

$$1+1=3$$

Utvärdering av ITOK-projektet ur ett
socioekonomiskt perspektiv och ur
ett samverkansperspektiv

Eva Nilsson Lundmark & Ingvar Nilsson/OFUS

2008-10-15

1.	SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER	6
1.1	Inledning – Vårt uppdrag	6
1.2	En kort beskrivning	6
1.3	Socioekonomiska effekter	7
1.4	ITOK ur ett samverkansperspektiv	9
1.5	Styrkor och framgångsfaktorer	9
1.6	Utvecklingsmöjligheter	10
1.7	Att utveckla inför framtiden – några förslag och råd	10
1.8	Lärdomar för andra	11
2.	SYFTE	12
2.1	Inledning	12
2.2	Syfte i stort	12
2.3	Syftet med den socioekonomiska delen	12
2.4	Syftet med samverkansdelen	13
2.5	Metodik och arbetsformer	13
2.5.1	Metod i den socioekonomiska delen	13
2.5.2	Metod i samverkansdelen	13
3.	ITOK – EN KORTFATTAD BESKRIVNING	14
3.1	Historia och nuläge	14
3.2	Problemet man ville lösa	15
3.2.1	Problemet som vi ser det	15
3.2.2	Problemet som ITOK såg det	16
3.3	ITOK idag – en översiktlig beskrivning	17
3.3.1	Organisation	17
3.3.2	Projektets syfte	18
3.3.3	Målgrupp	18
3.3.4	Metodik i stort	19
4.	EN ANALYSMODELL	20
5.	ORGANISATION	22
5.1	Yttre organisation	22
5.1.1	En referensmodell	22

5.1.2	ITOK och modellen	23
5.2	Inre organisation och bemanning	24
5.2.1	En referensmodell	24
5.2.2	ITOK och modellen	27
5.3	Yttre och inre ledning	28
5.3.1	En referensmodell	28
5.3.2	ITOK och modellen	30
5.4	Slutsatser kring organisation och ledning	32
6.	VÄRDEGRUND	33
6.1	Det svåra begreppet rehabilitering	33
6.1.1	Att samverka	33
6.2	Rehabsyn och samverkanssyn i projektet	34
7.	METODIK	36
7.1	Arbetsprocessen	36
7.1.1	En referensmodell	36
7.1.2	ITOK och referensmodellen	37
7.2	Spindeln i nätet	40
7.2.1	En referensmodell	40
7.2.2	ITOK och referensmodellen	43
7.3	Samverkan med omvärlden	44
7.3.1	Konsten att vara delvis gravid	44
7.3.2	Framgångsfaktorer och fällor	44
7.3.3	ITOK och den partiella graviditeten	45
7.4	Slutsatser kring arbetsmetoder	45
8.	EN SAMMANFATTANDE BILD AV ITOK UR ETT SAMVERKANSPERSPEKTIV	46
8.1	Ett skolexempel på samverkan	46
8.2	Styrkor och framgångsfaktorer	46
8.3	Utvecklingsmöjligheter	47
8.4	Att utveckla inför framtiden – några förslag och råd	47
9.	EN SOCIOEKONOMISK ANALYS AV ITOK - INLEDNING	48
9.1	Bakgrund	48
9.2	Ambitionsnivå och källor	48
9.3	...och framåt	49
10.	SOCIOEKONOMISKA KALKYLER I STORT	50

10.1	Inledning	50
10.2	Vår vanliga kalkyl	51
11.	TIDIGARE STUDIER OCH RESULTATEN I DESSA	54
11.1	Basta/Vägen Ut!	54
11.2	Metadon	55
11.3	Subutex	57
12.	INDATA I DENNA STUDIE	59
12.1	Sjukvård	59
12.2	Kriminalvård	60
12.3	Undersökningsperiodens betydelse	62
13.	VÄLFÄRDSKONSUMTION HOS MÅLGRUPPEN	66
13.1	Gruppobservationer	66
13.1.1	Inledning	66
13.1.2	Kön	66
13.1.3	Åldersgrupp	69
13.1.4	Projektinträde	72
13.2	Individobservationer	75
13.2.1	Inledning	75
13.2.2	Fängelsemånader vs öppenvård	75
13.2.3	Öppen - vs slutenvård	76
13.2.4	Slutord	77
14.	SOCIOEKONOMISKA RESULTAT	78
14.1	Inledning	78
14.2	Kalkylantaganden	78
14.3	Spridning i materialet	79
14.4	Jämförelser med tidigare kalkyler	82
14.5	Företagsekonomiskt bokslut för ITOK	84
14.6	Socioekonomiska resultat för ITOK	85
14.6.1	Inledning	85
14.6.2	Uteblivna samhällskostnader	85
14.6.3	Produktionsvärdet och de finansiella effekterna på kort och lång sikt	86
14.6.4	Livskalkylen och utanförskapet	88
14.6.5	Finansiering och investering	90
14.7	Slutsatser kring socioekonomiska effekter	92

15. AVSLUTANDE ORD OM SAMVERKAN, REHABILITERING, MISSBRUK OCH FRAMTIDEN	94
16. REFERENSER	95
16.1 Analys av samverkan, samhällsekonomi och rehabilitering	95
16.1.1 Andras studier inom detta fält	95
16.1.2 Egna studier inom detta fält	95
16.2 Samhällsekonomisk analys	97

1. SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

1.1 Inledning – Vårt uppdrag

Detta är en utvärdering av ITOK-projektet som är ett samverkansprojekt mellan Kriminalvården och Beroendecentrum i Stockholm och under medverkan av ett flertal kommuner i Stockholms Län. Målgrupp för projektet är opiatberoende personer med koppling till kriminalvården. Utvärderingen avser både metodiken och arbetsformerna i projektet samt det socioekonomiska resultatet av projektet.

Vi som gjort denna utvärdering har under en tjugofemårsperiod genomfört ett antal olika studier kring marginaliseringens olika konsekvenser och dess samhällsekonomiska effekter. Vi har också under samma period varit med om att stödja, bidra till start för, handlett, utbildat och utvärderat ett hundratal större och mindre samverkansprojekt.

1.2 En kort beskrivning

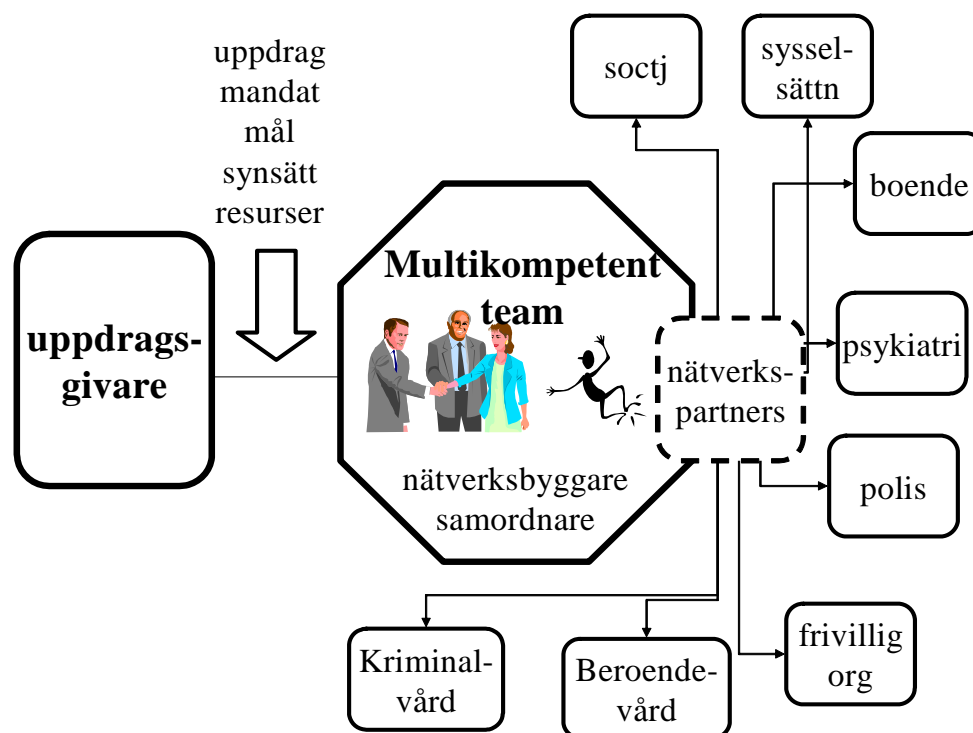
Projektets syfte är att

”Syftet med projektet är att skapa ett integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter (ITOK) med personal från såväl frivård/kriminalvård som Beroendecentrum med utökad samverkan som vinst. Teamet ska ha som uppgift att utreda patienter inom kriminalvården, inleda behandling och koordinera insatserna från kriminalvården, socialtjänsten och Beroendecentrum¹.”

Kärnan i ITOK är det multikompetenta team som utgör basen och där man mixat resurser både från kriminalvården och beroendevården och upprättat partnerskap med berörda delar av socialtjänsten (missbruksvård, arbetsmarknadsinsatser och ekonomiskt bistånd i första hand).

Teamets uppgift är att ta emot, utreda, koordinera insatser med hjälp av en gemensam vårdplan, sätta in den läkemedelsassisterade behandlingen och stabilisera klienten. Efter en viss tid är avsikten därefter att klienten ska slussas vidare till de lokala beroendemottagningarna som tar vid och arbetet med den fortsatta rehabprocessen ska därefter ske inom ramen för det ordinarie arbetet.

¹ Projektplan ITOK, 2007-11-23, sid. 5



Målgruppen för ITOK, dvs. personer med någon form av kontakt med kriminalvården och med ett sådant dokumenterat missbruk av opiater att de kan vara till föremål för någon form av läkemedelsassisterad behandling dessa uppgår till drygt 300 personer i Stockholms Län. Målgruppen är vad avser missbruk och kriminalitet mycket hårt belastad. Man har i genomsnitt drygt 16 domar bakom sig. Genomsnittsåldern är 37 år.

Metodiken i stort innebär att man så tidigt som möjligt på häkte eller anstalt och innan frigivning försöker upprätta kontakt med klienten. Vid intresse från klientens sida (processen är frivillig) och efter bedömd lämplighet remitteras klienten till projektet och en screeningsprocess vidtar. Man genomför ett nätverksmöte där samtliga berörda aktörer från teamet, kriminalvård, beroendevård och socialtjänsten är med. Klienten medverkar vid dessa möten. Här upprättas en vårdplan som omfattar inte bara drogfriheten utan även frågor som berör försörjning, bostad och sysselsättning. Därefter vidtar den egentliga rehabiliteringsprocessen som följs upp med upprepade nätverksmöten var 4-6 vecka. Upprepade kontroller av drogfriheten sker under hela processen. Inledningsvis tätare för att därefter bli glesare. Efter en viss tid överförs klienten till de lokala beroendemottagningarna där det fortsatta långsiktiga rehabiliteringsarbete tar vid i fortsatt samråd med socialtjänst.

1.3 Socioekonomiska effekter

En socioekonomisk analys handlar om att fånga de breda och långsiktiga effekterna av en viss verksamhet, i detta fall rehabilitering av missbrukare med ett opiatberoende. Effekter som normalt sett inte är synliga i verksamhetens ordinarie redovisning. Resultaten i denna studie är baserad på en kombination av registerdata för denna målgrupp, registerdata för liknande målgrupper och scenariodata från tidigare studier. Målgruppen i studien är 43 personer med en omfattande, sammansatt och svår problematik. I genomsnitt har man 16 fängelsedomar

bakom sig. Man är storkonsument av olika offentliga insatser inte minst sjukvård. Ett konsumtionsmönster som tycks accelerera över tid.

Missbrukaren i allmänhet förorsakar en samhällskostnad på mellan 500 000 och 2 000 000 kronor per år. Variationerna beror på drog och kön. Billigast är den kvinnliga alkoholmissbrukaren. Dyrast är den manlige opiatmissbrukaren. Variationerna i kostnader är dock betydande mellan olika individer. Den kan variera mellan 200 000 kronor upp till 4 000 000 Mkr på årsbasis. Det är framförallt skillnaderna i kriminalitet och effekterna av detta som skapar den större delen av denna variation.

Klienterna i denna studie har mellan 5 och 35 domar bakom sig då man kommer in i projektet. Man har en brotthistoria som varierar mellan 5 och 29 år. Vi kan urskilja flera olika grupper: personer med mycket lång kriminell historia men med många korta straff, personer med en kort brottslig historia men fortfarande med korta strafftider och personer med en lång brotthistoria med mycket långa strafftider.

Målgruppens konsumtion av slutenvård inom landstinget ökar över tid, vilket bekräftar resultat från tidigare studier vi gjort och ligger dessutom på en betydligt högre nivå än vad tidigare studier givit vid handen. För gruppen ligger antalet öppenvårdstillfällen på cirka 50 per år och slutenvården på drygt 8 dagar per år. Man har i genomsnitt dömts till 4 månader fängelse per år under de senaste 13 åren. Männerna något mer, kvinnorna något mindre. Antalet domar har varit konstant under perioden (cirka 1 per år), men antalet brott per dom har ökat för männen under den senaste treårsperioden till nästan 7.

ITOK har en årlig totalbudget på cirka 3.5 Mkr. Kalkylerna är baserade på 43 klienter och en genomströmningstakt på 18 månader. Med detta som grund kostar en vårdepidod i ITOK 120 000 kronor och en årsplats cirka 80 000 kronor. Detta kan jämföras med en årsplats på ett behandlingshem som kan kosta mellan 500.000 och 800.000 kronor

De årliga samhällskostnaderna för målgruppen under dess aktiva missbruk, om vi endast medräknar vårdkonsumtion och effekterna av kriminalitet och utgår från registerdata, uppgår dessa till cirka 980 000 för kvinnor och 1 500 000 för män. Variationerna är betydande och spänner från 20 000 kronor på årsbasis upp till 3 700 000 kronor. Om vi dessutom medräknar alla andra samhällskostnader så uppgår de genomsnittliga årliga samhällskostnaderna för män i studien till cirka 2 400 000, vilket är ett högre värde än vi funnit i tidigare studier av heroinmissbrukare. För kvinnorna är motsvarande årskostnad cirka 1 700 000, vilket är något lägre än i tidigare studier. Skillnaderna mellan kön beror främst på skillnader i kriminalitet.

Den genomsnittliga årliga samhällskostnaden för en klient i projektet under dennes aktiva missbruksfas uppgår till cirka 2.3 Mkr. Av det drabbas rättsväsendet med 400 000 kronor och landstinget med cirka 64 000 kronor. Kostnaden för en årsplats i ITOK uppgår till cirka 80 000 kronor. Kostnaden för 28 årsplatser motsvarar årskostnaderna för en missbrukare i aktiv missbruksfas.

Om vi, med utgångspunkt i våra tidigare studier, jämför ITOK som projekt med metadonbehandlingen i stort ser vi tre saker. För det första att ITOK har en målgrupp som är tyngre belastad än i metadonbehandlingen i stort, för det andra att man, redan efter denna korta tid, förefaller att snabbare och i större omfattning få klienter in i arbete och andra aktivt rehabiliterande insatser och för det tredje att ITOK-behandlingen är något billigare per klient än metadoninsatsen. Eftersom lönsamheten för metadonprojektet var sådan att varje satsad offentlig krona gav en prognosticerad krona gav en avkastning på 18 kronor förefaller det

vara rimligt att dra slutsatsen att varje satsad ITOK-krona kan ge en avkastning på 20 gånger insatsen.

Till detta kommer det samhälleliga produktionsvärde som uppstår då före detta missbrukare återgår till arbetslivet. Varje sådant arbetsår för en missbrukare skapar ett samhälleligt mervärde som minst kan uppskattas till cirka 260 000 kronor, eller cirka 4.2 Mkr för varje klient i ITOK som till följd av behandlingen kommer att arbeta de resterande cirka 45 åren fram till pension. 6 månader efter projektstart var tre av projektets deltagare i någon form av arbete.

Till detta kommer att varje arbetande år kan komma att leda till att den före detta missbrukaren bidrar till socialförsäkringssystemet med cirka 67 000 kronor och andra skatteintäkter med sammanlagt cirka 17 000 kronor. Totalt cirka 84.000 kronor på årsbasis.

1.4 ITOK ur ett samverkansperspektiv

- * ITOK är ur vårt perspektiv i det närmaste ett skolboksexempel på hur man bör bygga upp, leda och driva ett samverkansprojekt med många parter involverade.
- * man har valt en organisationsstruktur, ledningsmodell, bemanning och arbetsmetodik som i allt väsentligt känns rimlig och relevant.
- * man möter en målgrupp som är oerhört hårt belastad (i genomsnitt 16 fängelsedomar per person) och storkonsumenter av välfärdstjänster inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård.
- * man har efter en ovanligt snabb start och på mycket kort tid nått full produktionskapacitet och levererat resultat. Redan nu är ett flertal i målgruppen i arbete eller studier.
- * projektet har stor implementeringspotential. Dvs. det finns struktur- och metodfarenheter med ett stort pedagogiskt värde för berörda intressenter/finansiärer och andra aktörer.
- * att inte fortsätta projektet under minst en två - treårsperiod förefaller oss obegripligt och ekonomiskt inte försvarbart mot bakgrund av dess socioekonomiska lönsamhet och dess betydande implementeringspotential kring metoder och arbetsformer.

1.5 Styrkor och framgångsfaktorer

Styrkorna i projektet utöver det uppenbara att man valt en organisation och en metodik samt ett förhållningssätt som fungerar är följande

- * tydligt ledningsstöd på strategisk nivå inom landsting och kriminalvård.
- * ett dubbelt ledarskap i det konkreta projektarbetet mellan projektledare och koordinator.
- * man har aktivt använt sig av projekterfarenheter från tidigare projekt.
- * man har ett flexibelt arbetssätt, hög tillgänglighet och intensiv kommunikation med omvärlden vilket gör att man uppfattas som en god och attraktiv samverkanspartner.

- * man är tydlig både i målgrupp, remittering, metodik och organisation.
- * nätverksmetodiken och det lösningsfokuserade arbetssättet vilket konkret sätter klienten i centrum, bygger på delaktighet och har ett helhetsperspektiv.
- * rollerna och arbetsfördelningen inom projektet samt mellan projektet och omvärlden är tydliga och lämpliga.
- * man har ett utpräglat processtänkande vilket skapar helhetssyn och kontinuitet i arbetet med klienten.
- * man fångar upp klienten tidigt (ofta redan på häktet eller på anstalt) vilket starkt reducerar risken för återfall.
- * det eldsjälsskap som driver projektet.

1.6 Utvecklingsmöjligheter

- * den mest uppenbara svagheten i projekt är den extremt korta projekttiden som bör ställas i relationen till målgruppens mycket tunga förhistoria och komplexitet.
- * projekt är för litet både ur ett sårbarhetsperspektiv men också i förhållande till de behov som finns. Ytterligare 2-3 tjänster borde vara en rimligare dimensionering.
- * socialtjänsten har idag en alltför tillbakadragen roll och borde få en mer tydlig strukturell roll i projektet.
- * på motsvarande vis borde projektet hitta tydligare strukturerade samarbetsformer med de aktörer som har uppdrag kring sysselsättning arbete/boende.
- * en viktig del i detta är att styrgruppen tydligare hittar en aktiv strategisk roll då det gäller att driva dessa frågor.
- * projektet drivs av mycket höga ambitioner (att på kort tid visa att man gör nytta/kan leverera resultat) vilket på ett sätt är bra. Faran är att man i denna pionjärfas tar i så att man på sikt hotar projektets uthållighet.

1.7 Att utveckla inför framtiden – några förslag och råd

Vi har funnit ett antal områden där projektet skulle kunna bli ännu bättre

- * utveckla den externa ledningen i form av styrgrupp och operativ grupp och tydligare mejsla fram respektive grupps arbetsuppgifter; vad är strategiska ledningsfrågor och vad är operativa ledningsfrågor. Vad är rena referensgruppsfrågor som handlar om metodik, synsätt och förankring och vad är rena arbetsgivarfrågor i ledningsarbete.
- * ta fram en handlingsplan för hur socialtjänsten (inte minst försörjningsstöd) liksom arbetsmarknadssidan strukturellt ska bli mer aktiv i projektet.
- * ta fram en idé om hur projektets goda erfarenheter ska komma till användning.
 - a) för samma målgrupp inom andra delar av landet.

- b) för näralliggande målgrupper (t.ex. amfetaminmissbrukare) inom länet.
- * hur ska teamet kunna utvecklas och bli uthålligt i sitt arbete genom att.
 - a) skapa utrymme för reflektion och metodutveckling.
 - b) kontinuerligt arbeta genom frågor som metodik, rehabiliteringssyn och värdegrund.
 - c) få påfyllning i form av kunskaper och energi.
- * att behålla rollen som team med gemensamma metoder och synsätt samtidigt som man bevarar förankringen i de egna moderorganisationerna.
- * se till att projektet får en första varaktighetsperiod om cirka 2-3 år så att projektets metod och resultat ordentligt kan utvärderas.
- * se till att externa intressenter skapar förutsättningar för att projektet i ett första steg kan finansieras i en treårsperiod så att verkliga resultat och metoderfarenheter kan utvärderas och projektets hela implementeringspotential kan utnyttjas.

1.8 Lärdomar för andra

ITOK är i många stycken ett skolexempel på hur konkret samverkan kan byggas upp för en målgrupp med en komplex problematik där många aktörer är involverade. Det finns ett antal lärdomar viktiga för eventuella efterföljare att ta till sig

- * Man har i projektet lyckats väva ihop de tre delarna organisation, metodik och värdegrund på ett sammanhängande och genomtänkt vis.
- * Det multikompetenta teamet med rätt storlek, rätt kompetens och rätt mix av människor.
- * En övergripande ledning som skapar arbetsförutsättningar och mandat för teamet att arbeta.
- * Vikten av förankring i och samarbete med de berörda moderorganisationerna.
- * Det delade ledarskapet i projektets vardagsarbete.
- * Tidsförhållandena för arbete med denna typ av målgrupp kräver minst 24 månader från start till dess att första resultat kan börja skönjas.

2. SYFTE

2.1 Inledning

Detta är en utvärdering av ITOK-projektet som är ett samverkansprojekt mellan Kriminalvården och Beroende Centrum i Stockholm och under medverkan av Stockholms stad och ett flertal andra kommuner i Stockholms Län. Målgrupp för projektet är heroinmissbrukande personer med koppling till kriminalvården. Utvärderingen avser både metodiken och arbetsformerna i projektet samt det socioekonomiska resultatet av projektet.

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

Vi har också under samma period varit med om att stödja, bidra till start för, handlett, utbildat och utvärderat ett hundratal större och mindre samverkansprojekt. Just nu skriver en manual för organisering av missbruksarbetet på uppdrag av MOB.

2.2 Syfte i stort

- * syftet med den socioekonomiska utvärderingen är att i bred och långsiktig mening beskriva den samhällsekonomiska effekterna av projektet.
- * syftet med samverkansutvärdering är att beskriva, analysera projektet ur ett samverkansperspektiv och föreslå hur det kan utvecklas.

2.3 Syftet med den socioekonomiska delen

Mer preciserat är syftet med den socioekonomiska delen att;

- * både på ett principiellt och ett konkret plan beskriva heroinmissbrukets kostnader och de samhällsekonomiska effekterna av ITOK-projektet.
- * en beskrivning och en analys av klienternas (heroinmissbrukarens) välfärdskonsumtionspanorama innan och efter det att man kommit in i projektet.
- * en beskrivning av ITOK- projektets kostnader.
- * en diskussion och ekonomisk analys av olika mått på framgång i detta program.
- * en analys av projektet som ett långsiktigt socialt samhälleligt investeringsproblem i motsats till ett kortsiktigt kostnadsproblem.

- * en nyckeltalsanalys av projektet sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.
- * ett socioekonomiskt bokslut för projektet.

2.4 Syftet med samverkansdelen

Mer preciserat är syftet med samverkansdelen av utvärderingen att;

- * beskriva projektet dess organisation, metodik och värdegrund.
- * analysera detta utifrån erfarenheter kring vad som leder till framgång i samverkanssammanhang.
- * föreslå hur projektet kan utvecklas.

2.5 Metodik och arbetsformer

2.5.1 Metod i den socioekonomiska delen

Studien har präglats av en viss tidspress vilket delvis har kommit att prägla upplägget. Några principer

- * vi har utgått från metod och modell i våra tidigare studier kring missbrukets kostnader i all synnerhet metadon- och subutexstudierna vid beroendecentrum (se referenslista)
- * vi har samarbetat nära med och haft stor tillgång till data från ITOK men också metadonprogrammet i stort
- * i all synnerhet har vi utnyttjat registerdata kring projektets klienter inte minst vad avser kriminalvård och sjukvårdskonsumtion

2.5.2 Metod i samverkansdelen

- * samverkansmodellen har utvärderats i förhållande till en sorts referensmodell eller idealmodell vi arbetat fram efter att ha arbetat med ett mycket stort antal samverkansprojekt.
- * underlag till detta har i förstahand samlats in genom tillgängliga dokument samt intervjuer. Totalt sett har cirka 20 personer intervjuats (se bilaga).

3. ITOK – EN KORTFATTAD BESKRIVNING

3.1 Historia och nuläge

ITOK-projektet (Integrerat Team för Opiatberoende Kriminalvårdsklienter) kan sägas vara en vidareutveckling av ett tidigare samverkansprojekt mellan Kriminalvård och beroendevård i Stockholmsområdet. Utifrån detta projekt och en mängd andra erfarenheter visste man att

- * en stor del av beroendevårdens klienter har en betydande kriminalitet vilket bl.a. leder till att varje gång man döms till fängelse avbryts den farmakologisk underhållsbehandlingen (metadon/Subutex).
- * en stor del av kriminalvårdens klienter återfaller mycket snabbt i missbruk när de frigges, bl.a. därför att insatser som berör deras missbruk kommer igång alldeles för sent.

Så här uttrycker man sig i den projektplan som upprättades inför starten av ITOK;

”Det är väl dokumenterat att det finns en tydlig koppling mellan kriminalitet och missbruk och många av de patienter Beroendecentrum behandlar är samtidigt klienter inom kriminalvården. En dom till fängelse innebär i de allra flesta fall att patienten förlorar sin underhållsbehandling vilket leder till ytterligare återfall i såväl missbruk som kriminalitet. Opiatberoende patienter återfaller oftast omgående i intravenöst heroinmissbruk och kriminalitet efter avtjänat fängelsestraff. Problem uppstår när patienten söker sig tillbaka till underhållsbehandlingen efter spärrtidens utgång. I många fall har det förekommit ytterligare kriminalitet och därmed väntande rättegångar, vilket omöjliggör en nystart i behandlingen. Detta kan motverkas genom en samplanering av verkställigheten av fängelsestraffet och behandlingsstarten så att behandlingen i vart fall kan påbörjas i direkt anslutning till den villkorliga frigivningen².”

Det är inte en alldeles oväntad slutsats att man har många gemensamma klienter och patienter inom båda dessa organisationer som löper en sorts socialpolitisk gatlopp i jakten på rätt och samordnade insatser. Lika självklar blir slutsatsen att om man kunde hitta fungerande former för strukturell och systematisk samverkan mellan olika offentliga aktörer skulle det inte bara bli **bättre för klienten utan också billigare för samhället** eller annorlunda uttryckt ett mer effektivt resursutnyttjande. Tanken om en lösning som bygger på konceptet bättre och billigare förefaller vara attraktiv.

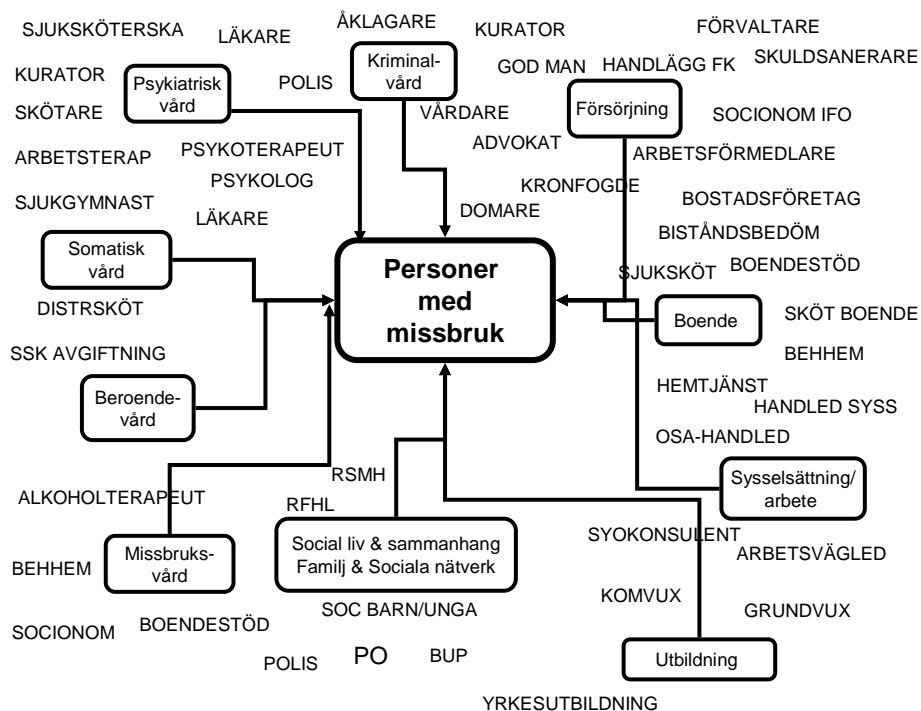
Mot bakgrund av detta startades verksamheten efter ett idéarbete i första hand från projektledaren och koordinatören i projektet. Det beslutades att verksamheten skulle drivas i projektform från hösten 2007 fram till dec. 2008. Denna utvärdering görs våren, sommaren och förhösten 2008 efter det att verksamheten varit igång under knappt ett års tid för att vara underlag för beslut om tiden efter december 2008.

² Projektplan ITOK, 2007-11-23, sid. 4

3.2 Problemet man ville lösa

3.2.1 Problemet som vi ser det

Det grundläggande problem man med hjälp av ITOK ville lösa finns illustrerat i bilden nedan. Att vara missbrukare innebär i stort sett alltid att man har en komplex, diffus och sammansatt situation där ett stort antal problem hänger samman. För att lösa dessa krävs också att de åtgärder som sätts in hänger samman. Det är t.ex. ganska poänglöst att försöka hitta ett arbete åt en missbrukare om han samtidigt saknar bostad. Drogfrihet kan leda till att psykiatriska symptom dyker upp som varit dolda under den aktiva missbruksfasen. Dessa symptom kan i sin tur vara utlösande för ett återfall. Återfall kan leda till brott som i sin tur leder till straff, vilket gör att underhållsbehandling får avbrytas. Det är lätt att se att fragmenteringen av offentliga insatser för att bryta missbruk och kriminalitet kan skapa ett antal negativa självförstärkande onda cirklar.



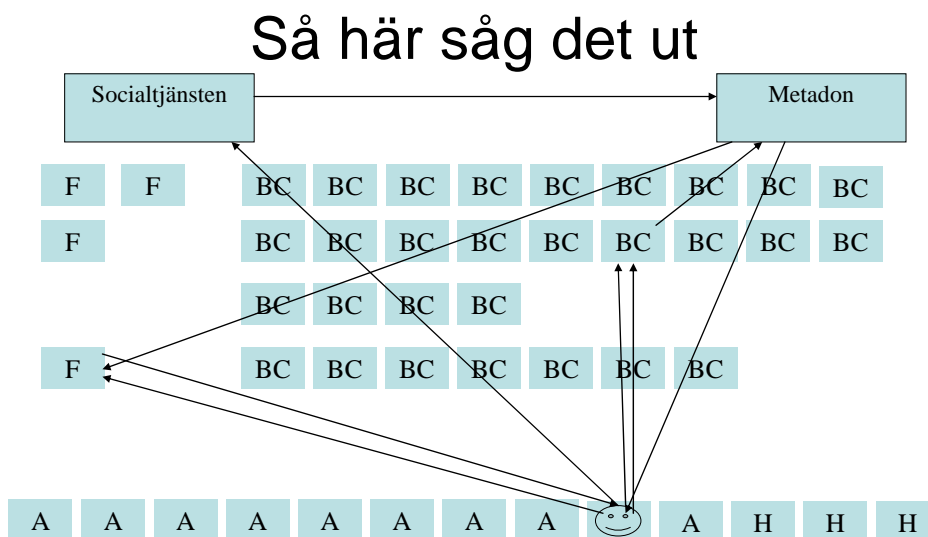
Det är också ett tämligen känt förhållande att bristen på samordning av insatser kring missbrukaren motverkar möjligheterna att rehabiliteras. Ett annat problem är svårigheten att gå från negativa mål i rehabiliteringsprocessen till positiva mål. Med negativa mål menar vi här att gå från något eller bryta med något. Dvs. att bli före detta missbrukare och drogfri eller bli före detta kriminell är en sak. Det är en helt annan sak att uppnå ett positivt mål. Att bli något eller att uppnå något. Att få en anställning, att skaffa sig en utbildning eller att bli familjeförsörjare.

Det är en sak att vara före detta missbrukare. Det är en helt annan sak att vara byggarbetare med försörjningsansvar för två barn. Inte bara bryta med sin historia utan att skapa sig en ny framtid.

Vårt intryck är att ITOK genom sin organisatoriska struktur, bemanning och nätverksmetodik dels vill skapa förutsättningar för en strukturell och systematisk helhetssyn kring klienten och dels vill gå från negativ till positiv måluppfyllelse i klientarbetet.

3.2.2 Problemet som ITOK såg det

Då vi intervjuat teamet och dess intressenter förmedlar dom delvis samma bild³. Som klient har man att orientera sig mellan socialtjänstens, kriminalvårdens och beroendevårdens olika mottagningar som organisatorisk och geografiskt befinner sig på ett stort antal platser. Man kan på goda grunder beskriva detta som ett sorts socialpolitiskt gatlopp mellan olika instanser och att man förmodligen behöver vara både frisk, nykter och klarsynt för att kunna orientera sig rätt i systemet. Teamets koordinator har själv formulerat situationen på det sätt som illustreras i figuren nedan.



Ur klientens perspektiv blir detta ett myller av aktiviteter och svårt att hitta rätt. Man möts av olika budskap, synsätt och metoder beroende på vart man vänder sig. Ingen enskild aktör tar ansvar för vare sig helhetssyn eller samordning av insatserna.

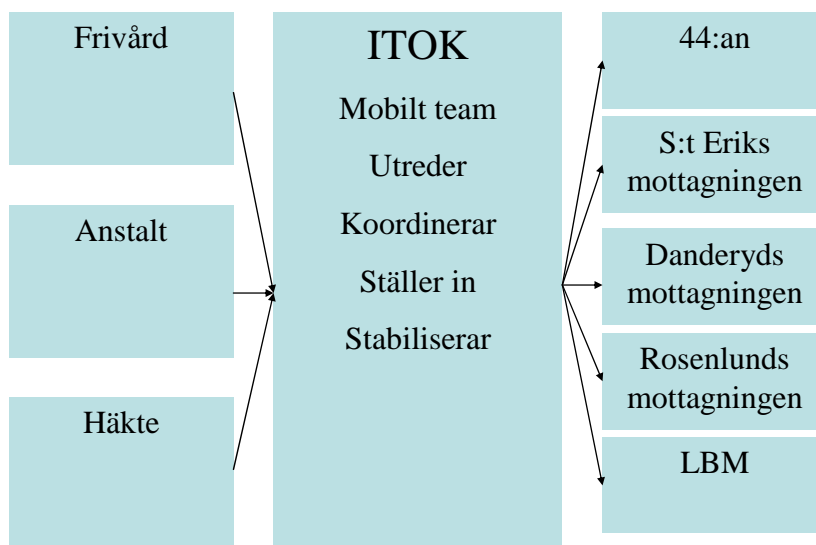
Det man ville med ITOK vara att skapa ett instrument som gjorde det möjligt att erbjuda klienten en enda ingång till det rehabiliterande systemet och väl där att de insatser som gjordes samordnades och byggde på en gemensam syn och helhetssyn kring klientens och dennes behov.

³ Bilden tagen från koordinators presentationsmaterial kring ITOK

3.3 ITOK idag – en översiktlig beskrivning

3.3.1 Organisation⁴

Därför skapade man en organisation och metodik för ITOK (illustrerad i figuren nedan) där kriminalvården utgör en sorts tratt in i rehabiliteringsprocessen genom det uppsökande arbete som utförs av ITOK:s medarbetare t.ex. genom uppsökande arbete på häktet och på anstalter.



Kärnan i ITOK är det multikompetenta team som utgör basen och där man mixat resurser både från kriminalvården och beroendevården och upprättat partnerskap med berörda delar av socialtjänsten (missbruksvård, arbetsmarknadsinsatser och ekonomiskt bistånd i första hand).

Teamets uppgift är att ta emot, utreda, koordinera insatser med hjälp av en gemensam vårdplan, ställa in den läkemedelsassisterade insatsen och stabilisera klienten. Efter en viss tid är avsikten därefter att klienten ska slussas vidare till de lokala beroendemottagningarna som tar vid och arbetet med den fortsatta rehabiliteringsprocessen ska därefter ske inom ramen för det ordinarie arbete

Teamet består av projektledare, koordinator, läkare, psykolog, sjuksköterska, frivårdsinspektörer, administratör. KOLLA

Vardagsledningen sker som ett sorts välutvecklat partnerskap mellan projektledaren och koordinatören i projektet. Den övergripande ledningen utövas av en styrgrupp bestående av höga chefer inom respektive organisationer samt en operativ grupp som väl närmast kan liknas vid en sorts referensgrupp.

⁴ Projektplan ITOK, 2007-11-23, sid. X

3.3.2 Projektets syfte

Projektets syfte är att

”Syftet med projektet är att skapa ett integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter (ITOK) med personal från såväl frivård/kriminalvård som Beroendecentrum med utökad samverkan som vinst. Teamet ska ha som uppgift att utreda patienter inom kriminalvården, inleda behandling och koordinera insatserna från kriminalvården, socialtjänsten och Beroendecentrum”⁵.

Av denna formulering och efter intervjuer med teamet kan vi utläsa några saker som beskrivits som viktiga i projektet.

- * en **helhetssyn** på klienten under hela rehabiliteringsprocessen – från ax till limpa från missbruk till ”Svensson – liv” med arbete och bostad.
- * ett **multikompetent team** som dels ska vara integrerat dvs. arbeta tillsammans i vardagen och dels bestå av flera olika kompetenser och som ensamt eller oftast i samverkan med andra partners ska representera denna helhetssyn.
- * att arbetet kring klienten ska ses som en **sammanhängande kedja eller process** där de olika separata insatserna ska integreras till en helhet.

3.3.3 Målgrupp

En fråga som uppstår i alla samverkansprojekt är om man når rätt målgrupp och om gruppen är tillräckligt stor för att motivera ett särskilt projekt eller en särskild arbetsform

Inventeringar visar att målgruppen för ITOK, dvs. personer med någon form av kontakt med kriminalvården och med ett sådant dokumenterat missbruk av opiater att de kan vara till föremål för någon form av läkemedelsassisterad behandling uppgår till drygt 300 personer i Stockholms Län. Om dessa personer har en livsstil som liknar den grupp vi följde i en tidigare metadonstudie uppgår de årliga samhällskostnader dessa 300 personer genererar till 2.2 Mkr per person eller 660 Mkr för hela gruppen. En kostnad som kan jämföras med kostnaden för att bedriva ITOK-projekt under hela projektperioden som uppgår till 3.4 Mkr eller cirka 5 % av kostnaderna för dessa personers aktiva missbruk.

Målgruppen är vad avser missbruk och kriminalitet mycket hårt belastad. Man har i genomsnitt drygt 16 domar bakom sig. Genomsnittsålders är 37 år, vilket kan betyda att man har mellan 10 och 20 års liv bakom sig som missbrukare och/eller kriminell om vi tänker oss att de flesta etablerat sitt missbruk under tonårstiden. Man kan lätt föreställas sig att målgruppen har en väl och starkt etablerad identitet som outsider/missbrukare/kriminell. Man har ofta en psykiatrisk problematik, stundtals en neuropsykiatrisk problematik och är storkonsumenter av sjukvård och olika insatser från socialtjänsten. Bakom detta finns i regel en svag skolunderbyggnad, ringa arbetslivserfarenhet och man är ofta utan tillgång till bostad och försörjning. Man har varit med om många olika och ofta misslyckade rehabiliteringsprocesser vilka kan ha förstärkt en negativ självbild och en outsideridentitet.

⁵ Projektplan ITOK, 2007-11-23, sid. 5

3.3.4 Metodik i stort

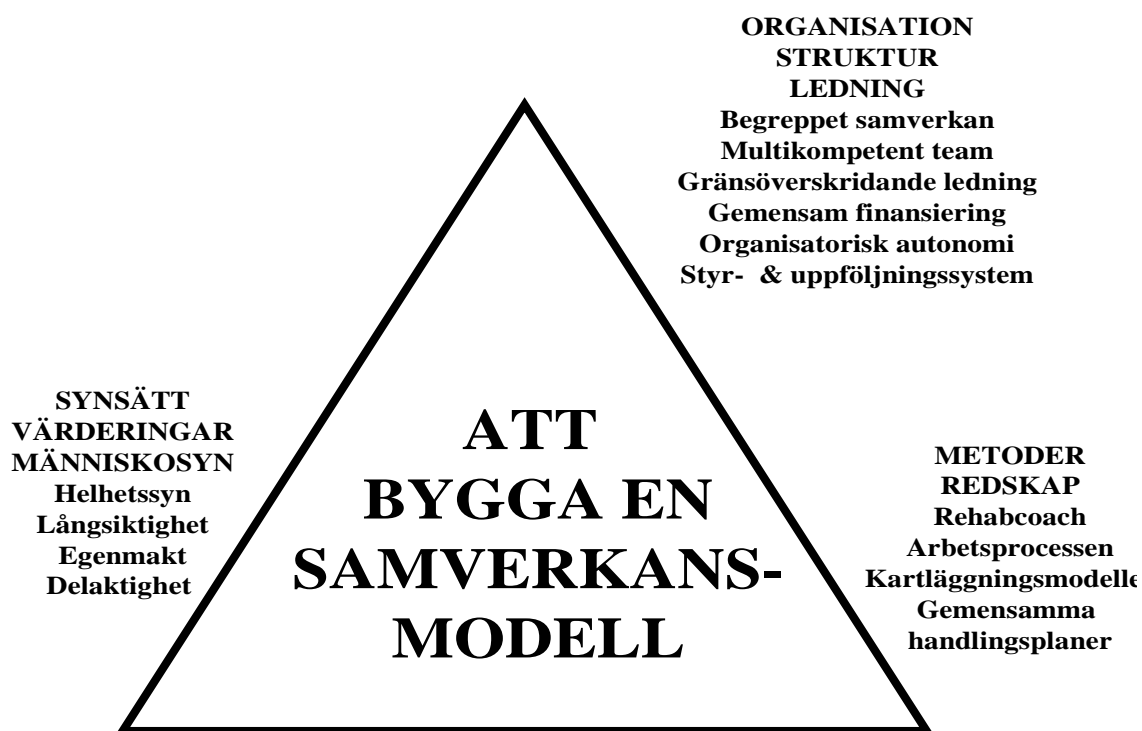
Metodiken i stort innebär att man så tidigt som möjligt på häkte eller anstalt och innan frigivning försöker upprätta kontakt med klienten. Vid intresse från klientens sida (processen är frivillig) och bedömd lämplighet remiteras klienten till projektet och en screeningsprocess vidtar. Man genomför ett nätverksmöte där samtliga berörda aktörer från teamet, kriminalvård, beroendevård och socialtjänsten är med. Klienten medverkar vid dessa möten. Här upprättas en vårdplan som omfattar inte bara drogfriheten utan även frågor som berör försörjning, bostad och sysselsättning. Därefter vidtar den egentliga rehabiliteringsprocessen som följs upp med upprepade nätverksmöten var 4-6 vecka. Upprepade kontroller av drogfriheten sker under hela processen. Inledningsvis tätare för att därefter bli glesare. Efter en viss tid överförs klienten till de lokala beroendemottagningarna där det fortsatta långsiktiga rehabiliteringsarbete tar vid i fortsatt samråd med socialtjänst.

4. EN ANALYSMODELL

Vi har i ett stort antal sammanhang lärt oss att för att samverkan i rehabiliteringssammanhang ska fungera krävs tre olika ingredienser. För det första krävs det **ett organisatoriskt sammanhang** som skapar förutsättningar för, stödjer och underlättar det hela. Man måste ha en ledningsorganisation, en inre organisation för det konkreta samverkansarbete, styr- och uppföljningssystem och en modell för gränsöverskridande ledning.

Den andra komponenten är att samverkan måste bygga på **gemensamma metoder och redskap**. Man måste ha någon som agerar spindel i nätet, en fungerande arbetsprocess och metoder för att kartlägga behov och planera för satta samordna och följa upp de insatser som ska göras.

För det tredje måste detta baseras på **gemensam grundsyn och värderingar**. Vi har tidigare berört begrepp som långsiktighet, helhetssyn, delaktighet och egenmakt som uttryck för detta liksom begreppet rehabiliteringssyn.



Vår bild kring dessa tre aspekter är tämligen klar. De måste finnas där och de är avgörande för framgång.

För det första måste alla dessa tre delar beaktas för att lyckas i ett komplext rehabiliteringsarbete. Att enbart utveckla en organisationsmodell utan att beakta vilken värdegrund och vilken rehabiliteringssyn den ska bygga på leder knappast till framgång - **kravet på helhetssyn.**

För det andra måste de tre hörnen aktivt samverka och stödja varandra. Att ha en värdegrund som bygger på egenmakt och delaktighet och göra detta i en organisationsmodell baserad på hierarkisk ledning och med en metodik som gör klienten till passivt objekt i stället för aktivt subjekt leder i stort sett alltid till kontraproduktiva motsägelser i det konkreta rehabiliteringsarbete – **kravet på konsistens.**

För det tredje måste både de som genomför det konkreta rehabiliteringsarbetet och de som har ett ledningsansvar för detta aktivt och gemensamt omfatta de synsätt som ligger till grund för såväl organisation, metoder som synsätt - **kravet på samsyn**

Vi kommer nu att gå vidare med att mer i detalj belysa arbetet vid ITOK utifrån denna modell.

5. ORGANISATION

5.1 Yttre organisation

“It takes two to tango!”

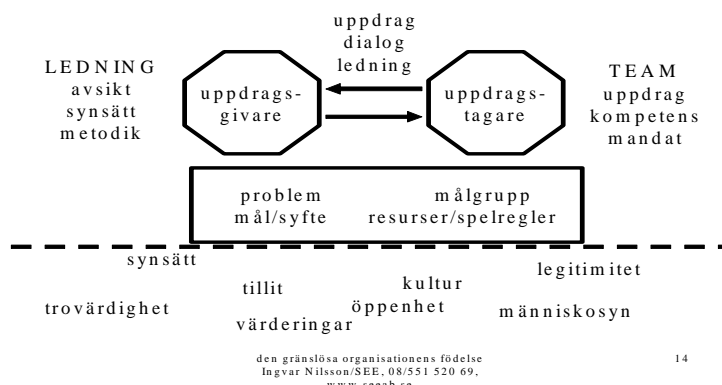
5.1.1 En referensmodell

Låt oss börja med att ge en enkel bild av några grundläggande förutsättningar som enligt vårt förmenande måste föreligga för att en gynnsam samverkanssituation ska kunna uppstå. Först och främst kan vi konstatera att det behövs en grupp av människor, ett team, t.ex. ett multikompetent team, som ska utföra det konkreta samverkansarbetet – vi kallar detta för **uppdragstagargruppen**. Dessa måste ha uppdrag, mandat och kompetens som motsvarar det problem som ska tacklas. Det bör också (i de allra flesta fall) finnas en grupp av aktörer som vill få denna samverkan till stånd – en **uppdragsgivargrupp** – som utifrån någon form av avsikt och gemensamt synsätt vill uträtta något. Samspelet mellan uppdragsgivare och uppdragstagare sker i form av ett antal olika **ledningsdialoger** där uppdragets omfattning mejslas fram.

Det är framförallt fyra frågor dessa ledningsdialoger har att penetrera. För det första vilket **problem** som ska lösas. Därefter vilket **mål och syfte** man har med samverkansaktiviteten. Som tredje fråga vilken den exakta **målgrupp** är som man ska jobba med. Slutligen fastställer man i denna ledningsdialog vilka **resurser och spelregler** som står till förfogande för uppdragstagargruppen.

Att skapa denna struktur av tydlig ledning, en uppdragsgivargrupp och en uppdragstagargrupp och penetrera dessa fyra frågeställningar utgör enligt vår erfarenhet grunden för att lyckas med att skapa ett samverkansarbete. Men under ytan finns ett stort antal andra mer komplexa frågeställningar såsom synsätt, öppenhet, tillit, värderingar, människosyn etc. som i grunden kommer att avgöra om man kommer att lyckas. I praktiken är det ofta så att det är hur väl man lyckas hantera dessa frågor som kommer att avgöra hur väl samverkansarbetet lyckas. Man skulle kunna uttrycka det på ett annat vis. De mer synliga och sakorienterade aspekterna kan sägas vara hjälpmedel för att komma åt samverkanssituationens verkligt svåra frågor. Stannar man kvar på denna formella nivå betar man sig som i en parrelation där man löser samarbetsfrågorna i hushållsarbetet med hjälp av arbetsschema, skriftliga regler och skriftliga avtal⁶. Man behandlar symtomen på bristande samverkan i stället för de underliggande orsakerna (respekt, öppenhet, tillit etc.).

⁶ däremot skulle vi kanske tillägga att vi i många samverkanssammanhang rekommenderar att man sluter någon form av samverkansavtal eller signerar en gemensam samverkansstrategi för att bekräfta den samverkansrelation man kommit överens om



För **uppdragstagargruppen** blir det viktigt att gruppens medlemmar rekryteras med rätt kompetens och ett tydligt uppdrag, men också att de från sin linjeorganisation har mandat att delta i det gemensamma samverkansarbetet. Detta mandat kan handla om rätt att avsätta tid för samverkansarbetet och rätt att fatta beslut som berör linjeorganisationens resurser.

På samma sätt är det viktigt att medlemmarna i **uppdragsgivargruppen** gemensamt formulerar sin avsikt med att medverka i samverkansarbetet samt utvecklar ett gemensamt synsätt och en gemensam metodik för att leda arbetet tillsammans med uppdragstagargruppen.

5.1.2 ITOK och modellen

Om vi utgår från modellen ovan som en sorts referensmodell för framgångsrik samverkan kan man säga att ITOK i stort sett helt och framgångsrikt följer denna modell.

- * man har byggt både ett samverkansteam och skapat en ledningsfunktion.
- * teamet har en multifaktoriell och adekvat kompetens.
- * ledningsfunktionen är väsentligen sammansatt av höga chefer med beslutsmandat.
- * man har tydligt definierat vilket problem man vill lösa och vilket mål man vill uppnå.
- * målgruppen är tydlig och de resurser man fått sig tilldelade är tydliga.

Några saker kan man dock kanske fundera över;

- * målgruppen av klienter för projektet är väl kartlagd och mycket omfattande. Den består av cirka 300 personer. De allra flesta med en mycket komplex problematik. Den genomsnittlige klienten har ett långt liv i utanförskap och kriminalitet bakom sig med drygt 16 domar i bagaget. Till detta kommer en svår social och många gånger psykiatrisk (ibland neuropsykiatrisk) problematik. Målsättningen i projektet är att samtidigt arbeta med 40 - 50 klienter. Vår bedömning är att detta är ett för stort antal. Nivån 30-35 förefaller mera rimlig.
- * ett annat sätt att se på denna fråga är att teamet i förhållande till målsättningen och målgruppens total storlek i länet är för litet och borde öka i volym. Detta är en fråga vi återkommer till längre fram då vi diskuterar teamets sårbarhet.
- * en annan fråga som rör sårbarheten är tidsramar och samarbetsavtal för projektet. Projektet inledde på allvar sitt arbete i augusti 2007. Då denna utvärdering inleds maj

2008 har man varit verksam i knappt 10 månader. Trots denna mycket korta tid har man i princip uppnått fullt kapacitetsutnyttjande och kan (eller snarare bör) inte ta sig an fler klienter. Sårbarheten handlar om två saker. För det första att projektet, trots denna mycket snabba och framgångsrika start inte har några garantier för fortsatt drift efter årsskiftet 2008/09. Den andra aspekten av sårbarhet är att det inte finns bindande samarbetsavtal mellan berörda parter, vilket gör att t.ex. vid skiften på chefspositioner kan någon part med ganska kort varsel dra sig ur samverkansarbetet

- * en ytterligare viktig fråga är socialtjänstens roll i projektet. ITOK skulle kunna beskrivas som ett samverkansprojekt mellan beroendevård och kriminalvård med socialtjänsten som adjungerad part. Denna konstruktion beror på att socialtjänsten består av ett tiotal stadsdelar och ett tjugofemtal kommuner medan beroendevård och kriminalvård representeras av vardera en part, Detta skapar en svår och besvärlig asymmetri i projektets strategiska ledning, aspekter som handlar om frågor som handlar om hur man på sikt ska organisera arbetet kring denna (och liknande) målgrupper i länet.
- * ytterligare en aspekt av detta är att i de fall socialtjänsten medverkar (och detta gör man regelmässigt på klientnivå och oftast fungerar det utmärkt) representeras man i regel av missbruksvården (eller vuxenheten) vilket innebär att då man i rehabiliteringsprocessen kommer fram till frågor som berör klientens ekonomiska bistånd och insatser inom arbetsmarknadssidan berörs ytterligare en kommunal aktör som ofta inte varit med i processen från början. Detta har vid upprepade tillfällen lett till att man fått ett besvärligt och kostsamt glapp i rehabiliteringsprocessen med risk för misslyckanden och återfall.

5.2 Inre organisation och bemanning

”Man bör undvika att i samverkansteam ta med några krokodiler!!! Du vet, sådana som är stora i käften och har små öron!!!”

5.2.1 En referensmodell

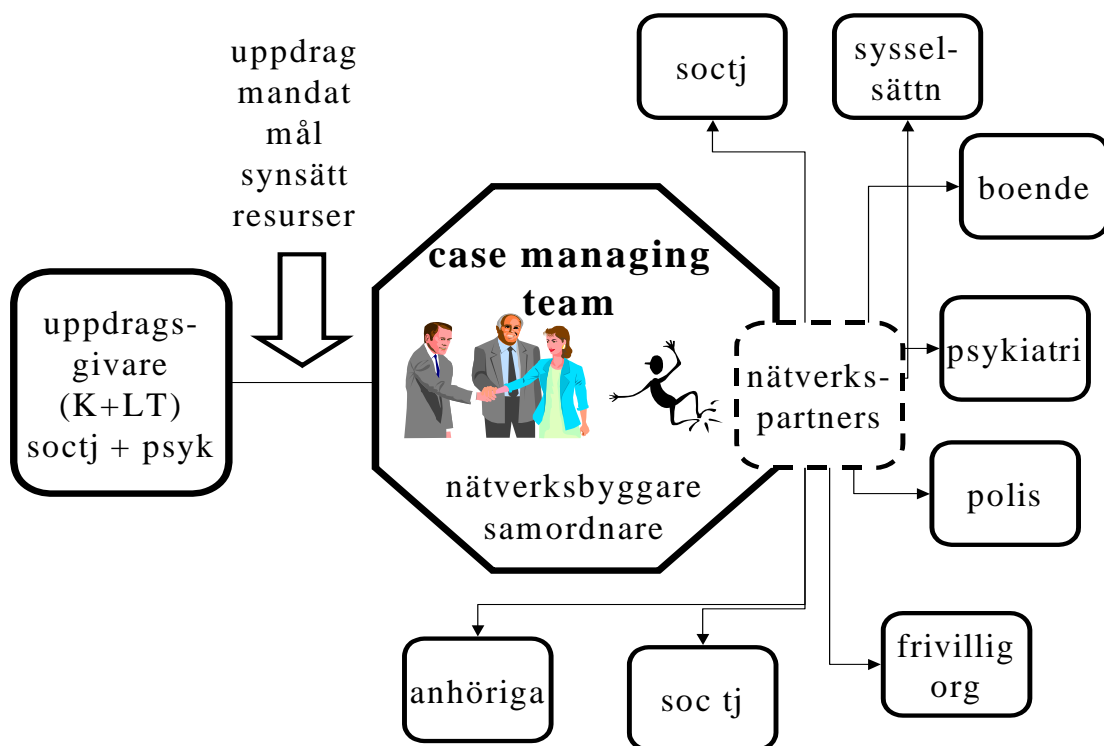
5.2.1.1 Grundprincip och teamets kompetensomfång

Om man ska samverka kring den enskilde i komplexa samverkansfrågor är det viktigt att se att en förutsättning för en helhetssyn är att man faktiskt kan tillföra alla relevanta perspektiv. Det finns en sorts grundprincip som säger; multiproblem kräver multikompetens. Med detta menar vi att det i teamet (eller till teamets förfogande) måste finnas minst lika många kompetenser representerade som det finns aspekter eller fasetter av problembilden. Om detta villkor inte är uppfyllt kan strängt taget inte den helhetssyn uppnås som man strävar efter och som en problemlösning är en förutsättning för.

Vad hjälper det på sikt en klient att bli drogfri om man inte har något liv att gå till, ingen bostad, inget arbete inget socialt liv. Hur meningsfullt är det att verka för att en före detta missbrukare ska få en anställning om han inte har en bostad att gå till. Hur lätt är det att behålla drogfriheten om det inte finns någon med rätt kompetens som kan hjälpa en att hantera alla de psykiatriska symptom som kan dyka upp då inte drogmissbruket fungerar dämpande.

Kärnan i teamet är alltså den sammansättning av multifaktoriell kompetens som behövs för att lösa uppgiften. Men ibland låter det sig inte göras att inkludera alla dessa kompetenser i teamet. I sådana fall är det viktigt att kring teamet bygga upp en mer eller mindre permanent struktur av externa **samverkanspartners eller nätverkspartners** med vilka man bygger upp långsiktiga arbetsrelationer. Man kan också säga att teamet har fyra distinkta arbetsuppgifter;

- * att skapa **en helhetssyn kring den enskilde, och utifrån detta samordna rehabiliteringsinsatserna** för att inte bara dämpa de akuta symptomen den enskilde bär med sig utan också försöka både förstå och komma åt **de bakomliggande grundorsakerna till symtomen**.
- * att som en del i denna helhetssyn **etablera ett fungerande nätverk** i arbetet dels som stöd för det egna teamets arbete och dels som stöd för den enskilde.
- * att etablera och vidmakthålla en **tillitsfull relation med uppdragsgivargruppen** dels för att få stöd i det egna arbetet men också för att öka kompetensen och kunskapen i ledningsgruppen kring den aktuella rehabiliteringsfrågan, dvs. bidra till att professionalisera ledningsgruppen.
- * att **vidmakthålla goda relationer till de egna moderorganisationerna** dels för att därigenom skapa och bevara hög legitimitet för rehabiliteringsarbetet och för att kunna utnyttja moderorganisationernas kompetenser och resurser och dels för att tillföra moderorganisationerna erfarenheterna från arbetet med rehabiliteringssamverkan.



För att kunna göra detta måste teamet i förhållande till sin yttre intressentstruktur kunna;

- * arbeta gränsöverskridande och nätverksbygga.
- * kunna samordna insatser mellan olika parter som inte alltid är överens vare sig om de problem som ska lösas eller de mål som ska uppnås.

- * därmed måste man ha en god förmåga att mäkla och medla mellan olika intressen samt agera i rollen som förhandlare.
- * av detta följer att man måste vara både en god kommunikatör och en skicklig marknadsförare då teamets intressen ska jämkas samman med och ibland även slås om resurser med de berörda moderorganisationerna.

För att detta ska kunna fungera i teamet krävs ytterligare några saker i det inre arbetet;

- * den första och kanske viktigaste egenskapen är förmågan att kompromissa kring synsätt metoder och förhållningssätt.
- * detta i sin tur bygger på en vilja att lyssna, en lust att lära och utvecklas och en förmåga att se nya bilder och helheter kring klienten.

5.2.1.2 Sammansättning av teamet

Man skulle kunna säga att ett team är en grupp människor som arbetar tillsammans och nära varandra för att uppnå gemensamma mål. I ett team har man ofta likartade värderingar och synsätt⁷. Det finns många sätt att skapa ett team. I detta speciella sammanhang tycker vi oss se att då man ska skapa ett samverkansteam t.ex. kring personer med en missbruksproblematik är följande saker viktiga att tänka på;

- * deltagarna bör ha god **sakkompentens** inom sitt område.
- * de bör dessutom ha en **hög social kompetens och god förmåga att kommunicera** (vilket främst omfattar förmågan att lyssna) samt en intresserad och nyfiken inställning till andra professioner och verksamheter.
- * de bör ha en **hög legitimitet i den egna moderorganisationen**, gärna i kombination med tillgång till egna personliga nätverk i den egna professionen.
- * de bör vilja vara med i ett samverkansteam. Man måste vara **motiverad och tro på denna idé**. Man kan aldrig beordra någon att mot sin vilja delta i ett samverkansarbete och tro att detta ska fungera bra.

Då man sätter samman teamet bör man dessutom tänka på att teamet ur en sorts **personlighetsperspektiv** bör vara allsidigt sammansatt så att **en hög grad av komplementaritet** erhålles (allt från visionärer, via eldsjälar och entreprenörer till arbetsmyror och byråkrater).

Det är viktigt att också komma ihåg att det finns en sorts människor som absolut inte ska delta. Där de som ”vet hur det egentligen är, och som finns i teamet för att förmedla detta till de övriga. De i samverkanssammanhang fullständigt livsfarliga **bärarna av ”den sanna läran.”**

Slutligen bör man säga något om **teamets storlek**. Det är vår erfarenhet att denna typ av team ofta blir för små och därmed riskerar att bli sårbara vid personalförändringar och sjukskrivning eller annan frånvaro. Ett team bestående av tre personer får i princip alltid genomlöpa en omstart då en person försvinner. En undre gräns för att ha en robust struktur bör vara fyra eller ännu hellre fem personer. Till detta kommer att i de fall man i teamet har

⁷ se vidare Lind & Skärvad, Nya team i organisationernas värld, Liber, 1997

nyckelpersoner av typen spindeln i nätet som såsom en rehabcoach bör man alltid se till att ha denna funktion dubblerad för att kunna hantera tillfällig frånvaro eller personalomsättning.

5.2.1.3 Att knyta till sig en nätverksstruktur

Ofta har man i ett samverkansprojekt mer eller mindre spontana nätverkskontakter med ett stort antal sidoaktörer. Detta är bra, men man kan och bör ibland gå ett steg längre, nämligen knyta till sig en sorts halvpermanent partnerstruktur med vilka man mera regelbundet har en sorts vinna-vinna utbyte. Dessa partners kan fylla flera olika funktioner för teamet. Man tillför specialistkunskap, man kan bistå i rehabiliteringsprocessen, man kan marknadsföra och sprida kunskap om arbetet och man kan remittera klienter till projektet.

Vi tror att det kan vara ett värde att man i ett samverkansarbete identifiera dessa partners, hittar en gemensam arbetsform och arbetsstruktur som gynnar båda parter och därigenom etablerar ett mer permanent partnerskap. Formerna för detta måste variera med vilken sorts problemställning man arbetar med. Det gemensamma är att det är teamet som måste se som sin uppgift att upprätta detta partnerskap.

5.2.2 *ITOK och modellen*

Så här ser ITOK:s bemanning ut. Vid sidan av koordinatören består projektet av 4.5 tjänster varav landstinget finansierar 3.5. Koordinatören heltid finansieras vardera med 50 % av beroendevården och kriminalvården. Projektledare är tillika sektionschef för metadonsektionen inom beroendevården och löser denna uppgift inom ramen för sitt ordinarie arbete. Frivårdsinspektörer fyller i projektet den funktion som vi längre fram kommer att kalla rehabcoach och skulle kunna sägas vara en spindel i nätet kring klienten.

Tjänster inom ITOK

- Projektledare, BC
- Koordinator, BC och region Stockholm
- Frivårdsinspektör, Stockholm frivård
- Läkare, BC
- Sjuksköterska, BC
- Läkarsekreterare, BC
- Psykolog, BC

Om vi nu beskriver ITOK i förhållande till den referensmodell vi ovan presenterat har vi utifrån våra intervjuer sett några olika saker;

- * man har ett team med i huvudsak rätt kompetensprofil vad gäller yrkesbakgrund och organisationstillhörighet.

- * man har en projektledning i form av projektledare och koordinator med ett anmärkningsvärt gott internt samspel samt med en god och lämplig rollfördelning i yttre kontakter.
- * personlighetsmässigt har man lyckats väl i rekryteringen av teammedlemmar som väl motsvarar de krav vi formulerat ovan. Teamet förefaller på mycket kort tid hittat arbetsmetoder och samarbetsformer som fungerar väl.
- * man har varit utomordentligt skickliga i att knyta kontakter med och upprätta samverkansrelationer med ett stort antal nyckelaktörer kring projektet. Marknadsföringsinsatserna har i en god mening varit mycket framgångsrika.
- * den svaga länken är kopplingen till socialtjänsten och arbetsmarknadssidan. Denna svaghet har man på klientnivå hanterat genom att upparbeta samverkansformer med enskilda handläggare/chefer inom socialtjänsten
- * både med socialtjänstens missbruksdel och i än högre grad med ekonomiskt bistånd bör man hitta mer strukturella samarbetsformer. En fråga som i första hand åligger projektets styrgrupp att ta tag i. På motsvarande vis förhåller det sig med samarbetet med de som företräder arbetsmarknadsperspektivet.
- * en annan svaghet i projektet, om man nu kan kalla detta svaghet, är att man är för ambitiös. Man har tagit på sig något för mycket arbete på för kort tid i förhållande till vad man långsiktigt rimligtvis kan orka med. En rimlig förklaring till detta är att man inför finansiärer (i första hand beställaren inom SLL) tidigt vill kunna peka på resultat för att försäkra sig om fortsatt finansiering av projektet.
- * en följd av detta är att man inte tagit tillräcklig tid för att stanna upp i teamet för att reflektera, metodutveckla och få allmän påfyllnad för att orka med sitt arbete långsiktigt.
- * i förhållande till målgruppens storlek och teamets sårbarhet inför förändring är det vår bestämda uppfattning att det borde omfattade ytterligare 1-2 personer varav ytterligare en person bör ha uppgiften att fungera som spindel i nätet/rehabiliteringscoach.

5.3 Yttre och inre ledning

5.3.1 En referensmodell

För att ett fungerande samverkansarbete ska kunna etableras krävs alltså att **två fungerande gruppkonstellationer** skapas; **en fungerande uppdragsgivargrupp** och **en fungerande uppdragstagargrupp**. Det senare är man ofta medveten om i samverkanssammanhang. Man pratar i projektsammanhang mycket om teambuildingsprocessen och vikten av att ha en bred och allsidig kompetens i projektgruppen liksom att deltagarna bör ha en rimlig social kompetens⁸.

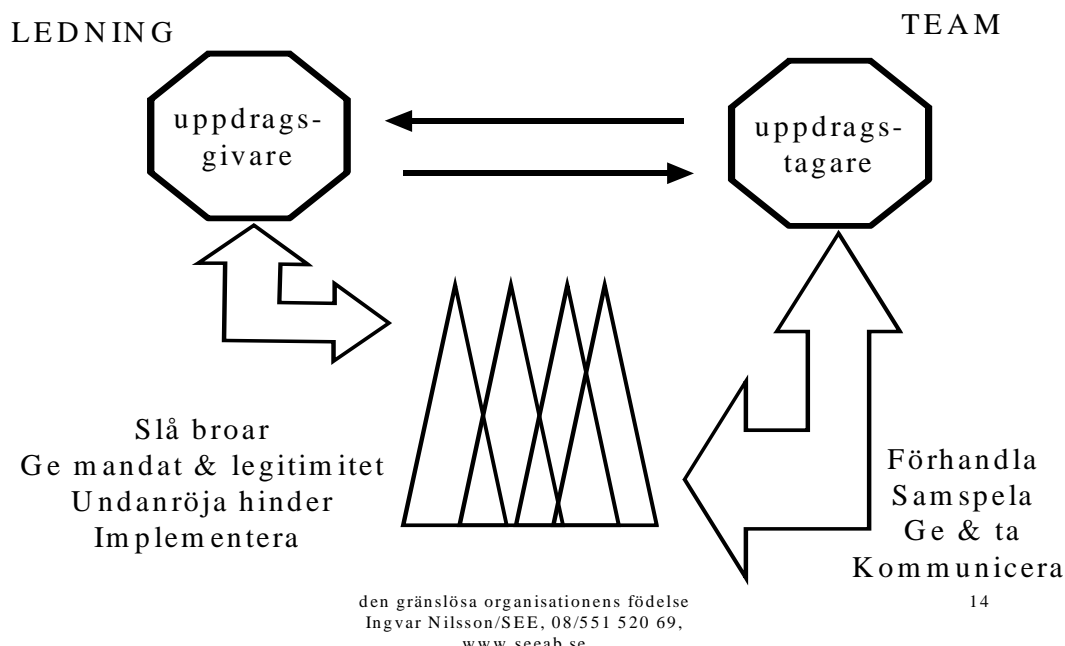
Det är inte lika ofta man har samma höga medvetenhet kring **en uppdragsgivargrupps behov av att bilda just en fungerande grupp**. Orsakerna kan vara många. Man inser inte vikten av att uppdragsgivaren som grupp (i motsats till att göra detta som enskilda individer)

⁸ för en utförlig analys av begreppet social kompetens se Persson, Social kompetens, Studentlitteratur, 2000

leder själva samverkansprocessen – man ser eller förstår inte sin ledningsroll. Man anser sig kanske inte ha tid. Man kanske delegerar frågan till en handläggare. Våra erfarenheter är mycket entydiga; man måste lägga mycket krut på att **skapa en fungerande uppdragsgivargrupp** (ledningsgrupp eller styrgrupp) för att få samverkansprocessen att fungera. Gruppen måste ha rätt sammansättning, rätt kompetensnivå, rätt mandat att fatta beslut, vara symmetriskt sammansatt för att nämna några kriterier för en fungerande uppdragsgivargrupp. Gruppen måste också lägga tid på att lära känna varandra som individer, förstå varandras arbetsvillkor och spelregler, man måste utveckla ett gemensamt förhållningssätt kring samverkansfrågan, bli överens om en gemensam avsikt med samverkan (syfte, uppdrag & mål) samt en metod och ett synsätt kring hur detta ska ledas.

De flesta samverkansprojekt agerar dessutom i en miljö präglade av de medverkande **linjeorganisationernas livsvillkor** och spelregler (t.ex.. kommun, landsting, försäkringskassa och arbetsförmedling). Detta betyder å ena sidan att projektets livsvillkor indirekt bestäms av dessa organisationers kulturer och regelverk. Men det betyder å andra sidan att projektet i det dagliga arbetet **kontinuerligt och konstruktivt måste samverka på basnivå** (handläggarnivå, behandlarnivå) med enskilda individer och enheter inom de olika myndigheterna. Denna kommunikation och samverkan utgör å ena sidan en förutsättning för att ett samverkansprojekt ska kunna göra sitt jobb på kort sikt och å andra sidan en del av implementeringen av erfarenheterna på lång sikt.

För att detta ska kunna fungera krävs att de chefer som ingår i uppdragsgivargruppen i sitt dagliga ledningsarbete i linjeorganisationerna **ger stöd och legitimitet åt samverkansarbetet** samt ger de deltagande personerna i uppdragstagargruppen mandat att arbeta på detta vis. Samtidigt är det ledningens uppgift att i sina linjeorganisationer undanröja de hinder som samverkansarbetet stöter på. På lite längre sikt är det ledningens uppgift att mer systematiskt implementera de erfarenheter samverkansarbetet ger upphov till. Figuren nedan illustrerar dessa **två fungerande gruppkonstellationer och tre relationer** eller samspel som bör fungera tillfredsställande för att ett samverkansarbete ska kunna bli framgångsrikt.

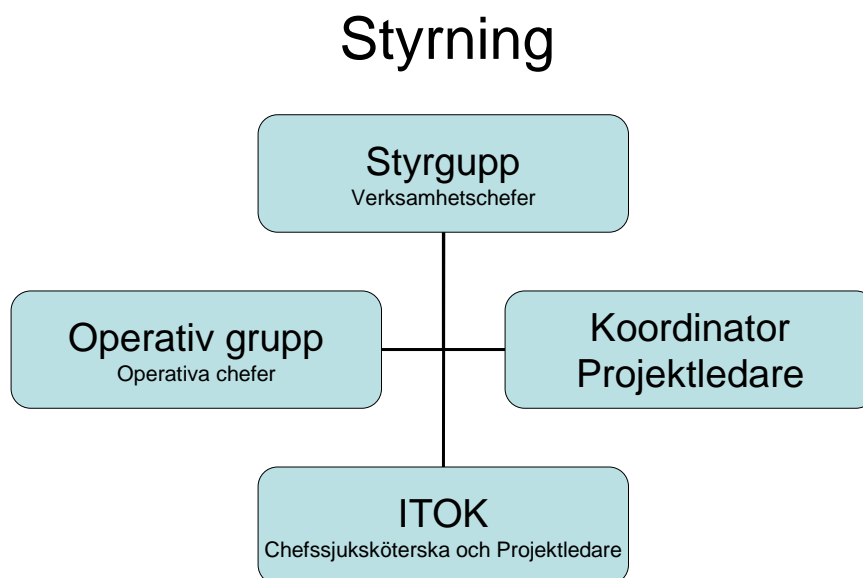


5.3.2 ITOK och modellen

ITOK har en ledningsstruktur illustrerad i figuren nedan och man har sagt att de två ledningsgruppernas roller och funktioner ska vara följande

”styrgruppen (7 personer) har ansvar för den övergripande styrningen samt verksamhetsledningen. Styrgruppen fattar principbeslut och förankrar verksamheten i organisationerna på ledningsnivå

”Den operativa gruppen består av operativa chefer från kriminalvård (6p), beroendecentrum (1p) samt socialtjänsten (4p). Den operativa gruppen ska leda utvecklingen av den praktiska samverkan i samråd med koordinator och projektledare. Den operativa gruppen förankring verksamheten på handläggarnivå i respektive organisation⁹.”



Tanken är alltså att styrgruppen ska ha en övergripande strategisk ledningsfunktion och den operativa gruppen en mer vardagsnära roll. Chefssjuksköterskans roll är att vara en ledningslänk mellan ordinarie verksamhet inom beroendevården och ITOK. Man kan säga att styrgruppen har haft en viktig roll då det gäller att stå bakom projektet och driva fram det samt i det inledande skedet se att man hittar rätt målgrupp och hittar rätt arbetsformer.

Styrgruppen har haft tämligen få möten och dessa har i första hand handlat om att se att projektet är på rätt kurs. Närvaron har inte heller varit så hög. Inför framtiden finns det ett antal strategiskt viktiga frågor för styrgruppen att ta tag i för att dels försäkra sig om projektet överlevnad och utveckling och dels för att försäkra sig om att de metoderfarenheter man gör i projektet kan användas av andra. Vi kan just nu se följande viktiga uppgifter;

⁹ Projektplan ITOK, 2007-11-23, sid. 12

- * en plan för att strukturellt få med socialtjänsten tydligare i projektet i allmänhet men i dess ledningsarbete i synnerhet.
- * att få fram beslut för en långsiktig finansiering av projekt – åtminstone för de närmaste 2-3 åren dvs. perioden 2009-2011.
- * få med arbetsmarknadssidan och socialtjänstens ekonomiska bistånd mer aktivt och strukturellt i projektet.
- * ta ställning till och driva frågor som berör resurser, bemanningsfrågor och dimensionering för att teamet ska kunna bli mindre sårbart och mer uthålligt.
- * skriva samverkansavtal för berörda parter i projektet för den fortsatta driften och ledningsarbetet.
- * skapa förutsättningar för en långsiktig och mer djupgående utvärdering av projektet både vad avser metodik och resultat.
- * en plan för marknadsföring och förankring av projektet i de tre berörda moderorganisationerna.
- * ta ställning till hur de erfarenheter som projektet genererat ska kunna implementeras kring andra målgrupper i länet och för samma målgrupp i andra län.

Det vore rimligt att styrgruppen utarbetade en plan för detta och att ansvaret för detta åligger styrgruppens ordförande i samråd med projektledning.

Den operativa gruppens roll kan väl närmast linkas vid en referensgrupp som idag har en något oklar roll. Gruppen har träffats tämligen oregelbundet och har inte riktigt blivit tydlig i sin roll. Vi kan just nu se följande tänkbara uppgifter för en sådan grupp;

- * målgruppsfrågor – när man rätt målgrupp?
- * metodfrågor – hur fungerar projektets arbetsmetod? Vilka lärdomar finns? Kan dessa tillämpas på andra håll?
- * förankringsfrågor – hur kan projektet marknadsföras och förankras på handläggarnivå i berörda organisationer?
- * samspeletsfrågor - hur kan det systematiska samspelet med socialtjänsten?
- * utvecklingsfrågor – hur kan metoder, struktur och arbetsformer utvecklas för att bli ännu bättre?

Det åligger sannolikt projektledningen att ta tag i dessa frågor. Det vore också rimligt att denna grupp döptes om till att vara en renodlad referensgrupp utan några som helst styr och beslutsansvar men med fokus på att fungera som bollplank, stöd och för egen räkning ta till sig lärdomar från projektet.

En fråga av särskilt intresse är vem som ska/kan/bör stå för den vardagliga arbetsledningen i projektet. Vår bild är att idag finns arbetsgivaransvar och ansvar för frågor som utvecklingssamtal och lönesamtal kvar hos respektive huvudman. Detta illustreras t.ex. av chefsjuksköterskans roll i projektet. Vi tror det vore värdefullt att se över hur dessa frågor liksom frågor som rör administrativ ledning långsiktigt ska organiseras.

En unik positiv faktor i projektet är den de facto delade projektledningen i projektet mellan projektledare och koordinator.

Även om projektledarrollen och koordinatorsrollen i formell mening är tydliga och uppdelade utövas i praktiken ett delat ledarskap över projektet med koordinatören i rollen som processmotor, kommunikatör och ansvar för vardagsledning och projektledaren ansvarig för de strategiska och de utåtriktade frågorna. Koordinatören kommer från kriminalvården och projektledaren från beroendevården. Gemensamt delar man ansvaret för det långsiktiga utvecklingsarbetet kring projektet liksom strategisk förankring. Det är både de intervjuades bild och vår bild att detta utgör en mycket godartad kombination av olika ledningsinsatser och kompetenser. Detta ledarskap har också en hög grad av legitimitet i de berörda organisationerna.

5.4 Slutsatser kring organisation och ledning

Den samlade bilden av projektet ur ett organisatoriskt perspektiv är att man i allt väsentlig valt en lämplig organisation, med lämplig yttre och inre ledning och skapat ett multikompetent team med rätt kombination av kompetenser för att lösa sitt uppdrag. Enligt vår bedömning ligger man mycket nära kunskapsfronten för hur man bör organisera ett framgångsrikt samverkansprojekt.

Det fins dock ett antal områden där man kan utveckla verksamheten och på så sätt skapa ännu bättre förutsättningar för framgång;

- * Den första och kanske viktigaste punkten är enligt vår bedömning att teamet är för litet ur ett sårbarhets och uthållighetsperspektiv. Inte minst rollen som frivårdsinspektören har som en sorts spindel i nätet är mycket sårbar för förändring. Vårt förslag är att teamet bör bli något större för att minska denna sårbarhet.
- * Den strategiska ledningen i form av styrgrupp bör bli något mer aktiv i sitt arbete och utforma en plan för sitt arbete och dom frågor som är viktiga att driva långsiktigt för att projektet ska lyckas. Bland dessa frågor vill vi särskilt trycka på vikten av att redan inför starten av nästa projektfas förbereda och planera för en mer djupgående utvärdering både av metoder och resultat för att på så sätt vara säkra på att kunna utnyttja projektets mycket stora implementeringspotential och att kunna vara en källa för organisatoriskt lärande inom kriminalvård, beroendevård och socialtjänst.
- * Styrgruppen bör också skriftligen, för sina moderorganisationers räkning, avtala om de långsiktiga formerna för denna samverkan. En annan viktig uppgift är att styrgruppen bör hitta former för att strukturellt och mer aktivt än idag involvera de berörda kommunerna, och då främst socialtjänst och inte minst de enheter som arbetar med ekonomiskt bistånd och arbetsmarknadsfrågor.
- * Dagens operativa ledningsgrupp bör omvandlas i riktning mot att bli en renodlad referensgrupp med uppgift att vara ett bollplank kring metodfrågor och förankringsfrågor. Men att denna grupp också blir en väg att återföra projektets erfarenheter till berörda moderorganisationer.
- * Teamet bör hitta metoder att bromsa klienttillströmningen så att man arbetar på en ambitionsnivå som är långsiktigt uthållig och skapa utrymme för reflektion, teambuilding och metodutveckling.

6. VÄRDEGRUND

6.1 Det svåra begreppet rehabilitering

”Vad är skillnaden mellan att ha ett personligt ombud och att få olika insatser från psykiatrin? Jo du förstår; det är som att sitta vid ratten i stället för på passagerarplatsen i den bil som är ens eget liv.”¹⁰

Vår erfarenhet är för att kunna lyckas i ett rehabiliteringsarbete i allmänhet och kring missbrukare och kriminella i synnerhet krävs att man utgår från en helhetssyn, arbetar långsiktigt och bryter den stigmatisering utanförskapet människor är utsatta för. Man måste hitta både en metodik och en organisationsform som gör detta möjligt.

Men man måste också hitta ett synsätt som gör framgångsrik rehabilitering möjlig. Det är detta synsätt som bör vara utgångspunkten för både hur man organiserar rehabiliteringsarbetet och vilken metodik man använder sig av. Vår utgångspunkt är att rehabilitering skiljer sig från behandling på så sätt att i en behandlingsprocess är man som klient/patient till föremål för insatser från någon annan, experten. Man är objekt, experten subjekt. Mitt ljumskbrock behandlas av kirurgen. Han är subjekt jag objekt. Han aktiv, jag passiv. Han har ansvar, jag slipper ansvar. Han har makten, inte jag.

I den rehabiliterande processen är det jag som utgör subjektet. Det är jag som agerar. De professionella, experterna får en lite annan roll. Därför är det viktigt, innan vi går vidare, att se vad vi här menar med ett rehabiliterande förhållningssätt.

”Ett rehabiliterande förhållningssätt innebär, enligt oss, att de professionellas roll är att bidra till att skapa förutsättningar för att den enskilde ska kunna genomlöpa en bra, effektiv och framgångsrik rehabiliteringsprocess.”

Man skulle kunna säga att de professionellas roll är att genom en klok **pedagogisk process** tillföra sådant **stöd, kunskap och motivation** att den enskilde förstår att han själv måste **fatta ett beslut och välja att genomgå en rehabiliteringsprocess** och omvandla detta beslut i **aktiva handlingar** för att **uppnå de mål** han vill uppnå i denna process.

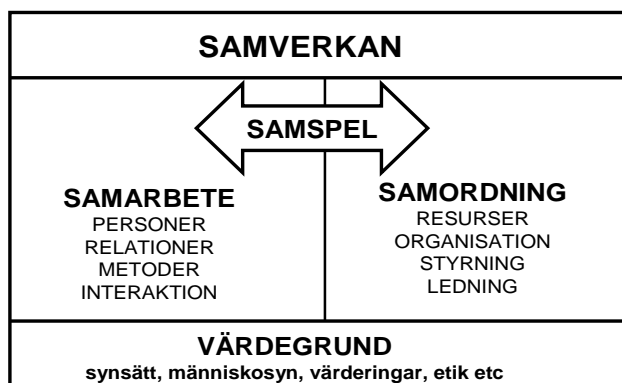
Om man mer preciserat ska försöka beskriva vad ett rehabiliterande förhållningssätt innebär kan man göra detta genom att lägga fokus på **den enskilde, själva rehabiliteringsprocessen eller de professionellas roll.**

6.1.1 Att samverka

”Samverkan är som en kärleksrelation; man ger, ger och ger och så får man något. Sedan ger man igen”

¹⁰ Sagt av klient till personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder i intervju

Samverkan kan ske på två nivåer; den organisatoriska och den personliga. Ibland uppstår det oklarheter kring begreppsbyggnad även här. Med samordning brukar man mena den del av samverkan som handlar om resurser, organisationsfrågor, budget och pengar, ledning, styrning och uppföljning m.m. Samarbete är samverkans mer konkreta sida det enskilda personer gör tillsammans i vardagen. Samarbete handlar mycket om relationer, kommunikation och samspel liksom metoder i arbetet kring den enskilde klienten.



i.nilsson@seeab.se

Men poängen är att båda dessa aspekter av samverkan behövs och de båda sidorna interagerar med varandra. Utan samordning av resurser och styrning tenderar samverkan att bli likt uppflammande bloss av entusiasm som efter ett tag då eldsjälarna brunnit ut förkolnar och övergår till aska. Och samordning av resurser utan engagerade personer som samspelar blir det hela mest en byråkratisk struktur utan i innehåll.

Det som förenar dessa båda perspektiv är att de måste bygga på en gemensam värdegrund kring frågor som synsätt, människosyn, rehabsyn, etik m.m.

6.2 Rehabsyn och samverkanssyn i projektet

Vår bild är att man i ITOK intuitivt närmat sig samverkansfrågan och hittat en god gemensam grund att stå på. I det dagliga arbetet med projektet fungerar såväl samordningen av resurser som det konkreta samarbetet mycket bra.

På samma vis förefaller det vara med begreppet rehabilitering och hur man ser på. Vi har i våra intervjuer inte kunnat identifiera några spänningar eller dragkamper som antyder att man skulle ha olika synsätt kring denna fråga.

Den reflektion vi gör är att projektet skulle vinna på att synen kring samverkan genomarbetades på ett tydligare och mer konkret vis. Just nu befinner sig projektet i någon form av smekmånadsfas. Starten har varit lyckad, framgångarna har infunnit sig snabbt, det råder god harmoni mellan styrgrupp och projekt samt mellan de olika medlemmarna i teamet.

Vår entydiga erfarenhet är att på vägen mot projektmognad kommer en polariseringsfas kring denna typ av frågor att inträffa. Med nödvändighet kommer att ställas frågor som rör

samordningens natur, hur resurser ska fördelas, hur prioriteringar ska göras. Det kommer att uppstå meningsskiljaktigheter kring det konkreta vardagssamarbetet. Det kan handla om synsätt, metoder, arbetsformer ja rentav frågor som berör makt, revir och hur man definierar problem. Samma sak kommer med säkerhet att inträffa då det gäller synen på begreppet rehabilitering.

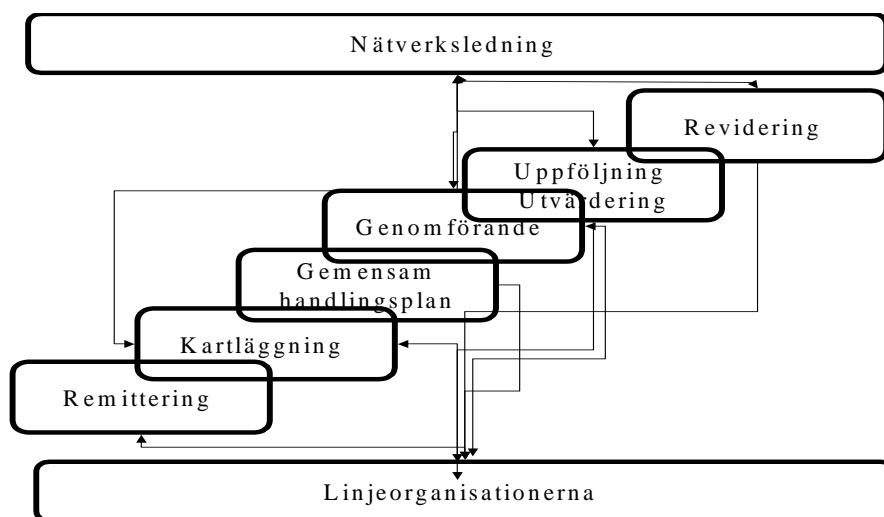
Erfarenheten säger att det är en poäng att vaccinera sig mot denna typ av situationer genom att tidigt i både styrgrupp och team hitta en form för hur ett metod- och synsättutvecklande samtal kring dessa frågor kan se ut. Vårt förslag är att utrymme för detta skapas inom ramen för verksamhetsplaneringen för både styrgrupp och team under den kommande hösten och vintern.

7. METODIK

7.1 Arbetsprocessen

7.1.1 En referensmodell

Om man studerar olika samverkansmodeller kan man konstatera att de väldigt ofta har ett gemensamt mönster för de olika arbetsstegen. Det förefaller som om många av de samverkansaktiviteter som lyckas följer nedanstående mönster¹¹.



För det första har man metoder eller arbetsmodeller för hur man kan **remittera olika klienter** till samverkansaktiviteten. Det kan handla om en remitteringsgrupp eller att man blivit överens med linjeorganisationerna om vilka kriterier för deltagande i samverkansarbetet som ska gälla. I detta arbetssteg ligger att hantera sekretessfrågor och andra barriärer för samverkan. Ofta sluter man också någon form av kontrakt med klienten när denne gör sin entré på den gemensamma samverkansarenan.

I det andra steget handlar det ofta om att göra **en allsidig kartläggning** av individens situation. Detta är ofta en nyckelaktivitet för framgång. Här kan det handla om att utveckla metoder för kartläggning som delaktiggör klienten i arbetet och förutsätter dennes aktiva medverkan. Man tittar ofta på den enskildes historia och totala livssituation.

Det tredje steget syftar till att tillsammans med klienten utforma **en gemensam handlingsplan** som tar i anspråk alla de berörda myndigheternas samlade kompetens. En

¹¹ vi vill dock varna för att följa denna typ av modeller slaviskt. Vi känner själva till åtminstone två olika mycket framgångsrika rehabiliteringsaktiviteter som gör nästan tvärtom. Det finns med andra ord inte några självklara lösningar på detta problem. It takes all kinds to make a world

viktig del i detta arbete är att tillsammans med klienten formulera realistiska mål för vad som ska uppnås. Många gånger sluter man i detta arbetssteg ett kontrakt med klienten kring handlingsplanen. I denna del har man för varje klient en eller två personer (samordnare, kontaktperson, guide etc.) vars uppgift är att från och med kartläggningsfasen till och med uppföljningsfasen vara klientens kontinuerliga stöd och kontaktperson i rehabiliteringsarbetet. Det vi längre fram kommer att kalla rehabcoach.

Steg fyra är själva **genomförandet av rehabiliteringsprocessen**. Denna fas kan naturligtvis variera högst betydligt beroende på vad rehabiliteringen handlar om.

Det femte steget handlar om att tillsammans med den enskilde efter genomförd arbetsprocess **utvärdera om man lyckats** uppnå det man föresatte sig inledningsvis och dra lärdomar av detta. Men det handlar också om att tillsammans med arbetsgruppen värdera det egna arbetet. Studera styrkor och svagheter. Men det kan också handla om att göra denna utvärdering i samspel med linjeorganisationen, vilket kan vara en del i det kontinuerliga implementeringsarbetet.

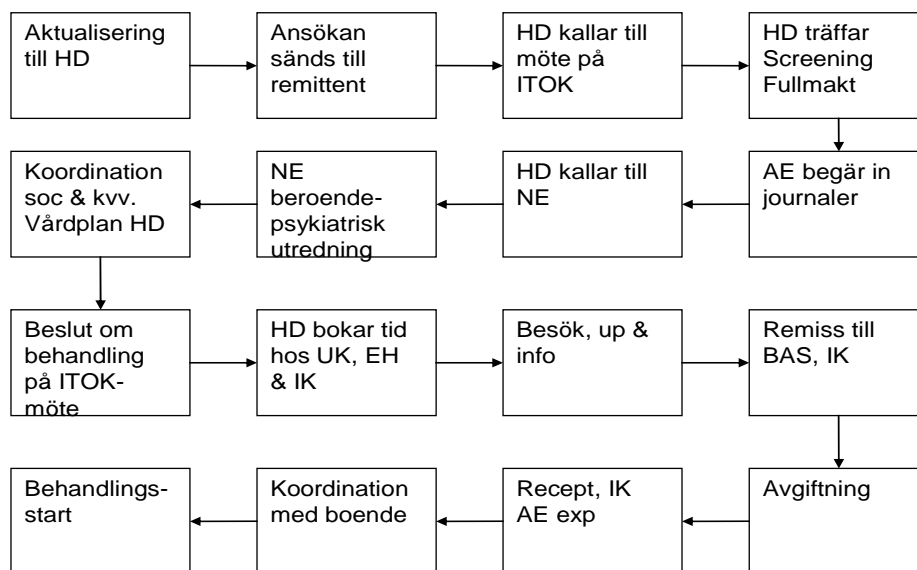
Syftet med detta är att i det sjätte steget överväga om man behöver **revidera insatsen för klienten eller sina arbetsmetoder** eller om man för tillfället är nöjd med det man har utvecklat.

Ovanstående skulle kunna sägas vara en beskrivning av en arbetsprocess eller en arbetsmetodik. Inom vården skulle man kanske kalla det en vårdkedja. Kanske är begreppet rehabiliteringskedja användbart. Men **metodiken behöver i varje steg olika former av arbetsredskap**. Det kan handla om blanketter för remittering eller sekretessmedgivande från den enskilde. Det kan vara olika metoder eller tekniker för kartläggning av individens livssituation eller beskrivning av nuläge. Det kan handla om formulär för att upprätta en handlingsplan och kontrakt mellan projekt och den enskilde och projektet för den handlingsplan man gemensamt kommit fram till.

7.1.2 ITOK och referensmodellen

I figuren nedan visas ITOK's egen modell för klientflödet eller rehabkedjan. Vi kan då se att man i grova drag följer den referensmodell vi ovan presenterat.

Flödesschema över intaget



Det finns en tydlig, lättbegriplig och kommunicerbar struktur för arbetet i stort som gränslar såväl kriminalvårdens som beroendevårdens domäner.

- * Det finns en tydlig remitteringsmodell då klienten slussas in i programmet.
- * Det finns en tydlig kartläggningsprocess som framförallt leds av frivårdsinspektören som tydligt iklar sig rollen som spindel eller koordinator kring klienten.
- * Kartläggningen bygger både på att med stöd av olika fullmakter få en bild av klientens historia, att olika utredningar genomförs och att detta därefter sammanställs och presenteras vid ett nätverksmöte.
- * Vid detta nätverksmöte – där naturligtvis klienten är en av deltagarna - arbetar man fram en handlingsplan som alla närvarande aktörer bidrar till och därefter skriver under.
- * Man har också uppföljning av denna plan på regelbunden basis var 4-6 vecka varvid den vid behov revideras.

Man kan på goda grunder hävda att även kring dessa frågor ligger man mycket nära kunskapsfronten eller best practice modellen inom rehabsamverkan. Det finns dock några punkter där man skulle kunna utveckla sitt arbete;

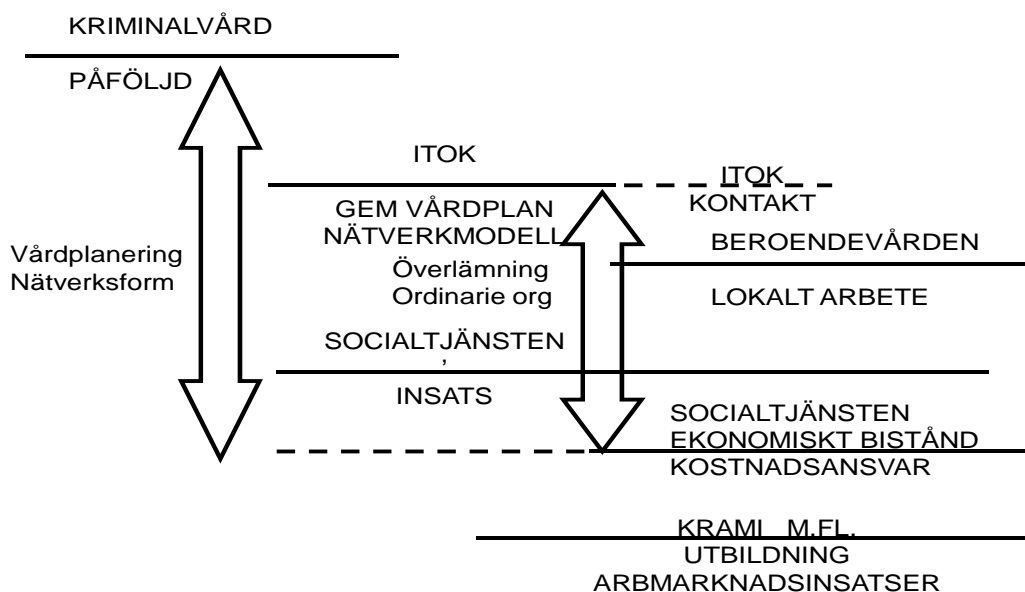
- * Den första av dessa handlar om socialtjänstens roll. Vid dessa nätverksmöten deltar i regel personer från kommunerna missbruksvård, men i regel inte från försörjningsstödet vilket leder till att problem kan uppstå (och har uppstått) då frågor som rör ekonomiskt bistånd eller kostnader för arbetsmarknadspolitiska insatser blir aktuella. Det har kring detta hänt att man tappat enskilda klienter i rehabprocessen som därefter misslyckats och tagit återfall.

- * Den andra handlar om arbetsmarknadssidans närvaro. På samma sätt som med ekonomiskt bistånd borde representanter antingen för t.ex. Krami, jobbtorgen eller arbetsförmedling vara närvarande då man gör upp sina handlingsplaner för att det under resans gång inte ska uppstå friktioner och onödiga fördröjningar i rehabiliteringsprocessen.

Det finns egentligen bara ett enda stort problem med denna modell och det är då ansvaret för klientens fortsatta rehabprocess ska övertas av den lokala beroendevården i samverkan med t.ex. frivården och socialtjänsten.

Flödet i stort beskrivs i bilden nedan. ITOK fångar upp opiatmissbrukande klienter inom kriminalvården på ett bra sätt. Inom kriminalvården utgår man från begrepp som påföljd och rehabilitering. Inslussningen till ITOK sker smidigt, bra, flexibelt och obyråkratisk. Om detta är alla intervjuade överens. Processen inom ITOK löper smidigt, om än med för hög arbetsbelastning för teamet idag. Vi har redan fångat svårigheterna att mer systematiskt/strukturellt få med socialtjänstens försörjningsdel liksom arbetsmarknadsinsatserna i rehabarbetet.

Men den stora haken i processen handlar om då klienten ska länkas vidare till den lokala beroendevården. Vem ska hålla i processen? Hur ska kontinuiteten både i klientkontakter och arbetsmetodik garanteras?



För att ta ställning till denna fråga kan det vara viktigt att komma ihåg att ur klientens perspektiv utgör frivårdsinspektören en sorts trygghetsfaktor. En relation som för klienten innebär kontinuitet och att man arbetar kring en relation som byggs upp över tid. En fråga blir då; hur ska denna **relationella kontinuitet**, som sannolikt utgör en av framgångsfaktorerna i projektet, kunna bevaras utan att man binder upp denna spindelfunktion för eviga tider. Samtidigt utgör ITOK som organisation en **strukturell och metodologisk kontinuitet**; en viss metod, ett visst synsätt, vissa arbetsformer etc. Hur ska man försäkra sig om att detta arbetssätt inte bryts och ersätts av något annat för klientens okänt eller obegripligt arbetssätt?

I ITOK's projektplan tänker man sig att tiden för klienten i projektet ska vara mellan 6 och 12 månader för att sedan slussas vidare till de lokala beroendemottagningarna. Rent allmänt sett säger oss vår erfarenhet att detta är för kort tid. Risken för misslyckande om man gör denna överväxling för snabbt kan vara betydande. 12-18 månader och i vissa fall 24 månader är enligt vår erfarenhet en mer realistisk tidshorisont.

Kring kontinuitetsfrågan för rehabcoachen (frivårdsinspektören) kring klienten finns flera olika lösningar

- * Rehabcoachen följer klienten in i arbetet med den lokala beroendevården under en övergångsperiod och man har där ett systematiskt överlämningsförfarande.
- * Någon från socialtjänsten är co-coach tillsammans med rehabcoachen under ITOK-fasen för att därefter ta över coachfunktionen efter ITOK-fasen.
- * Motsvarande funktion utövas av någon inom den lokala beroendevården.

Då det gäller frågan kring den strukturella kontinuiteten dvs. att arbeta på ett likartat vis som ITOK inom den lokala beroendevården handlar det i första hand om att förankra och utbilda i metoden hos de lokala aktörer som är aktuella. En uppgift som det ligger på styrgruppen att skapa förutsättningar för och för projektgruppen (sannolikt i första hand koordinatören) att genomföra.

7.2 Spindeln i nätet

7.2.1 En referensmodell

Inom i stort sett all verksamhet som rör klienter med en komplex och sammansatt problematik finns idag ett utvecklingsmönster som handlar om att på strukturell nivå hitta former för att koordinera samhällets olika insatser. Man har finsamverksamhet, samordningsförbund osv. På klientnivå handlar det om att hitta eller skapa en person, funktion eller aktör som fyller den sammanbindande rollen eller rollen som spindeln i nätet. Några exempel;

- * organkoordinator vid organtransplantationer.
- * personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder.
- * case-manager för personer med dubbeldiagnoser.
- * äldredirigent för äldre personer med stort vårdbehov.
- * samordnare kring barn med särskilda behov.

Det gemensamma i alla dessa roller är att man utgår från klienten, dennes behov och en helhetssyn kring denne för att med utgångspunkt i detta bidra till att kartläggning av behov och vårdplaner samordnas och att det som beslutas om också genomförs och därefter följs upp och vid behov revideras oavsett vilken enskild huvudman som har ansvar för processen olika delar.

I detta sammanhang kommer vi att välja begreppet rehabiliteringscoach för att beskriva denna roll. Att det handlar om rehabilitering är självklart – därav första delen av namnet. Men coachbegreppet trycker också på att denna aktörs uppgift är inte att ta över rehabprocessen – den måste klienten själv vara huvudmotor i. Utan uppgiften är att professionellt stödja denna process och fungera som en länk (konsumentvägledare, koordinator, vägvisare, kartläsare – det finns många olika bilder av denna roll man kan använda sig av) mellan klienten och alla de olika offentliga aktörer som är involverade i detta arbete. Man skulle kunna prata om en spindel som väver ett reahnät eller en koordinator som samordnar olika insatser. Detta är kring denna målgrupp en helt ny roll. En roll som många efterlyst och många också i tysthet börjat utöva. Låt oss börja med att diskutera rollen utifrån figuren nedan.

Rehabcoach

(samordnare, nätverksbyggare, dirigent, spindel etc.)

- Inre roll mandat
 - Bygga relation
 - Förtroende
 - Se helhet
 - Motivation
 - Pedagog
- Yttre roll mandat
 - Nätverksmöten
 - Kartläggning av behovsbild
 - Samlad rehabplan
 - Uppföljning av genomförande
 - Systemfelsfrågan

**SYNSÄTT OCH VÄRDEGRUND KRING
REHABILITERING OCH SAMVERKAN**

i.nilsson@seeab.se

Rehabcoachens roll bygger på att man erhåller två typer av mandat. Man har/får/erövrar ett inre mandat som kommer från klienten och ett yttre mandat som kommer från de berörda organisationerna. Ur klientens perspektiv är det centrala att man lyckas bygga en relation som baseras på tillit och förtroende. Man fungerar som en sorts pedagog och arbetar med att motivera klienten – en kärnprocess och en färskvara i allt rehabarbete. Man är också den aktör som har entydigt i uppdrag att ha en organisationsoberoende helhetssyn på klienten dennes problem, behov och lösningar kring detta.

Ur de berörda organisationernas perspektiv måste coachen ha mandat att kalla till, leda, dokumentera och följa upp nätverksmöten där insatserna kring klienten samordnas. Man är också den som rimligtvis ska mäkla och medla mellan olika särintressen i rehabarbetet. Och man är också en person som har till uppgift att upptäcka och uppmärksamma berörda organisationer på sådana systemfel som kan leda till att klienten ramlar mellan stolarna.

För att kunna fylla denna roll och skapa legitimitet för detta arbete måste coachen ha ett genomtänkt och förankrat synsätt kring samverkan och rehabilitering på det sätt som vi tidigare pekat på. Men man måste också på samma sätt som i relation till klienten bygga upp ett förtroende och en professionell tillit till detta arbete hos de berörda organisationerna och deras representanter. Man skulle då kunna säga att coachens arbetsuppgifter är att;

- * ansvara för identifiering, kartläggning och analys av klientens behov utifrån ett allsidigt och så fullständigt helhetsperspektiv som möjligt.
- * ansvara för planering och uppföljning av insatser, ofta dokumenterad i någon form av gemensam vårdplan eller rehabplan.
- * inför teamet och i samråd med klienten ansvara för diskussion och beslut om de insatser som ska göras för klienten.
- * säkerställa kontinuiteten i klientens kontakter och vara den som svarar för att både den relationella och strukturella kontinuitetens upprätthålls.
- * ha det samlade ansvaret för att behandlingsinsatser, stöd och praktisk hjälp till klienten som man beslutat om också genomförs.
- * vara ombudsman för klienten och bevaka dennes samhällliga rättigheter.
- * att arbeta uppsökande gentemot anhöriga, närstående samt samhällets olika instanser och därvid lokalisera och hålla kontakt med de arbetsmarknadspolitiska, sociala, medicinska och psykiatriska insatser som inte kan erbjudas inom teamet, och som kan vara aktuella för klienten.

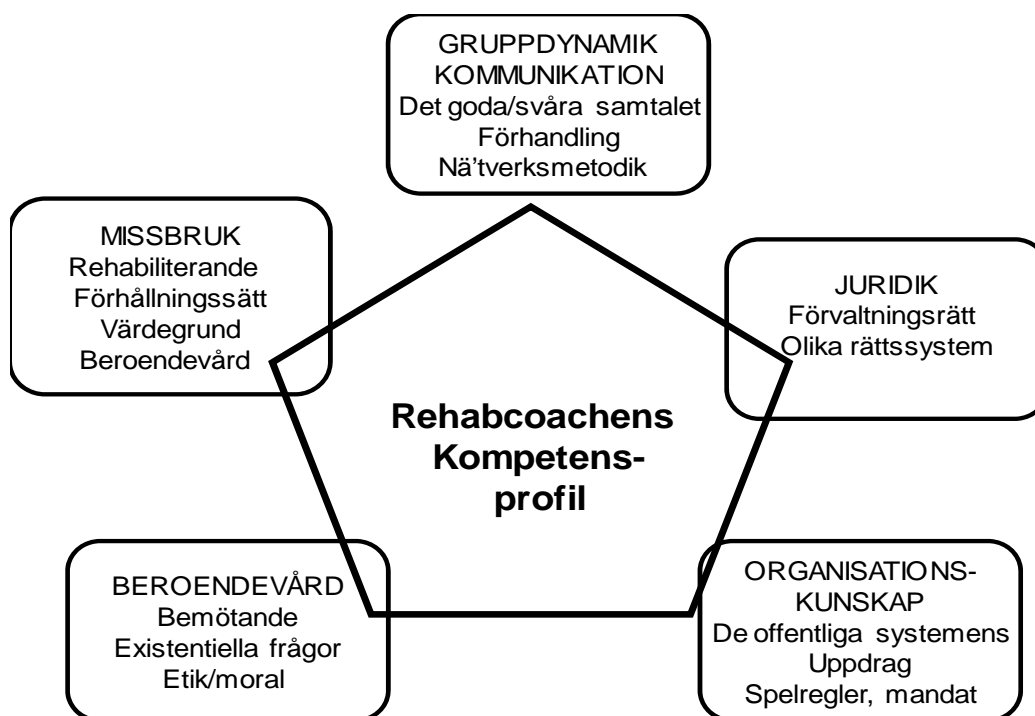
Man kan också beskriva dessa arbetsuppgifter i form av olika faser eller processer;

- 1 En **initialfas** där kontakt tas, en relation etableras, en första bedömning görs om klienten tillhör målgruppen och en planering för det fortsatta arbetet inleds.
- 2 En **startfas** där kartläggning av klientens behov äger rum, nätverksmöten planeras och genomförs och en rehabplan upprättas och undertecknas av berörda parter.
- 3 En **genomförandefas** där planen genomförs i samråd med berörda aktörer och revideras utifrån ny kunskap.
- 4 En **avslutnings- eller överlämningsfas** där antingen i de mest lyckosamma fallen klienten fortsätter sin rehabresa på egen hand eller, mest sannolikt, att ansvaret för det fortsatta arbetet tas över av andra aktörer.

Utifrån detta kan man också sätta ord på vilka kompetenser en rehabcoach måste ha för att vara framgångsrik i sitt arbete;

- * för att kunna företräda en helhetssyn kring klienten måste man ha grundläggande kunskap om berörda myndigheters uppdrag, spelregler, regelverk och mandat. Det handlar om beroendevård, kriminalvård, psykiatri, primärvård, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling, kronofogdemyndighet, CSN m.fl.
- * man måste ha en kunskap om missbrukets olika aspekter, dess yttringar och symtom men framförallt hur man bör bemöta klienter med denna problematik. Kring detta måste man ha en klar bild över hur man ser på rehabiliteringsprocessen och klientens roll liksom coachens pedagogiska och motiverande roll. Dessutom bör man ha en god kunskap om beroendevården och missbruksvårdens olika delar.
- * man måste ha god kunskap och färdighet om hur man kommunicerar med olika offentliga aktörer. Mer specifikt bör man ha förhandlingskunskap så att man kan medla i intressekonflikter mellan de olika offentliga aktörerna och kunskap om nätverksmetodik så att man kan delta i och leda nätverksmöten.

- * till detta kommer den kunskap man måste ha om grundläggande rättsliga förhållanden som kan påverka rehabprocessen oavsett om det handlar om frågor som berör rättsväsendet eller SOL och HSL
- * slutligen krävs det av coachen att hon har ett genuint klientperspektiv då det gäller bemötandefrågor och empowermentperspektivet (egenmakt). Detta förutsätter också en genomtänkt värdegrund kring etik, moral och dessutom existentiella frågor som ofta utgör en viktig del av coachens samspel med klienten



7.2.2 ITOK och referensmodellen

I ITOK utgör den funktion som frivårdsinspektören har det vi ovan kallat rehabiliteringscoach. Såvitt vi kan se så har man i huvudsak tänkt rätt kring denna roll både i teori och praktik. Modellen i stort fungerar överraskande väl. Man använder sig av en rimlig och genomtänkt metodik. Synsätt och arbetsmetoder är genomarbetade. Det finns dock några saker man kanske inför framtiden ska fundera lite extra över.

- * Man ska nog fundera ytterligare över vilka krav rollen ställer på frivårdsinspektören och kanske ytterligare utveckla rollen och de arbetsuppgifter som ingår i den. En sådan diskussion bör naturligtvis ske i samråd med teamet i sin helhet så att rollfördelning mellan coach och övriga delar av teamet både blir lämplig och tydlig
- * Kanske ska man fundera över hur många klienter coachen samtidigt kan/bör ta sig an. I dagens läge har coachen ansvar för all 30 inskrivna klienterna. Om man också betänker att tiden i ITOK kanske kommer att bli/bör vara längre än 6-12 månader är vår bedömning att med två coacher (frivårdsinspektörer) borde teamet samtidigt kunna arbeta med som mest 40 klienter

- * Det är utifrån tidigare resonemang också en självklarhet utifrån vårt perspektiv att teamet bör ha minst två personer som entydigt har rollen som rehabcoach både av uthållighets- och sårbarhetsskäl

7.3 Samverkan med omvärlden

7.3.1 *Konsten att vara delvis gravid*

En samverkansorganisation lever alltid i dubbla verkligheter. Å ena sidan ska man utföra det samarbete kring klienten som ligger i uppdraget. Å andra sidan kräver detta ett ständigt samarbete med de moderorganisationer som till olika delar har resurser och ansvar för olika aspekter av klientens rehabprocess. Samtidigt är det också så att i någon fas av rehabprocessen kommer klientansvaret att övertas av det som brukar kallas ”ordinarie organisation”.

Man måste alltså samtidigt kunna befinna sig och agera i en samverkansvärld och i linjeorganisationernas stuprörsvärld. Både hängrännor och stuprör på samma gång kan man säga.

Detta ställer krav på teamet att både kunna agera utifrån den helhetssyn samverkansrollen kräver och samtidigt ha en förståelse för, kunskap om och förmåga att agera utifrån stuprörsvärldens regelverk. Konsten är att göra detta utan att antagonistiska relationer uppstår. Det är lätt att det uppstår avundsjuka, revirstrider och ett destruktivt vi och dom tänkande.

För att kunna göra nytta måste samverkansteamet ha legitimitet och förankring i de berörda agera moderorganisationerna både på chefsnivå och handläggarnivå. Finkänslighet och förmåga att agera diplomatiskt blir naturligtvis viktiga kompetenser. Man kan urskilja några distinkta arbetsuppgifter för teamet som måste fullgöras för att man ska lyckas i detta.

- * för det första måste man flitigt informera om, sprida kunskap om och marknadsföra samverkansaktiviteten till berörda organisationer. Det handlar om att sprida kunskap men också insikt och få accept för sättet att jobba.
- * i en andra fas handlar det om att upprätta konkreta samarbetsrelationer med första linjens chefer och handläggare i de berörda organisationerna och se hur det konkreta samverkansarbete i vardagen ska se ut.
- * det tredje steget handlar om att sprida kunskaper om samverkansteamets synsätt och arbetsmetoder. Man skulle kunna säga att detta dels handlar om att bidra till det organisatoriska lärandet. Men det handlar också om att sprida kunskap om arbetsformer så att den för klienten viktiga strukturella eller metodologiska kontinuiteten bibehålls då klientansvar vid någon tidpunkt övergår till de olika moderorganisationerna.

7.3.2 *Framgångsfaktorer och fällor*

För att lyckas med detta krävs några olika saker. En genomtänkt pedagogisk idé är naturligtvis självklar. Men i detta ligger också att hitta en form att arbeta som bygger på ödmjukhet,

ömsesidighet och respekt. Allt för att undvika ett antagonistiskt vi och dom eller rätt och fel tänkande.

Lika viktigt är det att dela med sig av framgångarna. Att betona att framgång inte hade varit möjligt utan det goda samarbetet med linjeorganisationernas medarbetare. Att sträva efter att skapa ett gemensamt vi

Fällan är naturligtvis att alltför mycket tillskriva sig själv och samverkansteamet äran för alla framgångar och därmed riskera att väcka avundsjuka och missunnsamhet hos de samverkanspartners man har

7.3.3 ITOK och den partiella graviditeten

Ur detta perspektiv kan vi konstatera att man från ITOK's sida hittat rätt anslag i mötet med de olika berörda organisationerna. Man har genomfört ett stort antal förankringsprocesser och man har gjort detta med ett tonläge som präglas av öppenhet och ödmjukhet. Omvärldens uppskattning av ITOK, det arbete man gör och formerna för samarbetet är stor.

Naturligtvis kan man även här gå vidare i några olika steg t.ex.

- * göra en långsiktig plan för det fortsatta förankringsarbete.
- * fundera över hur den strukturella kontinuitetens främst på de lokala beroendemottagningarna ska se ut då de på sikt övertar klientansvaret.
- * hitta en pedagogisk form för att göra detta i dialogform.

7.4 Slutsatser kring arbetsmetoder

Våra slutsatser kring projektets arbetsmetodik är att man valt en arbetsmetodik, ett synsätt och en praxis som fungerar väl både i teori och praktik. Man har skapat en roll som starkt liknar det vi kallar rehabiliteringscoach som på sätt och viss utgör rehabprocessen nav och teamets kärna. Om man ska utveckla projektet är det några saker vi tycker oss se;

- * Låt klienten vara en längre period i teamet än man från början tänkt sig. 12-18 månader är ett mer realistiskt mått.
- * Dubblera antalet personer som fyller rollen som rehabcoach för att på så sätt öka uthålligheten och robustheten i projektet. Med en sådan bemanning bör teamet kontinuerligt och långsiktigt samtidigt kunna ha 40 aktiva klienter i en rehabprocess.
- * Hitta former för att skapa kontinuitet både strukturellt och relationellt i rollen som rehabcoach inför överväxlingen mellan ITOK och den lokala beroendevården/socialtjänsten.
- * Lägg krut på att ännu tydligare definiera rollen som rehabcoach, både i sig men i all synnerhet i förhållande till det övriga teamet och de berörda moderorganisationerna

8. EN SAMMANFATTANDE BILD AV ITOK UR ETT SAMVERKANSPERSPEKTIV

8.1 Ett skolexempel på samverkan

ITOK är ur vårt perspektiv i det närmaste ett skolboksexempel på hur man bör bygga upp, leda och driva ett samverkansprojekt med många parter involverade. Man har valt en organisationsstruktur, ledningsmodell, bemanning och arbetsmetodik som i allt väsentligt känns rimlig och relevant.

Man möter en målgrupp som är oerhört hårt belastad (i genomsnitt 16 fängelsedomar per person) och storkonsumenter av välfärdstjänster inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård. Man har efter en ovanligt snabb start på mycket kort tid nått full produktionskapacitet levererat resultat. Redan nu är ett flertal i målgruppen i arbete eller studier. Projektet har stor implementeringspotential. Dvs. det finns struktur- och metoderfarenheter med ett stort pedagogiskt värde för berörda intressenter/finansiärer och andra aktörer.

8.2 Styrkor och framgångsfaktorer

Styrkorna i projektet utöver det uppenbara att man valt en organisation och en metodik samt ett förhållningssätt som fungerar är följande;

- * tydligt ledningsstöd på strategisk nivå inom landsting och kriminalvård.
- * ett dubbelt ledarskap i det konkreta projektarbetet mellan projektledare och koordinator.
- * man har aktivt använt sig av projekterfarenheter från tidigare projekt.
- * man har ett flexibelt arbetssätt, hög tillgänglighet och intensiv kommunikation med omvärlden vilket gör att man uppfattas som en god och attraktiv samverkanspartner.
- * man är tydlig både i målgrupp, remittering, metodik och organisation.
- * nätverksmetodiken och det lösningsfokuserade arbetssättet vilket konkret sätter klienten i centrum, bygger på delaktighet och har ett helhetsperspektiv.
- * rollerna och arbetsfördelningen inom projektet samt mellan projektet och omvärlden är tydliga och lämpliga.
- * man har ett utpräglat processtänkande vilket skapar helhetssyn och kontinuitet i arbetet med klienten.
- * man fångar upp klienten tidigt (ofta redan på häktet eller på anstalt) vilket starkt reducerar risken för återfall.
- * det eldsjälsskap som driver projektet.

8.3 Utvecklingsmöjligheter

- * den mest uppenbara svagheten i projekt är den extremt korta projekttiden som bör ställas i relationen till målgruppens mycket tunga förhistoria och komplexitet.
- * projekt är för litet både ur ett sårbarhetsperspektiv men också i förhållande till de behov som finns. Ytterligare 2-3 tjänster borde vara en rimligare dimensionering.
- * socialtjänsten har idag en alltför tillbakadragen roll och borde få en mer tydlig strukturell roll i projektet.
- * på motsvarande vis borde projektet hitta tydligare strukturerade samarbetsformer med de aktörer som har uppdrag kring sysselsättning arbete/boende.
- * en viktig del i detta är att styrgruppen tydligare hittar en aktiv strategisk roll då det gäller att driva dessa frågor.
- * projektet drivs av mycket höga ambitioner (att på kort tid visa att man gör nytta/kan leverera resultat) vilket på ett sätt är bra. Faran är att man i denna pionjärfas tar i så att man på sikt hotar projektets uthållighet.

8.4 Att utveckla inför framtiden – några förslag och råd

Vi har funnit ett antal områden där projektet skulle kunna bli ännu bättre;

- * utveckla den externa ledningen i form av styrgrupp och operativ grupp och tydligare mejsla fram respektive grupps arbetsuppgifter. Vad är strategiska ledningsfrågor? Vad är operativa ledningsfrågor? Vad är rena referensgruppsfrågor som handlar om metodik, synsätt och förankring. Vad är rena arbetsgivarfrågor i ledningsarbete.
- * ta fram en handlingsplan för hur socialtjänsten (inte minst försörjningsstöd) liksom arbetsmarknadssidan strukturellt ska bli mer aktiv i projektet.
- * ta fram en idé om hur projektets goda erfarenheter bli till användning för samma målgrupp inom andra delar av landet och för näraliggande målgrupper (t.ex. amfetaminmissbrukare) inom länet.
- * hur ska teamet kunna utvecklas och bli uthålligt i sitt arbete genom att skapa utrymme för reflektion och metodutveckling, kontinuerligt arbeta genom frågor som metodik, rehabsyn och värdegrund och få påfyllning i form av kunskaper och energi, en särskild aspekt av detta är att utveckla metoderna i rehabcoachrollen.
- * att behålla rollen som team med gemensamma metoder och synsätt samtidigt som man bevara förankringen i de egna moderorganisationerna.
- * se till att projektet får en första varaktighetsperiod om cirka 2-3 år så att projektets metod och resultat ordentligt kan utvärderas.
- * se till att externa intressenter skapar förutsättningar för att projektet i ett första steg kan finansieras i en treårsperiod så att verkliga resultat och metoderfarenheter kan utvärderas och projektets hela implementeringspotential kan utnyttjas.

9. EN SOCIOEKONOMISK ANALYS AV ITOK - INLEDNING

9.1 Bakgrund

I denna del av rapporten presenteras en enkel SocioEkonomisk analys av ITOK. Kalkylen bygger på tidigare liknande studier av Metadon- och Subutexbehandling i Stockholm, som i sin tur hämtade stora delar av underlaget från en tidigare större studie av kooperativen Basta och Vägen Ut!¹²

Den grundläggande tanken med den socioekonomiska analysen i detta projekt är framför allt att se på vilket sätt registerinformation på individnivå kan ge en annorlunda/bättre bild av de ekonomiska flödena kring sjuk- och kriminalvård samt brottslighet för gruppen innan de kommer med i projektet.

I våra tidigare studier har vi framför allt byggt upp bilden av kostnaderna för aktiva missbrukare utifrån diskussioner med representativa referensgrupper. Denna förädlades först i Metadonstudien där vi hade tillgång till resultat avseende sjukvårdskonsumtion på gruppnivå vilket ledde till att vi reviderade de tidigare sjukvårdskostnaderna. I den efterföljande Subutexstudien kunde vi blanda in viss individinformation avseende slutenvård under behandling och göra grövre skattningar av skillnader mellan klienterna i brottslighet samt slutenvårdskonsumtion i livet som aktiv missbrukare.

Denna studie gör det möjligt för oss att ta ytterligare ett steg i och med att vi kan studera faktiska insatser i kriminalvården och sjukvården för de individer som kommit med i ITOK-projektet fram till sommaren 2008 – totalt 43 personer.

9.2 Ambitionsnivå och källor

Denna studie har genomförts med mycket begränsade resurser, vilket sätter gränser för hur långt/djupt materialet har kunnat analyseras. Tilläggsinformationen i detta projekt rör kriminal- och sjukvård.

Sjukvården avser sjukvårdskonsumtion i Stockholms läns landsting hämtat ur de så kallade VAL-databaserna för öppen- och slutenvård som sträcker sig tillbaka till 1995. I dessa har alla klienter som besökt ITOK mellan 3:e kvartalet 2007 och 2:a kvartalet 2008, plockats ut.

Kriminalvårdsregistret visar alla domar, brott knutna till dessa domar och beslut fram till avtjänat straff för klienterna i ITOK.

Tanken är att vi trots den korta tiden och de fåtal variabler vi arbetat med, skall kunna göra jämförelser med tidigare scenario- och registerbaserade resultat på gruppnivå samtidigt som vi kan få en inblick i de individuella variationerna inom gruppen.

¹² Rapporterna återfinns på www.seeab.se

Vi har valt att enbart plocka ut viss information ur dessa register:

Sjukvård:

Antalet besök i öppenvård samt antal dygn i slutenvård, per år för hela perioden 1995-2007. Besöken på ITOK har rensats bort för de klienter som kom med i projektet under 2:a halvåret 2007. Vi har inte hunnit analysera materialet med avseende på vilken typ av vård som utgått, utan endast räknat vårdtillfällena och varaktighet.

Kriminalvård:

Här har vi enbart haft tid att registrera domarna, inte alla händelser under strafftiden. Vi registrerar hur många brott varje dom hanterar och låter denna variabel indikera brottslighet som förorsakar kostnader för allmänhet och försäkringsbolag. Om domen är fängelse har antalet utdömda månader registrerats. Om skyddstillsyn blivit omvandlat till fängelse har detta registrerats på den ursprungliga domen, dvs. den har blivit omklassad som fängelsedom.

9.3 ...och framåt

Även om detta är ett ytterligare steg framåt jämfört med tidigare studier så är det begränsat i ambitionsnivå och resurser. Man kan, och bör enligt vår mening, gå vidare på denna väg. Komplicerade rehabiliteringsprocesser med många aktörer inblandade behöver informationssystem som kan säga något om denna komplexa helhet utan att bli för detaljerat och dyrt. Vi tror att man kan ta ytterligare steg genom att ha en tydlig analysmodell att samla denna mångfald uppgifter i.

Vi tror att det är fullt möjligt att göra ett rapporteringssystem för målgruppen för Metadon/Subutex/ITOK där man kan använda sig av flera registersystem och ett genomtänkt nyckeltals/kontosystem. Vi vet att registerarbetet går att göra mot bakgrund av egna studier knutna till reformen med Personligt Ombud. Vi tror dessutom att den SocioEkonomiska Analysen och dess Bokslut går att vidareutveckla mot ett mer generellt ekonomiskt informationssystem för samverkan mellan aktörer med skilda budgetar och huvudmän.

10. SOCIOEKONOMISKA KALKYLER I STORT

10.1 Inledning

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

Under senare år har vi kommit i kontakt med verksamheter som påverkar kostnader och intäkter för olika aktörer i dess omgivning, men oftast framför allt ses som en kostnad för en eller flera huvudmän/finansiärer.

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

När verksamheterna ifrågasätts, eller beslut skall fattas om att eventuellt expandera, så måste beslutsunderlaget täcka in även dessa intäkter/kostnader. Det SocioEkonomiska Bokslutet syftar till att komplettera verksamhetens egen redovisning av intäkter och kostnader med en resultatredovisning av de ekonomiska effekterna i verksamhetens omvärld. Detta kan göras på mer eller mindre ambitiöst sätt, beroende på syfte och resurser¹³.

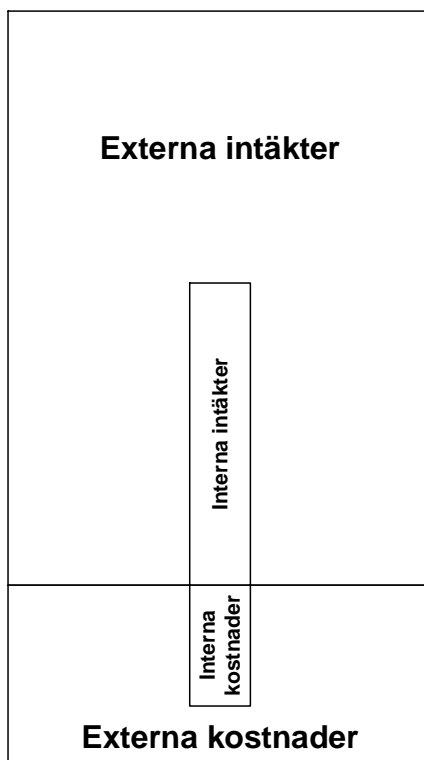
Företag är normalt sett skyldiga att upprätta någon form av ekonomisk redovisning som beskriver de intäkter och kostnader man haft under ett år, samt den eventuella vinst som uppstått. Denna skyldighet är reglerad i bokföringslagen. För vissa företagsformer, t.ex. aktiebolag vars spelregler regleras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

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

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

¹³ Se t.ex.. ”Fyra räknesätt och ett bokslut – Handbok i SocioEkonomiskt Bokslut”, Nutek, 2008. Kan laddas ned från www.seeab.se

SocioEkonomiskt Bokslut



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

Genom att, i en och samma resultaträkning, komplettera verksamhetens egen redovisning av intäkter och kostnader med de intäkter och kostnader som denna verksamhet förorsakar hos andra aktörer, får alla intressenter en bättre bild av verksamhetens faktiska resultat. Detta är den grundläggande tanken med det SocioEkonomiska Bokslutet. I denna rapport gör vi inte ett fullständigt bokslut, vilket gör att kallar det för en SocioEkonomisk Analys, där de flesta elementen från ett bokslut ingår.

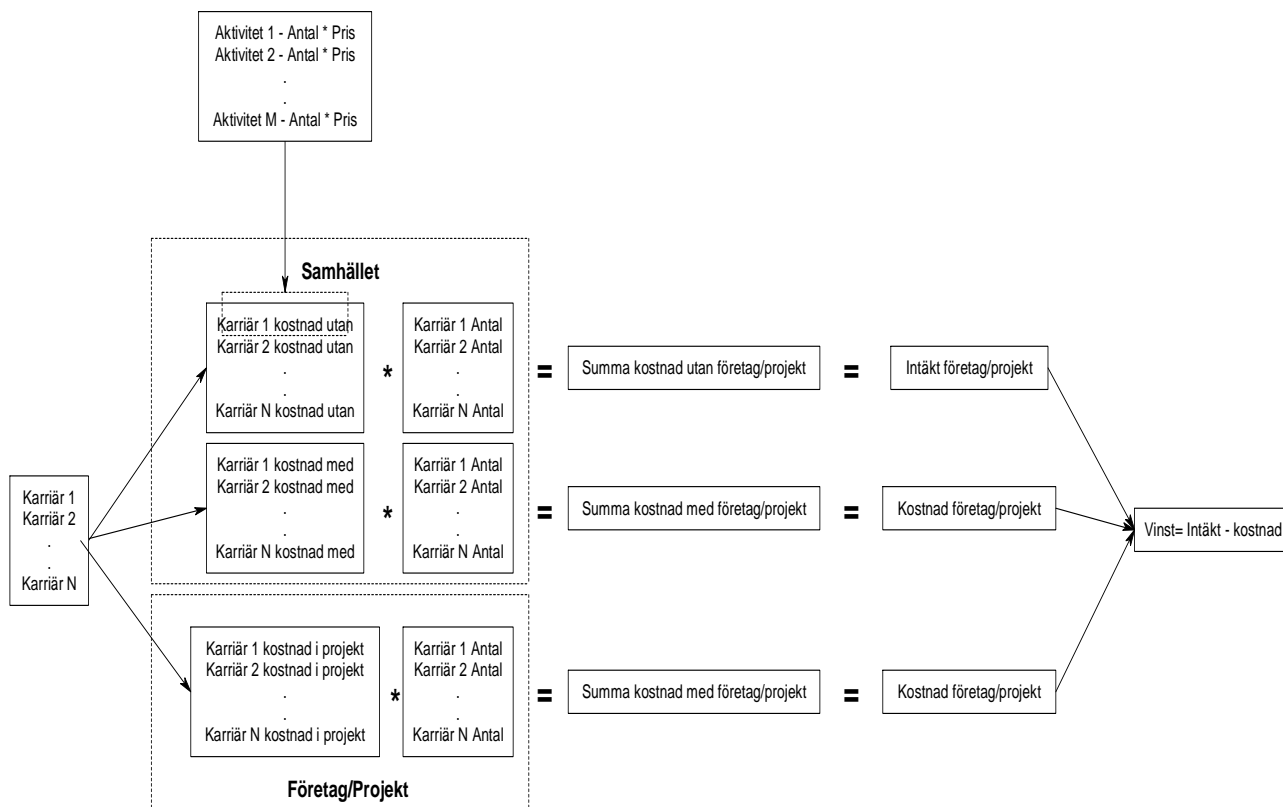
10.2 Vår vanliga kalkyl

I en vanlig studie arbetar vi under en längre tid, oftast med flera referensgrupper, för att mejsla fram de kostnader/intäkter som en viss karriär, t.ex. en manlig heroinist, förorsakar innan han/hon kommer med i en rehabiliteringsprocess. Samma sak görs för perioden i, och kanske efter, rehabilitering. Rehabiliteringsprocessen kan ske i olika former, t.ex. ett

arbetskooperativ eller en kommunal rehabiliteringsverksamhet eller ett utvecklings-/forskningsprojekt.

Kostnaderna under rehabilitering består såväl av de specifika kostnaderna för rehabiliteringen i sig, som de kvarvarande kostnaderna för de enskilda klienterna hos andra aktörer, t.ex. omhändertagna barn eller tandvård. Vi illustrerar det i diagrammet nedan.

Diagram 10.1 Vår standardkalkyl



I vanliga fall gör vi således ett antal karriärer för att täcka in intressanta aspekter på en viss verksamhet. Det kan röra sig om skillnader mellan kön, ålder, huvuddrog, etc. För var och en av dessa karriärtyper räknar vi fram årskostnad för tiden innan projektet samt en årskostnad för tiden med/efter projektet samt vad verksamheten i projektet i sig kostar.

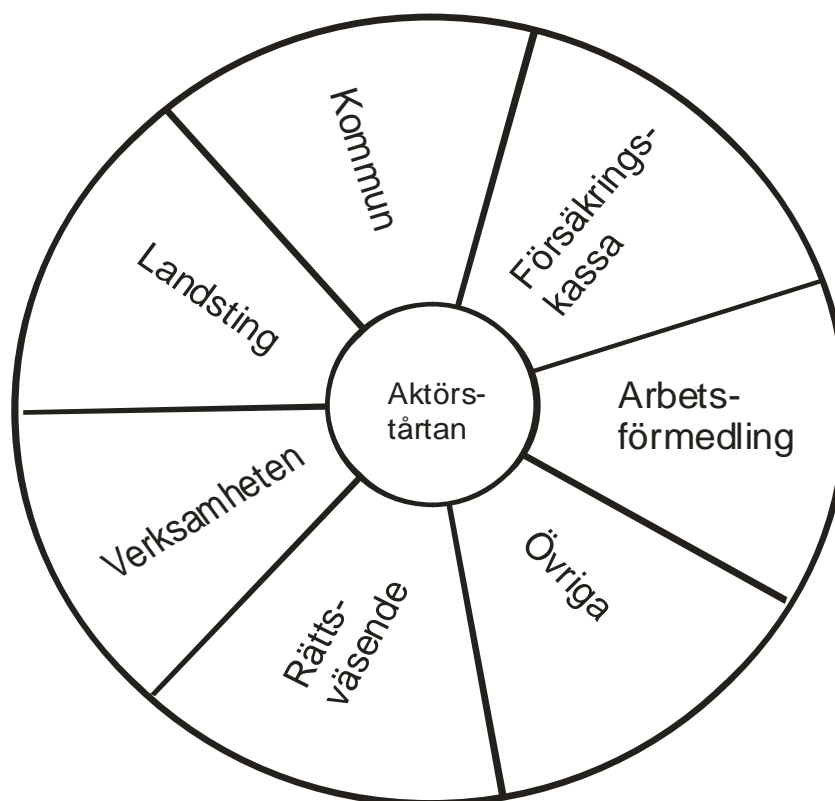
Dessa beräkningar av kostnader görs på en förhållandevis detaljerad nivå, runt 100 aktiviteter, som kopplas till olika aktörer eller funktionella insatskedjor. För varje karriär och för varje år i kalkylen anges hur mycket av de olika aktiviteterna som används och vad detta kostar givet de framtagna priserna/kostnaderna. Med aktiviteter menas t.ex. läkarbesök, polisingripanden, ekonomiskt bistånd etc.

Arbetet med karriärerna ger oss möjlighet att räkna fram vad en viss karriär, t.ex. en manlig heroinist, kostar innan projektet och med/efter projektet. Kostnaderna innan projektet växlar vi helt enkelt över i intäkter för projektet eftersom det är kostnader som inte längre uppstår. Dessa skall sedan ställas mot de kostnader som fortfarande finns kvar hos aktörer runt individen samt de kostnader som uppstår i projektet i sig.

Det sista steget i kalkylen är att multiplicera dessa genomsnittliga årskostnader för de olika karriärerna med det faktiska antalet i verksamheten. Då får vi fram den samlade vinsten eller förlusten för verksamheten i sin helhet.

Vi beräknar och presenterar oftast alla intäkter och kostnader per aktör – dvs. verksamheten vi studerar och de externa aktörer som påverkas av verksamheten via klienternas utveckling. Man kan naturligtvis dela in dessa aktörer på olika sätt. I figuren nedan visas den uppsättning vi vanligtvis använder i presentation av resultat. De kan även presenteras mer detaljerat, t.ex. primärvård, psykiatri, etc. in om landstinget.

Diagram 10.2 Aktörstårtan



Syftet med uppdelningen på aktörer är dels att kunna koppla vinster/förluster till aktörer och dels, i många fall mer intressant, att kunna studera omfördelningar mellan aktörer till följd av en viss verksamhet.

De som vill vet mer om vår metod kan läsa om den i flera rapporter på vår hemsida – www.seeab.se – bl.a. i en handbok som togs fram på uppdrag av Nutek.

Inom ramen för de mer begränsade resurserna i detta projekt tvingades vi välja en mer schablonbaserad metod där data delvis har baserats på tidigare studier och delvis på registerdata kring ITOK:s klienter.

11. TIDIGARE STUDIER OCH RESULTATEN I DESSA

11.1 Basta/Vägen Ut!

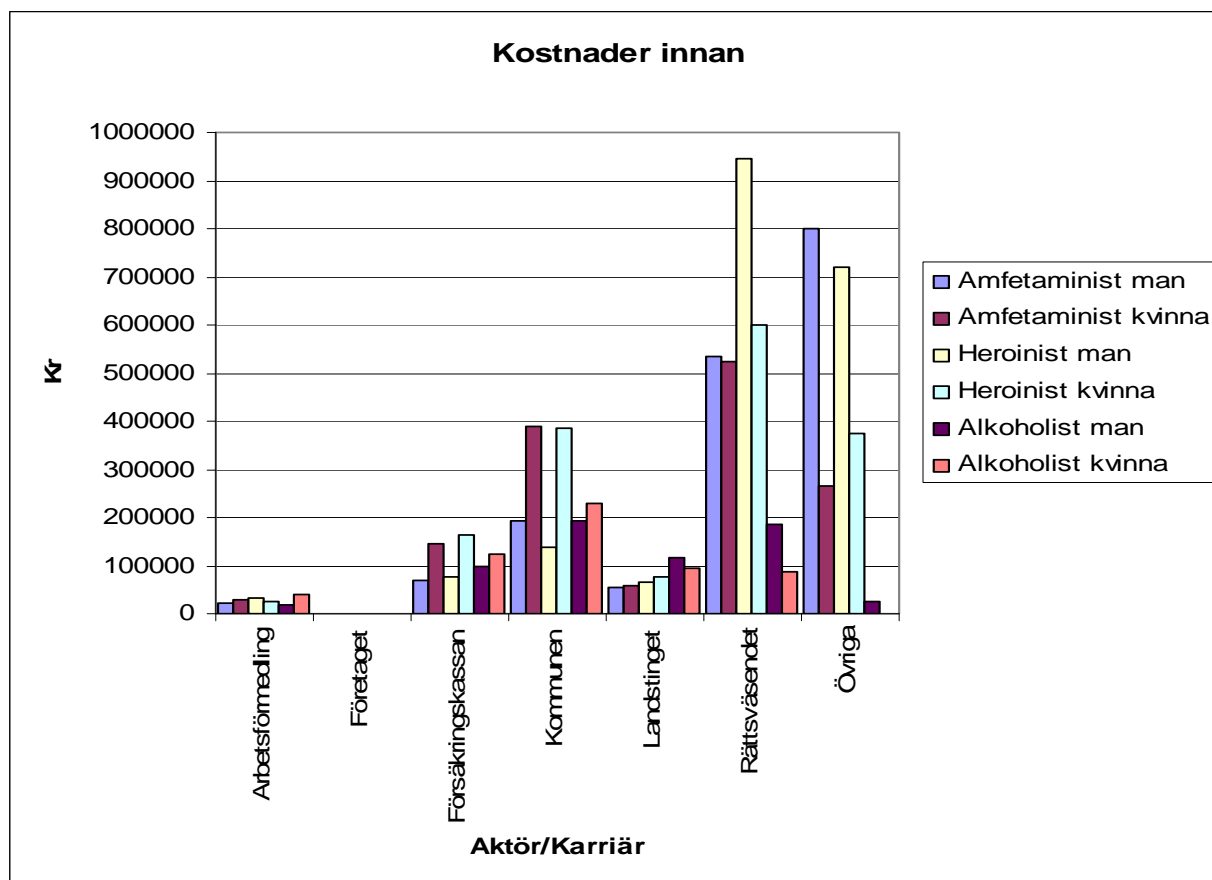
Så här ser kostnaderna för klienterna i den tidigare studien ut på årsbasis fördelat efter vilka aktörer och myndigheter som drabbas.

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

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

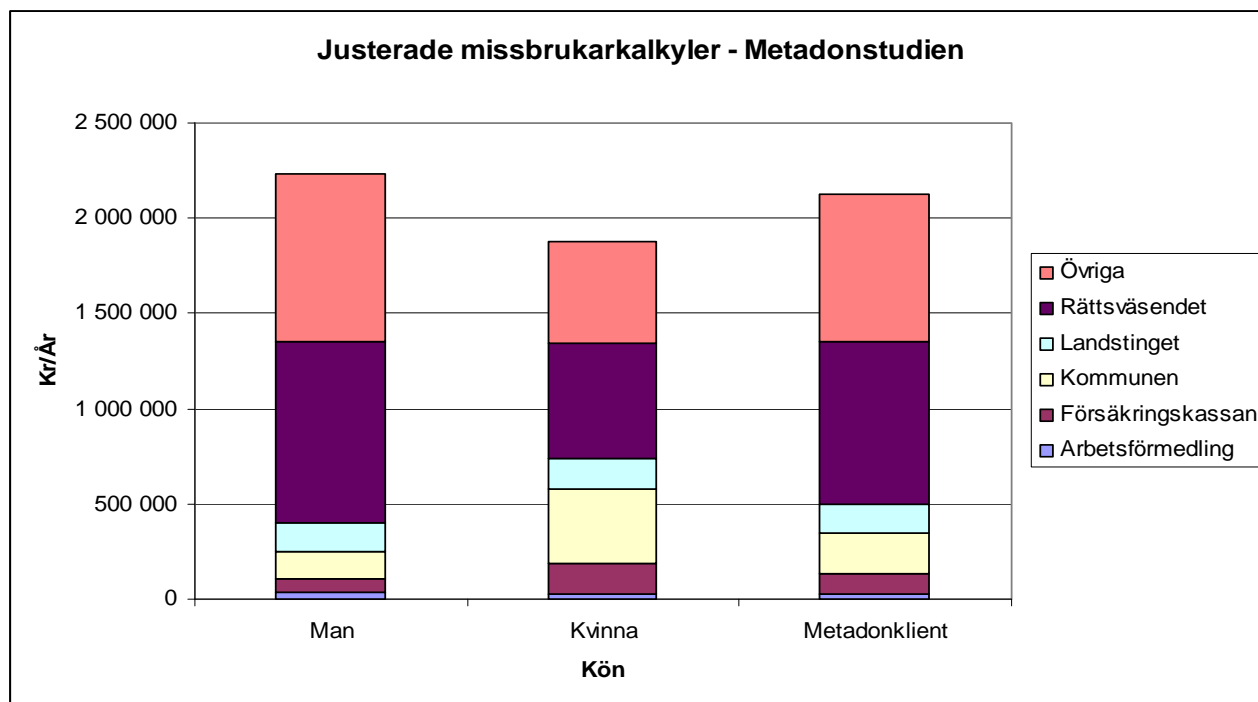
I tabellen ovan och diagrammet nedan framgår att:

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

Diagram 11.1 Aktörsvisa årskostnader för olika sorters typmissbrukare

11.2 Metadon

I Metadonstudien återanvände vi, i princip, en viktad (70 % man och 30% kvinna) genomsnittsheroïnist från studien av Basta och Vägen Ut! Vi fick justera dessa årskostnader i Metadonstudien, framför allt beroende på tillgången till ny statistik och annan tilläggsinformation avseende sjukvårdskostnader och kostnaderna för brott och straff.

Diagram 11.2 Aktörsvisa årskostnader - Metadonstudien

Vi ser att justeringen av dessa kostnader ledde till att årskostnaderna i aktivt missbruk, för såväl män som kvinnor steg. Den genomsnittliga metadonklienten antogs nu skapa en årlig samhällskostnad på cirka 2,1 Mkr. Något mer om det är en man – 2,2 Mkr och något mindre om det är en kvinna – 1,9 Mkr. Skillnaden beror främst på att männen har en större andel kostnader som hänger samman med brottslighet och kriminalitet.

Tabell 11.2 Aktörsvisa årskostnader - Metadonstudien

	Man	Kvinna	Metadonklient
Arbetsförmedling	32 056	26 667	30 439
Försäkringskassan	77 167	164 333	103 317
Kommunen	138 500	385 667	212 650
Landstinget	150 567	159 300	153 187
Rättsväsendet	955 853	611 185	852 453
Övriga	880 000	533 333	776 000
Summa	2 234 143	1 880 485	2 128 045

I Metadonstudien byggde vi sedan en beräkningsmodell utifrån olika antaganden om hur olika delgrupper av klienterna i verksamheten drog olika kostnader såväl inom programmet som hos externa aktörer. Man kan säga att vi, i brist på tid och mikrodata, antog att dessa grupper skötte sig olika bra i programmet. Detta ledde fram till en intressant diskussion kring begreppet framgångsrik behandling.

Vad gäller de interna kostnaderna så handlade det egentligen om att fördela en känd total årskostnad på de olika grupperna beroende på frekvensen i besök på mottagning. De externa kostnaderna fördelades ut på ett annat sätt. För varje delgrupp, gjordes ett antagande om hur stor del av de externa kostnaderna inom varje funktionellt område som fanns kvar efter att

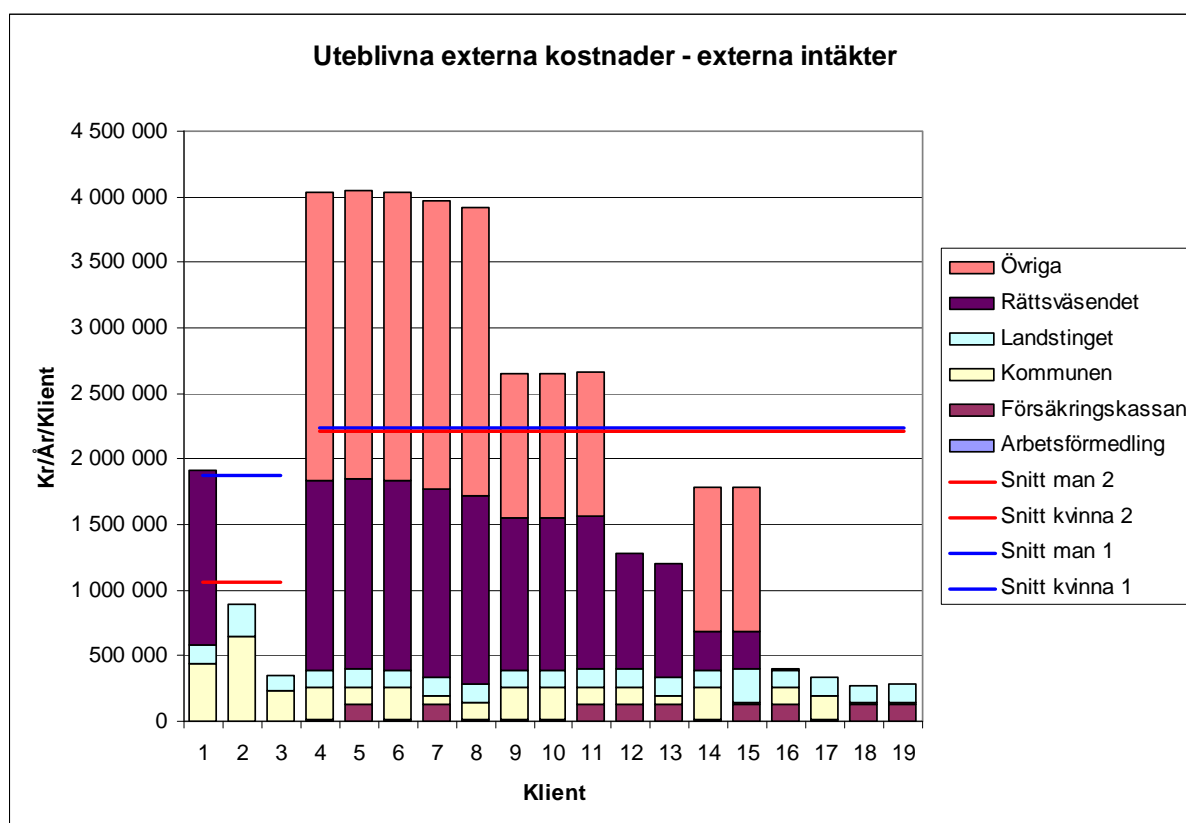
man gått med i programmet. De som hoppade av under året antogs återgå till de ursprungliga årskostnaderna.

11.3 Subutex

I Subutex-studien byggde vi vidare på Metadonkalkylen och utvecklade denna med hjälp av ytterligare information på individnivå. Vi hade t.ex. tillgång till viss registerstatistik gällande t.ex. slutenvård under projekttiden, medicindoser, etc. Dessutom gjorde vi en viktning av årskostnaderna för brott, straff, behandling och vård utifrån projektledarens kunskaper om klienterna i projektet. Viktningen gjordes så att det, per kön, skulle landa i samma genomsnittliga årskostnader som i Metadonprojektet.

Genom att flera variabler kunde fördelas på individ hade vi nu en möjlighet att se på den individuella variationen i kostnader. Detta illustreras i diagrammet nedan. Förutom de 19 klienterna i projektet, så har vi lagt in de genomsnittliga summerade kostnaderna i såväl Metadon-studien (Snitt man 1 och Snitt kvinna 1) som i Subutex-studien (Snitt man 2 och Snitt kvinna 2). Skillnaderna i genomsnitt berodde på frånvaron av barn och på lägre brottslighet hos de tre kvinnorna i Subutexprojektet än i de tidigare studierna.

Diagram 11.3 Aktörsvisa årskostnader-per klient Subutexstudien



I diagrammet ovan och tabellen nedan ser vi att:

- * skillnaden i kostnads massa mellan klienterna är betydande – från över 4 Mkr per år till knappt 300 000, dvs. en skillnad större än en faktor 10

- * den mest dominanta förklaringen till de individuella skillnaderna handlar om kriminalitet och kostnader för rättsväsendet
- * en annan förklaring till skillnaderna är i vilken omfattning man erhåller olika ersättningar från försäkringskassan
- * de manliga klienterna i denna studie har samma årskostnad som i metadonstudien medan kvinnorna har en lägre kostnad. Denna skillnad förklaras av frånvaron av barn och mindre brottslighet

Tabell 11.3 Aktörsvisa årskostnader- Subutexstudien

	Arbets- förmedling	Försäkrings- kassan	Kommunen	Landstinget	Rätts- väsendet	Övriga	Snitt kvinna 1	Snitt man 1	Snitt kvinna 2	Snitt man 2
1	0	0	439 773	137 027	1 339 555	0	1 880 485		1 054 318	
2	0	0	641 213	254 253	0	0	1 880 485		1 054 318	
3	0	0	238 333	112 800	0	0	1 880 485		1 054 318	
4	0	13 235	241 153	136 382	1 440 254	2 200 232		2 234 143		2 207 143
5	0	134 125	120 264	148 794	1 440 254	2 200 232		2 234 143		2 207 143
6	0	13 235	241 153	136 382	1 440 254	2 200 232		2 234 143		2 207 143
7	0	134 125	66 014	132 985	1 434 027	2 200 232		2 234 143		2 207 143
8	0	13 235	132 654	142 001	1 427 800	2 200 232		2 234 143		2 207 143
9	0	13 235	241 153	136 382	1 159 036	1 100 116		2 234 143		2 207 143
10	0	13 235	241 153	136 382	1 159 036	1 100 116		2 234 143		2 207 143
11	0	134 125	120 264	148 794	1 159 036	1 100 116		2 234 143		2 207 143
12	0	134 125	120 264	148 794	877 819	0		2 234 143		2 207 143
13	0	134 125	66 014	132 985	871 592	0		2 234 143		2 207 143
14	0	13 235	241 153	136 382	293 671	1 100 116		2 234 143		2 207 143
15	0	134 125	11 765	259 177	281 217	1 100 116		2 234 143		2 207 143
16	0	134 125	120 264	136 382	12 454	0		2 234 143		2 207 143
17	0	13 235	186 904	132 985	6 227	0		2 234 143		2 207 143
18	0	134 125	11 765	129 589	0	0		2 234 143		2 207 143
19	0	134 125	11 765	142 001	0	0		2 234 143		2 207 143

Vi ser att Arbetsförmedlingen i stort lyser med sin frånvaro och att kostnaderna för kriminalitet, främst för allmänhet och försäkringsbolag, inte återfinns över huvud taget för kvinnorna i Subutexstudien. I underlaget till Metadonstudien låg kostnaden för denna kriminalitet på ca 500 000 Kr per kvinna.

12. INDATA I DENNA STUDIE

Som vi pekat på ovan bygger denna studie på en kombination av de data vi bär med oss från tidigare studier och konkreta register/journaldata för deltagarna i ITOK under det första kalenderåret. Låt oss kortfattat beskriva dessa tilläggsdata och de problem och möjligheter de erbjuder.

12.1 Sjukvård

Data för sjukvårdskonsumtion i Stockholms läns landsting hämtat ur de så kallade VAL-databaserna för öppen- och slutenvård som sträcker sig tillbaka till 1995. I dessa har alla klienter som besökt ITOK under 3:e kvartalet 2007 till och med 2:a kvartalet 2008, plockats ut. Vi har enbart hunnit göra en ytlig bearbetning av siffrorna på grund av tidsbrist. Data för de som kommit med i ITOK under 2008 blev tillgängliga mycket sent.

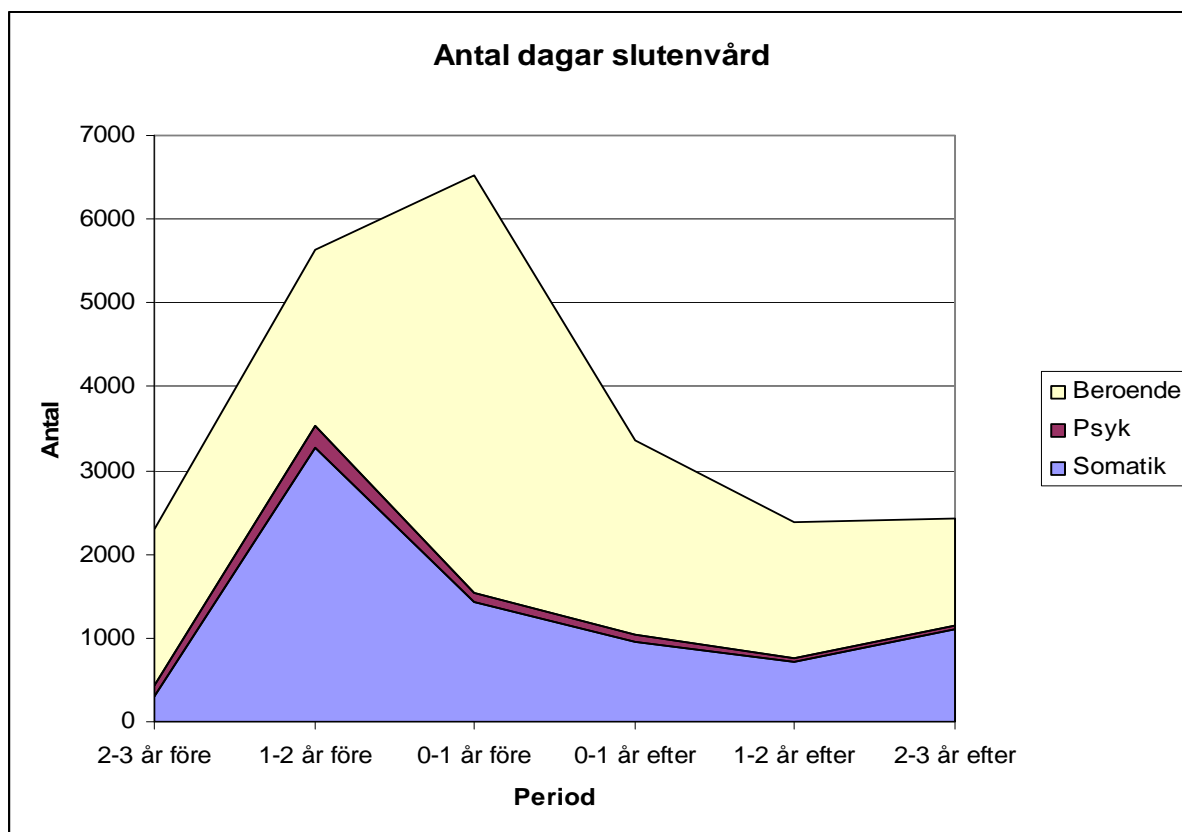
Vi har i princip använt underlaget från kriminalvården för att matcha fram individer ur sjukvårdsstatistiken. Matchning gjordes på kön, födelseår och födelsemånad. I något fall gav detta inte en entydigt matchning varvid vi slumpade ut denne individ på 2 möjliga alternativ. En individ återfanns över huvud taget inte.

För de 43 klienterna som återfanns, räknade vi dels fram antal besök i öppenvården samt antal dagar i slutenvårdsbesök per år mellan 1995 och 2007. För de klienter som kom med i ITOK under 2007, räknade vi bort ITOK-besöken.

Det finns mycket mer information att hämta ur dessa sjukvårdsregister. Ett självklart ytterligare steg är att klassificera såväl öppen - som slutenvård efter typ av vård. Detta är nästan nödvändigt för att kunna tolka förändringen över tid. Vi såg detta tydligt i den specialkörning vi lät göra inom ramen för den tidigare Metadonstudien.

Där visade det sig att sjukvårdskonsumtionen ökade åren innan man gick in i programmet för att sedan falla dramatiskt. Vi kunde även se att det framför allt var beroendevården som accelererade innan man kom med i programmet. Detta ledde till en omfattande revidering av de sjukvårdskostnader vi annars använt från tidigare studier.

Diagrammet nedan kommer från Metadonstudien och visar den dramatiska utvecklingen i slutenvårdskonsumtion innan man går med i Metadonprogrammet. Helst skulle vi velat leta efter något liknande för ITOK:s projektgrupp, men tiden var knapp och underlaget kändes lite väl begränsat.

Diagram 12.1 Antal dagar i slutenvård –från Metadonstudien

12.2 Kriminalvård

Vi har lyft fram 3 variabler från kriminalvårdstatistiken. Antal domar, antal brott vid varje dom och antalet utdömda fängelsemånader - registrerat kronologiskt.

Tabellen nedan visar en sammanställning på klienterna i ITOK, sorterade efter kön och födelseår. Vi kan se att det skiljer mycket mellan klienterna. Vissa har haft 5 domar medan andra dömts mer än 35 gånger. Tiden som aktiv (sedan första dom eller första fängelsestraff) varierar också i materialet. Från 5 år som kortast upp till 29 år som längst. Antalet brott och utdömda fängelsemånader varierar även det stort.

Tabell 12.1 Kriminalvårdens register - Klientsammanställning

Nr	Född	Kön	Antal Domar	Antal brott	Domar Brott Aktiva år	Fängelse månader	Fängelse Aktiva år
1	60	K	16	85	23	56	22
2	66	K	21	112	21	38	20
3	73	K	13	75	18	60	14
4	74	K	6	25	5	6.5	5
5	78	K	6	31	7	4	4
6	37	M	6	10	14	10	14
7	59	M	17	28	14	57	14
8	60	M	8	48	20	6	14
9	60	M	13	51	29	322	28
10	61	M	26	106	28	228	26
11	61	M	9	57	13	44	13
12	63	M	20	52	21	45.5	21
13	63	M	8	23	8	10	8
14	64	M	29	178	25	160	25
15	64	M	33	225	25	245	25
16	64	M	30	156	25	131.75	21
17	65	M	36	160	24	107	24
18	65	M	21	149	23	64.5	21
19	65	M	22	181	24	89	20
20	66	M	15	41	17	167	14
21	67	M	21	173	18	110	18
22	67	M	35	314	20	147	20
23	68	M	25	188	22	172	20
24	69	M	6	54	4	28	4
25	71	M	17	92	18	112	17
26	72	M	8	49	10	29	6
27	72	M	20	250	19	110	18
28	73	M	14	137	14	39.5	14
29	74	M	21	99	16	55	14
30	75	M	11	51	14	35.5	14
31	75	M	22	94	15	36	13
32	75	M	16	75	15	71	10
33	75	M	12	51	10	69	10
34	76	M	7	35	10	33	10
35	76	M	6	59	9	31	9
36	77	M	13	76	10	42	8
37	78	M	13	53	10	61	9
38	78	M	9	28	13	105	13
39	79	M	8	23	7	23	7
40	80	M	15	79	7	37	7
41	81	M	5	18	3	7	2
42	81	M	6	45	9	28	9
43	82	M	5	14	5	24	5
44	84	M	9	42	6	5	4

Vi kommer att återkomma till dessa siffror flera gånger och då oftast i form av genomsnitt för olika grupperingar. I tabellen nedan har vi emellertid försökt sammanfatta materialet genom att visa medelvärden totalt och per aktivt år för de fem variablerna ovan, fördelat på kön och totalt.

Det genomsnittliga antalet domar över den tid som registret avser, dvs. sedan första dom, ligger på 16 stycken för män och 12 för kvinnor, vilket gör strax över 15 i genomsnitt för gruppen. Antalet utdömda fängelsemånader under samma tid ligger på 79 månader för män och 33 för kvinnor.

Tabell 12.2 Kriminalvårdens register – Genomsnittet över aktiv tid

	Antal Domar	Antal brott	Domar Brott Aktiva år	Fängelse månader	Fängelse Aktiva år
Kvinnor	12	66	15	33	13
Män	16	91	15	79	14
Alla	15	88	15	74	14

I tabellen nedan har vi stället räknat fram genomsnittet per år under hela den aktiva perioden. Här framgår att gruppen blir dömd i genomsnitt en gång per år, att domen innehåller knappt 6 brott och att det utdömts drygt 5 månaders fängelse per år – varje år.

Tabell 12.3 Kriminalvårdens register – Genomsnittet per aktivt år

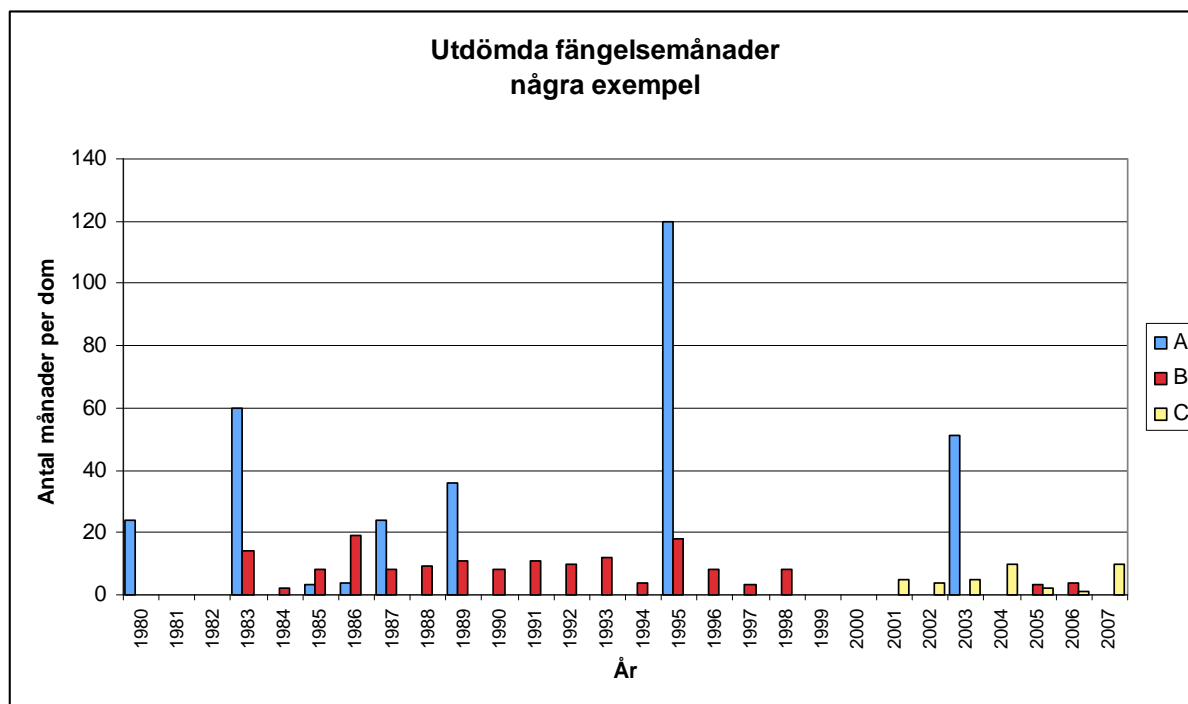
	Domar per år	Brott per år	Fängelse månader per år
Kvinnor	0.8	4.4	2.5
Män	1.0	6.0	5.6
Alla	1.0	5.8	5.3

Vi kommer att återkomma till medelvärden beräknade per år. I våra vanliga scenariobaserade kalkyler räknar vi fram ett genomsnittsår över t.ex. de tre senaste åren. Detta görs för att, i möjligaste mån, få med händelser som kanske inte inträffar regelbundet. Om genomsnittsfängesledomen per år i gruppen ligger på drygt 5 månader kan man ana att det handlar om ganska stor spridning. Det innebär att en treårsperiod kanske inte räcker för att fånga variationerna.

12.3 Undersökningsperiodens betydelse

För att illustrera detta problem har vi valt ut tre stycken individer som skiljer sig åt i längd på karriär, straffens omfattning och frekvens i domar. De visas i diagrammet nedan där Y-axeln visar utdömda fängelsemånader över deras aktiva fängelsekarriärer, dvs. från det första fängelsestraffet fram till och med 2007.

Diagram 12.2 Tre fängelsekarriärer – utdömda fängelsestraff



Person A har blivit tilldömd 322 månader i fängelse under sina 28 aktiva år. Det är i genomsnitt 11.5 månader per år, dvs. denna person har i princip dömts till att sitta i fängelse på heltid under dessa 28 år. Detta genomsnitt på 11.5 månader bygger på ett fåtal domar där vissa är mycket långa - en dom på 10 år och en på 5 år, dvs. 120 respektive 60 månader. Om vi använder enbart de senaste tre åren för att skatta ett genomsnittligt antal fängelsemånader för denne person så blir det 0 månader.

Person C har flera utdömda fängelsestraff under de senaste åren. Fängelsekarriären har endast pågått under de 7 senaste åren, och under denna tid ligger den genomsnittliga fängelsedomens på drygt 5 månader per år. Räknar vi fram genomsnittet för de tre senaste åren skulle det hamna något under dessa 5 månader, men ändå vara ganska representativt.

Person B uppvisar dels skov, dvs. en lång inledande aktiv period, sedan ett uppehåll på 7-8 år och sedan aktivitet igen. Under de 25 åren sedan första fängelsedom har det utdömts 160 månader i fängelse, vilket innebär ett drygt halvår per år i genomsnitt. Ett årsgenomsnitt för de tre senaste åren skulle i detta fall hamna på drygt 2 månader, vilket är mindre representativt än för Person C men bättre än för Person A.

Periodiseringen och storleken på fängelsedomarna ställer således till problem när vi vill använda årsgenomsnitt som underlag i vår ekonomiska kalkyl. Vilken mätperiod skall vi välja att basera vårt årsgenomsnitt på?

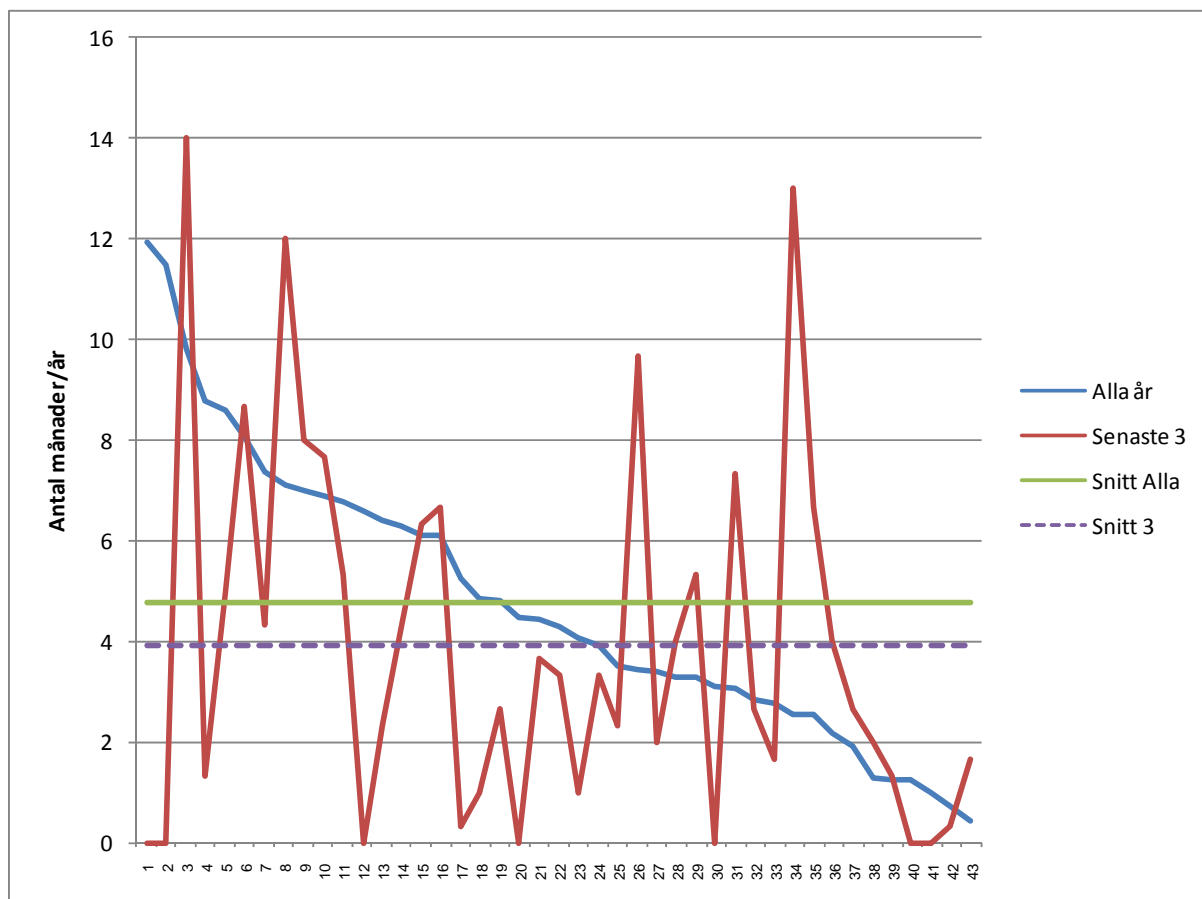
I detta sammanhang har vi minst tre mätperioder att välja mellan:

1 – de tre senaste åren, vilket vi brukar använda för att räkna årskostnader i våra kalkyler. Anledningen till detta är att vi hittills trots att detta räcker för att fånga skov av olika slag, t. ex. psykoser eller fängelsestraff.

2 – de 13 senaste åren, som ges av att sjukvårdsdata finns från 1995. Vi använder dessa t.o.m. 2007, dvs. 13 år. Detta är den maximala period under vilken vi kan följa kriminalvård och sjukvård parallellt per individ.

3 – hela den aktiva perioden från första dom eller från första fängelsestraff. Detta kan för vissa vara 5 år och för andra nästan 30 år.

Diagram 12.3 Jämförelse av mätperiodens betydelse för genomsnittligt antal fängelsemånader per år – alla år vs de tre senaste



I diagrammet ovan har vi sorterat klienterna efter utfallet enligt hela den aktiva perioden. Vi har lagt in antalet dömda fängelsemånader per år över hela den aktiva perioden som den fallande blå linjen och antalet dömda fängelsemånader per år över de senaste tre åren som den ojämna röda linjen. Dessutom återfinns de genomsnittliga värdena för hela gruppen över de två perioderna. Genomsnittet för gruppen i serien "Alla år" ligger på knappt 4.8 månader medan det för de tre senaste åren ligger på 3.9 månader.

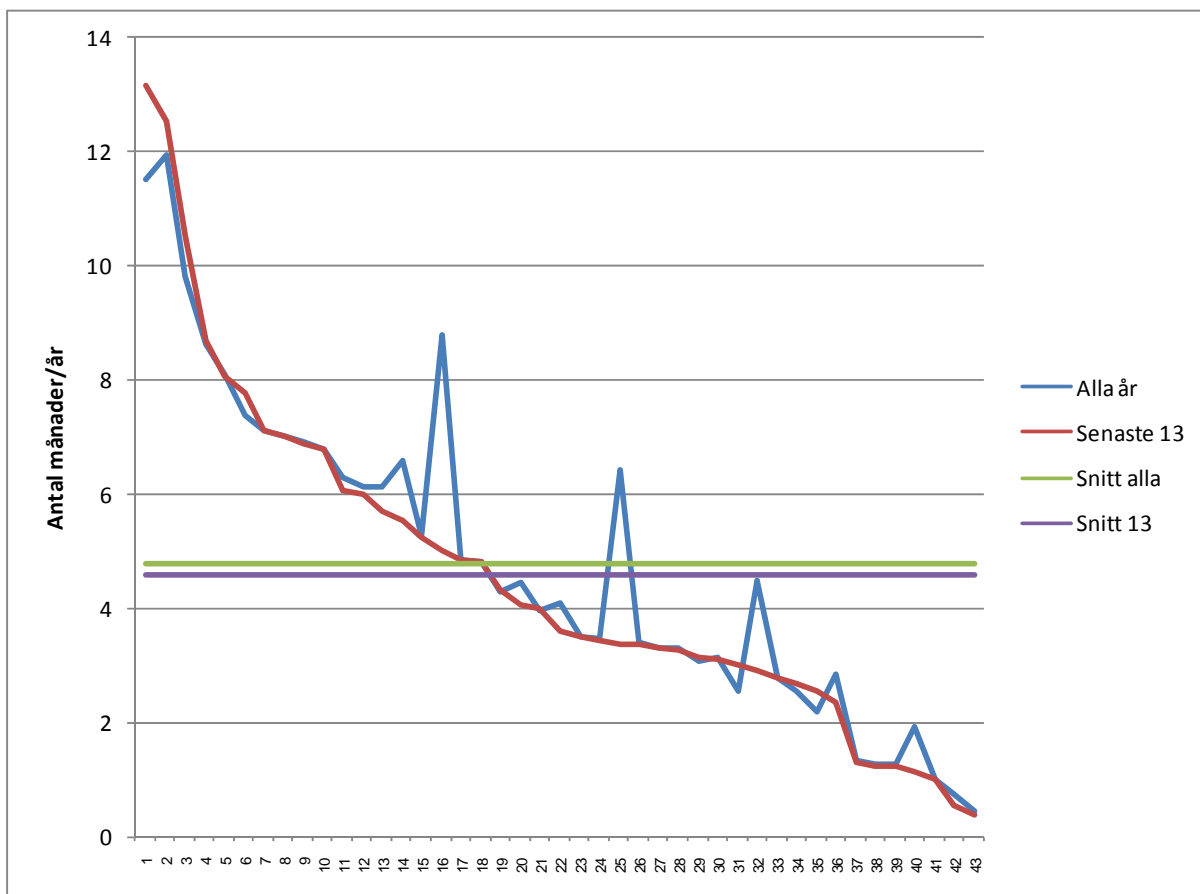
Om den blå fallande linjen ligger över den röda så är det en individ vars genomsnittliga antal fängelsemånader per år är fler över hela den aktiva perioden än över de senaste åren. Om den röda taggiga linjen ligger över den blå så ger de senaste tre åren ett högre genomsnittligt antal dömda fängelsemånader per år.

Vi kan konstatera att person A från det tidigare diagrammet, som är en av de två första i detta diagram, får 0 fängelsemånader i genomsnitt över de tre senaste åren trots de 11,5 månaderna per år över hela perioden. Person 34 gör tvärtom genom att kommer upp i 13 utdömda månader per år över de senaste tre åren samtidigt som snittet över hela perioden ligger runt

2.5 Månader. Hur ser det ut om vi istället jämför de 13 senaste åren med hela serien? Är skillnaderna lika stora?

I följande diagram jämför årsgenomsnittet i varje persons kompletta serie med årsgenomsnittet över de 13 åren från 1995 (eller kortare om man inte varit aktiv så länge). Vi kan se att dessa serier överensstämmer betydligt bättre.

Diagram 12.4 Jämförelse av mätperiodens betydelse för genomsnittligt antal fängelsemånader per år – alla år vs de 13 senaste



Detta återspeglas även i genomsnitten för hela gruppen i de två serierna som nu ligger betydligt närmare med knappt 4.8 jämfört med 4.6 månader per år i genomsnitt.

Problemen med de skiftande värdena beroende på tidsperspektiv gör att vi i resultatredovisningen nedan kommer att redovisa de genomsnittliga värdena per år såväl för perioden sedan 1995 som för de tre senaste åren. Diagrammet ovan visar att 13-årsserien ligger nära serien för alla aktiva år.

I den ekonomiska kalkylen, dvs. de genomsnittliga årsvärdena omräknade till kronor, väljer vi att enbart använda de senaste tre årens genomsnittsvärden. Detta gör vi för att behålla jämförbarhet med tidigare kalkyler. Det kan vara värt att hålla i minnet att detta innebär att gruppen får ett genomsnittligt årsvärde som är 15-20 % lägre än det värde vi får över de längre tidsperioderna. Kalkylresultaten innehåller således sannolikt en medveten underskattning av kostnaderna för brottslighet och kriminalvård.

13. VÄLFÄRDSKONSUMTION HOS MÅLGRUPPEN

13.1 Gruppobservationer

13.1.1 Inledning

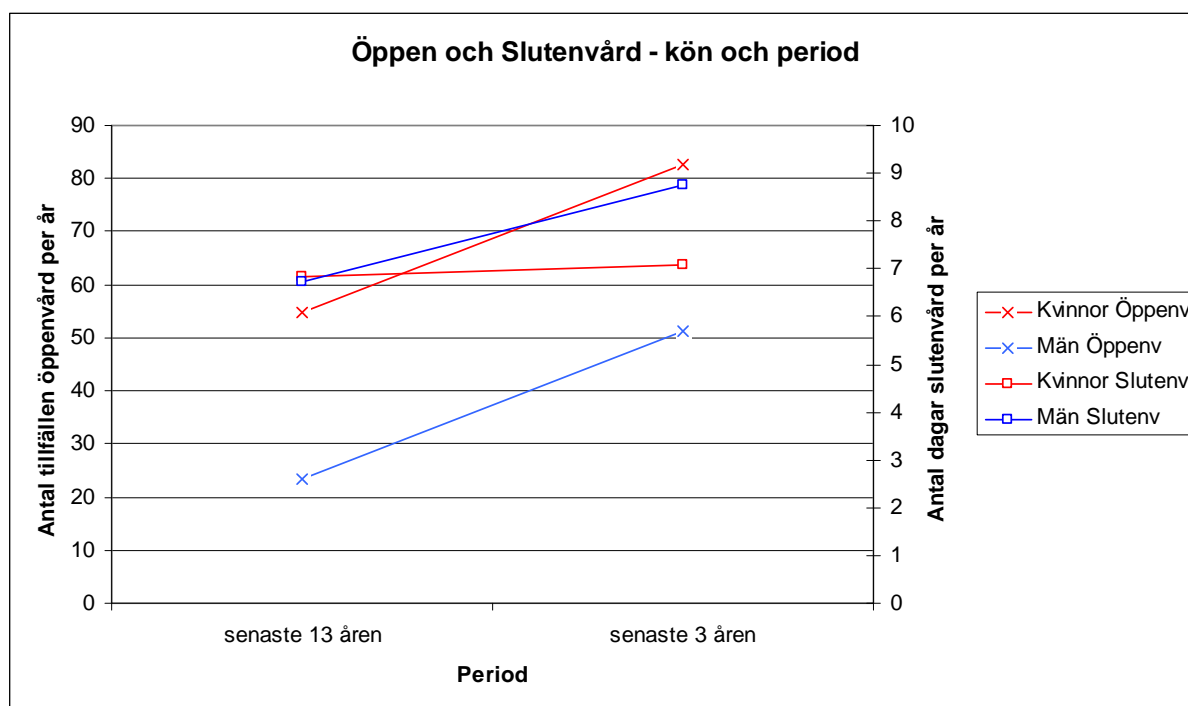
I detta avsnitt studerar vi skillnader mellan olika kategorier i gruppen med avseende på öppenvårdsbesök, slutenvårdsdygn, domar, brott och utdömda fängelsemånader. Vi använder oss av den begränsade bakgrundsinformation vi har tillgång till genom att dela upp gruppen med avseende på kön, åldersgrupp och när man kom med i ITOK. Resultaten presenteras i några diagram/tabeller. Jämförelser görs såväl för perioden 1995-2007 som för de senaste tre åren.

En tanke med att ha med bägge tidsperioderna är att vi därigenom skall kunna se om det sker någon utveckling över tiden, dvs. om årsgenomsnittet stiger eller faller ju närmare projektinträdet man kommer. Resultaten bör dock användas varsamt mot bakgrund av diskussionen i föregående avsnitt.

13.1.2 Kön

Gruppen i ITOK innehöll 5 kvinnor och 38 män under den period vi studerat.

Det första diagrammet visar hur den genomsnittliga konsumtionen av sluten- respektive öppenvård ser ut för män och kvinnor – över hela perioden 1995-2007 samt för de senaste tre åren. Kvinnornas värden visas i de röda linjerna och männens i de blå. Öppenvård visas med ett kryss som markering och slutenvården visas som en kvadrat. Slutenvårdsdygnet mäts på den högra vertikala axeln och öppenvårdsbesöken på den vänstra vertikala axeln.

Diagram 13.1 Öppen - och slutenvård – per år – fördelad på kön.

Vi kan se att vårdkonsumtionen ser ut att öka över tid, vilket vi känner igen från Metadonstudien. Kvinnornas konsumtion av öppenvård ligger högre än männens, men bägge ökar. När det gäller slutenvårdskonsumtionen så ser den ut att vara likvärdig för hela perioden men öka för män om man enbart ser till de senaste tre åren. I tabellen nedan kan vi se att antalet dygn i slutenvård fördubblas i den senare perioden.

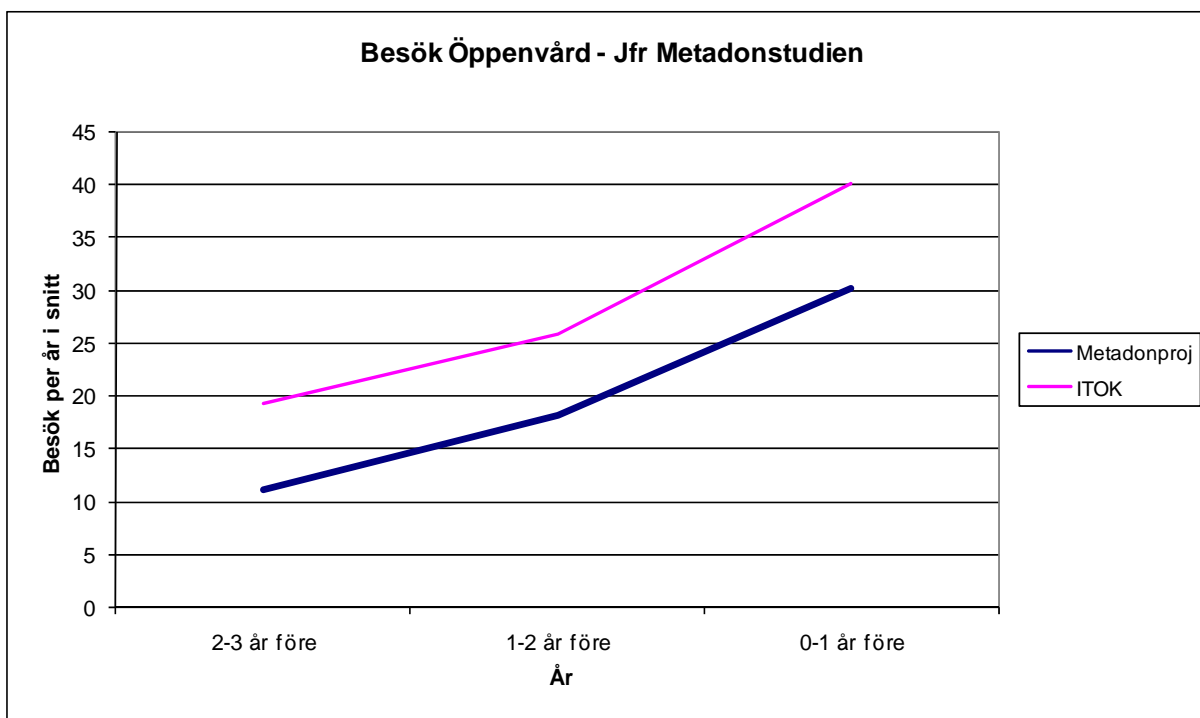
Tabell 13.1 Öppen - och slutenvård – per år – fördelad på kön

		senaste 13 åren	senaste 3 åren
Kvinnor	Slutenv	6.8	7.1
	Öppenv	54.7	82.6
Män	Slutenv	6.7	8.8
	Öppenv	23.5	51.2

Nedan jämförs utvecklingen i öppenvården med den vi fick fram i Metadonstudien. Vi har (könsfördelat) viktat ihop ITOK-gruppen så att den stämmer överens med gruppen i Metadonstudien och lagt in det årliga genomsnittet över de tre åren innan projektinträde.

I diagrammet nedan kan vi konstatera att resultatet upprepas, dvs. vi har en acceleration, men att vi i denna studie hamnar på en högre nivå.

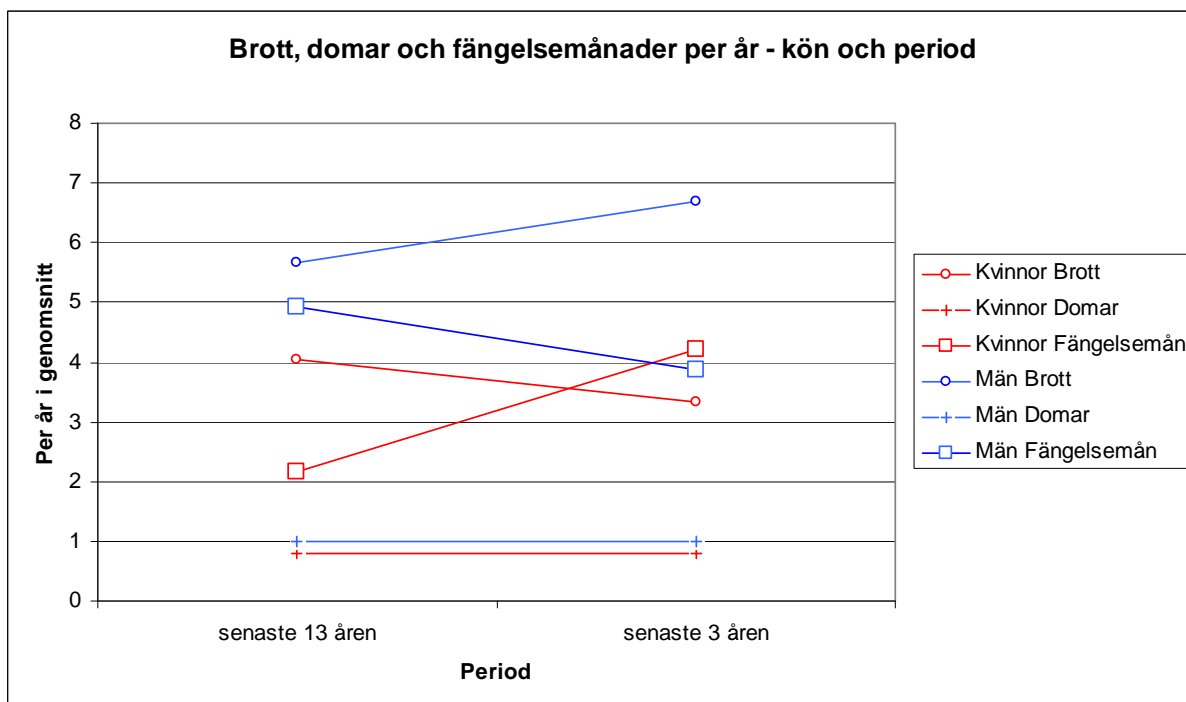
Diagram 13.2 Jämförelse öppenvårdskonsumtion mellan Metadon och ITOK



Vår slutsats från den tidigare studien ligger således kvar. Sjukvårdbesöken tilltar med tiden för opiatmissbrukare. Annorlunda uttryckt att Landstingets kostnader för öppenvård av denna grupp accelererar med missbrukets längd.

I diagrammet nedan går vi över till resultaten för kriminalvårdsvariablerna. Här går trenderna åt olika håll.

Diagram 13.3 Kriminalvård – per år – fördelad på kön.



Antalet dömda fängelsemånader per år ökar för kvinnor då vi går från den längre till den senare perioden. För män är det tvärtom. I och med att män ligger betydligt högre över den längre perioden utjämnas genomsnitten i praktiken om vi ser till de senaste åren. Diskussionen i föregående kapitel antyder att vi här kan se en effekt av skillnaderna mellan perioderna för vissa av klienterna. Om man tappar två män med genomsnittliga värden över 11 månader per år så drar det givetvis ned snittet för män.

Tabell 13.2 Kriminalvård – per år – fördelad på kön.

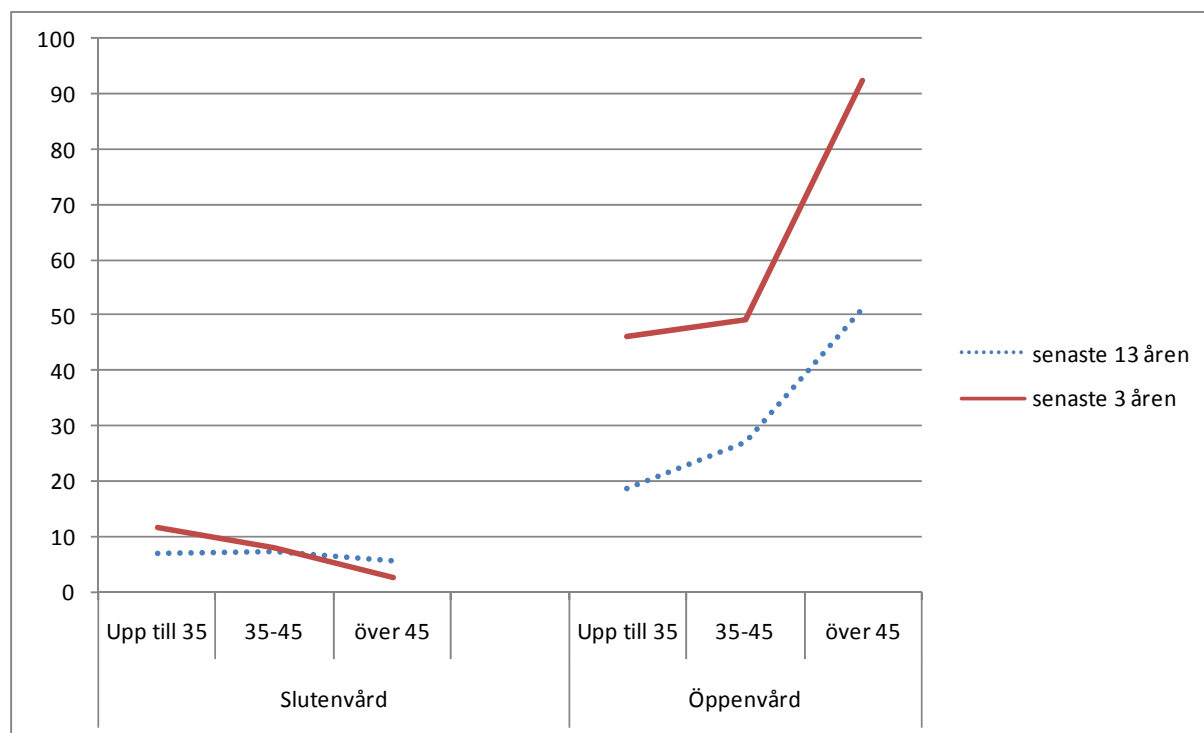
		senaste 13 åren	senaste 3 åren
Kvinnor	Brott	4.0	3.3
	Domar	0.8	0.8
	Fängelsemån	2.2	4.2
Män	Brott	5.7	6.7
	Domar	1.0	1.0
	Fängelsemån	4.9	3.9

I tabellen ser vi att antalet brott däremot går upp för män medan det går ner för kvinnor, mellan perioderna. Antalet domar ligger konstant för såväl män som kvinnor.

13.1.3 Åldersgrupp

Vi har delat in klienterna i åldersgrupper för att se om det ger något utslag i våra variabler. I och med att antalet kategorier nu ökat så går vi över till en annan presentationsform i diagrammen. Nu visas värdena för de olika perioderna i var sin linje Siffrorna återkommer i tabellform.

Diagram 13.4 Öppen - och slutenvård – per år – fördelad på åldersgrupp



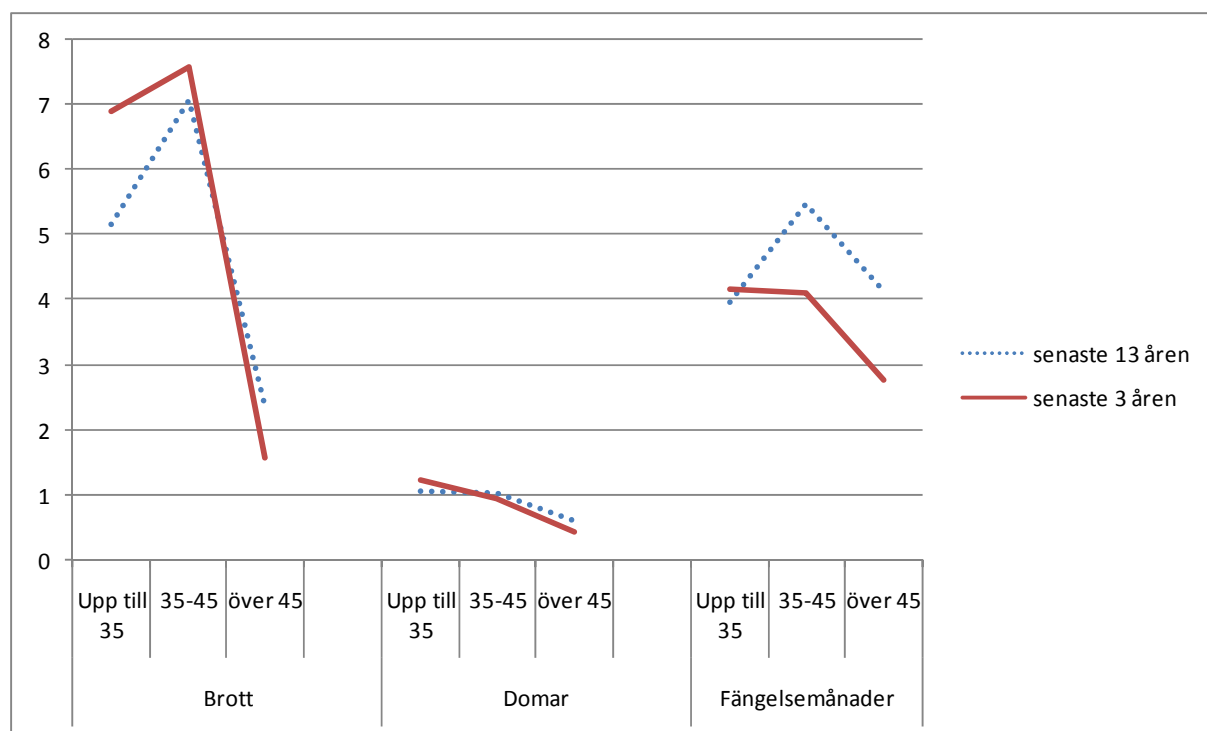
Vi ser att det ökade antalet besök i Öppenvården återkommer. Antalet besök ser ut att öka med klientens ålder och detta förstärks över de senaste tre åren. Slutenvården ser däremot ut att avta med klientens ålder. I en jämförelse mellan perioderna ser vi att den yngre gruppen har en tilltagande konsumtion medan den äldre har en avtagande.

Tabell 13.3 Öppen - och slutenvård – per år – fördelad på åldersgrupp

		senaste 13 åren	senaste 3 åren
Slutenvård	Upp till 35	6.9	11.5
	35-45	7.1	7.8
	över 45	5.4	2.6
Öppenvård	Upp till 35	18.5	46.2
	35-45	26.8	49.1
	över 45	51.0	92.4

I diagrammet nedan återvänder vi till kriminalvårdsvariablerna för de olika åldersgrupperna. Vi kan konstatera att den yngre gruppen ligger högst i antalet domar per år, såväl i det längre som det kortare perspektivet. I övrigt är det mellangruppen 35-45 år som ligger med högsta värden för såväl genomsnittligt antal utdömda fängelsemånader som antal brott per år. Det är intressant att notera att den äldre gruppen ligger hyfsat lika med mellangruppen vad gäller fängelsemånader samtidigt som man ligger klart lägre i antalet brott och domar. Kan det antyda att man gör färre men grövre brott ju längre karriären fortgår?

Diagram 13.5 Kriminalvård – per år – fördelad på åldersgrupp.



I tabellen nedan framgår att såväl brott, domar som fängelsemånader minskar för den äldre gruppen när vi går från det längre till det kortare perspektivet. Samtidigt får vi inte glömma bort den tidigare diskussionen om svårigheterna med att få vettiga mått på antalet utdömda fängelsemånader i det kortare perspektivet.

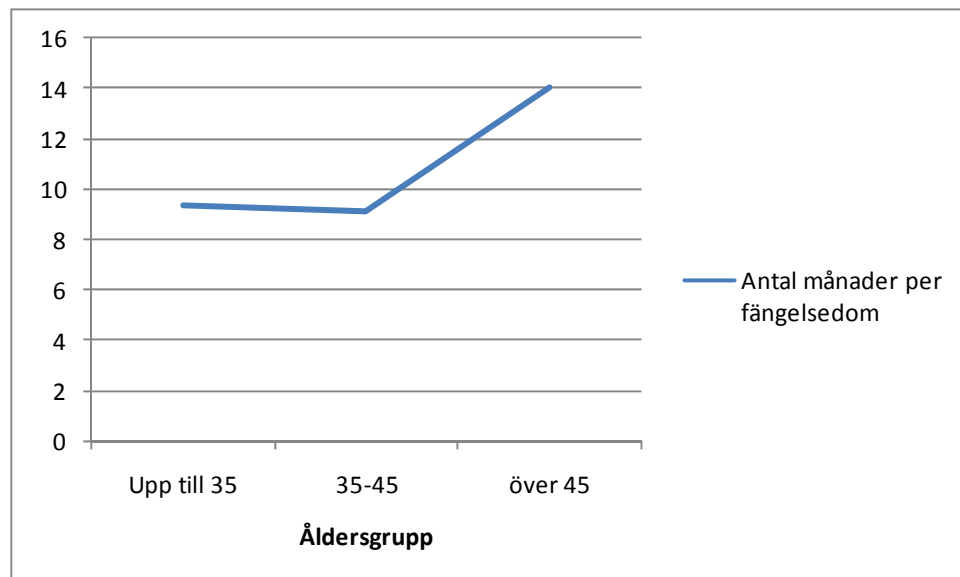
Tabell 13.4 Kriminalvård – per år – fördelad på åldersgrupp.

		senaste 13 åren	senaste 3 åren
Brott	Upp till 35	5.18	6.89
	35-45	7.08	7.57
	över 45	2.36	1.57
Domar	Upp till 35	1.05	1.23
	35-45	1.04	0.94
	över 45	0.60	0.43
Fängelse månader	Upp till 35	3.96	4.16
	35-45	5.48	4.09
	över 45	4.15	2.76

Om vi ser till antalet utdömda fängelsemånader så är det enbart för den yngre gruppen dessa ser ut att öka mellan perioderna. Detta kan man kanske tolka som att antalet utdömda fängelsemånader ökar med längden på den kriminella karriären, och därmed med ålder.

I diagrammet nedan har vi lagt in ett annat mått på antalet utdömda fängelsemånader för män. Nu har vi helt enkelt räknat fram genomsnittet utdömda fängelsemånader per fängelsedom. Tanken är att det skall säga något om brottens art. På detta sätt kommer vi delvis ifrån problemet med hur de olika fängelsekarriärernas utfall varierar beroende på vilken tidsperiod vi väljer att räkna genomsnitt över.

Vi ser att antalet utdömda fängelsemånader per fängelsedom stiger kraftigt för de äldre, men också att det finns en mindre nedgång mellan den yngre och medelgruppen. Ett resultat som delvis motsäger resultatet ovan.

Diagram 13.6 Antal utdömda fängelsemånader per fängelsedom för män fördelad på åldersgrupp

Vi kan återigen konstatera att variabeln utdömda fängelsemånader är svår att hantera. De genomsnittliga årsvärdena fördelat på åldersklasser berättar en annan historia än genomsnittet av det faktiska antalet utdömda månader per fängelsedom. De skillnader vi ser mellan den

längre och den kortare uppföljningsperioden är, som vi konstaterat tidigare, svåra att tolka med tanke på skillnaderna i utdömda straff och därmed när domar kan infalla kronologiskt.

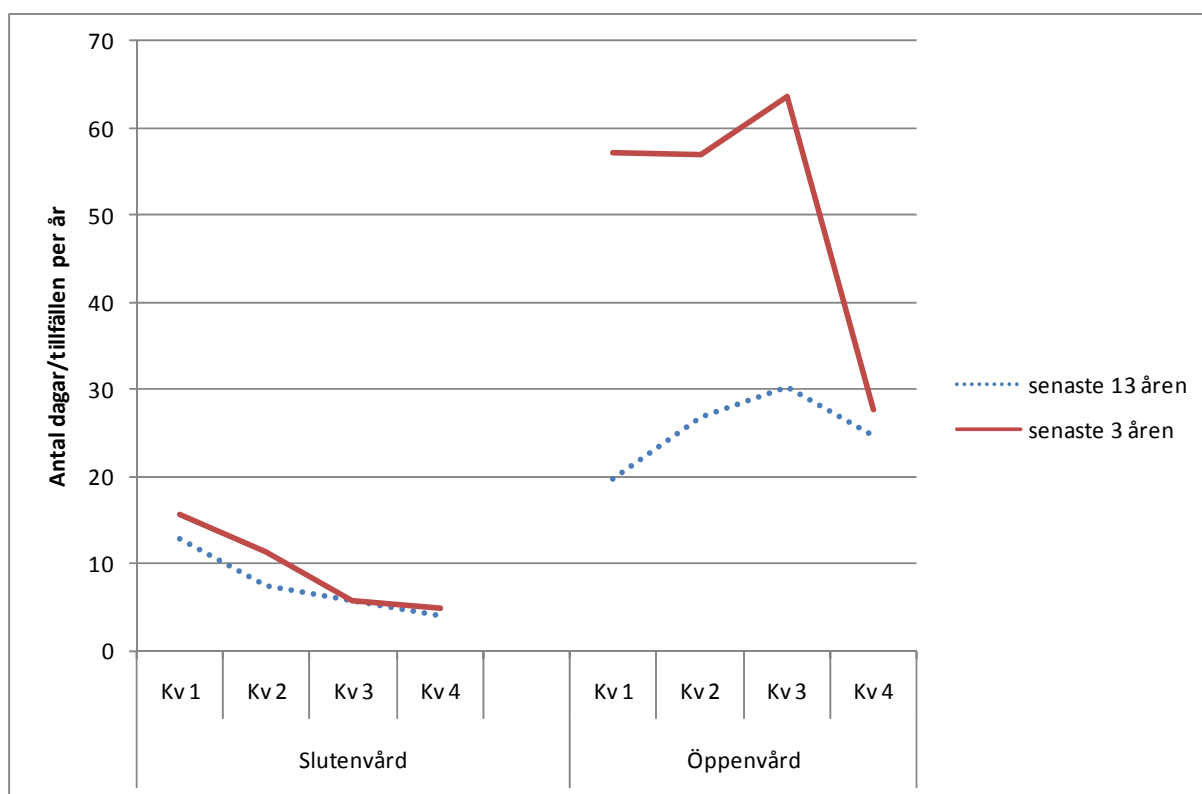
13.1.4 Projektinträde

Låt oss avslutningsvis titta på samma variabler, men nu med klienterna klassificerade efter när de kom med i ITOK. Vi har helt enkelt delat in dem efter vilket kvartal de kom med. De första kom med 3:e kvartalet 2007 och de senaste vi har med i vår studie kom in det 2:a kvartalet 2008. Det ger oss 4:a kvartal – 3/07, 4/07, 1/08 och 2/08 – som vi nedan kallar Kv1 t.o.m. Kv4.

Nu vill vi se om det finns några tecken på att nyrekryterade deltagares belastning på sjuk- eller kriminalvård förändras över projekttiden. Var de första som kom med mer kriminellt belastade eller hade högre sjukvårdskonsumtion, än de som kom in senare?

I diagrammet nedan kan vi konstatera att slutenvårdskonsumtionen ser ut att vara fallande mellan delgrupperna, dvs. de som kom in först hade högre slutenvårdskonsumtion. Detta gäller oavsett om vi mäter över de senaste 3 åren eller över hela 13-årsperioden.

Diagram 13.7 Öppen - och slutenvård – per år – fördelad på projektinträde



Ser vi till öppenvården så återkommer fenomenet med den stigande konsumtionen när vi jämför över perioderna. Detta är särskilt tydligt för dem som kom in till och med 3:e kvartalet. Detta är sannolikt delvis en effekt av att vi enbart mäter fram t.o.m. 2007, dvs. det senaste året för de som kom in 2008 är inte komplett. Dessutom är det inte säkert att vi har rensat bort enbart ITOK-relaterad sjukvård. Vi kan inte heller kontrollera för att den sjukvård som annars

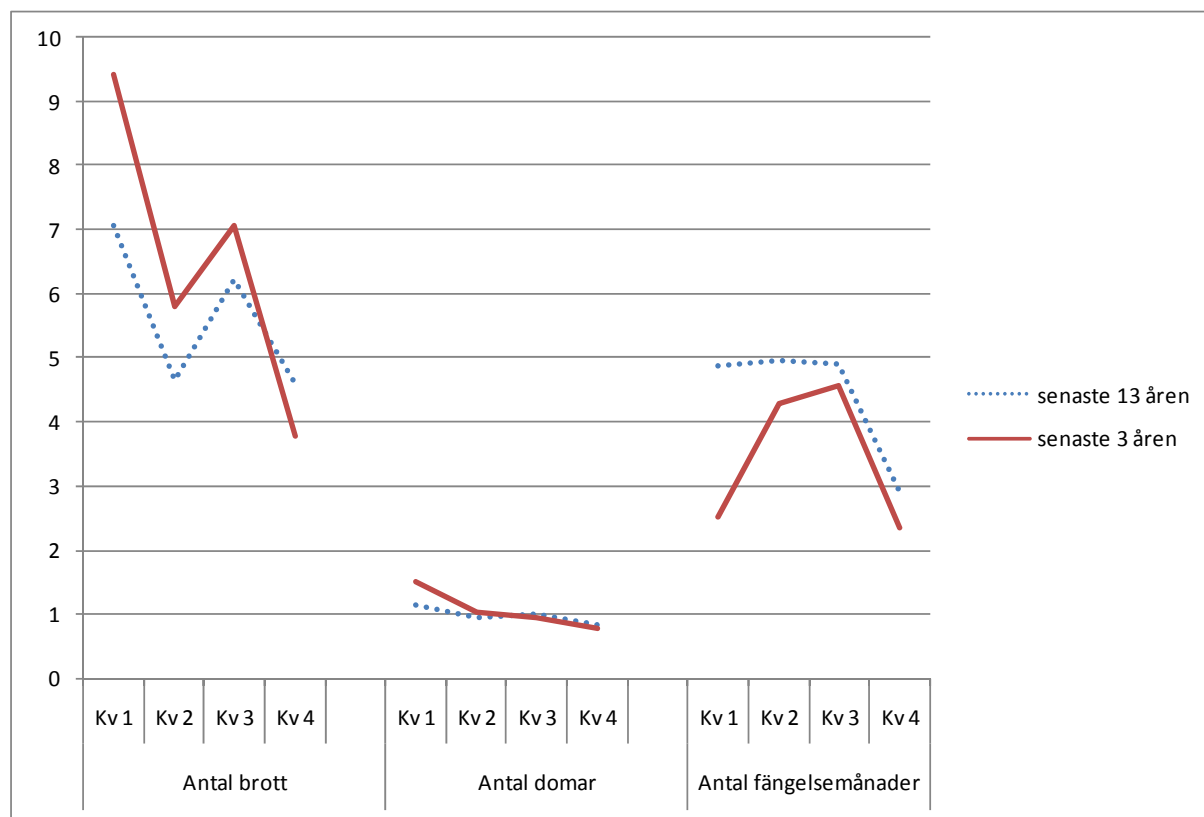
skulle konsumerats inom landstinget istället har skett inom ramen för ITOK. Vi har inte haft tid att titta på dessa och andra möjligheter till varför det ser ut som det gör.

Tabell 13.5 Öppen - och slutenvård – per år – fördelad på åldersgrupp

		senaste 13 åren	senaste 3 åren
Slutenvård	Kv 1	12.8	15.7
	Kv 2	7.4	11.4
	Kv 3	5.8	5.9
	Kv 4	4.1	5.0
Öppenvård	Kv 1	19.8	57.3
	Kv 2	26.7	57.0
	Kv 3	30.2	63.6
	Kv 4	24.7	27.8

Kriminalvårdsvariablerna fördelar sig på följande sätt mellan grupperna. Man kan ana en fallande tendens i alla tre variabler, dvs. att den tidigaste gruppen hade högst värden och den senaste lägst. Det kortsiktiga resultatet i antal fängelsemånader uppvisar ett märkligt utseende. Här har vi en tilltagande utveckling mellan första och andra gruppen som följs av den avtagande utvecklingen mellan den näst sista och sista gruppen. Här har vi sannolikt återigen en effekt av problemen med att fördela ut fängelsemånaderna på ett vettigt sätt i olika tidsperioder.

Diagram 13.8 Kriminalvård – per år – fördelad på projektinträde.



Om vi ser till den längre serien så faller antalet utdömda fängelsemånader från knappt 5 månader per år ned till under 3 månader per år. Det framgår även i tabellen nedan. Antalet

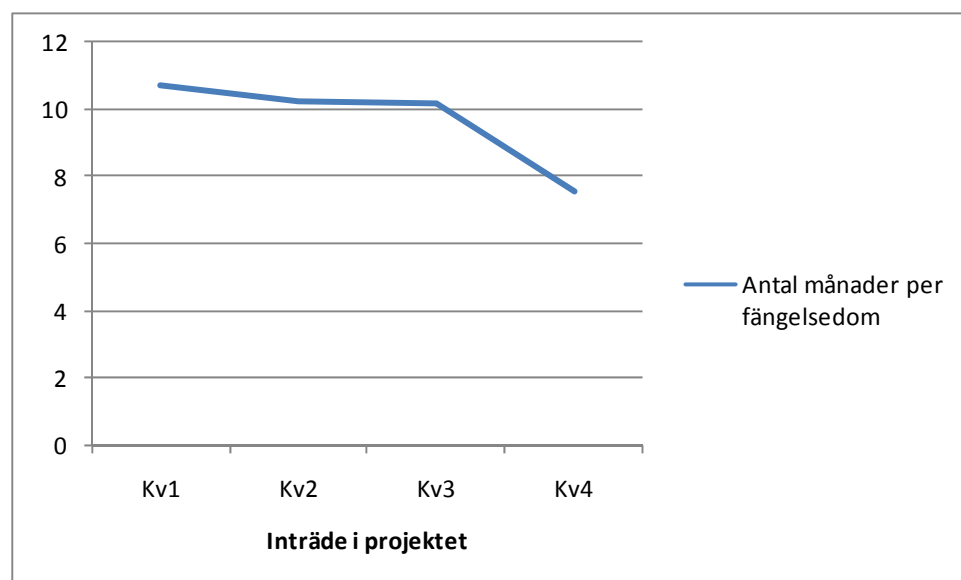
domar rör sig i den långa serien från 1,1 per år till 0,8 per år, dvs. en nedgång med drygt 27%. Den korta faller å sin sida från 1,5 domar per år ned till 0,8 per år, en reduktion på drygt 46%.

Tabell 13.6 Kriminalvård – per år – fördelad på projektinträde

		senaste 13 åren	senaste 3 åren
Antal brott	Kv 1	7.1	9.4
	Kv 2	4.6	5.8
	Kv 3	6.2	7.1
	Kv 4	4.6	3.8
Antal domar	Kv 1	1.1	1.5
	Kv 2	1.0	1.0
	Kv 3	1.0	0.9
	Kv 4	0.8	0.8
Antal fängelse- månader	Kv 1	4.9	2.5
	Kv 2	4.9	4.3
	Kv 3	4.9	4.6
	Kv 4	2.9	2.3

Återigen är det svårt att tolka resultaten för antalet utdömda fängelsemånader mellan den korta och den långa serien. I diagrammet nedan har vi åter igen tagit fram det faktiska antalet utdömda månader per fängelsedom. Där framgår att de olika gruppernas belastning på den punkten faller mellan inträdesperioderna, och särskilt för sista kvartalet. De tidigare var klart belastande på kriminalvården i termer av utdömda fängelsemånader per fängelsedom.

Diagram 13.9 Kriminalvård – fängelsemånader per fängelsedom fördelad på projektinträde.



13.2 Individobservationer

13.2.1 Inledning

Det har inte funnits tid, inom ramen för detta projekt, att arbeta med materialet mer i detalj. Underlaget tillåter sannolikt en betydligt noggrannare analys av enskilda variationer med avseende på våra variabler. Variablerna är inte heller valda för att ge underlag för en mer strikt analys av samband dem emellan. Utdömda fängelsemånader är mindre relevant om man vill korrelera med andra aktiviteter/händelser eftersom mycket beror på om man faktiskt sitter inlåst eller ej. Trots detta vill vi visa ett par spridningsdiagram som relaterar två av våra variabler till varandra. Det visar att det bakom de förhållandevis stabila och tydliga genomsnitten i analysen ovan kan det dölja sig en betydande variation.

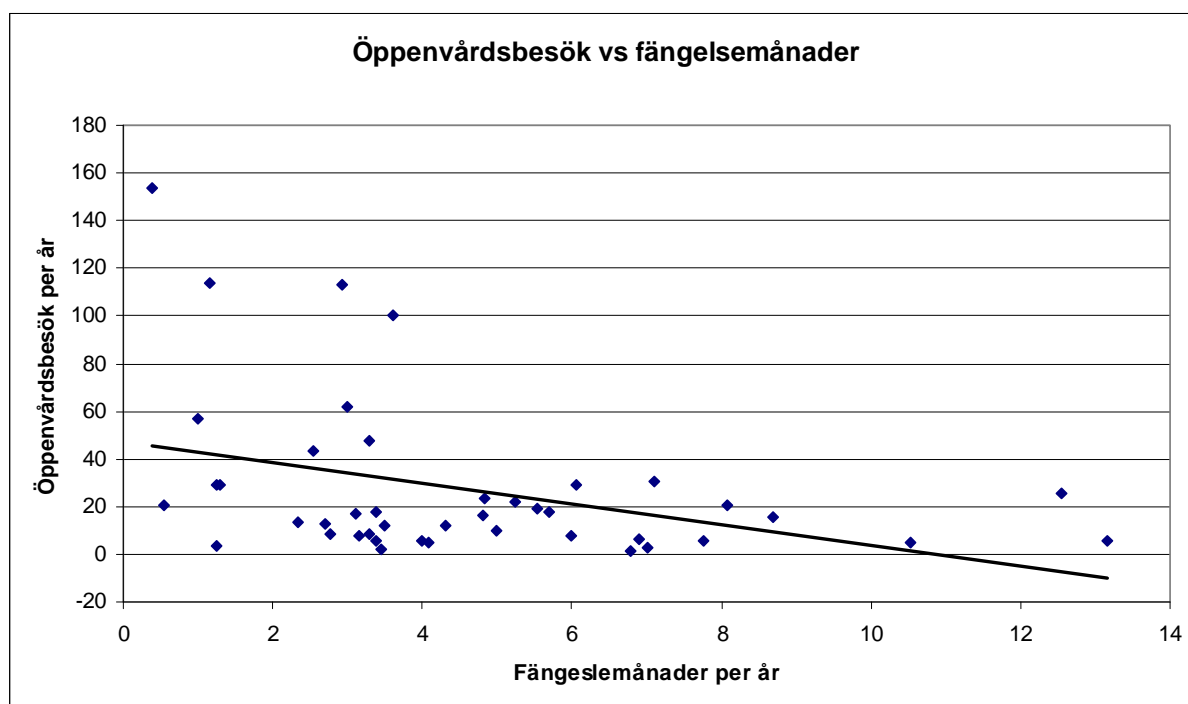
13.2.2 Fängelsemånader vs öppenvård

Diagrammet nedan visar utdömda fängelsemånader per år och besök i öppenvården per år för varje person i gruppen. Vi har även lagt in en linjär trend mellan de två variablerna. Den har en negativ lutning vilket innebär att ju fler det genomsnittligt utdömda antalet fängelsemånader per år blir, desto färre blir besöken inom öppenvården.

Detta kan man tycka vara ett givet samband. Ju längre man är inlåst, desto mindre tid finns det till annat, bl.a. att besöka vårdcentralen.

För att kunna säga något om denna fråga skulle vi egentligen behöva koda om fängelsestraffet till att avse faktisk tid i fängelset per år. Först då kan vi se om det finns någon krock i tidsutnyttjandet mellan de två.

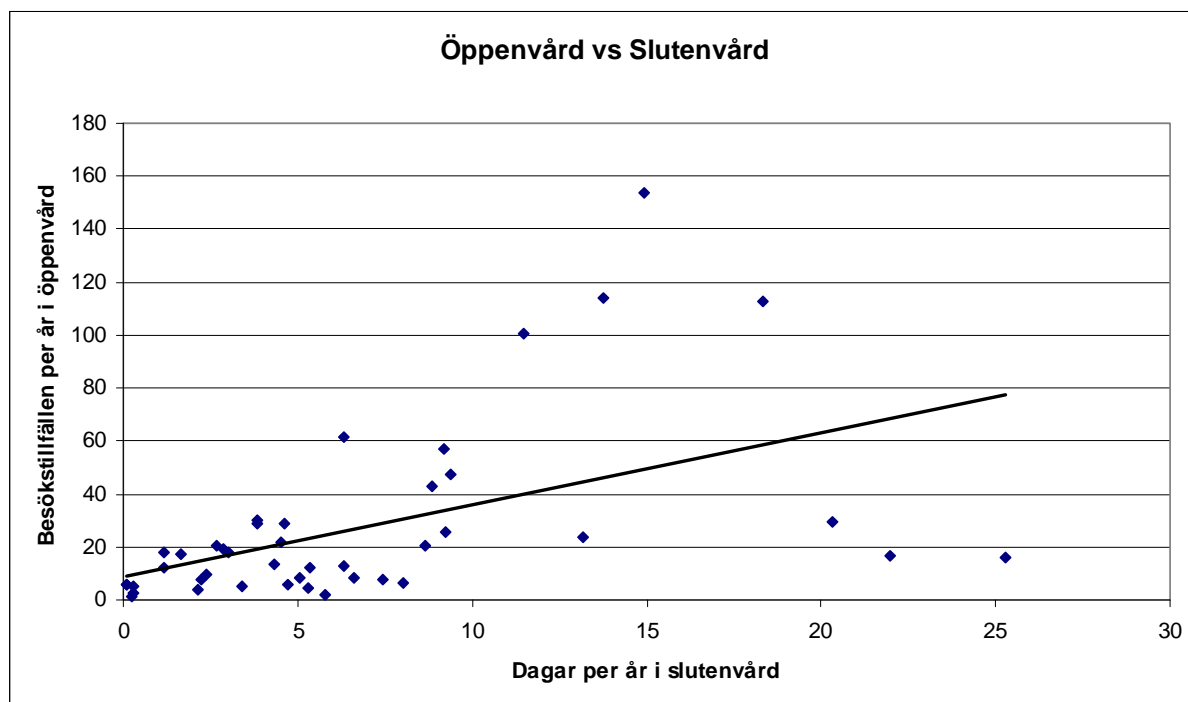
Det finns dessutom sannolikt andra variabler som är mer intressant att ställa mot kriminalvården.

Diagram 13.10 Öppenvårdsbesök kontra utdömda fängelsemånader – per individ

13.2.3 Öppen - vs slutenvård

I diagrammet nedan har vi lagt in besök i öppenvården respektive antalet dagar i slutenvården per år, på individbasis för hela gruppen. Här skulle man kunna misstänka att det fanns ett negativt samband mellan variablerna, dvs. att man antingen är storkonsument av slutenvård eller storkonsument av öppenvård. Det är delvis en parallell till sambandet mellan fängelse och öppenvård ovan, där vi såg ett negativt samband.

Här får vi emellertid ett positivt samband, dvs. öppenvårdsbesöken är ett komplement till slutenvård dagarna. För att bena vidare i denna eventuella komplementaritet skulle vi behöva specificera vilken typ av vård det handlar om såväl i öppenvården som i slutenvården och hur dessa konsumtionskorgar förändras över tiden. I den större Metadonpopulationen kunde vi se tydliga förskjutningar i konsumtionen av slutenvård över tiden.

Diagram 13.11 Dagar i slutenvård kontra antal besök i öppenvården – per individ

Konsumtionen av öppen - och slutenvård och dess roll i våra kalkyler väcker frågan om normalitet och utanförskap. Vi konsumerar alla sjukvård och det vi egentligen vill räkna på för gruppen i ITOK och andra rehabiliterande insatser är endast den sjukvårdskonsumtion som ligger utöver en ”normal” konsumtion. I Metadonstudien jämförde vi som hastigast resultatet för Metadonpopulationen med alla stockholmare i samma åldersintervall. Här har vi inte haft tid till det. Vi såg tidigare att öppenvårdskonsumtionen under de tre åren innan projektinträde låg högre i denna studie än i Metadonstudien, så sannolikt är skillnaderna mellan målgruppen och normalbefolkningen än större här.

13.2.4 Slutord

Vi tror själva att det finns mycket intressant information att hämta i dessa samband på individnivå. Information som kan hjälpa till att öka förståelsen kring rehabiliteringsinsatser kring denna, uppenbarligen heterogena, målgrupp.

Vår tidigare utvärdering av PO-reformen, där vi hade tillgång till fleråriga registerdata på individnivå, gav många värdefulla insikter, även om vi egentligen enbart skrapade på ytan i den studien.

14. SOCIOEKONOMISKA RESULTAT

14.1 Inledning

I detta avslutande kapitel redovisar vi de ekonomiska kalkyler vi gjort baserat på tidigare studier och den nya informationen från kriminal- och sjukvård. Principen för denna kalkyl är att använda den nya specifika informationen och lägga till övriga kostnader från tidigare studier. Tanken är att matcha de variabler vi har för sjuk- och kriminalvård med motsvarande variabler från tidigare studier. Andelen kostnader som blir över i de tidigare studierna får gälla som andel resterande kostnader även för denna studie. Ju mer specifik individinformation man kan lägga till, via register eller på annat sätt, desto mindre blir behovet av schablonmässiga uppskattningar.

Vi gör inte ett fullskaligt SocioEkonomiskt bokslut i denna rapport. I stället koncentrerar vi oss på att jämföra resultaten för de aktiviteter där vi nu har ytterligare information, med motsvarande från Metadonstudien, vi gör sedan en enkel kalkyl för de så kallade externa intäkterna i ITOK-projektet, samt en enkel kalkyl på kostnader och intäkter som hänger samman med att vissa av klienterna tar steget ut på arbetsmarknaden.

Låt oss börja med att redovisa de antaganden som kalkylen bygger på.

14.2 Kalkylantaganden

Vi har baserat kalkylerna på priser och aggregerade aktiviteter från tidigare studier – framför allt de reviderade kalkylerna för Metadonstudien.

I denna studie har vi 5 variabler – antal domar, antal brott, antal utdömda fängelsemånader, antal slutenvårdsdygn samt antal öppenvårdsbesök som bygger på konkreta registerutdrag. De tidigare kalkylerna innehöll ett drygt 100-tal aktiviteter eller insatser, där ett betydande antal av dessa aktiviteter och priser skulle fånga de fem variabler vi räknar på i detta projekt.

Domar delades t.ex. upp i 3 stycken typer av rättegångar; lätt, medel och svår. Kostnaderna för dessa varierade mellan 40 000 och 450 000 Kr. Fängelsemånader kunde göras på allt från öppen anstalt till säkerhetsanstalt, med kostnader som varierade mellan 1 000 till 4 000 Kr per dygn och person.

Denna kalkyl bygger på följande förenklade antaganden kring våra fem variabler:

Ett slutenvårdsdygn kostar 3000 Kr

Ett öppenvårdsbesök kostar 700 Kr

En dom kostar 173 000 Kr ¹⁴

Ett fängelsedygn kostar 1 900 Kr

¹⁴ Denna viktades ihop på tidigare antaganden som 40% Lätt, 40% Medel och 20% Svår rättegång

Ett skyddstillstånd kostar 110 Kr.¹⁵

Dessa antaganden påverkar givetvis resultatet av kalkylen. Eftersom vi baserar dessa priser eller kostnader på tidigare kalkyler kan vi stämma av så att vi hamnar i samma härad vad gäller summerade kostnader med den nya statistiken.

Det viktigaste antagandet är sannolikt om hur många brott man begår i relation till de man blir tagen och fälld för. Ämnet föranledde långa diskussioner i referensgrupperna för Basta/Vägen Ut!-projektet. Här har vi antagit att man blir tagen i snitt var tionde gång man gör något brottsligt. Om man begår brott varannan dag om året så begås ca 180 brott. Om man blir tagen för en tiondel av dess är det 18 brott per år. I siffrorna vi redovisade tidigare låg det genomsnittliga antalet brott runt 5 per år. Det innebär i praktiken att vi i kalkylen antar att ITOK-klienterna endast begår ca 50 brott per år eller ett i veckan i genomsnitt. Det mesta talar för att detta innebär att vi ligger rejält i underkant av den riktiga siffran. Spridningen inom gruppen är dock sannolikt stor såväl avseende antalet brott som straffvärdet i brotten.

Vi kommer nu att visa resultaten i ekonomiska termer för våra fem variabler, dels per person och dels uppdelat på kön. I samtliga tidigare kalkyler har kvinnor haft en betydligt lägre samhällskostnad än män – ett resultat som återkommer här.

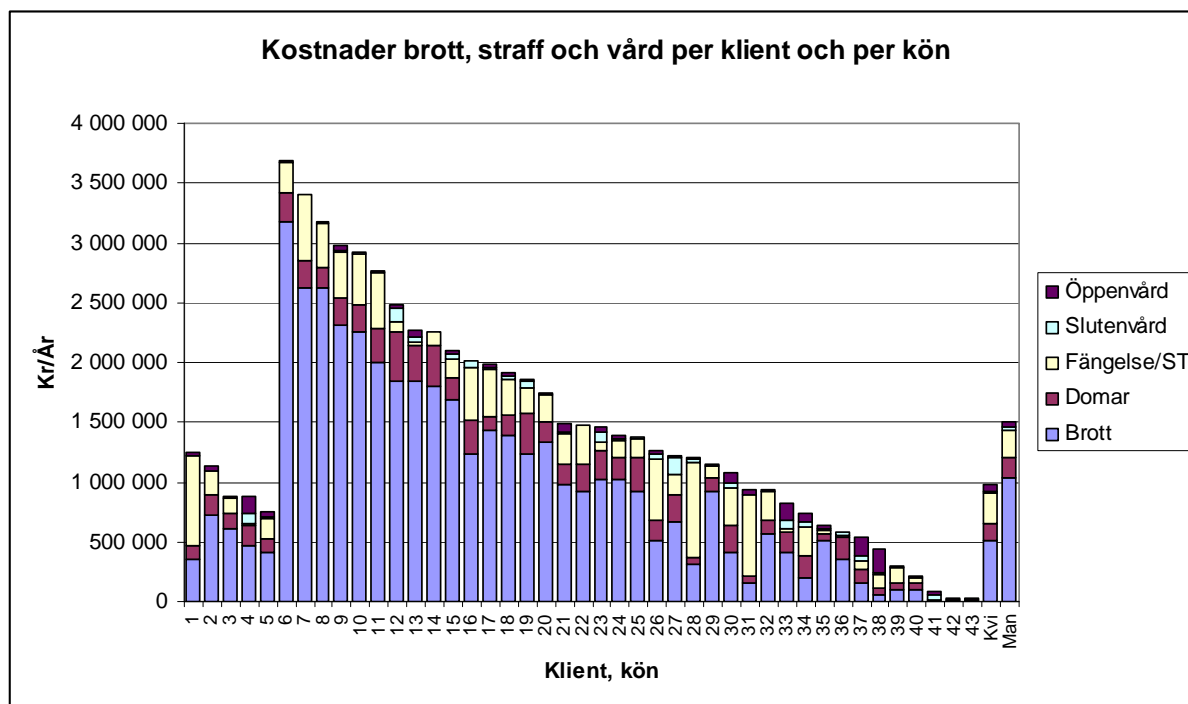
Kalkylerna redovisar årskostnad i genomsnitt baserat på de tre senaste åren. Vi vet sedan tidigare att detta gör att värdena för vissa individer blir missvisande – främst för fängelsestid och, därmed, –kostnader. Vi vet också att genomsnittet för gruppen baserat på de senaste 3 åren låg på ca 80 % av genomsnittet över deras aktiva liv som kriminella. Detta bidrar också till att dessa kostnader underskattar samhällskostnaderna för denna grupp innan de kom till ITOK.

14.3 Spridning i materialet

I diagrammet nedan ser vi att kostnaderna för våra fem variabler varierar stort mellan klienterna. Skillnaderna beror framför allt på kostnaderna förknippade med brottslighet. Vi ser att de årliga kostnaderna för de tre senaste åren varierar mellan drygt 3,5 MKr ner till drygt 20 000 Kr. Genomsnittet för kvinnor respektive män ligger på 980 000 Kr respektive 1,5 MKr. Relationen i kostnad mellan könen överensstämmer väl med de vi fick fram i Metadonstudien för motsvarande variabler.

¹⁵ Vi har schablonmässigt räknat att man halva återstående tiden på året (efter fängelsemånaderna) har skyddstillstånd.

Diagram 14.1 Kostnader för brott, straff och sjukvård – sorterade efter kön och kostnader



I tabellen nedan kan vi se att årskostnaden varierar stort inom varje variabel. Vi kan återigen se att några klienter på slutet saknar kostnader för domar och brott och endast har den modellberäknade kostnaden för skyddstillsyn. Här återfinns ett par av de som, i ett längre tidsperspektiv, i praktiken hade det högsta antalet fängelsemånader per år.

Behandlingen av fängelsestraffen är således ett bekymmer för oss i denna kalkyl. Som vi tidigare sagt skulle en bättre behandling ha krävt en mer kronologisk beskrivning av faktisk tid i fängelse. I kalkylen räknar vi med ca 4 genomsnittligt antal utdömda fängelsemånader per år för män och kvinnor, vilket skulle innebära 2-3 månader effektiv tid i fängelse. I tidigare kalkyler har vi räknat på lägre siffror.

Efter intervjuer i Metadonprojektet justerade vi upp de tidigare antagandena om fängelsetid till ca 60 dagar för män och 30 dagar för kvinnor i effektiv fängelsetid. Om våra beräkningar av utdömda fängelsemånader ligger i underkant, eftersom vi baserar kalkylen på den kortare perioden, så talar mycket för att dessa uppjusterade siffror borde justeras upp ytterligare. Samhällskostnaderna för heroinister i tidigare projekt borde således justeras upp i motsvarande mån.

Tabell 14.1 Kostnader för brott, straff och sjukvård – sorterade efter kön och kostnader

		Brott	Domar	Fängelse/S	Slutenvård	Öppenvård	Summa
Kvinna	1	359 333	115 133	739 350	2 000	31 500	1 247 317
	2	718 667	172 700	204 300		35 933	1 131 600
	3	616 000	115 133	130 500	5 000	17 733	884 367
	4	462 000	172 700	19 800	77 000	152 133	883 633
	5	410 667	115 133	167 400	10 000	51 800	755 000
Man	6	3 182 667	230 267	259 650	4 000	11 900	3 688 483
	7	2 618 000	230 267	554 850	0	2 100	3 405 217
	8	2 618 000	172 700	370 350	8 000	8 867	3 177 917
	9	2 310 000	230 267	388 800	1 000	44 333	2 974 400
	10	2 258 667	230 267	425 700	1 000	2 333	2 917 967
	11	2 002 000	287 833	462 600	3 000	4 667	2 760 100
	12	1 848 000	402 967	93 600	103 000	35 933	2 483 500
	13	1 848 000	287 833	38 250	45 000	52 500	2 271 583
	14	1 796 667	345 400	112 050	1 000	3 267	2 258 383
	15	1 694 000	172 700	167 400	41 000	30 800	2 105 900
	16	1 232 000	287 833	444 150	47 000	5 833	2 016 817
	17	1 437 333	115 133	388 800	22 000	28 233	1 991 500
	18	1 386 000	172 700	296 550	28 000	35 933	1 919 183
	19	1 232 000	345 400	204 300	59 000	13 300	1 854 000
	20	1 334 667	172 700	222 750	2 000	8 633	1 740 750
	21	975 333	172 700	255 038	21 000	67 433	1 491 504
	22	924 000	230 267	315 000	0	1 633	1 470 900
	23	1 026 667	230 267	75 150	92 000	40 600	1 464 683
	24	1 026 667	172 700	148 950	19 000	29 633	1 396 950
	25	924 000	287 833	148 950	12 000	9 800	1 382 583
	26	513 333	172 700	499 500	46 000	24 967	1 256 500
	27	667 333	230 267	167 400	134 000	23 567	1 222 567
	28	308 000	57 567	794 700	34 000	8 400	1 202 667
	29	924 000	115 133	93 600	0	15 400	1 148 133
	30	410 667	230 267	315 000	34 000	84 233	1 074 167
	31	154 000	57 567	684 000	1 000	46 200	942 767
	32	564 667	115 133	241 200	0	11 667	932 667
	33	410 667	172 700	19 800	75 000	146 067	824 233
	34	205 333	172 700	241 200	41 000	73 733	733 967
	35	513 333	57 567	19 800	15 000	35 000	640 700
	36	359 333	172 700	19 800	26 000	10 033	587 867
	37	154 000	115 133	75 150	33 000	155 633	532 917
	38	51 333	57 567	112 050	15 000	210 700	446 650
	39	102 667	57 567	130 500	0	8 633	299 367
	40	102 667	57 567	38 250	4 000	16 333	218 817
	41	0	0	19 800	33 000	38 033	90 833
	42	0	0	19 800	0	14 700	34 500
	43	0	0	19 800	0	2 100	21 900
	Kvinna	513 333	138 160	252 270	18 800	57 820	980 383
	Man	1 029 368	174 215	233 796	26 316	35 872	1 499 567

Resultaten i tabellen avser endast en del av de kostnadsposter vi använt i tidigare kalkyler. För att få en känsla för totalkostnaden för ITOK-gruppen, jämfört med tidigare grupper, behöver vi komplettera kostnadsbilden med en grov beräkning av övriga kostnader.

Detta gör vi på enklast möjliga sätt. Vi identifierar våra fem variabler i materialet från Metadonstudien. Det visar sig att våra fem variabler stod för 63 % av männens och drygt 56

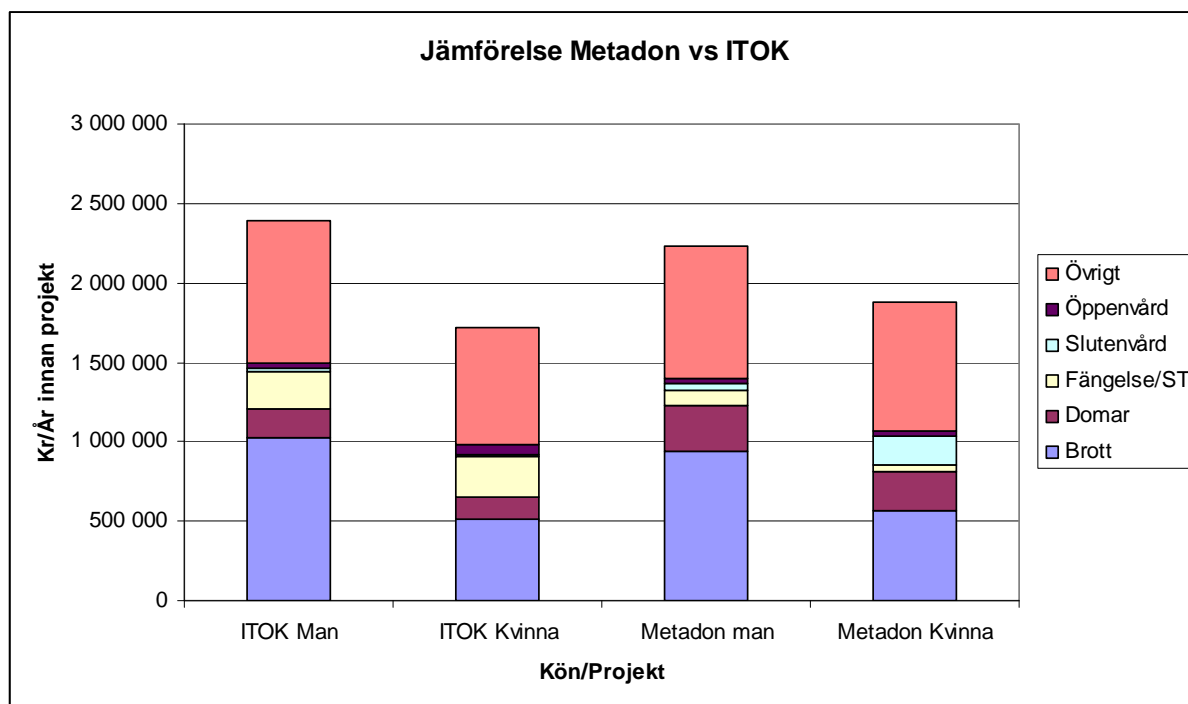
% av kvinnornas totala samhällskostnader i utanförskap. Vi antar helt enkelt att samma proportioner gäller i denna studie, dvs. att vi i ovanstående kalkyl fångar 63% av männens totala årskostnader och 56% av kvinnornas totala årskostnader innan de kommer med ITOK.

14.4 Jämförelser med tidigare kalkyler

I diagrammet nedan har vi nu lagt till övriga kostnaderna i samma proportion som de hade i Metadonstudien i förhållande till våra fem variabler. Vi har även räknat om resultatet från Metadonstudien så det blir jämförbart - fem variabler plus en post "Övrigt". Vi kan se att totalnivåerna ligger i samma härad och att männen i ITOK ligger högre medan kvinnorna ligger lägre än motsvarande grupp i Metadonstudien.

Det finns skillnader mellan kostnadskomponenterna i de två studierna. Fängelsekostnaderna är högre i ITOK än i Metadon. Detta gäller särskilt för kvinnorna som i Metadonstudien låg på en femtedel av resultatet här. Det beror bl.a. på att vi i den tidigare studien antog en effektiv fängelsestid på 30 dagar per år, som sannolikt är en underskattning. Det finns uppenbarligen behov av att gräva ett par varv till i kriminalvårdens material, både vad avser faktisk kalendertid i fängelse och vilken typ av fängelse som används i termer av dygnskostnader.

Diagram 14.2 Jämförelse av totala årskostnaden mellan ITOK och METADON-studien – per kön



Vi ser också att kostnaderna för slutenvård skiljer sig för kvinnorna. I tabellen nedan framgår att kostnaderna för slutenvården delvis kompenserar skillnaderna i fängelsekostnader.

För männen ser vi att fängelsekostnaderna i ITOK är dubblerade jämfört med Metadonstudien och att detta delvis kompenseras av att rättegångskostnaderna i Metadonstudien är högre.

Slutenvårdskostnaderna ligger högre i Metadonstudien medan kostnaderna för öppenvården är jämförbara. Skillnaderna i slutenvårdskostnad är inte lika stor som för kvinnorna.

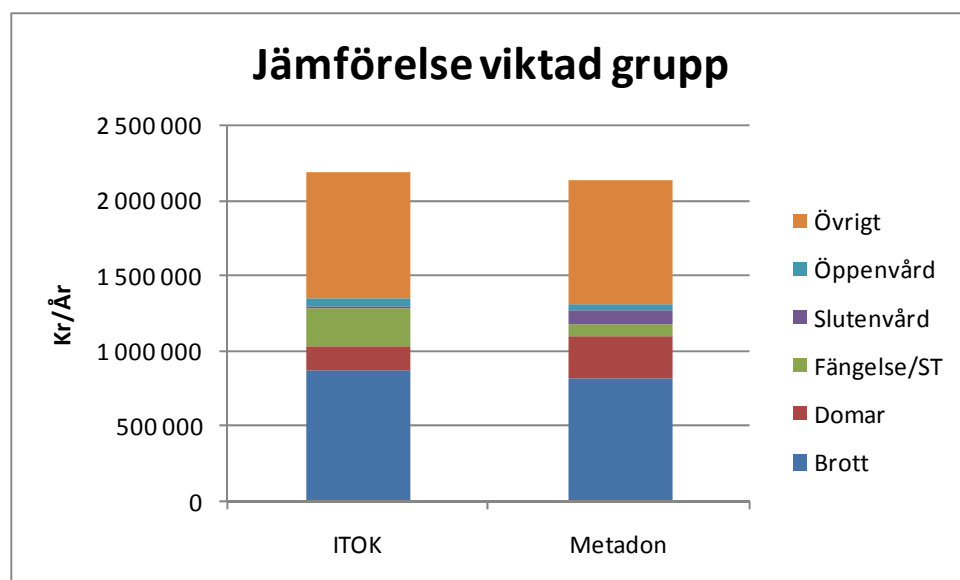
Tabell 14.2 Jämförelse av totala årskostnaden mellan ITOK och METADON-studien – per kön

	ITOK Man	ITOK Kvinna	Metadon man	Metadon Kvinna
Brott	1 029 368	513 333	935 000	561 667
Domar	174 215	138 160	287 833	246 500
Fängelse/ST	233 796	252 270	100 340	50 475
Slutenvård	26 316	18 800	46 400	176 800
Öppenvård	35 872	57 820	34 000	34 667
Övrigt	887 374	742 429	830 569	810 377
Summa	2 386 941	1 722 813	2 234 143	1 880 485

Skillnaderna kan tyckas stora, men skall inte överdrivas. Vi kan t.ex. se att skillnader i kostnader går åt olika håll för män och kvinnor i de två projekten. Män kostar mindre i Metadon medan kvinnor kostar mindre i ITOK. Vad händer om vi väger ihop data för män och kvinnor så att det återspeglar det ena eller andra projektet?

Nedan har vi använt oss av den antagna sammansättningen i Metadonprojektet, dvs. 30 % kvinnor och 70 % män. Vi ser att skillnaderna mellan projekten i stort sett uttraderas. Vi kan se att den sammanvägda ITOK-personen fortfarande har högre fängelsekostnad och att den sammanvägda Metadon-personen har högre domstolskostnader och slutenvård.

Diagram 14.3 Jämförelse av totala årskostnaden mellan ITOK och METADON-studien – gruppvägt



Skillnaderna i total kostnad ligger nu på några få procentenheter. I själv verket skulle den genomsnittlige Metadon-personen hamna på 97,3 % av kostnaden för de genomsnittlige ITOK-personen. Om vi använt fördelningen från ITOK så hade skillnaden ökat ett par procentenheter.

Tabell 14.3 Jämförelse av totala årskostnaden mellan ITOK och METADON-studien – gruppvägt

	ITOK	Metadon
Brott	874 558	823 000
Domar	163 398	275 433
Fängelse/ST	239 338	85 381
Slutenvård	24 061	85 520
Öppenvård	42 456	34 200
Övrigt	843 890	824 512
Summa	2 187 702	2 128 045
Andel av ITOK		97.3%

Man skall inte lägga in för mycket i dessa skillnader. De likheter och skillnader vi identifierat här tyder snarare på att det finns ytterligare intressant information att hämta. Inte minst med tanke på att de stora skillnaderna i kostnader (och därmed intäkter) hamnar hos landstingets och kriminalvården – ITOK:s huvudintressenter.

14.5 Företagsekonomiskt bokslut för ITOK

Årskostnaden för ITOK i stabil driftsfas är inte helt lätt att ta fram, med tanke på dess korta historia. Vi har helt enkelt räknat på budgeten för 2008 och rensat bort kostnader bl.a. för denna utvärdering. Då får vi följande, fiktiva, årsredovisning för ITOK:

Tabell 14.4 ITOK en påhittad resultaträkning

Intäkter

Landstinget	2 819 600
Kriminalvården	640 000
Summa	3 459 600

Kostnader

Personal	2 479 600
Drift/Hyra	480 000
Labprov	500 000
Summa	3 459 600

Vi antar att man siktar på ca 45 årsplatser i full drift. Låt oss använda våra 43 klienter och anta att de varit i projektet under hela året, vilket inte är sant. Det ger dock en mer representativ bild av hur det kommer att vara. Detta ger oss en årsplatskostnad på 80 456 Kr. Fördelat på intressenterna blir det:

Tabell 14.5 Årsplatskostnad ITOK

	Årsplats
Landstinget	65 572
Kriminalvården	14 884
Summa	80 456

Landstinget betalar således drygt 65 000 Kr per årsklient i programmet medan Kriminalvården står för knappt 15 000 Kr.

14.6 Socioekonomiska resultat för ITOK

14.6.1 Inledning

Låt oss då ställa upp delar av ett SocioEkonomiskt bokslut för ITOK. Vi gör det i form av två resultattyper:

- De *uteblivna externa kostnaderna*, dvs. de inbesparade kostnader som uppstår när en missbrukare upphör med allt som hör till det aktiva missbrukarlivet. Vi brukar kalla det, de externa intäkterna av att utanförskapet upphör.

- Förändringar i *kostnader och intäkter* som följer av att man kan försörja sig via *eget arbete*. Det är dels de finansiella, som å ena sidan hänger samman med att försörjningen via socialförsäkring eller försörjningsstöd upphör då man får arbete som å den andra även innebär skillnader i vad man bidrar med i skatter och avgifter med en lön som är högre än den ersättning man annars får. Dessa *finansiella effekter* hänger samman med den *reala intäkt* som arbetet genererar i form av ett så kallat *Produktionsvärde* – dvs. personens bidrag till BruttoNationalProdukten.

- *Nyckeltal* och en enkel *finansieringsanalys* för ITOK som verksamhet som finansieras av landstinget och kriminalvården.

14.6.2 Uteblivna samhällskostnader

Tabell 14.5 Externa intäkter i form av uteblivna kostnader per år – per kön och hela gruppen

	Män	Kvinnor	Samtliga
Allmänhet/Försb.	39 116 000	2 566 667	41 682 667
Rättsväsende	15 504 404	1 952 150	17 456 554
Landsting	2 363 133	383 100	2 746 233
Övrigt	33 720 204	3 712 146	37 432 350
Summa	90 703 741	8 614 063	99 317 804

Uppräknat på hela gruppen (43 personer) ser vi att ITOK har potentialen att spara in knappt 100 MKr per år för de olika externa aktörerna.

Rättsväsendet sparar potentiellt 17.5 MKr medan allmänhet och försäkringsbolagens potentiellt reducerade kostnader hamnar på drygt 40 MKr. Landstingets kostnadsreduktion landar på knappt 2.8 MKr, vilket är märkligt likt det belopp man bidrar med till ITOK. Kriminalvårdens dryga 600 000 Kr i insats matchas väl av en potentiell intäkt för rättsväsendet på nästan 30 gånger det beloppet.

Tabell 14.6 Externa intäkter i form av uteblivna kostnader per år – per kön individuellt

	Män	Kvinnor	Samtliga
Allmänhet/Försb.	1 029 368	513 333	969 364
Rättsväsende	408 011	390 430	405 966
Landsting	62 188	76 620	63 866
Övrigt	887 374	742 429	870 520
Summa	2 386 941	1 722 813	2 309 716

Uttryckt per individ ser vi att varje man ITOK lyckas få upp på bana skapar intäkter i form av uteblivna kostnader för rättsväsendet på 408 000 Kr och för landstinget för 62 000 Kr. Motsvarande inbesparingar för en kvinna ligger på 390 000 Kr respektive 77 000 Kr.

Annorlunda uttryckt, om en plats i ITOK för en man kostar mindre än 408 000 Kr, och han bryter med sitt tidigare liv så har projektet var en lönsam affär för rättsväsendet. I företagsbokslutet konstaterade vi att kriminalvården i själva verket betalade ungefär 15 000 Kr per person. Sett till hela samhällskostnaden/-intäkten så måste en plats i ITOK kosta drygt 2,3 MKr för att inte vara en bra affär. Detta är närmare 30 gånger de 80 000 Kr vi räknade per årsplats.

14.6.3 Produktionsvärdet och de finansiella effekterna på kort och lång sikt

Rehabiliteringsprojekt som avser att få klienter att gå från arbetslöshet till egen försörjning är självklart ekonomiskt intressanta. Dessa ekonomiska effekter utgörs framför allt av produktionsvärdet och de finansiella effekter som uppstår när man får en lön istället för att få sitt uppehälle från försörjningsstödet och/eller socialförsäkringssystemet.

Produktionsvärde, är det värde som produceras när en person arbetar. Vi brukar anta att detta kan uppskattas som summan av vad personen, som anställd, kostar en arbetsgivare. Detta utgörs av lönen plus lönekostnadspåslag som framför allt går till socialförsäkringssystemet. Vi sätter vanligtvis lönekostnadspåslaget till 35 % av lönen. Det innebär att en person som har en månadslön på 16 000 Kr, vilket ger en årslön på 192 000 Kr, har ett årligt produktionsvärde på 259 200 Kr.

Om vi antar att man uppehåller sitt arbete under lång tid så kan man räkna samman dessa värden. Omräknat till dagens penningvärde (4% diskonteringsränta) får vi följande belopp:

Tabell 14.7 Ackumulerade produktionsvärde – månadslön 16 000 Kr och 4% diskontering

	Antal år					
	1 år	5 år	10 år	15 år	20 år	25 år
Produktionsvärde	259 200	1 200 069	2 186 438	2 997 161	3 663 517	4 211 213

Över 25 år bidrar en person med denna månadslön med drygt 4 MKr i produktionsvärde, dvs. man producerar varor och tjänster som andra tycker är värda minst så mycket. Det är en s.k. real intäkt av arbetet. Detta innebär att frånvaron av detta produktionsvärde kan ses som en real kostnad för utanförskapet.

När man inte arbetar så finns det försörjningssystem som tar vid t.ex. ersättning vid arbetslöshet eller sjukdom eller kombinationer av dessa, samt kommunens försörjningsstöd.

Storleken på ersättningen brukar vi kalkylmässigt sätta till 80% av lönen på 16 000 Kr, vilket på årsbasis innebär 153 600 Kr.

När man går mellan dessa försörjningssätt uppstår *Finansiella effekter* av olika slag. Om vi antar att man betalar kommunal och landstingsskatt på ersättningsbeloppet så består de finansiella kostnaderna av:

- kostnaden för ersättningen i sig
- den uteblivna inbetalningen till socialförsäkringssystemet
- differensen i skatteinbetalningar till följd av skillnaderna mellan ersättning och lön.

Tabellen nedan visar de finansiella kostnaderna av att gå från egen försörjning till ersättning från trygghetssystemen, som här antas vara skattepliktig ersättning.

Tabell 14.8 Årliga finansiella kostnader för frånvaron av egen försörjning

	Finansiell kostnad
Ersättningen i sig	153 600
Bidrag socförsäkring	67 200
Kommunalskatt	7 680
Landstingsskatt	3 840
Moms	5 376
Summa	237 696

Ersättningen i sig och det uteblivna lönekostnadspåslaget, som är bidraget till socialförsäkringssystemet, räknas brutto. Kommunal och landstingsskatt respektive Moms räknas däremot netto, dvs. här redovisas skillnaden i skatteinbetalning mellan vad man skulle betalat in med den högre egna inkomsten jämfört med den lägre ersättningen.

Totalt sett är de årliga finansiella kostnaderna knappt 238 000 Kr. Om detta gäller över en längre tid så ackumuleras dessa kostnader till ansenliga belopp. I tabellen nedan har vi räknat fram några exempel på hur dessa kostnader ackumuleras. Samtliga belopp efter det första året har diskonterats med 4 % ränta.

Tabell 14.9 Ackumulerade finansiella kostnader för frånvaron av egen försörjning – 4% diskontering

	Antal år					
	1 år	5 år	10 år	15 år	20 år	25 år
Finansiella kostnader	237 696	1 100 508	2 005 045	2 748 508	3 359 581	3 861 838

Vi ser att dessa finansiella kostnader efter 10 år har blivit drygt 2 MKr. Tillsammans står de arbetsrelaterade reala och finansiella kostnaderna för utanförskapet efter 10 år på drygt 4 MKr. Ju längre tid man är utanför, desto större blir dessa förluster. I genomsnitt måste kostnader och intäkter gå ihop över en persons livstid.

Vi går med förlust i vissa perioder och med överskott i andra. Låt oss måla en enkel bild kring livstidskalkylen och hur utanförskap och försök att bryta detta påverkar livskalkylen och därmed den samhällsekonomiska ekvationen. Observera att detta endast är ett mycket förenklat räkneexempel.

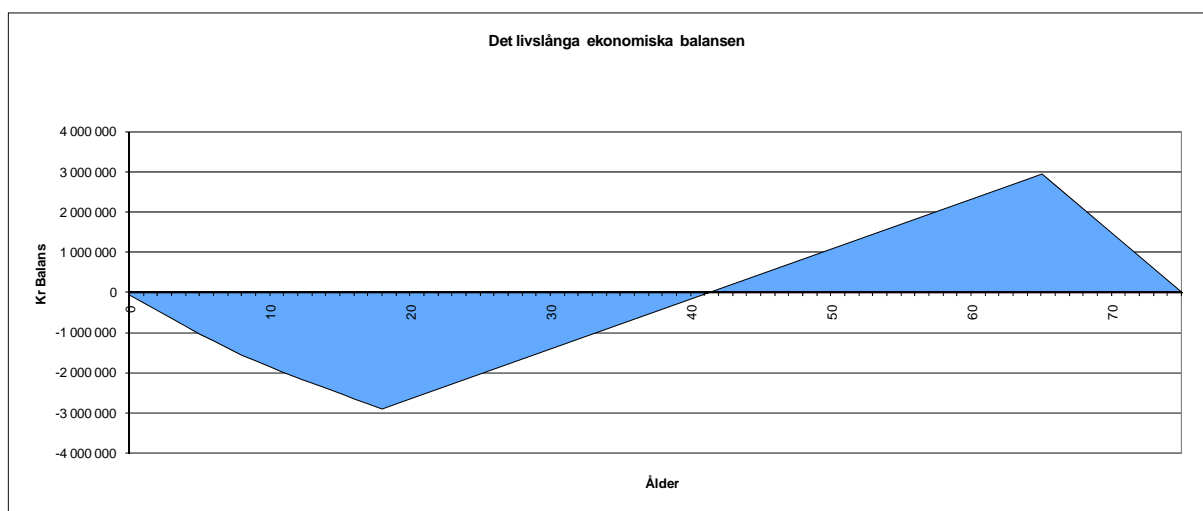
14.6.4 Livskalkylen och utanförskapet

I diagrammet nedan har vi för de första 18 levnadsåren lagt in en ungefärlig uppskattning av de kostnader vi var och en drar på oss, såväl för samhället som för familjen, i form av barnomsorg, skola, fritids, sjukvård, kläder, mat etc.

Vi tänker oss att vi börjar arbeta vid 19 års ålder och därmed börjar betalar tillbaka de första 18 årens upplupna underskott. Vi arbetar på och betalar skatter och avgifter till socialförsäkringssystemet. Någonstans i 50-årsåldern har vi betat av underskottet och står återigen på 0.

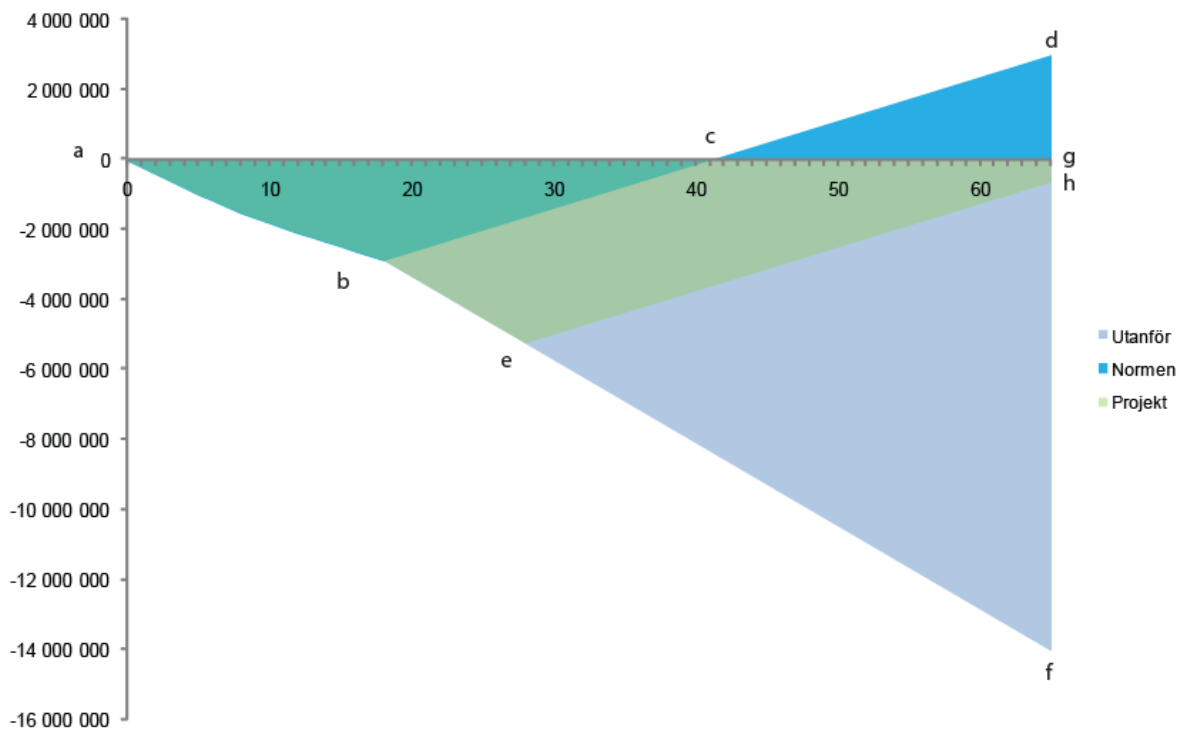
Därifrån, fram till pensionsåldern (65) bygger vi upp ett överskott som vi lever av de sista 10 åren.

Diagram 14.4 Principiell ekonomisk livskalkyl- räkneexempel



Vi kallar denna bana för normen och lägger in två banor som i stället innebär ett utanförskap med de finansiella (mer-) kostnader som vi räknade fram ovan. Det årliga tillskottet i kostnader är således de minskade finansiella intäkter som frånvaron av ett arbete innebär. I stället för att bidra till försörjningssystemen försörjs vi av det. Vårt bidrag till statens, landstingens och kommunernas budget blir lägre än vad det skulle blivit.

Vi har försökt illustrerat det i följande diagram. Här är arean a-b-c-d-g samma utveckling som i diagrammet ovan, dvs. den i någon mening normala finansiella livsbalansen fram till 65 års ålder.

Diagram 14.5 Principiell ekonomisk livskalkyl- ytterligare räkneexempel

Ett mer permanent utanförskap (från arbetsmarknaden) ger ytan a-b-e-f-g fram till 65 års ålder, dvs. skulden fortsätter att ackumuleras från ca 3 MKr vid 18 års ålder till 14 Mk. Vid samma tidpunkt har ”normen” lyckats amortera av de 3 MKr och i stället byggt upp ett överskott på 3 MKr. Finansiellt ser vi således en skillnad på 17 MKr mellan dessa karriärer.

Vi har även lagt in en karriär som börjar med 10 år i utanförskap. Efter detta, t.ex. via ITOK, kommer personen in på arbetsmarknaden. Han/hon börjar då amortera av det finansiella underskottet, dvs. de första 3 MKr upp till 18, plus de ytterligare ca 2,1 MKr som ackumulerats under de följande 10 åren. Detta beskrivs av arean a-b-e-h-g.

I tabellen har vi ställt samman den finansiella balansen vid några tidpunkter längs livsbanan, för de tre karriärerna.

Tabell 14.10 Skillnader i individuell finansiell ekonomisk balans – några räkneexempel

	Ålder			
	30 år	40 år	50 år	65 år
Norm	-1 403 229	-155 229	1 092 771	2 964 771
Utanför 19-29	-5 028 189	-3 780 189	-2 532 189	-660 189
Utanför 19-60	-5 753 181	-8 130 141	-10 507 101	-14 072 541

Tabellen illustrerar problemen med att använda normen som referenspunkt för rehabiliteringsprojekt. Utanförskapet bygger upp finansiella underskott. Om framgångskriteriet är att rehabiliteringen skall leda till att man hamnar på samma livssaldo som normen innebär det i princip en omöjlig uppgift. Med antagandet om samma lönenivå hamnar man på ett underskott på ca 3,6 MKr vid 65 års ålder.

Om vi istället använder ett fortsatt utanförskap som referenspunkt så tolkar vi saldot vid 65 års ålder som en vinst på drygt 13 Mkr. Samma siffror, olika perspektiv och helt olika slutsatser.

(Åter-)inträdet på arbetsmarknaden för naturligtvis med sig såväl reala som finansiella effekter. I det här exemplet har vi enbart berört en del av de finansiella i form av försörjningen, bidraget till socialförsäkringssystemet samt nettoeffekter på kommunal och landstingsskatt. Till detta skulle vi egentligen lägga alla de externa kostnader vi räknat fram tidigare (inom landstinget, kriminalvården etc.) samt produktionsförlusterna i sig. Slutsatserna blir desamma men storleksordningarna på skillnaderna mellan de tre karriärerna blir mycket annorlunda.

14.6.5 Finansiering och investering

Låt oss så avslutningsvis se på de SocioEkonomiska effekterna ur de inblandade aktörernas perspektiv på kort och lång sikt. Vi jämföra enbart externa intäkter, i form av uteblivna kostnader, med interna kostnader.

I tabellerna nedan kommer såväl de externa intäkterna, dvs. uteblivna kostnader, som interna kostnaderna på projektet tillbaka. Vi bortser således från det produktionsvärde som tillkommer för de i projektet som tar sig in på arbetsmarknaden samt de finansiella effekter som följer av detta.

Tabell 14.11 Årliga externa intäkter – grupp och individ

	Grupp	Individ
Allmänhet/Försb.	41 682 667	969 364
Rättsväsende	17 456 554	405 966
Landsting	2 746 233	63 866
Övrigt	37 432 350	870 520
<i>Summa</i>	<i>99 317 804</i>	<i>2 309 716</i>

Vi kan återigen konstatera att projektet är mycket lönsamt sett såväl ur samhällets synvinkel totalt, som för de flesta av aktörerna. Landstinget, som den störste finansören går emellertid med ett mindre underskott per årsplats. Underskottet är marginellt – varje krona man satsar ger 97 öre tillbaka i uteblivna kostnader. Uttryckt i dagar når man break-even på en årsplats först 10 dagar in på nästa år.

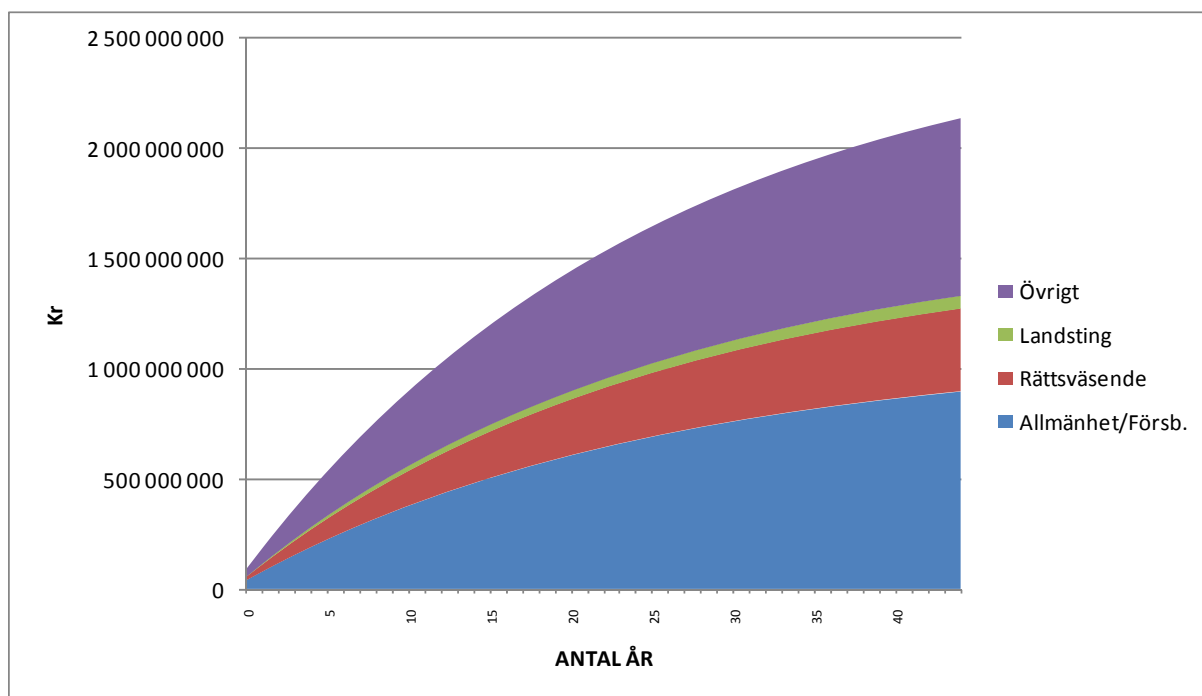
Tabell 14.12 Årliga interna kostnader per finansör – årskostnad och per årsplats

	Årskostnad	Årsplats
Landstinget	2 819 600	65 572
Kriminalvården	640 000	14 884
<i>Summa</i>	<i>3 459 600</i>	<i>80 456</i>

Tanken med ITOK är naturligtvis att de personer som får ordning på sitt liv via projektet, skall fortsätta på den inslagna vägen. Det innebär att de årliga uteblivna kostnaderna fortsätter att utebli, dvs. att de årliga externa intäkterna upprepas under lång tid framöver. I diagrammet och tabellerna nedan har vi räknat fram värdet av dessa årliga externa intäkter ackumulerat över, som mest, 45 år. Beräkningen är gjord med 4 % diskonteringsränta så att framtida

intäkter värderas med dagens ögon. En krona i morgon är således något mindre värd än en krona i dag.

Diagram 14.6 Ackumulerade externa intäkter för gruppen per finanssär – 4% diskonto



För hela gruppen ser vi att man på 5 år har ackumulerat knappt 460 MKr och passerar 1 Miljard Kr någonstans mellan 10-15 år.

Tabell 14.13 Ackumulerade externa intäkter för gruppen per finanssär – 4% diskonto

	1 år	5 år	10 år	15 år	25 år	45 år
Allmänhet/Förseb.	41 682 667	192 986 379	351 607 116	481 981 799	677 216 749	898 213 169
Rättsväsende	17 456 554	80 822 017	147 251 823	201 852 282	283 615 992	376 168 515
Landsting	2 746 233	12 714 773	23 165 389	31 755 034	44 617 952	59 178 146
Övrigt	37 432 350	173 307 860	315 754 287	432 834 867	608 162 014	806 623 774
Summa	99 317 804	459 831 028	837 778 615	1 148 423 981	1 613 612 707	2 140 183 604

Om vi ser ITOK som en investering för landstinget, och gruppen håller sig på banan i 10 år, så innebär det för landstinget att projektkostnaden på 2,8 MKr ger en potentiell intäkt på 23 MKr.

Tabell 14.14 Ackumulerade externa intäkter för genomsnittsklienten per finanssär – 4% diskonto

	1 år	5 år	10 år	15 år	25 år	45 år
Allmänhet/Förseb.	969 364	4 488 055	8 176 910	11 208 879	15 749 227	20 888 678
Rättsväsende	405 966	1 879 582	3 424 461	4 694 239	6 595 721	8 748 105
Landsting	63 866	295 692	538 730	738 489	1 037 627	1 376 236
Övrigt	870 520	4 030 415	7 343 123	10 065 927	14 143 303	18 758 692
Summa	2 309 716	10 693 745	19 483 224	26 707 534	37 525 877	49 771 712

Varje satsad krona ger således drygt 8 Kr tillbaka till Landstinget. Ur samhällsynpunkt ger varje satsad krona nästan 240 Kr tillbaka på 10 års sikt.

14.7 Slutsatser kring socioekonomiska effekter

Låt oss sammanfatta den socioekonomiska diskussionen på följande vis

- En socioekonomisk analys handlar om att fånga de breda och långsiktiga effekterna av en viss verksamhet, i detta fall rehabilitering av missbrukare med ett opiatberoende. Effekter som normalt sett inte är synliga i verksamhetens ordinarie redovisning.
- Missbrukaren i allmänhet förorsakar en samhällskostnad på mellan 500 000 Kr och 2000 000 Kr per år. Variationerna beror på drog och kön. Billigast är den kvinnliga alkoholmissbrukaren. Dyrast är den manlige opiatmissbrukaren.
- Resultaten i denna studie är baserad på en kombination av vissa registerdata för projektdeltagare under första året samt data från tidigare studier.
- Undersökningsgruppen i studien är 43 personer med en omfattande, sammansatt och svår problematik. I genomsnitt har man 15 fängelse domar bakom sig. Man är storkonsument av olika offentliga insatser - inte minst sjukvård som tycks accelerera innan projektinträdet.
- Klienterna i denna studie har mellan 5 och 35 domar bakom sig då man kommer in i projektet. Man har en brotthistoria som varierar mellan 5 och 29 år. Vi kan urskilja flera olika grupper: personer med mycket lång kriminell historia men med många korta straff, personer med en kort brottslig historia men fortfarande med korta strafftider och personer med en lång brotthistoria med mycket långa strafftider.
- Då man ska studera de ekonomiska effekterna av detta är det viktigt att vara medveten om att variationerna över tid kan vara betydande och att korta tidsserier tenderar att ge missvisande resultat.
- Målgruppens konsumtion av slutenvård inom landstinget ökar över tid, vilket bekräftar resultat från tidigare studier vi gjort. De ligger dessutom på en betydligt högre nivå än vad tidigare studier visat. För gruppen ligger antalet öppenvårdstillfällen på drygt 50 per år och slutenvården på drygt 8 dagar per år, åren innan projektet.
- Man har i genomsnitt dömts till 4 månader fängelse per år under de senaste 13 åren. Männerna något mer, kvinnorna något mindre. Antalet domar har varit konstant under perioden (cirka 1 per år), men antalet brott per dom ser ut att öka för männen över tiden. Den senaste treårsperioden ligger de på knappt 7.
- Öppenvårdskonsumtionen ser ut att öka med stigande ålder medan slutenvårdskonsumtionen faller efter 45 års ålder.
- Antalet brott och domar ökar för målgruppen upp till 45 års ålder för att därefter avta.
- De klienter som kom in i ITOK under projektets första kvartal var också de med högst vårdkonsumtion. Ett likartat mönster råder också för den brottsliga belastningen.
- Personerna i projektet har en vårdkonsumtion som tenderar att minska ju mer man sitter i fängelse.
- De personer som har hög öppenvårdskonsumtion tenderar också att vara de som har hög slutenvårdskonsumtion. Det finns alltså en komplementaritet mellan dessa vårdformer.
- ITOK har en årlig totalbudget på cirka 3,5 Mkr. Kalkylerna är baserade på 43 klienter och en genomströmningstakt på 18 månader. Med detta som grund kostar en vårdepisod i ITOK 120 000 Kr och en årsplats cirka 80 000 Kr. Detta kan jämföras

med en årsplats på ett behandlingshem som kan kosta mellan 500 000 Kr och 800 000 Kr.

- De årliga samhällskostnaderna för målgruppen under dess aktiva missbruk, om vi endast medräknar vårdkonsumtion och effekterna av kriminalitet, uppgår till cirka 980 000 Kr för kvinnor och 1 500 000 Kr för män. Variationerna är betydande och spänner på årsbasis från 20 000 Kr upp till 3 700 000 Kr.
- Om vi dessutom räknar in alla andra samhällskostnader så uppgår de genomsnittliga årliga samhällskostnaderna för män i studien till cirka 2,4 MKr vilket är ett högre värde än vi funnit i tidigare studier av heroinmissbrukare. För kvinnorna är motsvarande årskostnad cirka 1,7 MKr vilket är något lägre än i tidigare studier. Skillnaderna mellan kön beror främst på skillnader i kriminalitet.
- Den genomsnittliga årliga samhällskostnaden för en klient i projektet under dennes aktiva missbruksfas uppgår till cirka 2,3 Mkr. Av det drabbas rättsväsendet med 400 000 Kr och landstinget med cirka 64 000 Kr
- Kostnaden för en årsplats i ITOK uppgår till cirka 80 000 Kr. Kostnaden för 28 årsplatser motsvarar årskostnaderna för en missbrukare i aktiv missbruksfas.
- Om vi, med utgångspunkt i våra tidigare studier, jämför ITOK som projekt med metadonbehandlingen i stort, och trots att mycket kort tid förflutit sedan projektstart, ser vi tre saker. För det första att ITOK har en målgrupp som är mer belastad än metadonbehandling i stort, för det andra att man förefaller att snabbare och i större omfattning få klienter in i arbete och andra aktivt rehabiliterande insatser och för det tredje att ITOK-behandlingen är något billigare per klient än metadoninsatsen. Eftersom lönsamheten för metadonprojektet var sådan att varje satsad offentlig krona gav en avkastning på 18 Kr förefaller det vara rimligt att dra slutsatsen att varje satsad ITOK-krona kan ge en avkastning på 20 gånger insatsen.
- Till detta kommer det samhälleliga produktionsvärde som uppstår då före detta missbrukare återgår till arbetslivet. Varje arbetsår skapar ett samhälleligt mervärde som minst kan uppskattas till cirka 260 000 Kr, eller cirka 4,2 Mkr för varje klient i ITOK som till följd av behandlingen kommer att arbeta de resterande cirka 45 åren fram till pension. 6 månader efter projektstart var tre av projektets deltagare i någon form av arbete.
- Till detta kommer att den före detta missbrukaren varje arbetat år bidrar till socialförsäkringssystemet med cirka 67 000 Kr och andra ökade skatteintäkter med sammanlagt cirka 17 000 Kr. Totalt cirka 84 000 Kr per person på årsbasis. Utöver de minskade kostnaderna för försörjningen i sig på drygt 150 000 Kr om året.

15. AVSLUTANDE ORD OM SAMVERKAN, REHABILITERING, MISSBRUK OCH FRAMTIDEN

Denna studie har för vår del än en gång visat hur kostsamt utanförskapet är i samhället. Den har också visat att ju längre utanförskapet varar desto mer fördjupas det, desto mer kostar det och desto svårare är det att bryta. Utanförskapets kostnader har en tendens att accelerera.

Studien visar också att det finns kunskap om dessa kostnader i våra olika offentliga uppföljningssystem. Kunskaper som är värdefulla att få tag på, sammanställa och analysera om man ska kunna anlägga ett meningsfullt socialt investeringsperspektiv på det komplexa begreppet rehabilitering i allmänhet och av missbrukare i synnerhet

Vi tror att det vore värdefullt att metodologiskt gå vidare med att för denna typ av socioekonomiska analyser för att på ett bättre och djupare sätt förstå rehabiliteringens ekonomi och potentiella lönsamhet. Vi har här visat att det finns synsätt och metoder som fungerar. Nu handlar det bara om tid och vilja att satsa resurser för att komma vidare och applicera detta synsätt i de berörda organisationernas rutinmässiga ekonomistyrning och uppföljning

Studien visar också att det finns kunskap om hur man bygger upp samverkan kring personer med en kriminell och missbrukande historia. Det finns i ITOK lärdomar väl, värda att ta tillvara då framtidens rehabiliteringsstrukturer ska byggas i samspel mellan kriminalvård, beroendevård och socialtjänst. ITOK är en väl fungerande rollmodell väl värd att lära sig av.

Det har varit både deprimerande och uppmuntrande att göra denna studie. Uppmuntrande därför att i ITOK finns ett fungerande koncept som både är bra för de personer som berörs och bra för samhällsekonomin. Deprimerande därför att denna kunskap ännu i så begränsad omfattning tagits tillvara

Vårt hopp inför framtiden är att kloka chefer inom de här tre berörda myndigheter beslutar sig för med utgångspunkt i dessa positiva erfarenheter gå vidare i samma riktning och utveckla både de metoder som finns inom ITOK och använda sig av det socioekonomiska synsätt vi här presenterat.

16. REFERENSER

16.1 Analys av samverkan, samhällsekonomi och rehabilitering

16.1.1 Andras studier inom detta fält

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

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

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

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

Tänk långsiktigt, Socialstyrelsen, Skolverket & Folkhälsoinstitutet, 2004

16.1.2 Egna studier inom detta fält

Lundmark & Nilsson (2000), *Projekt 531 – rehabiliteringssamverkan i norra Botkyrka*. OFUS.

Lundmark & Nilsson (2001), *Ingen dans på rosor, utvärdering av Krut-projektet i Södertälje*. OFUS.

Lundmark & Nilsson (2001), *Stacken – en rehabiliteringssamverkan i Nynäshamn*. OFUS.

Lundmark & Nilsson (2002), *Visst gör det ont, Utvärdering av Startpunkten i Örnsköldsvik*. OFUS,

Lundmark & Nilsson (2003), *Rehabiliterande synsätt i samverkansarbetet*. OFUS & KRUT.

Lundmark & Nilsson (2003), *Strategisk och operativ ledning av samverkan.*,

Lundmark & Nilsson (2007), *Mogna organisationer- mogna ledare*, OFUS & KRUT.

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

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

- Nilsson (1998), Vi byggde nätverk – om psykiatrireformens genomförande i Södertälje. SEE,
- Nilsson (2000), *Svempa Johansson, missbrukare eller företagare, en analys av de samhällsekonomiska konsekvenserna av arbetskooperativet Basta*. OFUS, ,
- Nilsson (1995-2005), *Strategier för samverkan*. OFUS, samt Nacka och Örnsköldsviks kommuner.
- Nilsson (2005), *Telge Rent, sjukfrånvaron och ledarskapet*. OFUS,.
- Nilsson (2003 & 2006), *Personligt ombud i Mellansverige – ombudens arbete & råd inför framtiden*. Länsstyrelsen i Västmanland.
- Nilsson (2006), *Södermalms Beroende Team, rehabiliteringssamverkan kring missbrukare på Södermalm*. OFUS.
- Nilsson (2008), *Från passivt försörjd till aktivt arbetande – ett SocioEkonomiskt perspektiv på försörjningsstödet i Södertälje Kommun*. OFUS & Södertälje Kommun.
- Nilsson (2008), *Den osynliga lönsamheten – ett socioekonomiskt perspektiv på tullens brottsbekämpning*. SEE.
- Nilsson, Svedin & Wadeskog, *Rehabilitering av missbrukare – en ekonomisk analys*, 1986, SEE & Stockholms Stad
- Nilsson & Wadeskog (1979), *Det blir för dyrt – en studie av missbrukets samhällsekonomiska kostnader*. SEE & Statens Ungdomsråd.
- Nilsson & Wadeskog (1996), *Vårdkedjor, samverkan och ekonomi – fallet stroke och äldre personer*. SEE & Nacka Kommun.
- Nilsson & Wadeskog (1998), *Vårdkedjor, psykiatrireformen och ekonomin – fallet Södertälje*. SEE & Södertälje Kommun.
- Nilsson & Wadeskog (1999), *Rutger Engström – missbrukare eller psykiskt sjuk*. Socialstyrelsen & SEE.
- Nilsson & Wadeskog (1999), *Ju fler kockar desto bättre soppa – om att samverka kring psykiatrireformens klienter*. Socialstyrelsen & SEE.
- Nilsson & Wadeskog (2003), *Carina Persson, en studie av fetmans samhällsekonomiska konsekvenser*. SEE & Landstinget i Dalarna.
- Nilsson & Wadeskog (2004), *Ett socialt investeringsperspektiv*. SEE & Socialstyrelsen.
- Nilsson & Wadeskog (2005), *Resten av bilden – SocioEkonomiska bokslut som en metod att värdera sociala företag*. SEE.
- Nilsson & Wadeskog (2006), *Det lönar sig – ekonomisk utvärdering av personligt ombud för psykiskt funktionshindrade*. Socialstyrelsen & SEE.
- Nilsson & Wadeskog (2006), *Bättre träffbild ger högre effektivitet, ekonomisk utvärdering av PO-reformen i Västmanland*. Länsstyrelsen i Västmanland & OFUS.

Nilsson & Wadeskog (2006), *Det sociala företaget och samhället – SocioEkonomiska bokslut för Basta och VägenUt!*, NUTEK & SEE.

Nilsson & Wadeskog (2007), *Billigare och bättre – SocioEkonomiska bokslut för de sociala arbetskooperativen KOS & Briggen*. SEE & Europeiska socialfonden.

Nilsson & Wadeskog (2007), *Skräddarsydd rehabilitering – en lönsam historia. Utvärdering av rehabprojektet Gemet i Karlstad..*SEE.

Nilsson & Wadeskog (2008), *Utvärdering av rehabprojektet Livlinan i Österåker*. SEE.

Nilsson & Wadeskog (2008), *Utvärdering av Metadonprogrammet i Stockholm*. SEE & MOB.

Nilsson & Wadeskog (2008), *Utvärdering av subutexbehandling i kombination med psykoterapi i Stockholm*. SEE & MOB.

Nilsson & Wadeskog (2008), *Fyra räknasätt och ett bokslut, handbok i SocioEkonomiska bokslut*. SEE & NUTEK.

Nilsson & Wadeskog (2008), *Det är bättre att stämma i bäcken än i ån – ett socioekonomiskt perspektiv på prevention kring barn och unga*. SEE & SKANDIA.

16.2 Samhällsekonomisk analys

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Layard R, Ed. (1972) *Cost-Benefit Analysis – selected readings*, Penguin Education, Harmondsworth
- Layard, R & Glaister, S *Cost-Benefit Analysis 2:nd ed*, (1994). Cambridge University Press, Cambridge
- Lesourne J (1975) *Cost-Benefit Analysis and Economic Theory*, North-Holland, Amsterdam
- Mattsson B (1988) *Cost-benefitkalkyler*, Esselte Studium, Göteborg
- Mishan, E.J (1971) *Cost-Benefit Analysis*, George Allen & Unwin, London
- Nas, T (1996) *Cost-Benefit Analysis : Theory and Application*, Sage, Newbury Park
- Pearce D (1971) *Cost-Benefit Analysis*, Macmillan Press, London
- Ray, A (1984) *Cost-Benefit Analysis – issues and methodologies*, World Bank, Johns Hopkins Press, Baltimore
- Söderbaum P (1973) *Positionsanalys vid beslutsfattande och planering – Ekonomisk analys på tvärvetenskaplig grund*, Scandinavian University Books, Uppsala