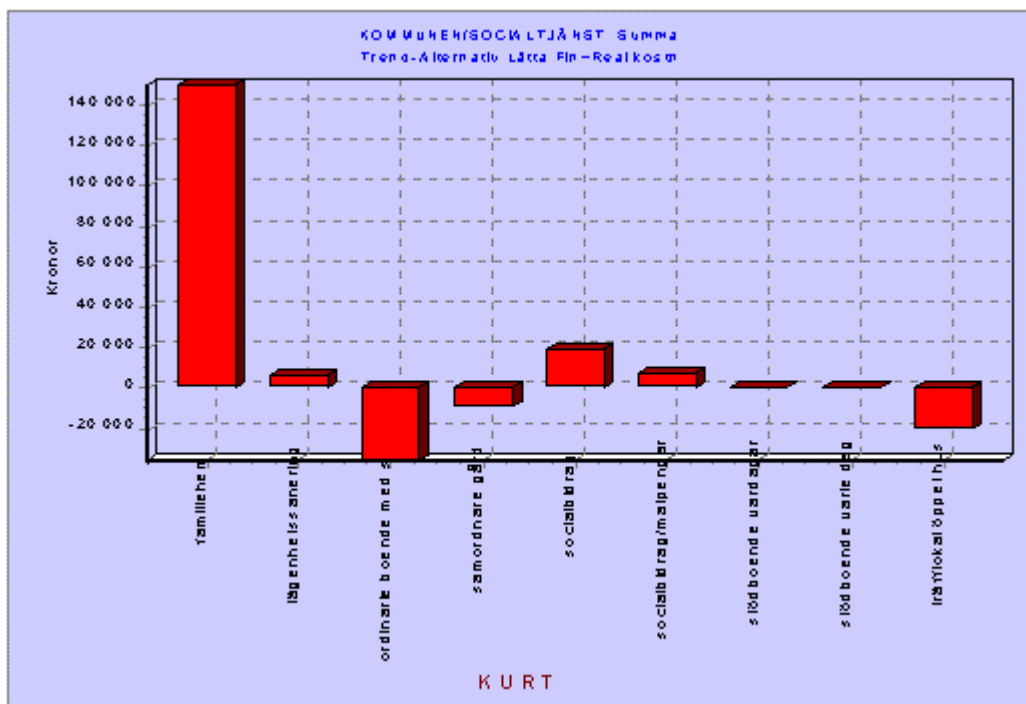
7.3.1 Psykiatrin

Studerar vi differensen för psykiatrins räkning ser vi att den stora vinsten utgörs av minskade kostnader för olika former av slutenvård. Den enda egentliga kostnadsökningen utgörs av de ökade medicinkostnaderna. Vi ser hur åtgärderna rör sig från det passiva, inneslutande i riktning mot öppna åtgärder och ett självständigt liv.

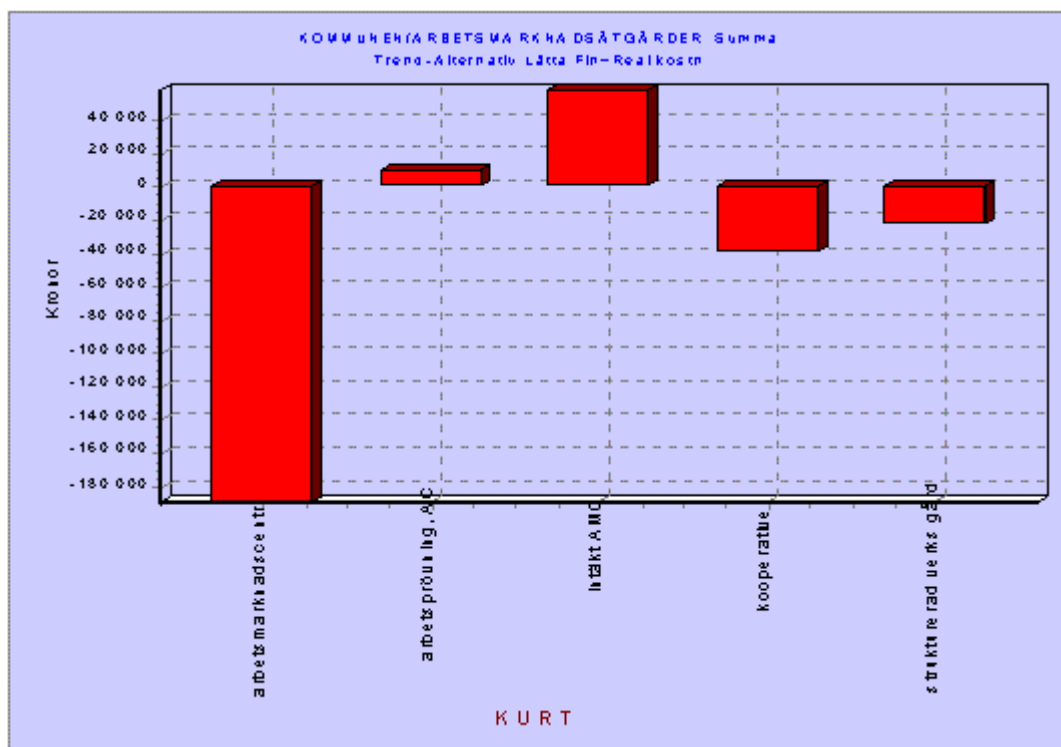


7.3.2 Socialtjänsten

De kostnadsökningar som uppstår för det särskilda boende i best case betalas med god marginal av de vinster för uteblivet familjehemsboende man får i worst case. För socialtjänstens räkning blir nettovinsten nästan 150.000 kronor för femårsperioden



Kostnadsökningarna för kommunens del består praktiskt taget helt av kostnaderna för de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna vilka uppgår till knappt 200.000 kronor under femårsperioden.



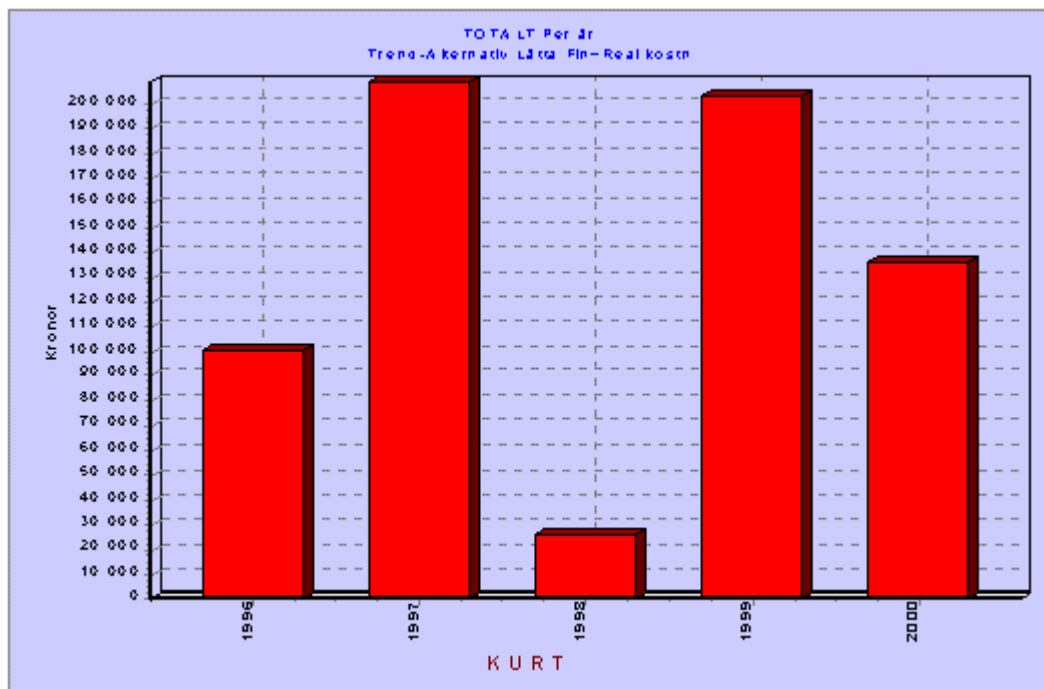
7.3.3 Arbetsförmedling

Skillnaden mellan best och worst case för arbetsmarknadsmyndigheterna utgörs av ökade finansieringskostnader för OSA-arbete. För arbetsmarknadsmyndigheterna är psykiatrireformen en entydig förlustpost. Mer jobb med svåra klienter, högre kostnader för arbetsmarknadsverket och sämre arbetsmarknadsstatistik

7.4 Differensen över en femårsperiod

7.4.1 I stort

Studerar vi skillnaden före och efter psykiatrireformen ser vi att utvecklingen ger en relativt stadig vinst för samhället. Det intressanta är att vinsterna för samhället är särskilt stora de år som är krisår i Kurts liv eftersom de ”genomklappningar” som inträffar i worst case på grund av det starka nätverket i best case blir av mycket lindrigare natur.

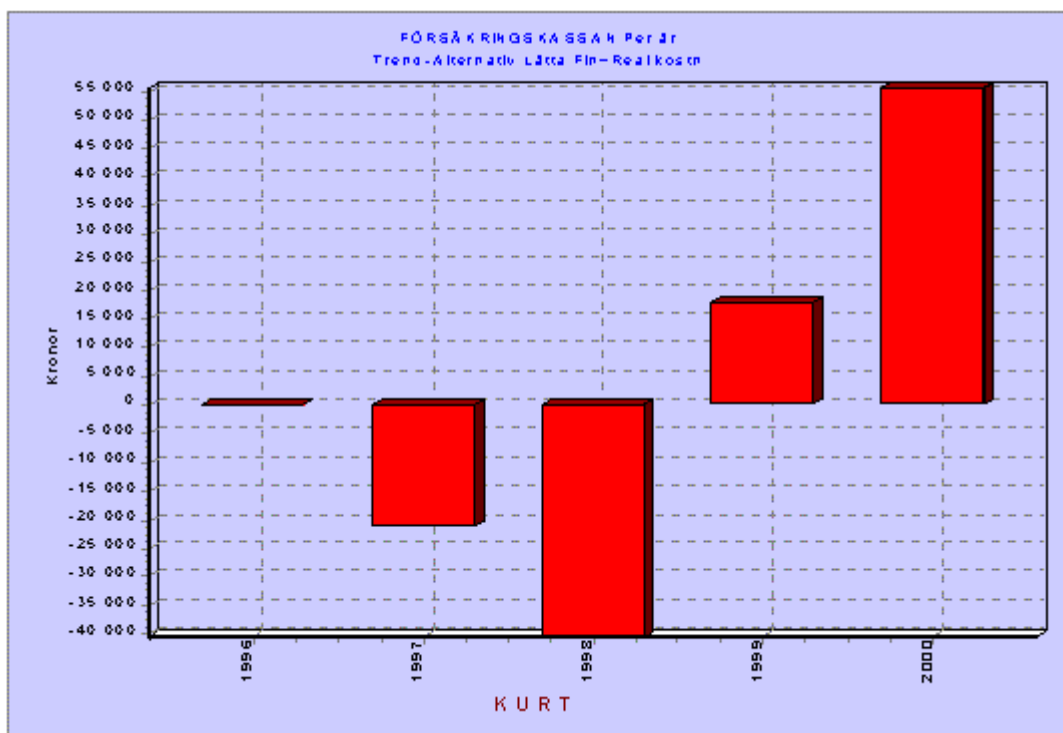
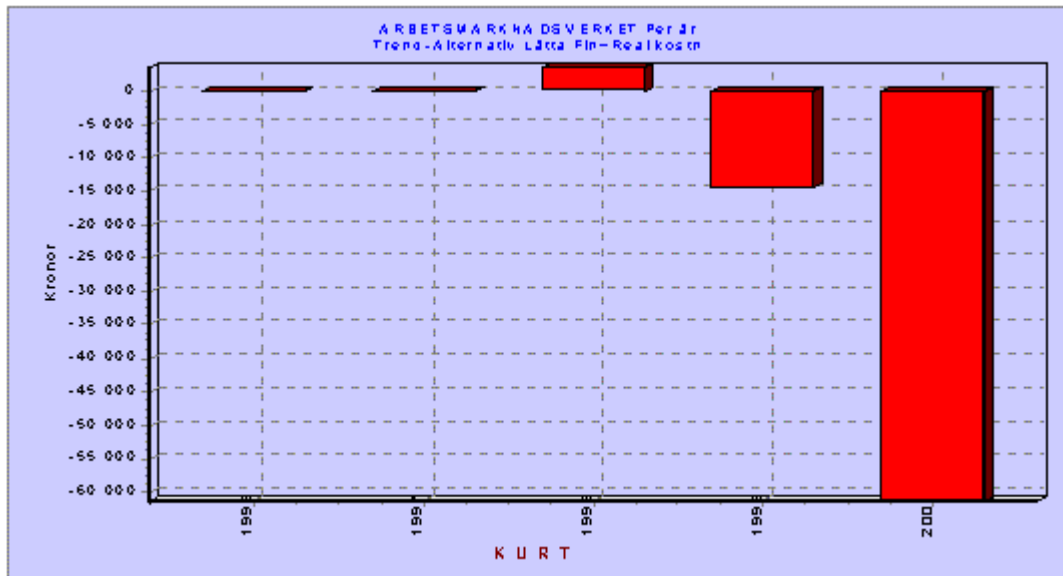


7.4.2 Arbetsförmedling & försäkringskassa

Studerar vi omfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsförmedling över en femårsperiod ser vi hur försäkringskassans vinst uppstår under periodens två sista år, då Kurt börjar kunna försörja sig via OSA-arbete. Det är under samma period som arbetsmarknadsverkets förluster uppstår.

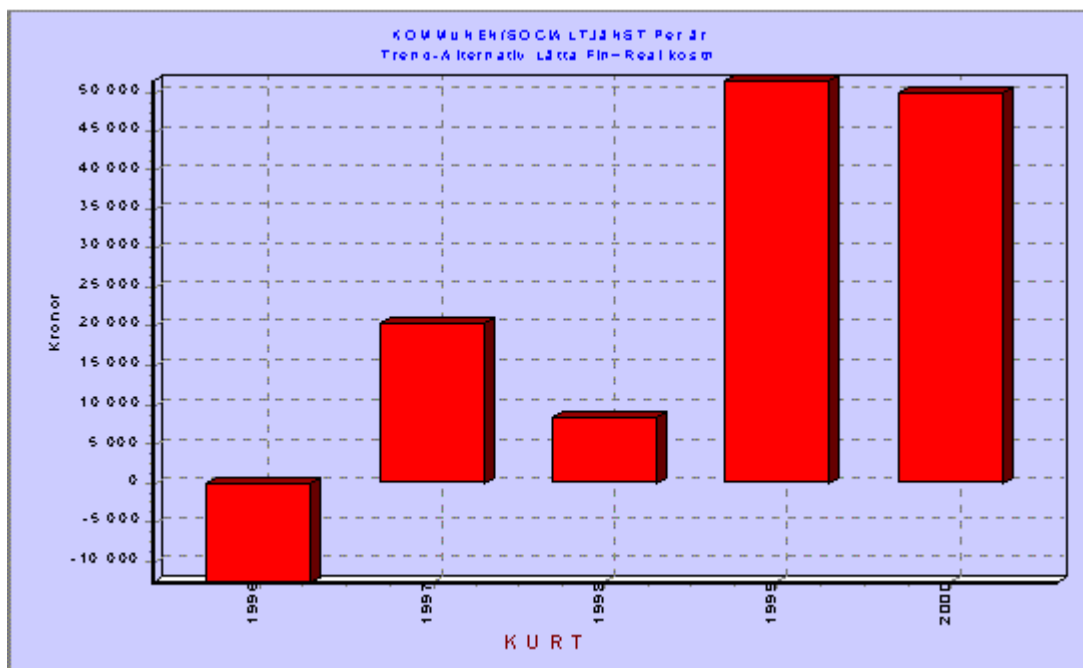
Om trenden i analysen håller sig kommer övervältringsmekanismen mellan dessa två parter, efter femårsperiodens slut, att vara ännu starkare än kalkylen ovan anger. Den kan på sikt komma att uppgå till 60.000 kronor per år eller mer.

Låt oss göra ett räkneexempel. Om alla de 200 personerna i Södertälje som liknar Kurt gör samma lyckosamma resa som han kommer de på sikt årligen att behöva en arbetsmarknadspolitiskt lönefinansiering på cirka 12 miljoner kronor ($60.000 * 200$)



7.4.3 Socialtjänsten

För socialtjänstens del kan vi se att den vinst som uppstår till övervägande del uppstår i slutet av femårsperioden. Man kan här ana en viss puckeleffekt av kostnader för periodens första tre år. Man har börjat betala för de nya sysselsättningsåtgärderna, men ännu inte fått utdelning i form av lägre kostnader för det särskilda boendet.



8. NÅGRA SLUTSATSER I PUNKTFORM AV ÖVERGRIPANDE NATUR

8.1 Några tyngdpunktsförskjutningar

Om man skulle sammanfatta det mönster vi här beskrivit de ekonomiska konsekvenserna av skulle det i punktform se ut på följande vis

- från insatser av passiviserande till insatser av **aktiverande** natur
- från omhändertagande åtgärder till insatser i riktning mot **ett självständigt liv**
- från insatser inom landsting och försäkringskassa till insatser **i kommun och hos arbetsmarknadsmyndigheterna**
- från insatser av vårdande natur till insatser kring **meningsfull sysselsättning och arbete**
- från insatser av fragmentarisk natur till insatser av **helhetsnatur**
- från insatser av kortsiktig problemundanröjningsnatur till insatser av **långsiktig problemlösningsnatur**

Naturligtvis skapar så många tyngdpunktsförskjutningar betydande omställningsproblem. Det kommer att påverka verksamhetschefers ansvarsområden, verksamhetsidé och klientsyn liksom antalet arbetstillfällen.

8.2 Psykiatrireformen och ekonomi

8.2.1 Spelet om klienten

Den överskuggande frågan i landets alla kommuner idag kring psykiatrireformen är dess ekonomiska konsekvenser. På många håll i landet spelar man Svarte Petter kring klienterna och övervältringsmekanismerna är mycket tydliga. Begreppet medicinskt färdigbehandlad är ett nyckelbegrepp i detta Svarte Petter spel

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är en förändring samhällsekonomiskt försvarbar om summan av vinsterna av förändringen överstiger summan av kostnaderna. Man kallar en sådan åtgärd för paretosanktionerad, eller samhällsekonomiskt effektiv. I denna analys har vi visat att på individnivå råder det ingen tvekan om **att psykiatrireformen kan vara samhällsekonomiskt effektiv. I**

skatteväxlingsmodellen för psykiatrireformen har man också byggt in ett annat villkor för att en åtgärd ska anses vara samhällsekonomiskt effektiv, nämligen att vinnarna på förändringen ska kunna kompensera förlorarna minst med det belopp som erfordras för att förlorarna ska kompenseras fullt ut

Om man studerar bilden i stort i Södertälje kommun, dvs de faktiskt bokförda kostnaderna på kommunnivå, och jämför detta med bilden som vi räknat fram med utgångspunkt i två individuella men förhoppningsvis typiska scenarios uppstår en diskrepans. **Den totala vinst vi påvisat i våra kalkyler går inte att påvisa i kommunens och landstingets bokslut.**

8.2.2 Vad beror skillnaden på?

Skillnaden kan bero på att

- Psykiatrireformen har **synliggjort kostnader** som legat dolda i andra budgetar (t.ex. IFO eller missbruksvård)
- Det uppstår en **puckeleffekt** under en övergångsperiod – man får betala för två system – det som avvecklas och det som byggs upp
- Det uppstår **fördröjningsmekanismer** i hemtagningen av de besparingar som går att göra – vinsterna kommer först senare
- Det har uppstått **kvalitetshöjningar** som ingen fattat beslut om på politisk nivå utan som uppstått till följd av många små beslut på individnivå – de små beslutens tyranni
- Det uppstår en sorts **inlåsnings effekter i boendet** – man fortsätter att av olika skäl (insikt, slentrian, kompetens, vanor etc) omhänderta klienter på en i förhållande till deras behov alldeles för hög omhändertagandenivå
- det är **lättare att växa** för en ny organisation (kommunen) **än att krympa** för en gammal (landstinget)
- en sorts falsk eller missriktad empati mot klienterna som tar sig uttryck i **för höga omvårdnadsnivåer** i stället för att fokusera mot det friska
- vi har varit **orealistiska i våra kalkyler** och överdrivit psykiatrireformens positiva effekter

Vårt förslag är att man i kommun och landsting studerar vilken av dessa (eller andra faktorer) som kan förklara diskrepansen och därefter vidtar åtgärder för att minska gapet mellan vad som är möjligt om vi tillvaratar alla samordningseffekter och det tillstånd som faktiskt råder idag.

8.2.3 Vad händer om vi inte lyckas

Skatteväxlingsmodellen kring **psykiatrireformen** var baserad på tanken att **båda parter – dvs kommun och landsting – skulle vinna på förändringen**. Om kommunen på lång sikt upplever att så inte blev fallet, utan upplever sig som förlorare därför att man inte uppnått kostnadskontroll uppstår en situation då man av allmänna sparskäl tvingas skära ner på resurserna för denna typ av verksamhet. **Riskerna är då att man återvänder till en modifierad form av det vi ovan kallat worst case**, med stora risker för Svarte-Petterspel och totala ökade samhällskostnader som följd. Först för landstinget, men därefter med förnyad kraft **för kommunen som i sluttampen blir den store förloraren i ekonomiska termer**.

Detta tror vi skulle vara mycket olyckligt. Vi tror det finns alternativ till detta.

8.3 De kostnadsdrivande mekanismerna

8.3.1 Aktörerna och synsätt

För att kunna hitta dessa måste man svara på följande fråga; var finns de kostnadsdrivande mekanismerna? Vi tycker oss finna bl.a. följande;

- * **biståndsbedömmarna** som har ett i förhållande till sin kompetens och organisatoriska roll ett orimligt stort inflytande över kostnadsutvecklingen utan att samtidigt bära ansvaret för det
- risken för att **inom boendet** skapa en inlåsning på för höga omvårdnadsnivåer till följd av för låg flexibilitet i verksamheten
- **för svag integration** (både organisatoriskt och idémässigt) mellan boendet å ena sidan och verksamheten vid gårdarna och inom meningsfull sysselsättning å den andra
- **MAS-rollen** som är en myndighetsroll men som också tar sin utgångspunkt i det omvårdande perspektivet och fokusera på det sjuka och behandlande inslaget i stället för att fokusera på det friska och växande som är kärnan i psykiatrireformen i Södertälje
- **oklara incitament** för att t.ex. ta hem externa placeringar som kan hanteras på hemmaplan, vilket sannolikt leder till både betydande besparingar och på sikt ett bättre liv för de klienter det berör
- brist på medvetenhet om kopplingen mellan **kliniskt arbete, människosyn och ekonomiskt ansvar hos linjechefer och all personal**

8.3.2 De organisatoriska förutsättningarna

Bilden blir ännu tydligare om man betraktar det ur ett organisatoriskt perspektiv. **Kring de psykiskt långtidssjuka finns ett knippe av aktörer med helt olika perspektiv, uppdrag och synsätt.** Kärnan i Södertäljemodellen - gårdarna med tillhörande verksamhet utgör det enda elementet där man verkligen har integrerat verksamheten organisatoriskt. Insatserna kring sysselsättning, som organisatoriskt har en helt annan tillhörighet, är verksamhetsmässigt tämligen integrerat kanske främst till följd av personliga egenskaper och relationer. Det är också de delar av psykiatrireformen som bäst lyckats uppnå verksamhetsmål och budgetmål.

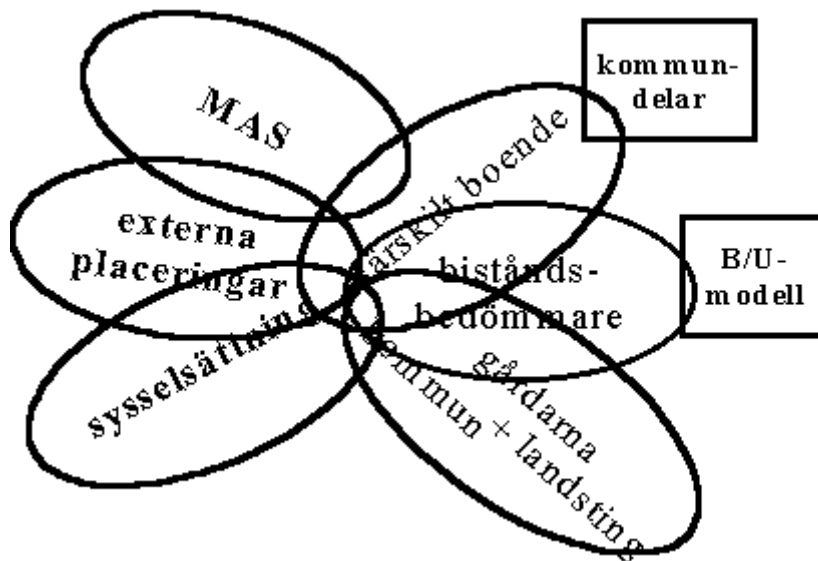
Dom andra delarna . MAS, särskilt boende och biståndsbedömning är organisatorisk helt separerade (på ett undantag när). Vi har här en, i förhållande till många andra kommuner, märklig situation. **Samverkan i gränsytan mellan kommun och landstinget fungerar bra** och tycks vara kostnadsdämpande **medan samverkan inom den kommunala organisationen tycks fungera sämre och tycks verka kostnadsdrivande.** Men det underlättar på ett sätt. Inom den kommunala organisationen har man därmed full möjlighet att fatta alla nödvändiga beslut för att lösa problemet.

Biståndsbedömmarna har sannolikt vare sig möjligheter eller kompetens att inom ramen för den beställar-utförarmodell man tillämpar göra korrekta biståndsbedömningar. Man har i regel inte ens den utbildning eller verksamhetskunskap som krävs. All erfarenhet inom sjukvården som finns av beställar-utförarorganisationen som styrmodell säger att en tillämpning på individnivå (styckprisupphandling eller komponentupphandling) inte leder till något annat än dålig vård och höga kostnader vi brukar kalla detta suboptimering) – upphandling måste ske på systemnivå för att vara kostnadseffektiv och ge möjlighet att handla hela vårdförlopp i stället för komponenter. De som klinisk ligger närmst klienten måste ges mandat och incitament att ständigt ompröva och omvärdera behovsnivåer för att närma sig ”lägsta effektiva omhändertagandenivå” (LEON). Sådana möjligheter kan aldrig biståndsbedömmarna ha om de inte integreras i genomförandeorganisationen.

Det särskilda boendet betraktas som separata resultatenheter som styrs via berörda kommundelar. Incitamenten att ta hem klienter från externa placeringar eller sänka omvårdnadsnivåerna inom boendet är utomordentligt små. Mycket talar t.ex. för att resursomfördelningar mellan boende, gårdarna och sysselsättningsåtgärderna kan leda till betydande resursbesparingar. I varje fall är dessa verksamheter som kommunicerande kärn – en förändring inom ett fält leder till konsekvenser för alla de övriga. Därmed borde de också ledningsmässigt vara mera integrerade.

De externa vårdgivarna har naturligtvis inga incitament att sänka omvårdnadsnivåerna eftersom en hög omvårdnadsnivå utgör en stor intäktskälla och biståndsbedömmarna saknar tid och möjlighet att agera kostnadssänkande.

MASens roll i systemet är oklar och behöver tydliggöras. Vi ser bilden nedan



Det visar sig också att **de delar av psykiatrireformen som kostnadsmässigt springer iväg är just externa placeringar och det särskilda boendet**. Det är inom dessa fält man ännu inte lyckats. Och med en organisatorisk förutsättning som den ovan är det väl knappast att förvåna sig över.

8.4 Ett strategiskt lednings- och verksamhetsperspektiv

Utifrån detta blir det tämligen självklart att betrakta vårt kalkylarbete utifrån ett verksamhetsmässigt och strategiskt ledningsperspektiv. Det torde då vara ganska uppenbart att det finns en grupp aktörer (cirka 15-20 personer – de ovan uppräknade nyckelpersonerna) som kommer att avgöra om psykiatrireformen i Södertälje kommer att fullföljas lika framgångsrikt som den har inletts. Dessa personer måste enas kring **ett samlat verksamhets och ekonomiuppdrag** och i någon form av nätverksliknande eller gränsöverskridande ledningsmodell fullgöra denna uppgift. Vår bild är att denna situation inte föreligger.

Det torde sannolikt vara svårt att identifiera en enda åtgärd som vore mer ekonomiskt lönsam än att skapa sådana betingelser. Laborera med tanken att denna åtgärd på sikt kan höja effekten eller sänka kostnaden vid oförändrad kvalitetsnivå med 5-10% (vilket i detta sammanhang är en mycket blygsam målsättning). För varje Johan innebär detta kanske 200.000 per femårsperiod för varje Kurt kanske halva summan. I Södertälje omfattar psykiatrireformen cirka 350 personer! Räkna själv!!!

9. SLUTORD

Denna analys har utförts under begränsad tid och med begränsade resurser. Vi konsulter har i hög grad byggt vår analys på de fakta vår expertgrupp försett oss med. Utan dem inget resultat. Vi kan inte nog betona hur givande vårt samarbete har varit med denna grupp – kreativt, kunskapsgenererande och fyllt av värme och humor. Tack för alla goda skratt och tack för alla era höga ambitioner.

Vi har i vårt arbete varit mer intresserade av att fånga förloppet i stort, dess dynamik och storleksordningar än att precisera varje enskild siffra ner till sista decimalen.. Vårt uppdrag har INTE varit av forskningsnatur med alla de krav på exakthet som detta skulle kräva. Vi har följt vedertagen samhällsekonomisk metodpraxis, men i resultatredovisningen koncentrerat oss på storleksordningar hellre än exakta tal.

Det är möjligt att ytterligare arbete skulle ge ännu mer detaljerat resultat, men sannolikt inte rubba slutsatserna i stort.

Det slående är hur stora och vilken omfattande ekonomisk räckvidd denna typ av verksamhet har och hur lite strategisk ledningstid som lagts ner på detta förhållande. Här finns mycket att uträtta tror vi.

En av de mest angelägna åtgärderna på kort sikt är att initiera ett omfattande strategiskt ledningsutvecklingsprogram för de 15-20 personer som just nu har det konkreta genomförandeansvaret för denna fråga i Södertälje. Få dem att enas kring en grundsyn, ett uppdrag och en verksamhetsledningssidé som gör det möjligt att uppnå det vi här räknat på.

Alternativet är en ond cirkel av först kostnadsövertäckningar mellan kommun och landsting, därefter en okontrollerad kostnadsexplosion för de olika kommundelarna och på sikt kanske en dålig vård för de klienter som står i fokus för denna studie. Och det är bråttom. Enligt vår bedömning bör ett sådant arbete inledas senast hösten 1998 genomföras med stor intensitet under första halvåret 1999 för att kunna få genomslagskraft med full verkan under andra halvåret 1999.