Kriminalvården

Bättre sent än aldrig

Utvärdering av ADHD-projektet på Norrtäljeanstalten



Tryckning: Kriminalvården, Huvudkontorets reprocentral

Ytterligare exemplar beställs från:

Kriminalvården
Huvudkontoret
Förlaget
601 80 Norrköping

Faxnr: 011-496 35 17
Hemsida: www.kriminalvarden.se

Beställningsnummer: 4705
ISBN 91-85187-49-6

Bättre sent än aldrig

Utvärdering av ADHD-projektet på Norrtäljeanstalten

Ingvar Nilsson (i.nilsson@seab.se)

Eva Nilsson Lundmark (eva.lundmark@krutab.se)

2010-02-15

1. sammanfattning 5
1.1 ADHD-projektet – de två benens strategi 5
1.2 Effekter 6
1.2.1 Tydliga positiva effekter på klienterna 6
1.2.2 Stora socioekonomiska vinster 6
1.3 Ett väl fungerande samverkansprojekt – ett skolboksexempel 7
1.4 Svårigheterna ligger efter projekttiden 7
1.5 Framgångsfaktorer och recept för framtiden 7
1.6 Slutreflektion 8
2. BAKGRUND 9
2.1 Inledning 9
2.2 Syfte 9
2.3 Avgränsningar 9
3. Analysmodell i stort 11
3.1 Datainsamling 12
3.1.1 Dokument 12
3.1.2 Intervjuer 12
4. Beskrivning av projektet i stort 13
4.1 Översikt 13
4.1.1 Bakgrund 13
4.1.2 Målgruppen och kriminalvården 14
4.1.3 Den typiske klienten 15
4.1.4 Projektet i stort – struktur och metod 16
4.1.5 Intressenterna 17
4.1.6 Skepsis och motstånd 18
4.2 Den medicinska delen av projektet 19
4.2.1 Processen i stort 19
4.2.2 Målgruppen och läkemedelsförskrivning 20

4.3 Kriminalvårdsdelen ... 21
4.3.1 Verkställighetsplaneringen ... 21
4.3.2 Avdelningen ... 22
4.3.3 Lärcentrum och yrkesutbildning ... 23
4.4 Personalens bild ... 24
4.5 De intagnas bild ... 25
4.6 Ledningen ... 25
4.7 Samverkansarenan ... 26
4.7.1 Den intagne och dennes situation ... 26
4.7.2 Aktörerna och deras samspel ... 27
4.7.3 Efter projekttiden – en arena för Svarte-Petterspel ... 28
4.8 Något om effekter ... 31
5. Analys av projektet ... 33
5.1 Styrkor och framgångsfaktorer ... 33
5.1.1 Styrkor i punktform ... 33
5.2 Förbättringsområden ... 34
5.2.1 Några förbättringsområden i punktform ... 34
5.2.2 Projektet i ett större sammanhang ... 35
5.3 Att kunna tillämpa modellen på andra ställen i framtiden ... 37
5.3.1 Att hantera akilleshälarna ... 37
5.3.2 Att bygga en yttre strategisk ledningsstruktur ... 38
5.3.3 Den operativa samverkansledningen ... 39
5.3.4 Att bygga en inre struktur kring klienten - casemanagementmodellen ... 39
5.3.5 Att förankra ... 40
6. En enkel socioekonomisk analys ... 41
6.1 Inledning ... 41
6.2 Projektets kostnader ... 42
6.3 Vad händer utan projektet ... 44

6.4 Tänkbara socioekonomiska effekter av projektet 46

6.5 En socioekonomisk investeringskalkyl inför framtiden 47

6.6 Känslighetsanalys 49

6.6.1 Effekterna av ett dåligt resultat 49

6.6.2 Effekterna av ett ordentligt misslyckande 50

6.7 ADHD-projektet som en socioekonomisk investering 50

7. Slutord 52

8. Referenser 53

1. SAMMANFATTNING

”Jeppe är 33 år gammal. Han har ett stort antal domar bakom sig. Han vistas nu på Norrtäljeanstalten med ett 6 år långt straff. Han har dömts för narkotikabrott, tillgreppsbrott och våldsbrott. Brottsligheten har accelererat över tid. Mellan fängelsevistelserna har han haft betydande kontakter med socialtjänst, beroendevård, psykiatrisk vård och akut somatisk vård. Hos många av dessa aktörer är han känd som en svår, besvärlig, krävande och stundtals hotfull person. Jeppe är normalbegåvad, men har trots detta misslyckats rejält under sin skoltid. Han saknar betyg från grundskolan. Hans utanförskap och asociala beteende inleddes i 6-7 årsåldern” Jeppe har ADHD.

1.1 ADHD-projektet – de två benens strategi

Det finns cirka 7.000 personer intagna på fängelser och häkten i Sverige. Mellan 25% och 45% av dessa beräknas ha ADHD. Det sitter med andra ord mellan 2.000 och 3.000 personer intagna med ett medicinskt obehandlat neuropsykiatriskt funktionshinder som ofta leder till att olika former av kriminalvårdsinsatser blir tämligen ineffektiva.

Norrtäljeprojektet är ett samverkans- och forskningsprojekt mellan Kriminalvården, Stockholms Läns Landsting och Karolinska Institutet... Det pågår under perioden 2006-2010 och riktar sig mot 30 klienter med långvariga straff och diagnostiserad ADHD. Projektet kommer att följas upp med en medicinisk utvärdering 1 och 3 år efter avslutad studie.

Vi har på uppdrag av kriminalvården utvärderat projektets effekter på verksamhet och klienter samt ur ett socioekonomiskt perspektiv med syfte att dra slutsatser inför framtida projekt av likartat slag inom kriminalvården.



Projektet består av två delar, en medicinsk del och en kriminalvårdsdel. I den första delen handlar det om att utreda, diagnostisera, samt undersöka effekten av läkemedelsbehandling mot ADHD i kombination med psykosociala insatser. Denna del inleds med en dubbelblind fas om 5 veckor, där hälften av deltagarna slumpas till att få ”sockerpiller” och andra hälften får aktivt läkemedel. Under resterande 47 veckor får alla deltagare aktivt läkemedel. Den totala studietiden är 12 månader för varje intagen. Kriminalvårdsdelen består av psykosociala insatser med bl.a. kriminalvårdens olika beteendeinriktade program och skolverksamhet på den särskilda avdelning där klienterna vistas under

hela eller del av projekttiden. På behandlingsavdelningarna har deltagare sedan kunnat genomgå yrkesinriktad utbildning medan andra har slussats ut till behandlingshem i projektets slutskede. Projektets båda delar är avhängiga av varandra. Den medicinska delen har gjort övriga behandlingsinsatser meningsfulla och effektiva. Och utan den mediciniska delen vore sådana insatser mer eller mindre verkningslösa. Projektet har också syftat till att ta fram lärdomar och erfarenheter från denna typ av utredningsmodell och behandling som gör det möjligt att tillämpa erfarenheterna på andra håll inom kriminalvården.

1.2 Effekter

1.2.1 Tydliga positiva effekter på klienterna

Projektets långsiktiga medicinska effekter kommer att utvärderas i särskild ordning. I denna rapport har vi skapat oss en bild av projektets effekter för intagna, personal samt för arbetet på anstalten. Rent allmänt sett tycks mycket stora positiva förändringar ha inträffat.

Klienter som tidigare regelbundet hamnat i bråk, utövat våld, blivit utsatta för våld, hamnar inte längre i dessa situationer. Man har ringa eller inga inslag av sjukskrivning eller arbetsvägran.

De intagna deltar med framgång (de allra flesta för första gången) i olika utbildningsprogram. Personalen i kunskapscentret och på avdelningen beskriver en delvis ny värld. ADHD-avdelningen har inte haft ett enda positivt drogtest sedan projektstarten.

1.2.2 Stora socioekonomiska vinster

Vi har översiktligt och i förenklade termer utvärderat projektet ur ett socioekonomiskt perspektiv.

* projektet kostar högt räknat cirka 3 Mkr per år att driva eller cirka 100.000 per klient. De 30 klienterna i projektet kostar samhället årligen cirka 58 Mkr eller 20 gånger mer än projektet som följd av sin kriminalitet, missbruk och utanförskap om de inte rehabiliteras.

* de långsiktiga kostnaderna för målgruppens utanförskap om de fortsätter sin kriminalitet, missbruk och annat utanförskap i 20 år uppgår till cirka 820 Mkr eller 275 gånger projektkostnaden. Landstingets andel av den långsiktiga kostnaden för ett fortsatt utanförskap uppgår till cirka 43 Mkr eller drygt 20 gånger kostnaden av att medverka i projektet.

* vid ett antagande om att 10% av de intagna spontanrehabiliteras och 30% rehabiliteras till följd av projektets insatser uppgår samhällsvinsten till 15 Mkr på årsbasis och cirka 250 Mkr på 20 års sikt.

* om man i projektet endast lyckas med att rehabilitera 10% eller 3 st. av klienterna uppgår samhällsvinsten första året till knappt 3 Mkr och vinsten på 20 års sikt till drygt 80 Mkr.

* om man i projektet misslyckas dramatiskt och den enda effekten blir att en enda av klienterna under 4 års tid bryter med sitt utanförskap och därefter återgår till sin kriminella och missbrukande livsstil räcker detta för att man socioekonomiskt ska passera break even – projektets kostnader är betalda.

1.3 Ett väl fungerande samverkansprojekt – ett skolboksexempel

Vi som gjort denna utvärdering har de senaste 20 åren följt, stöttat, deltagit i eller utvärderat mellan 150 och 200 olika samverkansprojekt. Utifrån denna referensram är Norrtälje - projektet lite av ett skolboksexempel.

Man har hittat ett samspel mellan kriminalvård och sjukvård som fungerar utomordentligt väl. De deltagande parterna beskriver varandra **ömsesidigt som öppna, prestigefria, positiva och lösningsfokuserade.** Projektet bygger på en välgenomtänkt **värdegrund** och man har en **ledningsstruktur** som fungerar väl, trots en del personskiften och vakanser på nyckelpositioner. Projektet är **väl förankrat** och har högsta ledningens uttalade och aktiva stöd inom kriminalvården vilket förefaller vara betydelsefullt. De **personer** som arbetar inom projektet är valda och rekryterade med medvetenhet utifrån inte bara **professionella utan också personliga kompetenser och kvalifikationer.**

1.4 Svårigheterna ligger efter projekttiden

Den egentliga svagheten i projektet, ligger inte i projektet utan efter projekttiden. Då de intagna ska friges eller komma till annan anstalt förutsätter fortsatt framgång att man dels lyckas etablera kontakt med aktuell socialtjänst men kanske än mer att den medicinska behandlingen kan fortsätta. Detta har i flera fall fungerat till följd av stora och personliga ansträngningar från projektets medicinska ledning. Man har hittat individuella lösningar utifrån det egna kontaktnätet inom vården.

Men **i flera fall fungerar detta inte alls**. Detta har för enskilda klienter lett till dramatiska misslyckanden då medicineringen uteblir och det neuropsykiatriska funktionshindrets alla symptom aktiveras på nytt vilket framgår av nedanstående brev från en av projektets deltagare.

> *”Som du vet blev jag av med min medicin efter att jag var på X-anstalten. Direkt efter det att jag blev av med medicinen tog jag ett återfall på amfetamin som varade en helg. Sedan blev det små återfall när jag mådde som värst.... Under tiden som jag var utan medicin gjorde jag en del dumma saker mellan återfallen bland annat 4 misshandlar med hot och två försök till strypning, först min bror och sedan en kamrat...Men också 3 självmordsförsök. På grund av att jag inte orkade med mig själv och inte fick det stöd jag behövde när jag behövde, tog mina impulser över...Som du säkert vet sitter jag på psyk i X-stad p.g.a. psykiskt dåligt mående då jag skurit mig i armen och en fjärde gång försökt ta mitt liv genom strypning och kvävning.”*

Den fråga man som utvärderare ställer sig är; hur kan detta få ske? Vilka strukturella mekanismer skapar en situation som denna och vilket mänskligt lidande och vilka socioekonomiska kostnader ger inte detta upphov till? Och är det inte i huvudsak onödigt? Det helt avgörande för **långsiktig projektframgång** är om man lyckas skapa **en strukturell långsiktig samverkansmodell mellan kriminalvård, landsting och kommuner** kring denna fråga. Just nu förefaller det som om kriminalvården är den drivande parten i denna fråga och kommuner och landsting i en övergripande strukturell mening undviker att ta del i detta.

1.5 Framgångsfaktorer och recept för framtiden

Det finns ett antal tydliga framgångsfaktorer bakom detta projekt;

* den första och kanske viktigaste är att man valt **rätt personer** med rätt kompetens och rätt inställning till samverkan samt ett prestigefritt förhållningssätt. Detta är kanske den mest avgörande faktorn för framgång.

* man har valt en **ledningsmodell och samverkansmodell med delad ledning** eller dubbla kommandon så att man fått insatserna inom sjukvården och kriminalvården att gå i takt med och i samspel med varandra. Man har en tydlig och genomarbetad **struktur och metodik** i arbetet. Den är tydlig, konkret och begriplig.

* man klarar inom anstalten av att täcka **de flesta av de behov** som finns inom de intagnas hela panorama från somatiska frågor, via psykisk ohälsa, de neuropsykiatriska symptomen, de psykosociala insatserna utbildning och yrkesutbildning.

* projektet är **ordentligt förankrat**, främst inom kriminalvården från högsta ledningen som tagit mycket aktiv del i framdrivandet av och stöd till projektets enskilda medarbetare.

Om man ska fullfölja arbetet med denna målgrupp på andra anstalter talar det mesta för att man kan/bör bygga vidare på de erfarenheter som gjorts inom detta projekt. Men det finns också en del viktiga **metoderfarenheter från det s.k. ITOK-projektet** som går att bygga vidare på. Kortfattat bör man alltså skapa en sorts **case management** funktion kring klienten, någon som följer klienten över tid. Dessutom bör man skapa **regionala eller centrala ledningsfunktioner** av samverkansnatur för arbetet kring denna målgrupp där åtminstone kriminalvård, landsting och kommuner aktivt deltar i ledningsarbetet och som lägger mycket ansträngning på att **förankra detta** inom alla berörda myndigheter.

1.6 Slutreflektion

Då man som utvärderare får bilden klar för sig kring denna målgrupp och dess situation kan man inte längre fråga sig om man ska gå vidare utifrån erfarenheterna på Norrtäljeanstalten. Det handlar bara om **hur man ska gå vidare.** Det krävs ingen större fantasi eller inlevelseförmåga för att se att denna grupp av intagna utan den typ av behandling Norrtälje projektet ger, i framtiden kommer att skapa stor otrygghet och stort mänskligt lidande för dem själva, deras offer, deras anhöriga samt allmänheten i stort. Lika tydligt är att de som grupp kommer att skapa betydande socioekonomiska effekter med samhällskostnader i flermiljardklassen. Norrtäljeprojekt anvisar en väg för hur man strukturellt kan bygga upp konkreta projekt. Men för att detta ska fungera långsiktigt och övergripande **krävs ett strukturellt och systematiskt samarbete mellan kriminalvård samt kommuner och landsting.** En väg att gå vore att skapa bindande samarbetsavtal mellan kriminalvård och SKL. En annan väg är ett regeringsingripande för att framtvinga en samverkanslösning.

2. BAKGRUND

2.1 Inledning

På Norrtäljeanstalten genomförs ett projekt med medicinsk behandling av intagna med misstänkt ADHD. Detta projekt utvärderas ur ett medicinskt perspektiv i särskild ordning. Som ett komplement till denna utvärdering har det genomförts en utvärdering av projektet kring effekterna på verksamheten, personal, intagna och olika samarbetspartners. Detta är rapporten från denna utvärdering.

Arbetet har inletts i juni månad 2009 och en preliminär rapport presenterats i december månad. Slutrapport har presenterats i februari 2010. Merparten av intervjuer och annan datainsamling har skett i september - november 2009.

2.2 Syfte

Uppdraget har bestått av tre delar

* en konkret beskrivning av hur arbetet bedrivs idag
* en analys och värdering av styrkor och svagheter i förhållande till de mål som ska uppnås
* förslag till förändring av verksamheten för att den ännu bättre ska kunna uppfylla sina mål

Utvärderingen har fokuserat på vilka faktorer som leder till framgång i projektarbetet och vad som utgör friktioner och hinder för att på så sätt få ett underlag för hur man skulle kunna bygga upp och utveckla ett sådant arbete i framtiden – ett utvecklande perspektiv på utvärderingen. Ett särskilt fokus har varit att belysa hur man får till stånd en väl fungerande samverkan mellan kriminalvård och olika samverkanspartners, kanske främst landstinget.

En särskild infallsvinkel i utvärderingen har varit att göra en principiell och hypotetisk socioekonomisk analys av projektet i exempelform som en sorts illustration av hur man ur detta perspektiv skulle kunna mäta projektets samhällsekonomiska effekter. En sådan socioekonomiskt investeringsanalys har baserat sina grunddata från vår tidigare genomförda ITOK-studie samt metadon- och subutexstudierna. Vi har tittat på effekter på kort och lång sikt, effekternas fördelning mellan olika samhällsaktörer samt ställt detta i relation till vad det kostar att driva projektet idag.

Syftet med denna analys skulle kunna vara dels att utgöra en grund för en socioekonomisk investeringskalkyl inför framtida beslut om liknande projekt och dels att utgöra en konkret grund för kommande utvärdering av detta och andra projekt med stöd av empiriska data.

2.3 Avgränsningar

Några saker av avgränsande natur bör sägas om denna rapport:

* Vi vet att behandling med Metylfenidat kan uppfattas som ovanlig och rent av kontroversiell. Vi tar i denna utvärdering inte ställning till behandlingen som sådan eller jämför den med

andra behandlingsmodeller. Det ingår inte i vår kompetensprofil. Däremot kan vi beskriva några av de effekter som denna behandling leder till för de intagna och berörda grupper av personal, verksamheter och myndigheter.

* Det föreligger inte heller några uppgifter om långsiktiga effekter av verksamheten – projektet är i skrivande stund mitt i sin genomförandefas - varför sådana av naturliga skäl inte kan redovisas.

* Vi har heller inte studerat eller analyserat eventuella negativa spridningseffekter kring läkemedlet som att det kan komma på villovägar, det kan uppstå en svart marknad etc. Det har inte ingått i vårt uppdrag och vi har heller ingen kunskap om detta.

* Vi har i uppdrag att skriva om framgångsfaktorer och svårigheter i projektets genomförande, vilket vi också redovisar. Detta ska såvitt vi förstår bl.a. utgöra underlag för kommande beslut kring likartade insatser. Däremot kommer vi inte att presentera förslag eller manualliknande råd kring hur man skulle kunna bygga upp andra likartade verksamheter trots att vi har betydande erfarenheter att utgå från. Det ryms helt enkelt inte inom ramen för uppdraget.

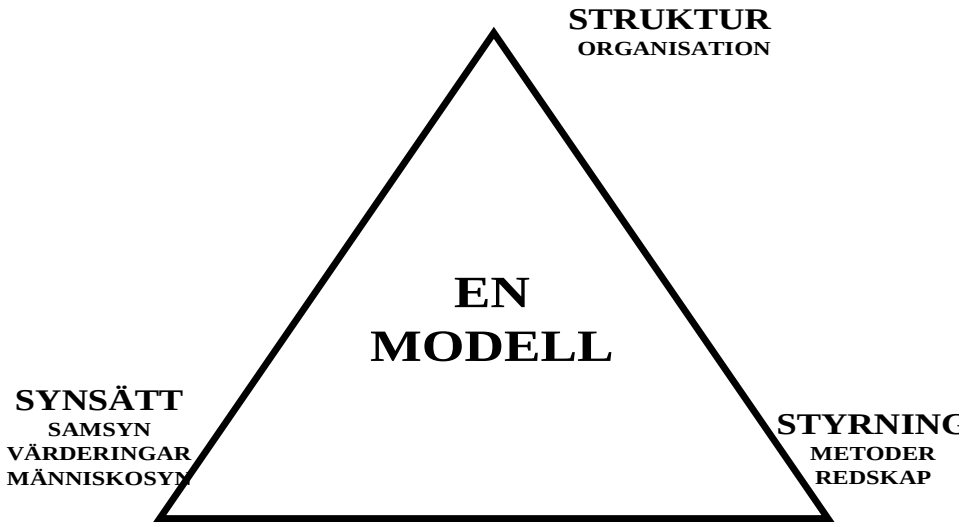
* Den socioekonomiska kalkylen är i stort sett helt baserad på återanvändning av siffror och resultat från tidigare studier varför den i första hand bör ses som ett kvalificerat räkneexempel. Det vi, främst via den medicinska utvärderingen och intervjuer med klienter och personal på Norrtäljeanstalten, fått veta om klienterna ger oss ingen anledning att tro att detta leder till en överdrift av de ekonomiska effekterna. Snarare det motsatta. Vi är tämligen säkra på att konkreta journaldata skulle ge oss anledning att uppvärdera effekterna av projektet. Däremot har det lyft fram vikten av att genomföra en mer seriös studie av detta slag för att på så vis tydliggöra de socioekonomiska effekterna av framgångsrik rehabilitering av denna målgrupp.

3. ANALYSMODELL I STORT

Vi har i ett stort antal sammanhang lärt oss att för att samverkan i rehabiliteringsarbete 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 samverkansarbetet, styr- och uppföljningssystem och en modell för gränsöverskridande ledning.

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

För det tredje måste detta baseras på **gemensam grundsyn och värderingar – en samsyn kring vissa synsättsfrågor**.



Mera i detalj handlar det om att studera

* Vilka arbetsmetoder, arbetsredskap och vilken arbetsprocess arbetar man med i projektet. Hur går det rent konkret till? Vilka personer gör vad och hur ser rollfördelningen ut?

* Vilka synsätt och värderingar ligger till grund för arbete? Hur ser människosyn och klientsyn ut? Vilken syn har man på klienten, på missbruk, hälsa, sjukdom, förmåga till rehabilitering etc.? Här kommer in begrepp som KASAM och empowerment.

* Hur har man rent strukturellt och organisatoriskt byggt upp arbetet kring projektet? Hur ser ledningsförhållanden ut? Vilka samarbetsstrukturer finns? Var och hur tas olika beslut i och kring projektet?

Saknas ett av de tre benen i figuren ovan eller är ett ben svagt i förhållande till de två andra är vår entydiga erfarenhet att det är mycket svårt att nå långsiktig, uthållig och stabil framgång i denna typ av komplexa rehabiliterings- och behandlingsprocesser.

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 Norrtäljeanstalten utifrån denna modell.

3.1 Datainsamling

3.1.1 Dokument

Följande dokumentation har varit till grund för faktainsamling om projektet

* projektbeskrivning kring ADHD-projektet.
* verksamhetsuppdrag, uppdragsbeskrivning.
* diverse material från SKL, KSL & SLL.

3.1.2 Intervjuer

Huvuddelen av datainsamlingen har skett genom intervjuer med bl.a.

* uppdragsgivare och chefer på olika nivåer.
* projektledning.
* personal på avdelning och lärcentrum.
* intagna.
* sidointressenter och samverkanspartners.

Sammanlagt har 16 personer intervjuats.

Dessutom har rapporten i preliminär form varit till föremål för en workshop med dels vissa av de intervjuade personerna och dels med andra intressenter kring frågan.

4. BESKRIVNING AV PROJEKTET I STORT

4.1 Översikt

4.1.1 Bakgrund

Man anser idag att åtminstone 2% av alla vuxna har någon form av ADHD-problematik. ADHD är en kronisk störning som för många utgör ett funktionshinder under hela vuxenlivet. Wikipedia beskriver sjukdomen på följande vis;

> ***”ADHD*** *(Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) är en neuropsykiatrisk diagnos som utmärks av bristande uppmärksamhet och hyper- eller hypoaktivitet. Det finns tre varianter av ADHD: en som innebär att man har koncentrationssvårigheter och tenderar att vara inobservant på sin omgivning, en som innebär att man är hyperaktiv och impulsiv, och en som innebär att man har båda de tidigare nämnda sorternas svårigheter. Många med ADHD har problem med vissa sinnesintryck.*
>
> *För att en person ska få diagnosen ADHD så måste dessa symtom finnas och ha funnits under lång tid. Varje symtom ska också vara mycket mer påtagligt än vad man kan vänta sig utifrån personens ålder, kön och utvecklingsnivå.*
>
> *Koncentrationssvårigheter*
>
> *Dålig impulskontroll*
>
> *Hyperaktivitet*
>
> *Glömska*
>
> *Det finns även andra symptom som är vanliga bland folk med ADHD men som inte är nödvändiga för att få diagnosen. problem med motoriken, problem med sömn, sen tal- och språkutveckling, problem med att tolka sinnesintryck, hetsigt humör och trots, psykiska problem som ångest, stark oro eller depression samt tendens att upprepa eller "haka upp sig på" ord eller meningar.”*

Den generella bilden är att personer med ADHD stundtals har svårt att orientera sig i det sociala livet med mängder av komplikationer som följd. Psykisk samsjuklighet med ångest, depressioner, missbruk och kriminalitet är överrepresenterat.

Inom kriminalvården har man länge misstänkt att andelen intagna med ADHD är starkt överrepresenterad. Vid en studie fann man att 25% av de intagna uppfyllde kriterierna för en ADHD-diagnos. Det finns också studier som pekar på att andelen kan uppgå till så mycket som 45%. Om man utgår från att antalet intagna inom kriminalvården uppgår till 5000 personer på anstalt och 2.000 personer i häkte och vi använder den lägre siffran vad gäller andelen intagna med ADHD så är erfarenheterna och slutsatserna från detta projekt av intresse för behandling och insatser av mellan 1.500 och 2.000 personer. I ekonomiska termer talar vi om effekter i mångmiljardklassen vilket kommande socioekonomiska analys kommer att belysa.

Typiskt för gruppen var tidig kriminell debut, hög brottsintensitet med frekventa återfall. Denna grupp har tidigare varit helt utan behandling. Mot bakgrund av detta har det genomförts ett projekt med kombinerad farmakologiskt behandling (Metylfenidat) och psykosocial behandling på Norrtäljeanstalten.

Projektet har genomförts under perioden 2007-10 med totalt 30 klienter i målgruppen. Det har funnit flera olika syften med projektet, bl.a. dessa

* undersöka frekvensen av ADHD på Norrtäljeanstalten, dvs. hur vanligt är detta fenomen.

* genom en klinisk prövning under 12 månader och med en inledande dubbelblind fas under 5 veckor, utvärdera effekterna av läkemedlet Metylfenidat i kombination med psykosociala insatser.

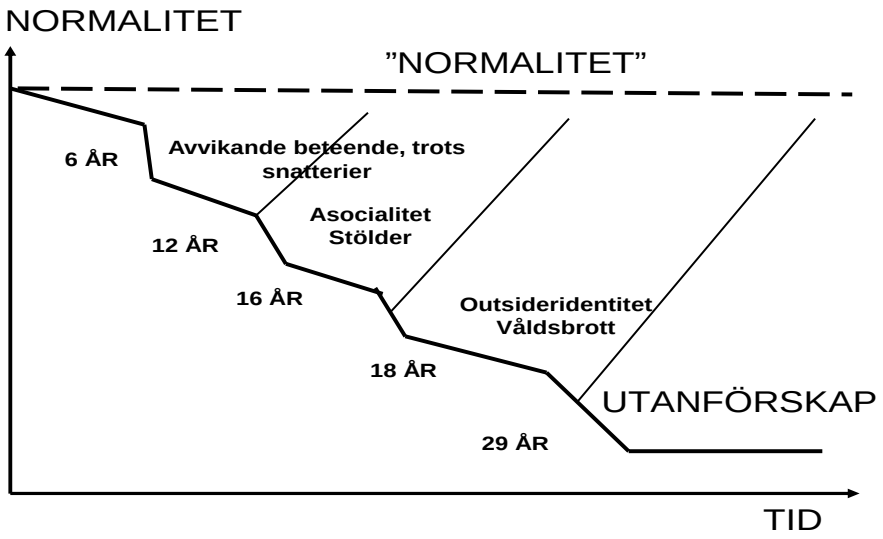
* studera genomförbarheten av en sådan utredning, diagnostik och behandling samt de långsiktiga effekterna av detta.

Avsikten från Kriminalvårdens sida är att se i vad mån projektet kan skapa kunskap och lärande av ett sådant slag att detta går att tillämpa på andra anstalter och för delvis andra grupper efter projekttidens slut för att på så sätt minska sannolikheten för återfall och fortsatt brottslighet.

4.1.2 Målgruppen och kriminalvården

Det förefaller alltså som att mellan 25% och 45% av de intagna i kriminalvården har någon form av ADHD-problematik. Många av dessa personer har debuterat som outsiders tidigt i livet. De återkommer ständigt som klienter hos olika myndigheter. I tidig ålder hos de sociala myndigheterna och därefter inom rättsväsendet.

Många har, till följd av sitt funktionshinder misslyckats i skolan. Som grupp betraktat är man begåvningsmässigt jämförbar med resten av befolkningen. Resan mot utanförskap börjar tidigt. Brottsdebut sker för en del så tidigt som i lågstadieåldern.



Våldsbrott dyker upp tämligen tidigt kanske som en sorts uttryck för bristande impulskontroll och svårigheter att hantera det normala sociala samspelet. Missbruk uppträder också mycket frekvent. Det

är en vanlig uppfattning att en icke obetydlig del av detta missbruk kan beskrivas som självmedicinering från början, men som sedan övergått i ett missbruk eller beroendetillstånd.

Man har i regel ett stort antal domar bakom sig som tenderar att bli allt längre ju längre ner i utanförskapets utförsbacke man hamnat. Inte minst grova våldsbrott. Man är ofta utredd på längden och bredden, socialt, mediciniskt och psykiatriskt. Många gånger finns all nödvändig kunskap kring dessa klienter i olika utredningar men man har ofta dragit felaktiga slutsatser kring detta eftersom man inte haft på sig de neuropsykiatriska glasögonen då man gjort analysen. En följd av detta är att många av de intagna har haft mängder med läkemedel förskrivna som inte gett de effekter man eftersträvat.

Inom kriminalvården har man, som en följd av funktionshindrets yttringar mycket svårt att tillgodogöra sig olika former av behandlingsprogram. Man har sällan förmåga att delta i och fullfölja utbildningar. Man kommer ofta i konflikt med andra intagna och blir antingen offer för eller utövare av våld.

Det har också i samhället i stort men även inom kriminalvården funnits ett motstånd mot att sätta in läkemedelsassisterad behandling för denna målgrupp. Ett motstånd, precis som motståndet mot metadon och Subutex kring opiatmissbrukare, ofta har haft en mycket emotionell laddning och inte alltid varit baserat på fakta om evidensbaserade metoder.

Till detta kommer svårigheten med att rent praktiskt få till stånd en behandling med Metylfenidat. Det formella ansvaret för denna typ av insatser ligger hos landstingen. På de flesta håll i landet är köerna långa till utredning av vuxna med misstänkta utvecklingsrelaterade funktionshinder som ADHD, liksom till efterföljande behandling, inom allmänpsykiatrin såväl som inom beroendevården. Kunskaperna om ADHD är ojämnt fördelade i landet och på sina håll i det närmaste obefintliga. Kunskapsläget förbättras, men området är alltjämt mycket eftersatt. Att i det läget kunna motivera landstingen att lägga extra resurser på denna målgrupp eller att prioritera gruppen har varit mycket svårt. Detta trots SKL:s nya rekommendationer från 2008 som betonar intagnas rätt till sjukvård på samma villkor som andra medborgare. Konsekvens har blivit att denna typ av insatser i stort sett uteblivit för denna målgrupp.

En första reflektion då man närmar sig problemet och målgruppen är att om denna typ av läkemedelskomplement till övrig behandling ger goda effekter, den skulle kunna beröra flera tusen obehandlade intagna/patienter och konsekvenserna av utebliven behandling är omfattande mänskligt lidande både för förövare och offer samt sannolikt samhällskostnader i flermiljardklassen – hur länge kan statsmakterna låta detta – förorsakat av olämplig organisation och rollfördelning samt grumliga värderingsargument - fortgå utan att intervenera.

4.1.3 Den typiske klienten

Den typiske klienten i detta projekt ser sammanfattningsvis ut på följande vis

* Han är mellan 22 och 61 år.
* Han har inlett sin utanförskapskarriär tidigt i livet, ofta i lågstadieåldern.
* Han har haft stora problem att fullgöra sin skolgång.
* Han har genomsnittligt en begåvnings nivå jämförbar med normalpopulationen.
* Många har ett mycket stort antal brott och domar i bagaget.
* Hans brottslighet har accelererat över tid och inkluderar oftast (svåra) våldsbrott.

* Han har missbrukat narkotika och alkohol.

* Han har under perioderna mellan de olika vistelserna inom kriminalvården haft mängder av kontakter med andra offentliga vård- och rehabaktörer.

Ett typiskt levnadsöde kan se ut så här

> *”Jeppe är 33 år gammal. Han har ett stort antal domar bakom sig. Han vistas nu på Norrtäljeanstalten med ett 6 år långt straff. Han har dömts för narkotikabrott, tillgreppsbrott och våldbrott. Brottsligheten har accelererat över tid. Mellan fängelsevistelserna har han haft betydande kontakter med socialtjänst, beroendevård, psykiatrisk vård och akut somatisk vård. Hos många av dessa aktörer är han känd som en svår besvärlig, krävande och stundtals hotfull person. Jeppe är normalbegåvad, men har trots detta misslyckats rejält under sin skoltid. Han saknar betyg från grundskolan. Hans utanförskap och asociala beteende inleddes i 6-7 årsåldern”*

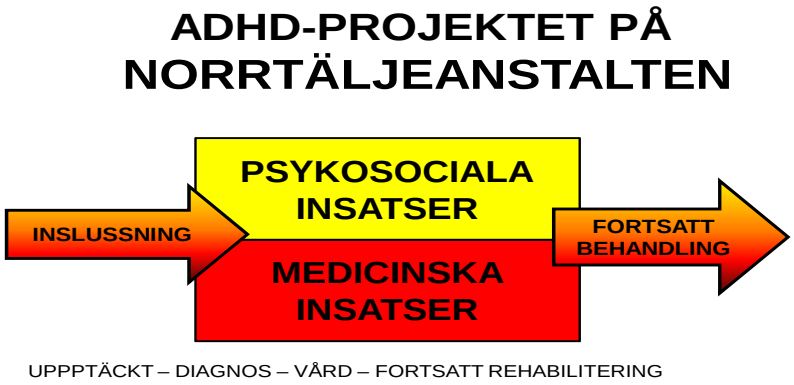
4.1.4 Projektet i stort – struktur och metod

ADHD-projektet består av två olika delar– en medicinsk del och en kriminalvårdsdel. I ett första steg handlar det om att hitta de klienter som kan vara aktuella det finns en särskild inslussningsprocedur som bl.a. omfattar ett screeningsteg. Den inledande, frivilliga enkätundersökningen har omfattat alla (förutom de utvisningsdömda) intagna på Norrtäljeanstalten. Ett antal intagna som screenat positivt för möjlig ADHD som barn och i vuxen ålder, har tillfrågats om intresse att delta i det efterföljande steget med utredning och klinisk prövning. De personer som efter en inledande bedömning, har bedömts kunna vara aktuella för deltagande i läkemedelsprövningen, om de skulle visa sig ha ADHD efter genomförd utredning, har sedan gått vidare till själva utredningsfasen. Allt deltagande har varit frivilligt och detta har skett först efter underskrift - ett så kallat informerat samtycke. En fullständig neuropsykiatrisk utredning har därefter genomförts av läkare och psykolog. I de fall ADHD har kunnat fastställas, har därefter den kliniska prövningen med Metylfenidat påbörjats på ADHD-avdelningen, liksom kriminalvårdens behandlingsarbete i form av olika program och utbildningar.

En följd av läkemedelsinsatsen är att många (de flesta) av funktionshindrets olika yttringar i form av bristande impulskontroll, koncentrationsförmåga etc. reduceras eller rentav upphör. Detta innebär att klienterna, kanske för första gången, kan tillgodogöra sig de behandlingsprogram som kriminalvården har att erbjuda.

Projektet leds och drivs parallellt av personal både från kriminalvården och landstinget (sjukvården). Båda organisationerna har tillsatt samordnare för detta. Det är viktigt att se att det är två parallella och samverkande processer – en medicinsk och en psykosocial – som utgör projektets kärna.

Deltagarna i projektet har minst ett år kvar till frigivning vid påbörjande av den kliniska prövningen, eftersom den pågår under 12 månader. Detta innebär att inför frigivningen är det viktigt att hitta/skapa förutsättningar för att läkemedelsförskrivningen kan fortgå utan avbrott efter avslutad prövning, ifall personen önskar fortsätta behandlingen, då man går vidare till annan anstalt, behandlingshem, öppenvård eller frigivning. Annars är risken stor att processen avbryts och misslyckas.



Kring detta finns några saker som bör framhållas

* den medicinska insatsen ensam utgör inte lösningen på de intagnas problem. Den utgör en förutsättning eller grund för att man ska kunna ta tag i dessa problem. Lite tillspetsat kan man säga att medicineringen minskar ett antal yttringar eller symptom av det neuropsykiatriska funktionshindret som gör att man kan tillgodogöra sig olika rehabiliterings- och utbildningsprogram.

* även om den medicinska behandlingen minskar konkreta symptom som bristen på impulskontroll, humörsvängningar, trötthet, koncentrationssvårigheter etc. så eliminerar den inte alla de mönster av asocialitet och kriminalitet som de intagna tillägnat sig under en lång följd av år. För att kunna bryta med detta krävs en bred insats av andra kriminalvårdsinsatser och rehabiliterande/utbildande åtgärder.

* även om man under verkställighetstiden på anstalt kan ge en lämplig mängd läkemedel och rätt rehabinsatser från kriminalvårdens sida, löser detta inte vad som händer därefter. En helt avgörande faktor för framgång är möjligheten att hitta villig och lämplig medicinsk kompetens för att fortsätta den långa (förmodligen livslånga) behandlingen inom ramen för berörda hemlandstings regi. Här har vi förmodligen ett av de största enskilda hindren eller svårigheterna för projektet.

* på samma sätt utgör ett aktivt och fungerande samspel med den intagnes hemkommun en förutsättning för att processen ska fungera efter frigivning (största hindret hittills!). Här är kanske problemet att många av klienterna har en lång och inte särskilt god historia med den egna socialtjänsten – det finns förmodligen många brända broar bakom klienten. Detta gör att villigheten från socialtjänsten sida att bidra kanske inte alltid är särskilt hög. Man kan anse att klienten försuttit sina chanser och ser inte att man till följd av läkemedelsbehandlingen nu är i en helt ny situation.

4.1.5 Intressenterna

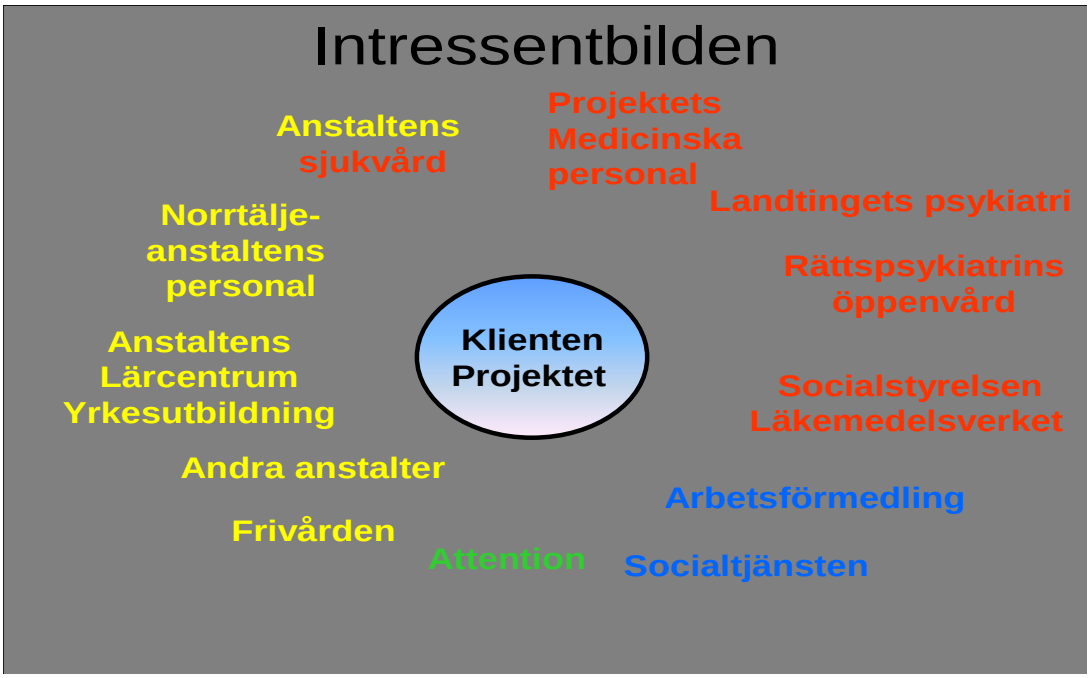
Projektet är baserat på en väv av intressenter och deras förmåga att samverka långsiktigt kring den intagne.

Inom kriminalvården har vi först och främst Norrtäljeanstalten med dess ledning och personal på avdelningar, inom utbildningen, sjukvårdsavdelningen och andra behandlingsinsatser. Men vi har också andra delar av kriminalvården såsom frivården och andra anstalter, liksom behandlingshem som kan bli aktuella mot slutet av strafftiden.

Inom sjukvården har vi projektets medicinska del som har ansvar för och leder denna del av arbetet. Men även här är samspelet med andra sjukvårdsaktörer såsom landstingens psykiatri och beroendevård och/eller rättspsykiatrin nödvändiga för att den medicinska behandlingen ska kunna fortsätta efter strafftidens slut. Centrala aktörer inom detta fält såsom Socialstyrelsen och Läkemedelsverket är också viktiga aktörer eftersom de utfärdar regler och anvisningar förutan vilka denna typ av verksamhet kan bli svår att bedriva.

Till detta kommer aktörer inom kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling som alla är viktiga i klientens rehabiliteringsprocess efter strafftiden då det gäller centrala saker som bostad, arbete, försörjning, sysselsättning. Flera av de intagna vill bryta med sitt förflutna och byta miljö, d.v.s. flytta från Stockholm, i en del av de aktuella fallen. Detta för att skaffa nytt umgänge och inte stöta på gamla kriminella kompisar. I regel har berörda socialtjänster inte varit villiga att delta i eller motverkat denna typ av processer.

Slutligen har vi intresseorganisationer som Attention som fyller dels funktionen att kunna vara stödpersoner för den intagne under och efter strafftiden men också tillföra kunskap om funktionshindret under resans gång.



För att projektet och dess eventuella efterföljare ska fungera krävs att dessa intressenter hittar samspelformer och samarbetsmodeller som ger möjlighet till ett långsiktigt och kontinuerligt vård-behandlings och rehabiliteringsarbete. Brister någon länk i kedjan finns det en betydande risk att hela arbetet går om intet.

4.1.6 Skepsis och motstånd

Det har inte varit vare sig enkel eller okontroversiellt att introducera detta program. Inledningsvis har man mött en del motstånd. Processen har vissa likheter med det motstånd som funnits kring Metadon- och Subutexbehandling av opiatmissbrukare. Det har t.ex. sagts att det är fel att behandla missbrukare/kriminella med ett narkotikaklassat preparat**.**

Inom t.ex. klientorganisationens Kris finns ett motstånd mot denna behandlingsform, medan motsvarande motstånd inte existerar i organisationen X-Cons som lämnat Kris. På samma sätt har det

funnits ett motstånd inom delar av 12-stegsprogrammet eftersom Metylfenidat har ansetts vara en sinnesförändrande drog. En del vårdgivare inom olika landsting har också (men här med betydligt otydligare motiv) varit motståndare till programmet, vilket lett till en del svårigheter för klienter som lämnar Norrtäljeanstalten för fortsatt vård inom andra landsting. En del personal inom kriminalvården har också varit tveksamma till synen på medicinering av de intagna.

Det är en entydig bild bland berörda att kritiken har avtagit i takt med att programmet inletts och genomförts. Då man delat med sig av fakta kring effekter och resultat har detta ofta lett till att man förändrat inställning. En inte obetydlig del av kritiken har haft sin grund i okunskap om projektet, dess avsikter, ideologi, arbetsformer och resultat.

Inte minst tycks studiebesök på avdelningen, där man med egna ögon kunnat studera effekten, haft en stor betydelse för en mer positiv inställning.

Slutligen finns det ett motstånd kring projektet som har att göra med rent ekonomiska aspekter. Vem ska stå för kostnaderna kring ADHD-utredningar och vem ska stå för läkemedelskostnaderna. Det är långt ifrån alla landsting som är villiga att medverka i detta och ta på sig dessa kostnader. Ett något märkligt och kontraproduktivt agerande mot bakgrund av projektets socioekonomiska effekter. Vi kommer längre fram att se att landstinget förefaller vara en av de ekonomiska vinnarna i detta projekt.

4.2 Den medicinska delen av projektet

4.2.1 Processen i stort

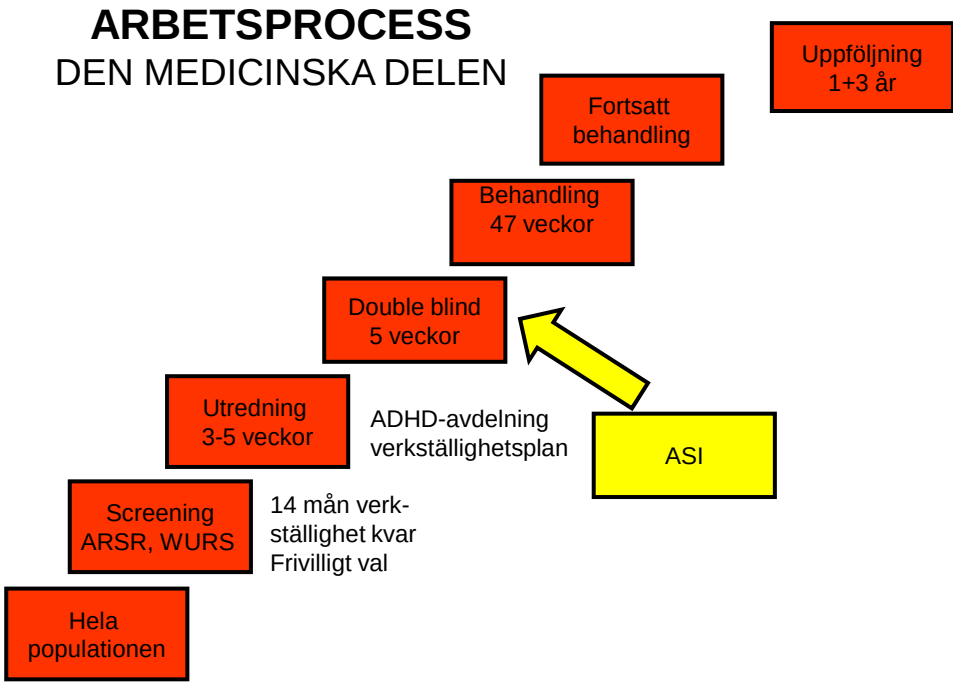
Projektet har sin medicinska utgångspunkt i att undersöka hur stor andel av de intagna som har funktionshindret ADHD. Uppgifterna växlar mellan 25% och 45%. Den inledande, frivilliga enkätundersökningen har omfattat alla intagna (utom utvisningsdömda) på Norrtäljeanstalten. Ett antal intagna som screenat positivt för möjlig ADHD som barn och i vuxen ålder, har tillfrågats om intresse att delta i det efterföljande steget med utredning och klinisk prövning. De personer som efter en inledande bedömning, har bedömts kunna vara aktuella för deltagande i läkemedelsprövningen, om de skulle visa sig ha ADHD efter genomförd utredning, har sedan gått vidare till själva utredningsfasen. De som uppfyller kriterierna, bl.a. 12 månader kvar till villkorlig frigivning vid påbörjande av medicineringsfasen, flyttar över till en särskild ADHD-avdelning där en utredning äger rum. Denna utredning tar cirka 3-5 veckor. De som då erhåller diagnosen ADHD och i övrigt uppfyller kriterierna påbörjar läkemedelsbehandlingen. De inledande 5 veckorna utgörs av en dubbelblind-fas. Detta innebär att 50% slumpas till att erhålla Metylfenidat, medan resterande 50% erhåller en verkningslös substans, ”socker-piller”.

Efter dessa 5 veckor fortsätter behandlingen i en för samtliga 30 intagna i projektet, öppen fas om maximalt 47 veckor. Då får alla deltagare verksamt läkemedel. Under en inledande period ställs läkemedlet in vad gäller dosering till en för den enskilde intagne lämplig nivå (maxdos 1.3 mg/kg kroppsvikt). Efter 52 veckor är projektets formella del slut.

Efter detta fortsätter i de flesta fall behandling antingen på Norrtäljeanstalten, inom andra delar av kriminalvården eller ute i samhället, i landstingen regi, efter det att straffet är avtjänat. Vi återkommer till detta speciella och mycket avgörande förhållande längre fram.

Efter projekttidens slut sker en uppföljning efter 1 år och efter 3 år. Av naturliga skäl har dessa uppföljningar ännu inte ägt rum. 1-årsuppföljningen påbörjades i maj 2009 och beräknas vara avslutad i april 2011.

Det bör också sägas att under början av projekttiden genomförs en ASI-bedömning av varje klient. Denna bedömning sker på avdelningen.



Den medicinska behandlingen är uppbyggt utifrån att detta är ett forskningsprojekt med en inledande dubbel-blindfas och efterföljande öppen fas för att studera långtidseffekterna av medicinering, eventuell toleransutveckling m.m. Om man skulle bestämma sig för att omsätta erfarenheterna från projektet till andra anstalter kan man mycket väl följa modellen i stort bortsett från dubbelblinda fasen.

Det bör också sägas att enligt projektets medicinska personal så är de aktuella klienterna ofta så grundligt utredda att den mesta kunskapen som behövs för en diagnostisering redan finns och många gånger endast behöver kompletteras och kanske betraktas med ”neuropsykiatriska glasögon” för att en diagnos ska vara möjlig att ställa. Kostnaderna och tiden för detta är med andra ord kanske inte så omfattande som man inledningsvis kan tro.

4.2.2 Målgruppen och läkemedelsförskrivning

Då det gäller de som deltar i projektet kommer läkemedelsfrågan in på två sätt. Dels alla de läkemedel som de intagna haft innan projektet inletts och som översiktligt illustreras i figuren nedan och dels förskrivningen och utdelningen av Metylfenidat i själva projektet.

Det har ibland funnits en föreställning att denna typ av behandling enbart innebär en nettoökning av läkemedelsförskrivningen. I själva verket visar det sig ofta att de intagna har ett flertal olika läkemedel förskrivna redan innan Metylfenidat-behandlingen inleds. Det kan t.ex. handla om lugnande medel, andra former av psykofarmaka, smärtlindrande eller andra läkemedel. En av de effekter som beskrivits i olika intervjuer är att en följd av Metylfenidatförskrivningen är att man kan sätta ut en del andra läkemedel. I dess yttersta förlängning kan det hända att den totala läkemedelsförskrivningen och kostnaderna för denna faller till följd av projektet.

EXEMPEL PÅ LÄKEMEDEL HOS DEN ”TYPISKE” ADHD-KLIENTEN



Konkret hanterar anstaltens sjukvårdsavdelning (sjuksköterska) dosett med läkemedel, dokumenterar och signerar detta. Den konkreta dagliga utdelningen sker på avdelningen där man också tar puls, väger och kontrollerar blodtryck enligt studieprotokollet inför varje återbesök, tätare under inställningsfasen.

4.3 Kriminalvårdsdelen

4.3.1 Verkställighetsplaneringen

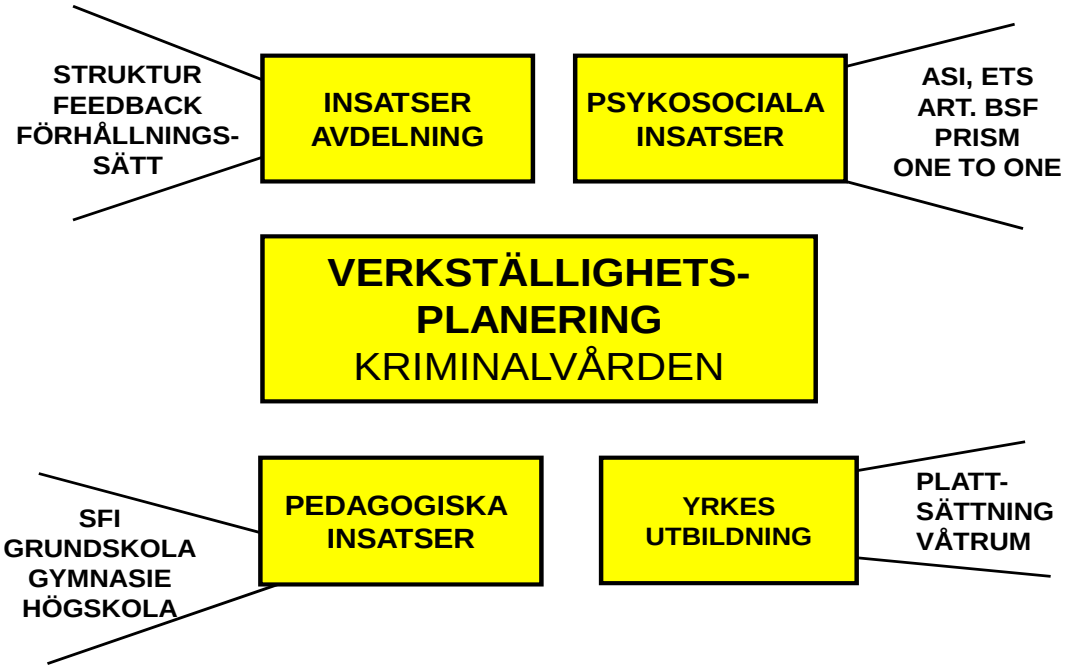
För alla intagna finns en form av verkställighetsplanering/genomförandeplan för anstaltstiden. I denna ingår grovt räknat fyra grupper av insatser

* **pedagogiska insatser** som har att göra med mer traditionell undervisning och skola. Vi talar om Svenska för invandrare, grundskola, gymnasieskola och högskola.

* **utbildningsinsatser** som har att göra med yrkesutbildning och förberedelser för att efter frigivningen kunna vara anställningsbar på arbetsmarknaden.

* **psykosociala behandlingsinsatser** av olika slag utifrån ett ganska omfattande smörgåsbord allt från aggressionsträningsprogrammet ART, via ASI-kartläggningar till drogprogrammet Prism och BSF (beteendeSamtal Förändring).

* de insatser som görs av att skapa och upprätthålla ett klimat och spelregler **på vårdavdelningen** som stödjer den rehabiliterande processen. Man skulle kunna säga att man försöker skapa en sorts beteendeträning i denna miljö.



För projektets klienter har i stort sett inga nya insatser införts. Man deltar i insatser som redan tidigare har funnits. Den avgörande skillnaden är att för många klienter leder medicineringen till att man nu kanske för första gången kan tillgodogöra insatsen utan att avbryta den. Man klarar av att läsa genom en hel bok utan att ständigt tappa uppmärksamheten och koncentrationen. Man får en uthållighet som gör att man orkar fullfölja även längre kunskapsprocesser. Man hamnar inte ständigt i konflikter till följd av bristande impulskontroll.

4.3.2 Avdelningen

De som deltar i projektet vistas till en början på en särskild avdelning. Detta har varit viktigt för projektet. Genom detta har de intagna kunnat stötta varandra. Man kan spegla sig själv i andra som bär ett likartat problem. Man skulle kunna säga att en positiv gruppdynamisk process har uppstått. Det finns heller inget tryck från andra intagna att ”dela med sig av” (”deala”) med medicinen. Medicineringen leder också till att en del intagna inte riktigt känner igen sig själva och sitt beteende och det tar en viss tid innan man accepterar och lär sig hantera dessa nyupptäckta sidor. Då är det viktigt med stöd både från andra intagna och särskilt utbildad personal.

Personalen på denna avdelning har valts utifrån en särskild rekryteringsprocess. Det har byggt på frivillighet, dvs. en vilja och önskan om att aktivt arbeta med detta och att man har bedömts ha en förmåga att också göra detta. Man har också medvetet valt en medveten och förhållandevis jämn könsfördelning (65% män 35% kvinnor) liksom en blandning av yngre och äldre personal. Personalen har fått särskild utbildning inför detta projekt. Denna har omfattat 10 utbildningstillfällen och givits av intresseorganisationen Attention.

Innan projektet drog igång fick all personal på hela anstalten, inkl förmännen på fabriken, kocken och anstaltsprästen, hundföraren m.fl. en halv dags utbildning om ADHD, inkluderande symtom och behandling. Psykologerna gav även mer utbildning till ADHD-avdelningens personal innan Attention kom med i bilden. Det är även projektets psykologer som står för handledningen av ADHD-avdelningens personal.

De som arbetar på avdelningen är personer som har ett intresse av behandlingsarbete och en förmåga att omsätta detta i konkret handling genom rak och tydlig kommunikation, trygghet i den egna rollen, ett genomtänkt förhållningssätt, lugn och stabilitet, en god förmåga att på ett bra vis sätta gränser och utan konflikträdsla. Men också god verbal förmåga och förmåga att planera och tänka/agera långsiktigt och strategiskt.

Man jobbar medvetet på att skapa ett öppet klimat där humor har en viktig plats liksom en professionell framtoning med en personligt ”touch”. Man har handledning 8 tillfällen per år och har fått särskild utbildning i just bemötandefrågor kring personer med ADHD.

Personaltätheten är i dagsläget en extra person utöver gängse bemanning men detta beror på att man samtidigt har ansvar för isoleringsavdelningen. Om man bortsåg från detta skulle personaltätheten vara mindre än på en vanlig avdelning.

Vardagsrutinerna på avdelningen bygger på en tydlig och konsekvent struktur i stort och smått. Ett förhållande som stödjer arbetet med personer med ADHD för vilka struktur i vardagen kan vara ett problem.

Detta förhållande gäller också inom personalgruppen där man tydligt fördelat ansvar och roller. Man har ett genomarbetat och genomtänkt arbetssätt i arbetslaget. Avdelningen leds utifrån en genomtänkt ledarskapssyn baserat på tydlighet, rollfördelning, dialog och delaktighet. Vi kom, då vi genomförde våra intervjuer att tänka på det välfungerande fotbollslaget med dess coach som metafor för avdelningen och dess personal.

Man arbetar med ett kontaktmannaskap i förhållande till de intagna och försöker skapa en gynnsam beteendeträning med de intagna i vardagen. Som stöd för sitt arbete har man regelbundet handledning.

Ett problem med avdelningen är att den rent fysiskt är för liten och kompakt vilket ibland kan skapa onödiga och konfliktskapande kontakter för en grupp intagna där just närhet och kontakt historiskt sett varit en källa till problem och ibland våld. Intervjuade klienter har också gett uttryck för behov av ett rum för aktiviteter av olika slag. Det är inte heller särskilt gynnsamt att avdelningen är kopplad till isoleringsavdelningen.

4.3.3 Lärcentrum och yrkesutbildning

En avgörande skillnad för projektets klienter är att många av dem som en följd av medicineringen för första gången i livet får en möjlighet att tillgodogöra sig en utbildning. Deltagande i utbildningen är frivillig. Efter en ansökningsprocedur som bl.a. innehåller ett par studiesamtal och en ansökan som går till kriminalvården centralt i Norrköping upprättas en individuell studieplan.

Själva undervisningen anpassas till de intagnas specifika förhistoria men också de inlärningsutmaningar som funktionshindret ADHD innebär. Man genomför inte regelrätta lektioner utan arbetar i första hand individuellt med varje elev/intagen. ADHD-projektets intagna undervisas avskilt från andra intagna bl.a. för att skapa det lugn som krävs för att med stöd av medicinen kunna koncentrera sig. På lärarna ställs krav att hitta individuella lösningar för varje elev eftersom denna grupp i högre grad än de allra flesta bär med sig en lång historia av misslyckanden i olika utbildningssituationer. De intagna har varit mycket positiva till lärarna på Lärcentrum, som har kunnat bemöta dem på ett bra sätt och varit väldigt engagerade.

En följd av projektet är att de intagnas koncentrationsförmåga och uthållighet tilltar högst avsevärt. Motivation att lära sig är stor. Man börjar se på sig själv på ett nytt sätt, med betydligt mera positiva förtecken. Man kanske slutar se sig själv som dum och obildbar och förstår att de inlärningsproblem man haft beror på funktionshindret. Man lär sig bättre och mer långsiktiga strategier för inlärning

Man genomför också en yrkesutbildning för de intagna i plattsättning och våtrumsarbete som syftar till att erhålla behörighet att arbeta med detta efter frigivningen. En utbildning med högt attraktionsvärde på arbetsmarknaden. Så länge deltagarna är kvar på ADHD-avdelningen hålls de avskilda från andra intagna och har inte kunnat gå yrkesutbildningen. Den har de kunnat få efter utslussning från ADHD-avdelningen till andra avdelningar.

4.4 Personalens bild

Personalen på avdelningen, som frivilligt och efter en medveten rekryteringsprocess valts ut för detta arbete tycks i stort sett samfällt vara mycket positiv till detta projekt och beskriver det som mycket framgångsrikt. Då man ber om exempel på effekter som illustrerar detta får man bl.a. följande svar

* Avdelningen är lugn på ett sätt som man aldrig förr sett.
* De intagna som förr råkade i slagsmål eller utsattes för våld och bråk gör inte detta längre.
* Man har inga fall av arbetsvägran något som annars är tämligen vanligt.
* Man har på avdelningen i stort sett inte haft några incidenter under projekttiden.
* Man har ringa sjukfrånvaro också ett mycket ovanligt förhållande.
* Man har under projekttiden inte haft ett enda positivt utslag på drogtester.
* De intagna stöttar varandra och det finns en tolerans för varandra som är unik.
* Man upplever motivationsnivån bland de intagna som hög.

På individnivå beskrivs två av klienterna på detta vis

Om man generaliserar klienterna som vistats i projektet kan vi se ett mönster som gör gällande att de under tidigare verkställigheter eller ***tidigare under aktuell verkställighet haft svårigheter att genomföra eller bli föremål för olika behandlingsprogram****. Deras tidigare verkställighet har också ofta kantats av rapporter om misskötsamhet med placeringar i avskildhet som följd och dåligt planerade frigivningar.*

KLIENT A; *Sammanfattning tidigare verkställighet: Inga uppgifter om genomförda BoM-program finns registrerade i kriminalvårdens administrativa system (KLAS) från föregående verkställighet. Skall man kort sammanfatta klientens tidigare verkställighet i övrigt kan nämnas att klienten rapporterades för* ***misskötsamhet vid 36 tillfällen*** *under 13 månader och han har ej deltagit aktivt i sin planering vid villkorlig frigivning.*

Sammanfattning av samma klient i ADHD-projektet: Klienten har under sin tid i projektet diagnostiserats för ADHD och medicinerat med Concerta. Sedan medicineringen påbörjades har klienten ***påbörjat och genomfört tre av kriminalvårdens BoM-program med godkänt resultat****. Under året i projektet rapporterades klienten vid fem tillfällen för olika former av misskötsamhet, varav två st. rör kollektiva händelser på anstalten och som ej rör den enskilde klienten. Ingen rapport har lett till någon åtgärd från anstalten. Avseende planering kring utsluss, så har klienten under verkställigheten genomgått yrkesutbildning (våtrum och kakel) med godkänt resultat. Aktuell klient beviljades och placerades i familjehem 7.5 månader innan villkorlig frigivning. Idag har klienten arbete kopplat till den yrkesutbildning han genomgått under verkställigheten, han har eget boende och nytaget körkort.*

Klient B; Sammanfattning tidigare verkställighet: Klienten har under 23 månader och 14 dagar påbörjat och genomfört ett kognitivt behandlingsprogram (BSF). Klienten har rapporterats ***för misskötsamhet vid 12 olika tillfällen.***

Sammanfattning av klienten i ADHD-projektet: Klienten har under sin tid i projektet diagnostiserats för ADHD och medicinerat med Concerta. Sedan medicinering påbörjats har klienten påbörjat och ***genomfört tre av kriminalvårdens BoM-program med godkänt resultat****. Under året i projektet rapporterades klienten vid fyra tillfällen för olika former av misskötsamhet, varav tre av rapporterna är av sådan karaktär att de ej kan knytas till den intagne utan rör kollektiva händelser. Avseende planering kring utsluss så har klienten under verkställigheten genomgått yrkesutbildning (våtrum och kakel) med godkänt resultat. Aktuell klient beviljades och placerades i familjehem 11 månader innan villkorlig frigivning (pågår). Vid tidpunkt för denna rapports upprättande har klienten praktik kopplat till den yrkesutbildning han genomgått under verkställigheten.*

Sammanfattningsvis säger personalen att här har vi en grupp intagna som i stort sett aldrig kunnat tillgodogöra sig olika behandlingsprogram som nu samfällt gör detta. **Förändringen beskrivs som anmärkningsvärd, entydig och konsekvent.**

4.5 De intagnas bild

Intervjuer med de intagna förstärker och bekräftar i allt väsentligt den bild som personalen ger. Enskilda intagna kan beskriva hur man för första gången får insikt i något som präglat en stor del av ens liv utan man riktigt förstått vad det varit. Man upplever för första gången på mycket länge möjlighet att koncentrera sig på att t.ex. läsa en bok, att fokusera och vara uthållig kring en arbetsuppgift och att inte låta vardagen styras av impulser.

Då det gäller verksamheten på avdelningen säger man bl.a.

* det är lugnt, inte samma stök som det brukar vara.
* det finns en sorts gemenskap genom att alla har samma grundproblematik – sitta i samma båt effekten.
* som en följd av detta kan man stötta varandra i vardagen.
* detta leder också till en större tolerans som i sin tur skapar ett klimat med mindre friktioner och irritationer.
* men man beskriver också en viss vilsenhet i sitt nya mindre impulsiva och mindre utagerande beteende där de intagna behöver samtalsstöd i att hitta sig själva i sin nya identitet. Många hamnar i en krisreaktion, då hela livet ska omvärderas.
* tryggheten beskrivs som bättre.
* friktioner kan uppstå då det kommer nya till avdelningen som ännu inte medicinerar eller får medicinering i double blind fasen.

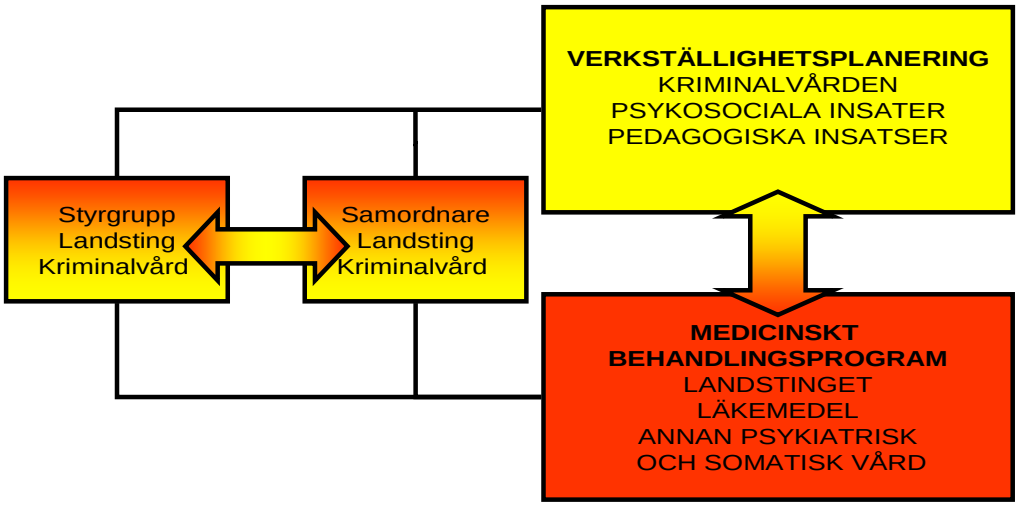
4.6 Ledningen

Projektet är ett samverkansprojekt mellan kriminalvård och landsting. Som en följd av detta finns en delad och gemensam projektledning. Det finns en ledningsgrupp bestående av personer från båda myndigheterna. I det vardagliga arbete finns en samordnare från vardera myndigheten

För projektet finns en styrgrupp som på ett övergripande plan leder projektet och dess arbete. Det operativa ledningsarbetet har i allt väsentligt skett som ett utvecklat samarbete mellan projektets

medicinska ledning och chefspersoner på Norrtäljeanstalten. Detta har bl.a. skett som ett antal projektgruppsmöten.

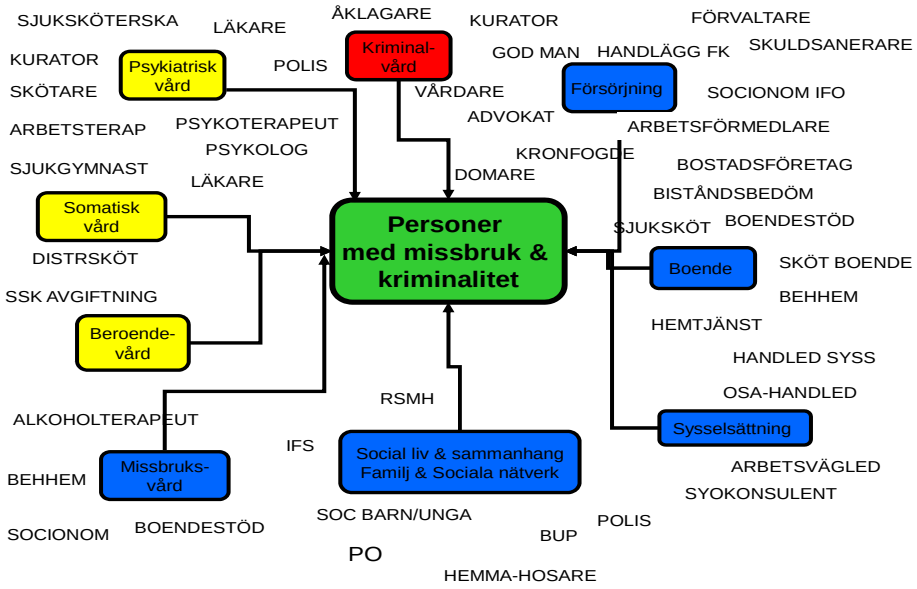
I styrgruppen ingår personer både från landsting och kriminalvård. I det konkreta arbetet på anstalten har det funnits samordnare också från landsting och kriminalvård. Denna samordnarfunktion har i stora stycken varit avgörande för projektets framgång. För projektets medicinska del har det konkret funnits en projektledare.



4.7 Samverkansarenan

4.7.1 Den intagne och dennes situation

Man brukar ibland säga att det är viktigt att ha en helhetssyn kring klienten i ett vård, behandlings- eller rehabiliteringsarbete. I all synnerhet då det gäller personer med en multifaktoriell problematik. För vissa personer, likt klienterna i detta projekt, är detta lättare sagt än gjort eftersom funktionshindret ADHD, dels i sig själv och dels till följd av det liv klienterna har levt har skapat en mångfacetterad , komplex och sammansatt multiproblematik som illustreras i figuren nedan.



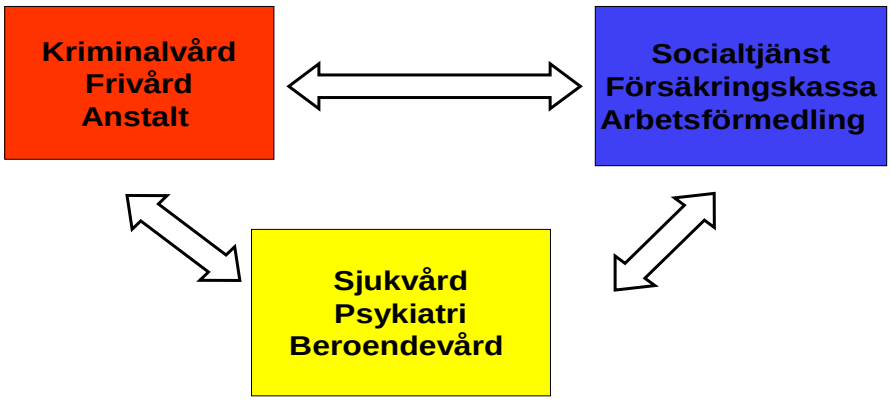
Vi ser då att kriminalvården utgör en av många kuggar i den enskildes liv. I andra sammanhang har vi något tillspetsat beskrivit rättsväsendet som slutstationen i marginaliseringens kedjebrevsekonomi. Det är ganska enkelt att se att om ett flertal aktörer inte samverkar kring dessa klienter finns betydande risker att insatser inom ett fält som inte följs upp eller stöds inom ett annat fält riskerar att gå förlorade och inte vara till någon nytta. Ett beklagligt men välkänt förhållande för denna målgrupp. En fråga som såväl psykiatrisamordningen som regeringens narkotikasamordnare har uppmärksammat inom ramen för sina respektive uppdrag.

4.7.2 Aktörerna och deras samspel

Detta projekt bygger på en konkret samverkan mellan kriminalvård och sjukvård under strafftiden. En samverkan som inledningsvis inte har varit lätt att få till stånd. Det har krävts betydande ledningsinsatser från olika aktörers sida för att komma över barriärer som kostnadsfördelning, ansvarsfördelning, samspelsformer, sekretessfrågor etc. Kriminalvårdens högsta ledning har varit tvungen att agera och intervenera för att projektet överhuvudtaget har kunnat komma till stånd.

Å andra sidan har samverkan i vardagen (mellan kriminalvård och landsting) då man väl kommit till skott varit påfallande friktionsfri. Det är också påfallande vid intervjuer hur väl och positivt olika aktörer - kriminalvårdens personal, sjukvårdens personal och de intagna - beskriver varandra. Detta kan ses som ett kvitto på att man lyckats hitta **arbetsformer** och metoder som fungerar. Men det kan också ses som ett kvitto på att det är **”rätt personer”** som arbetar med frågan. Vår bild från ett mycket stort antal samverkansprojekt de senaste tio - tjugo åren är att just bemanningsfrågan är av avgörande betydelse för att lyckas. T.ex. tror vi att den mycket medvetna rekryteringen till avdelningen har betydelse. Liksom de personer som engagerat sig i projektets ledning och inte minst den ansvarige läkaren i projektets medicinska del

SAMVERKANSARENAN KRING ADHD-KLIENTERNA



En svårighet i projektet är naturligtvis frånvaron av alla de aktörer som efter strafftiden på Norrtäljeanstalten har en roll att fylla i den fortsatta rehabiliteringsprocessen. Som vi förstår det är kommunerna som aktör i det närmaste frånvarande i projektet trots att de (tillsammans med arbetsförmedling och i viss mån försäkringskassan) efter projekttiden (strafftiden) har en stor betydelse för de intagnas fortsatta rehabiliteringsprocess.

4.7.3 Efter projekttiden – en arena för Svarte-Petterspel

Detta projekt kan ses som en extraordinär insats utanför ordinarie arbetsformer, delvis finansierad med externa medel. Projektet har också fått stor ledningsuppmärksamhet vilket haft stor betydelse för genomförandet både rent symboliskt men också konkret och praktiskt.

Man har hittat fungerande och effektiva arbetsformer i vardagen på anstalten. Samstämmigheten är god. Det är nästan så att man som utvärderare oroar sig över om man missat några friktioner. Men vi är i väsentliga stycken tämligen säkra på att detta är ett väl fungerande samverkansprojekt.

De båda parterna (sjukvård och kriminalvård) uppfattar varandra som mycket lätta och prestigefria att samarbeta med. Ett lösningsfokuserat synsätt har präglat samarbetsrelationen.

Den stora frågan är dock; vad händer sedan? Dels för den enskilde klienten efter det att han lämnat Norrtäljeanstalten och dels med denna typ av behandling för alla andra intagna med ADHD-problematik. Låt oss börja med den första frågan.

Den första grumligheten är; vem har ansvaret för detta? Vem har ansvaret för att den intagne får fortsätta sin medicinering i frihet, inom frivården eller på andra anstalter? Svaret på detta är; i stort sett ingen. I varje fall tycks ingen vilja ta ansvar för denna fråga. Låt oss illustrera med detta (anonymiserade) brev från en överläkare inom psykiatrin till en aktör inom kriminalvården kring frågan om huruvida landstinget är berett att medverka till att utreda och diagnostisera en eventuell ADHD hos en intagen

> *”Ovanstående pat är av dig remitterad för ställningstagande till ADHD-utredning under interneringstiden. Vi bedömer att pat inte tillhör specialistpsykiatrins målgrupp. I XXX-län fungerar det så att om pat tillhör specialistpsykiatrins målgrupp finns en enhet för neuropsykiatrisk utredning inom psykiatrin..... Inremitterande enhet bekostar då den*

utredningen. Vi föreslår att du vänder dig till socialtjänsten i XXX kommun med din remiss och förfrågan. Vi planerar ingen fortsatt uppföljning för pat inom specialistpsykiatrin...”

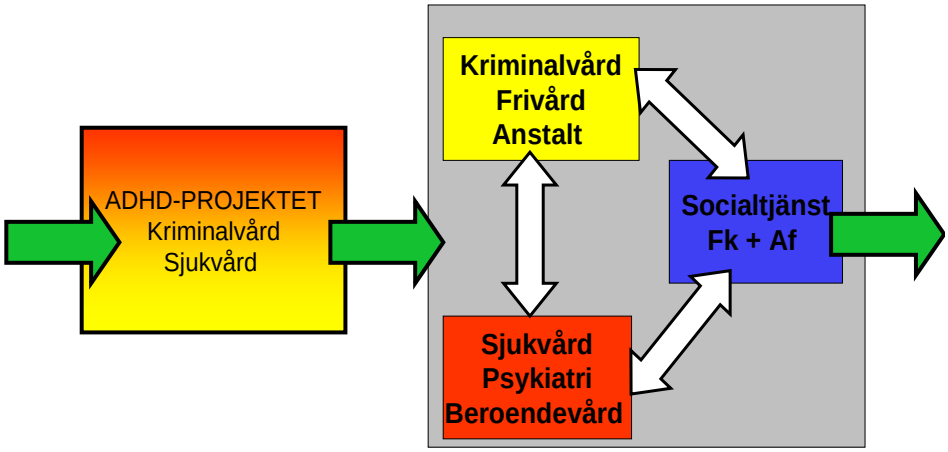
Tydligare exempel på inte-mitt-bord-mentaliteten och den illa dolda uppfattningen att intagna inte har rätt till samma tillgång till vård som andra grupper i samhället får man nog leta efter. Och detta gäller en klient på anstalt som redan har en medicinsk företrädare. Medverkande personal i projektet har kommenterat ovanstående på följande vis;

”Tyvärr ingen ovanlighet”

Det betyder att i takt med att de intagna fullgör sitt straff och antingen friges eller kommer till andra delar av kriminalvården uppstår frågan om vem som har det mediciniska ansvaret för att medicineringen kan fortgå. Detta är i dagsläget mycket oklart och väcker självklart både oro hos de intagna men också hos berörd personal. På kort sikt har detta lösts genom att projektets läkare använt sig av de kontakter som finns inom sjukvården för att få enskilda och ibland tillfälliga lösningar till stånd.

I Stockholmsområdet har fungerande lösningar för perioden efter Norrtälje börjat växa fram som ett fungerande samspel mellan kriminalvård å ena sidan samt den rättspsykiatriska öppenvården och beroendevården (bl.a. ITOK) å den andra sidan. För övriga delar av landet finns få sådana fungerande samverkansstrukturer. Då det gäller samspel och samverkan med socialtjänsten är bristerna utomordentligt stora i praktiskt taget hela landet.

KLIENTEN OCH REHABKEDJAN



Man skulle kunna säga att lika väl som projektet fungerar inne på anstalten lika svårt är det att få en liknande samverkans till stånd därefter. Utrymmet för ett organisatoriskt Svarte-Petterspel är betydande. Det finns landsting som inte vill förskriva läkemedel eller gör det mycket ovilligt. Det finns kommuner med vilka man inte lyckas upprätta fungerande samverkan efter frigivningen. Följande brev från en klient i projektet illustrerar på ett tydligt vis effekterna av denna uteblivna samverkan.

”Som du vet blev jag av med min medicin efter att jag var på X-anstalten. Direkt efter det att jag blev av med medicinen tog jag ett återfall på amfetamin som varade en helg. Sedan blev det små återfall när jag mådde som värst. Det sista återfallet tog jag den 27 mars.

Under tiden som jag var utan medicin gjorde jag en del dumma saker mellan återfallen bland annat 4 misshandlar med hot och två försök till strypning, först min bror och sedan en kamrat..

Men också 3 självmordsförsök. På grund av att jag inte orkade med mig själv och inte fick det stöd jag behövde när jag behövde, tog mina impulser över

Som du säkert vet sitter jag på psyk i X-stad p.g.a. psykiskt dåligt mående då jag skurit mig i armen och en fjärde gång försökt ta mitt liv genom strypning och kvävning.”

Brevet skildrar gripande och tydligt effekterna av den uteblivna medicineringen i form av mänskligt lidande för brevskrivaren och hans omgivning. Men det krävs inte särkilt mycket fantasi för att förstå att detta också varit oerhört dyrt för samhället, sjukvård, socialtjänst, rättsväsendet m.m.

Svårigheterna, motståndet eller friktionerna för att få en kontinuerlig samverkansprocess till stånd har flera olika dimensioner eller ansikten

* man samverkar inte kring dessa klienter eftersom man inte ser behovet, förstår innebörden eller vet hur man ska göra – **kompetensproblemet.**

* man vill inte förskriva läkemedel eftersom man anser det vara för dyrt och detta är inte en prioriterad målgrupp – **ekonomiproblemet.**

* man vill inte medverka i denna process därför att man vårdideologiskt inte anser att man legalt ska förskriva denna typ av preparat. Samma typ av argument som använts i metadondebatten – **ideologiargumentet.**

* man vill inte satsa på denna grupp eftersom man i viss mån anser att man har sig själv att skylla. Ett argument som ofta (i regel förklätt) uppstår kring missbrukare – **det moraliserande problemet.**

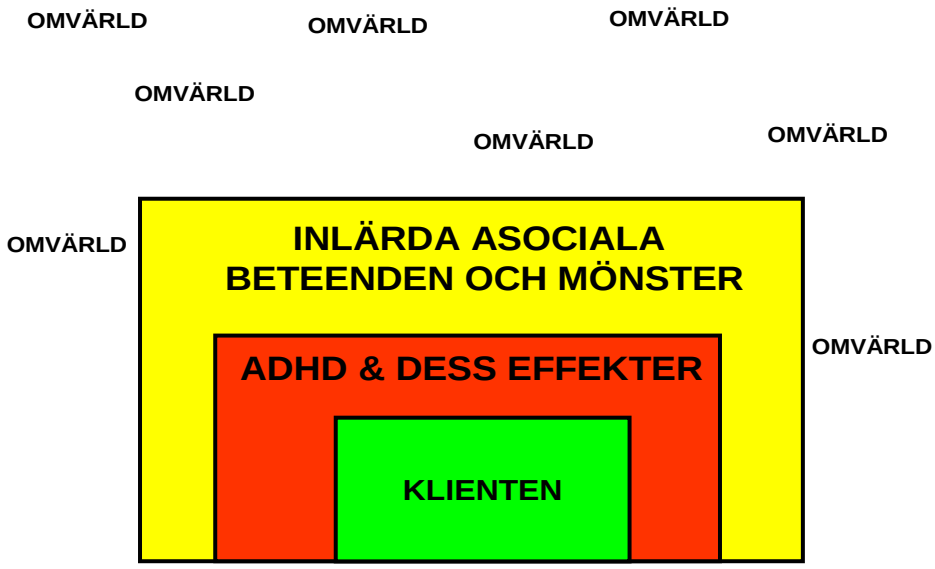
Oavsett vilket av motiven som föreligger, så kan man nog säga att tiden efter anstalten utgör projektets verkliga akilleshäl. Idag fungerar det nödtorftigt till följd av extraordinära ansträngningar från de som medverkar i projektet. Men på sikt måste naturligtvis en förändring komma till stånd om de positiva erfarenheterna från detta ska kunna utnyttjas på andra håll.

I projektet har sålunda utkristalliserats två insikter kring samverkansbehovet. Den ena skulle vi kunna kalla behovet av **organisatorisk strukturell samverkan**. Med detta menar vi en ledning på hög organisatorisk nivå (kanske nationell eller åtminstone regional nivå) som ser till att arbetet med att samverka kring denna målgrupp inte fastnar till följd av tillfälligheter, slumpvisa beslut, brist på kunskap eller andra organisatoriska patologier, väl illustrerade i brevet ovan. Vi är väl medvetna om att det finns massor av problem förknippat med detta alltifrån lagstiftning till det kommunala självstyret. Men icke desto mindre nödvändigt. Denna fråga kan angå aktörer såsom SKL, centrala verk och departement.

Det andra behovet skulle vi kunna kalla **individuell strukturell samverkan**. Med detta menar vi behovet av att bygga en konkret arbetsmodell kring de enskilda klienterna i vardagsarbetet med denna fråga. Ungefär som man idag inne i projektet byggt en samverkansgrupp med samordnare. En modell som liknar den man med framgång byggt in i det s.k. ITOK-projektet. Modellerna har en viss likhet med en modifierad case-management modell eller modellen för personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder.

4.8 Något om effekter

Lite förenklat och en aning tillspetsat skulle man kunna säga så här om projektets effekter. Vare sig Metylfenidat, eller något annat läkemedel heller för den delen, löser alla problem för projektets klienter. Långt ifrån. Men man vågar kanske, utifrån en samfälld bild från i stort sett alla intervjuade, påstå att till följd av läkemedlets effekter blir klienterna i projektet för första gången på allvar mottagliga för de behandlings- och utbildningsinsatser som görs inom krimialvården och på sikt från andra aktörer. Det finns ju till följd av funktionshindret och de effekter detta har skapat för klienterna under en följd av år mängder med mönster som måste brytas (såsom asocialt beteende, kriminalitet, missbruk etc.) och kompetens som måste byggas upp (såsom grundutbildning, yrkesutbildning, grundläggande sociala färdigheter etc.)



Inom matematiken talar man om nödvändiga och tillräckliga villkor. Kanske kan man säga att Metylfenidat är en tänkbar nödvändig insats för att man ska kunna sätta in och få effekt av alla andra insatser. Kanske nödvändig men inte tillräcklig. Projektets medicinske ledare formulerade sig ungefär så här

> *”Metylfenidat löser inte alla problem i klienternas liv. Men det skapar en grund på vilken man kan börja bygga lösningar.”*

Därmed kan man också säga att Metylfenidat (liksom för övrigt Metadon- och Subutexbehandling av opiatmissbrukare) ensamt inte är någon lösning utan först i samspel med andra psykosociala och pedagogiska insatser. Detta leder till en omedelbar följdslutsats: för att insatser av detta slag ska bli möjliga och effektiva i ett större och långsiktigare sammanhang krävs med största säkerhet någon form av strukturellt organiserad samverkan mellan kriminalvård och sjukvård samt sannolikt också med andra aktörer kanske främst kommunen men kanske också arbetsförmedling och försäkringskassa.

I punktform kan man beskriva de idag observerbara effekterna på följande vis;

* Klienterna upplever ett lugn, en möjlighet att studera, att koncentrera sig, att hantera sin impulskontroll och fungera socialt samt på allvar ta tag i ett antal andra utmaningar i livet som funktionshindrets yttringar har skapat eller försvårat hanteringen av.

* Personalen på vårdavdelningen beskriver ett lugn som man med denna målgrupp inte tidigare upplevt och ser att klienterna i vardagen mår bättre och tar till sig effekterna av de olika behandlingsinsatser som görs på ett helt nytt vis.

* Personalen på lärcentrum beskriver att klienterna har en lust, iver och förmåga att delta i utbildningsprogram som man tidigare inte kunnat se. Framstegen är betydande hos de allra flesta.

* Ledningen på anstalten beskriver en verksamhet med en målgrupp som tidigare mest ställt till problem som framgångsrik. Dessutom är denna insats förhållandevis för att inte säga mycket billig.

* Projektets medicinska ledninge kan observera på klient efter klient vilka positiva effekter medicineringen har och hur klientens hela livsförutsättningar förändras till följd av detta.

Då man gör förändring inom en vård- eller behandlingsorganisation brukar man ställa sig frågorna; blir det bättre och blir det billigare. Den första frågan tycker vi oss kunna ge ett mycket tydligt svar på; i stort sett alla berörda anser att projektet leder till bättre resultat. Om det blir billigare för samhället är en fråga vi mer i detalj kommer att titta på längre fram. Men för att föregripa det svaret så är det sannolikt en rungande ja. **En lösning som blir både bättre och billigare brukar inom managementteorin beskrivas som effektivare än alternativen**. Man brukar anse att det ska till mycket starka skäl att inte applicera en sådan lösning om den är möjlig.

Det finns idag kanske 5.000 personer som sitter på anstalt och ytterligare 2.000 personer på häkte. Om mellan 25% och 45% av dem har en diagnosticerbar ADHD-problematik så handlar det om som minst drygt 1.000 personer och som mest mer än 3.000 personer. Då uppstår för oss som utvärderar men som inte kommer från vare sig kriminalvården eller sjukvården (och därmed inte har några på förhand färdiga kunskaper uppfattningar eller åsikter om värdet av Metylfenidat utan endast studerat effekterna av det i detta projekt) en besvärlig fråga; **vilka argument kan tänkas vara giltiga för att förhindra det till synes onödiga mänskliga lidande och det enorma resursslöseri det skulle medföra att inte utnyttja erfarenheterna från detta projekt och vidga det till andra anstalter och andra målgrupper?**

Vi har svårt att se att det finns sådana bärkraftiga argument. Om det förehåller sig så, följer av detta nästa besvärliga fråga; **vem har ansvar för att en förändring kommer till stånd?**

Men det är en sak att driva frågan, en annan sak att få genomslagskraft i en sådan komplicerad process med ett flertal parter involverade. Av detta följer en tredje fråga; **vem har mandat och möjlighet att driva frågan?**

Så här långt kan vi se att det finns några möjliga svar på detta. Ett svar är att frågan ägs gemensamt av kriminalvården och SKL. Ett annat svar är att frågan ägs av regeringen och som en samverkan mellan berörda departement.

5. ANALYS AV PROJEKTET

Den bild vi fått av ADHD-projektet på Norrtäljeanstalten är att det är ett **framgångsrikt projekt både vad avser uppläggning, arbetsformer, synsätt och effekter**. Då vi jämför det med det hundratal samverkansprojekt vi själva följt genom åren och de samverkansmanualer vi själva författat framstår projektet som lite grand av **ett skolboksprojekt i samverkan nära kunskapsfronten**. Inom kriminalvården finns en hel del projektlikheter med det s.k. ITOK-projektet som också är ett samverkansprojekt mellan sjukvård och kriminalvård. Nedan vill vi ge en kortfattad bild av det vi tycker är styrkor och begränsningar i projektet. Men vill framförallt peka på vad man bör tänka på om man ska starta liknande projekt på andra anstalter. Vi gör inga anspråk på att presentera någon form av manual (det ligger utanför vårt uppdrag) utan mer punkter att tänka på inför framtiden.

5.1 Styrkor och framgångsfaktorer

5.1.1 Styrkor i punktform

Vi inleder med att i punktform och telegramtext beskriva vad vi uppfattar vara projektets styrkor utifrån vår samlade erfarenhet kring samverkansprojekt och rehabprojekt

- Ett bra samarbete mellan kriminalvård och personal från landstinget/sjukvården.
- Man fångar upp klienterna på anstalt då de är i huvudsak drogfria och motiverade att ta tag i sitt liv.
- Man har skapat en ledningsorganisation för processen som arbetar utifrån båda benens strategi, dvs. både en sjukvårdsledning och en kriminalvårdsledning.
- Man har koordinatorer eller samordnare från både kriminalvårdens och sjukvårdens sida som ser till att det dagliga samspelet fungerar.
- Man har lagt ner mycket krut på att förankra projektet hos framförallt personal inom kriminalvården.
- Man har satsat resurser på att kompetensutveckla kring ADHD som ett funktionshinder, dess effekter och hur ett bra bemötande av detta ser ut.
- Det målmedvetna strukturerade och metodiska arbetet på avdelningen har bidragit till den framgång man nått.
- Man har rekryterat personal framförallt i nyckelpositioner men även all annan personal på avdelningen på ett mycket medvetet och genomtänkt vis.
- Projektet utmärks av ett processtänkande som bland annat innehåller en långsiktighet och uthållighet som inte alltid är vanlig.
- Projektet och de personer som arbetar i det har en öppen prestigefri syn på arbetet vilket lett till en organisatorisk öppenhet och ett gott samverkansklimat.
- Bra rollfördelning i projektledningen.

- Personalen inom kriminalvården har fått en mer utvecklande roll och högre status som kan utvecklas än mer ifall de blir mer av ADHD-coacher.

- Man har hittat en bra struktur och bra arbetsmodeller i vardagen med rutiner som är genomtänkta och stödjer den rehabiliterande processen.

Om man skulle sammanfatta det hela i några få helt avgörande nyckelord blir det; **rätt personer, med rätt inställning och kompetens som arbetar med rätt metodik i en lämplig struktur och genomtänkt ledningsorganisation.**

5.2 Förbättringsområden

5.2.1 Några förbättringsområden i punktform

Om styrkorna i projektet är förhållandevis enkla att identifiera och i allt väsentligt finns inne i projektet är svagheterna något svårare att fånga och handlar i allt väsentligt om samspelet mellan projektet, dess aktörer och omvärlden. Då det gäller projektets inre arbete handlar förbättringsförslagen i första hand om mindre justeringar av en i huvudsak välfungerande modell. Låt oss alltså inleda med att kortfattat och i punktform peka på några faktorer där verksamheten inne på anstalten skulle kunna bli ännu bättre

De intagna

* mer kunskap till de intagna om effekter och biverkningar av medicineringen.

* utbildning för de intagna om att ha ADHD och hur det är att leva med detta i vardagen.

* mer aktiv friskvård på avdelningen typ fysisk aktivitet. Fysisk träning är en del av den multimodala behandlingen, liksom regelbundna rutiner avseende mat och sömn.

* avdelningen bör inte vara för liten och trång (upplevs så idag) vilket kan ge upphov till friktioner .

Personalen

* viktigt att avdelningens uppdrag är tydligt och genomtänkt – är det en behandlings- eller utredningsavdelning. På samma sätt är det viktigt att personalens arbetsbeskrivning är tydlig.

* viktigt med systematiskt och strukturerat samspel mellan programverksamheten och avdelningen, t.ex. i handledning m.m. för att skapa ett integrerat och gemensamt synsätt.

* all personal (inte bara på avdelningen) behöver kunskap om ADHD På grund av personalomsättning behöver sådan kunskapstillförsel upprepas vid flera tillfällen.

* inte lyckat att personalen jobbar både på ADHD-avdelning och isoleringsavdelning – kan leda till en viss kluvenhet mellan det rehabiliterande och repressiva förhållningssättet.

* handplocka personal till avdelningen redan från början för att undvika personalomsättning.

Sjukvårdens roll

* det behövs mer psykiatertid för att kunna fullfölja ADHD-utredningar och sköterskетid för att följa upp inställning av läkemedelsbehandling.

* mer aktivt och tidigare få in kriminalvårdens sjukvård tidigt i processen och i verkställighetsplaneringen kring klienten.

Övrigt

* öka samarbetat med intresseorganisationer, främst Attention, för att få tillgång till mer kunskap. Det behövs en systematisk utbildningsplanering.

Samspelet mellan Norrtäljeanstalten och andra aktörer inom och utanför kriminalvården

- Få vårdkedjan efter anstaltstiden att fungera både i förhållande till andra anstalter, behandlingshem och frivården men framförallt i förhållande till andra samhällsaktörer främst landsting och kommunernas socialtjänst.

- Få informationsflödet kring utredningar av de intagna att fungera mellan olika anstalter och andra aktörer.

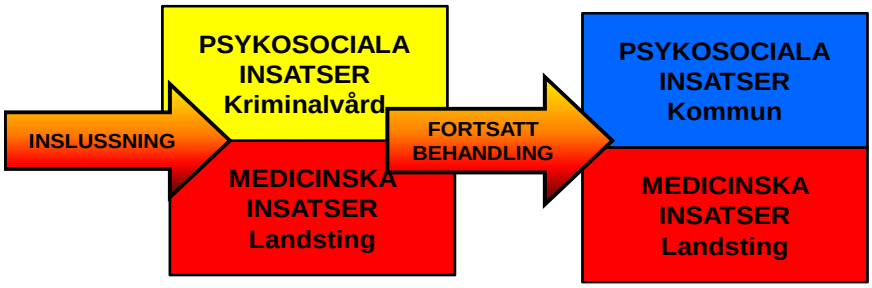
- Öka kunskapen inom socialtjänsten om ADHD.

- Klarlägga vem som har ansvaret för att ta initiativ till och genomföra ADHD-utredningar.

5.2.2 Projektet i ett större sammanhang

Det helt avgörande problemet kring projektet är att få samspelet mellan kriminalvård och andra aktörer att fungera efter tiden på Norrtäljeanstalten. Som vi ovan pekat på är svårigheten för denna målgrupp i stort att först få en diagnos för att därefter erhålla behandling. Detta handlar om samspel mellan kriminalvård och landsting. Nästa svårighet är få denna behandling att fortsätta då klienten lämnar Norrtäljeanstalten och andra aktörer tar över det medicinska ansvaret. Detta är inte löst idag på en strukturell nivå utan hanteras genom det engagerade arbetet från både kriminalvårdens och sjukvårdens projektsamordnare som med stöd av personliga kontakter hittar lösningar för enskilda klienter. De aktörer och processer som är nödvändiga för en strukturell och långsiktigt hållbar lösning på detta problem finns indikerade i figuren nedan.

ADHD-PROJEKTET
TIDEN EFTER NORRTÄLJEANSTALTEN



UPPPTÄCKT – DIAGNOS – VÅRD – FORTSATT REHABILITERING

Till detta kommer det förhållande att ansvaret för de stödjande och kompletterande rehabinsatserna av psykosocial natur efter strafftiden måste övertas av andra aktörer, främst kommunen och dess socialtjänst. Även inom detta område är svårigheterna betydande. På riksplanet handlar det om att skapa en samverkansarena med ett dussintal landsting/regioner och flera hundra kommuner och kommundelar varav flera inte fullt ut har kunskap om problematiken och några andra (av olika skäl) inte har en vilja att agera.

Vi talar här om en samverkansproblematik där statens, landstingets och kommunens insatser i någon mening måste samordnas och integreras för att de långtsiktiga effekterna ska uppstå och bevaras.

Detta generella problem måste någon aktör ta ansvar för och idag är det ingen aktör som gör detta. På lång sikt är detta förhållande kanske det största hotet mot projektet och dess eventuella efterföljare. Möjligtvis är detta en fråga för statsmakterna att lösa. Mer konkret handlar denna problematik om att

- **Skapa en samverkansledning** med representanter från kriminalvård, landsting och kommun.
- Få till stånd en **konkret samverkan på individnivå** mellan anstalt, beroendevård/psykiatri och aktuell socialtjänst.
- Undvika ett svarte petterspel kring **ansvar och finansiering** och skapa förutsättningar för **gemensamt finansierings- och ledningsansvar.**
- Skapa en arbetsprocess eller en **vård/rehabkedja som är sammanhängande.**
- Hantera alla de olika ståndpunkter, känslor och åsikter som finns kring denna fråga och i bästa fall få till stånd en **gemensam grundsyn och värdegrund** för detta arbete.

Naturligtvis är detta ingen lätt fråga. Det är precis den frågan som två olika regeringsinitiativ - mobilisering mot narkotika och psykiatrisamordningen - har brottats med i åratal. Erfarenheterna från andra liknandeprocesser säger att om man inte ser framför sig en stor statligt ledd reform inom detta fält, kanske kan lyckas genom att följa några enkla principer;

* börja i det lilla, börja på platser och inom verksamheter där jordmånen är god och chansen att lyckas är stor.

* skapa framgång i konkreta enskilda projekt som det här studerade.

* låt framgångsprojekten utgöra förebilder och rollmodeller – framgång föder framgång, alla vill vara vinnare.

5.3 Att kunna tillämpa modellen på andra ställen i framtiden

5.3.1 Att hantera akilleshälarna

Denna utvärdering avser ett projekt som har en av sina grundpelare i en forskningsansats. Om man vill använda sig av projektets erfarenheter för att göra likartade satsningar i framtiden får man tänka bort forskningsdelen och tänka sig hur ett framgångsrikt arbete då skulle organiseras. En första fråga som man då bör besvara är om det finns en eller flera sårbara punkter. Vilka blir då akilleshälarna? Vi har sett följande;

* att få till stånd **utredning, diagnos och farmakologisk behandling av klienterna**, bygger på att man får med landstinget som aktör.

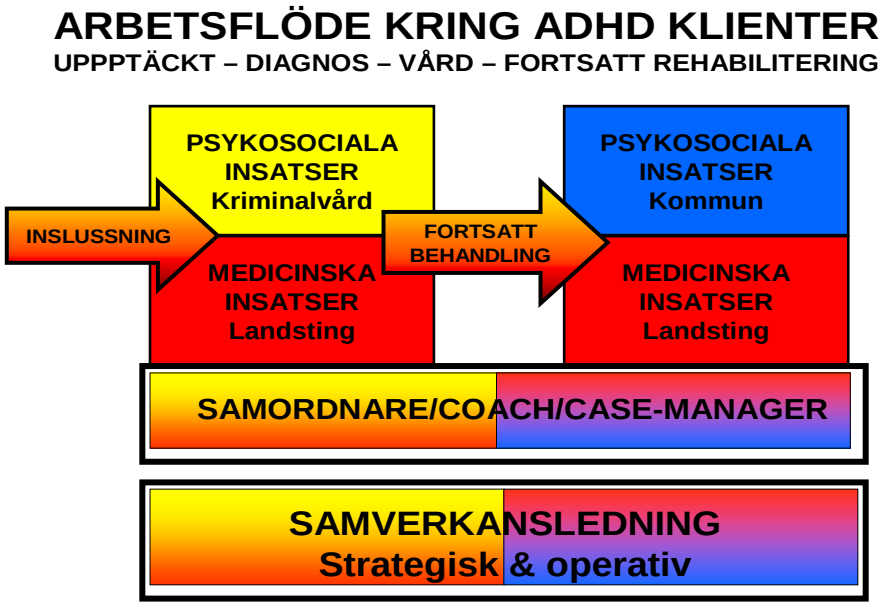
* att få till stånd **fortsatt medicinering även efter strafftiden**. Återigen en fråga om att få till stånd samverkan med landstinget.

* att få tillstånd en fortsatt **samordning av de psykosociala insatser** och andra insatser som behövs för fortsatt rehabilitering. I första hand en fråga om samverkan med kommunen men kanske också andra aktörer som arbetsförmedling, kronofogde, m.m.

* att få till stånd **koordinering av dessa insatser** – någon som tar ett samordningsansvar kring klienten och någon som finansierar detta både under och efter anstaltstiden.

* någon struktur som har/tar **ledningsansvar för att ovanstående sker.**

Processen i stort finns illustrerad i figuren nedan



Modellen ovan bygger på några viktiga delar

- **En insikt och acceptans** samt vilja att hantera samspelet mellan minst tre olika aktörer nämligen **kriminalvård, landsting och kommun**. Samt en bredvillighet att dessutom involvera andra viktiga aktörer såsom arbetsförmedling, kronofogde, försäkringkassa m.fl.

- En **övergripande strategisk samverkansledning** som på ett strukturellt, organisatoriskt och strategiskt plan tar ansvar för att samspelet mellan de berörda aktörerna fungerar.

- En **operativ samverkansledning** i det konkreta projektarbetet.

- En konkret aktör (person eller grupp av personer) som tar den samordnande, coachande rollen att, med stöd av den samverkansledning som skapats, agera som **case manager** och kontinuitet kring de enskilda klienterna.

Låt oss kommentera något av detta.

5.3.2 Att bygga en yttre strategisk ledningsstruktur

En första förutsättning för att lyckas arbeta med denna målgrupp på sikt är alltså en insikt om att flera aktörer har att dela på och hantera ett gemensamt problem – ansvarsmässigt och resursmässigt. För att detta ska bli möjligt krävs att man upprättar eller skapar en ledningsorganisation för detta. I förlängningen talar vi om en målgrupp som kan uppgå till flera tusen intagna och som i de allra flesta fall är både storkonsumenter och stamkunder av offentliga insatser. De ekonomiska effekterna är betydande. Med största sannolikhet handlar det om summor i flermiljardklassen.

För att detta ska bli möjligt krävs några olika saker; för det första att alla berörda ser att det är ett **gemensamt problem, för det andra att man ser att man inte kan hantera det på egen hand och för det tredje att man ser att vinsterna av att samarbeta är betydande både mänskligt och ekonomiskt.**

En sådan ledningsorganisation bör

- vara bemannad av beslutmässiga chefer.
- formulera ett gemensamt uppdrag/mål.
- ha en klar och gemensam bild av roll- och ansvarsfördelning kring denna målgrupp.
- ha en bild av hur man hanterar finansieringsfrågan.
- vara beredd att driva frågorna i de egna organisationerna.

Om man ska hantera detta på mer än enstaka platser i landet baserat på tillfälliga goda initiativ från enskilda personer kan vi bara se två olika vägar att ta sig fram. Den ena (och kanske mest attraktiva) är att man hanterar det avtalsvägen som **ett samverkansavtal mellan SKL och kriminalvården.** Det andra är att denna samverkansledning uppstår som en följd av någon form av **regeringsbeslut** där berörda departement intervenerar i frågan.

5.3.3 Den operativa samverkansledningen

Erfarenheten visar att även på operativ nivå kräver ett samverkansarbete av detta slag någon form av ledningsstruktur för att fungera effektiv. Ledningspersoner som konkret i vardagen inom kriminalvård och sjukvård ser till att den strategiska ledningens intentioner förverkligas. Här kan man tala om konkret ledarskap i vardagen ungefär som samordnarrollen i Norrtäljeprojektet. En sådan ledningsfunktion kan ha till uppgift att bl.a..

* bemanna projektet.
* få tillstånd samordning av olika insatser.
* hantera kompetensutvecklings- och utbildningsfrågor.
* hantera målgrupps- och prioriteringsfrågor.
* förbereda samspel med aktörer utanför anstalten på en övergripande nivå.

De operativa ledningens roll skulle kunna sammanfattas som att i vardagen förverkliga den strategiska ledningens avsikter och att underlätta vardagsarbetet på klientnivå för de aktörer/personer som har en sorts coach eller case-managementroll.

5.3.4 Att bygga en inre struktur kring klienten - casemanagementmodellen

En tredje förutsättning är att man hittar en inre arbetsmodell för att driva frågan. I väsentliga stycken finns en sådan redan på Norrtäljeanstalten idag. Som vi tidigare påpekat är Norrtäljeprojektet lite av ett skolboksexempel på samverkan mellan olika aktörer och de förbättringsområden vi pekat på handlar mera om detaljer än stora övergripande frågor.

Erfarenheten från andra samverkansprocesser av detta slag då det kring den enskilde klienten finns ett stort behov av kontinuitet, långsiktighet och ett fungerande samspel mellan flera olika aktörer är att en **coachfunktion eller case managerfunktion** kan vara en fungerande lösning. En aktör (eller grupp av aktörer, eller team) som har till uppgift att arbeta med den enskilde klienten från ax till limpa och väva

samman alla de olika intressenternas insatser till en sammanhängande plan och att se till att den specialistkompetens som finns kring klienten också samordnas och integreras.

Inom /beroendevården och kriminalvården finns ITOK-projektet i Stockholmsregionen byggt kring klienter med opiatmissbruk som kan utgöra en fungerande förebild och inspirationskälla för detta mönster. Även reformen personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder har lett till betydande positiva erfarenheter om hur en sådan roll kan utformas.

5.3.5 Att förankra

En viktig förutsättning för att lyckas är att tanken på denna typ av behandling och insats är förankrad bland alla berörda parter. Det kommer sannolikt att krävas en betydande pedagogisk insats för att genomföra detta.

Det finns särskilt två former av insatser som kommer att krävas; för det första en allmän acceptans av att farmakologisk behandling av intagna kan vara en framkomlig väg och för det andra en förankringsprocess som gör det möjligt för handläggare hos de berörda huvudmännen att samarbeta över förvaltnings- och myndighetsgränser. Vi kan se några olika måltavlor för en sådan förankringsprocess

- opinionsbildare och allmänhet för att sprida kunskap om projektet och dess effekter.
- beslutsfattare och nyckelpersoner inom berörda organisationer.
- personal inom de olika organisationerna som konkret i vardagen ska samarbeta kring klienterna.

6. EN ENKEL SOCIOEKONOMISK ANALYS

6.1 Inledning

En del av detta uppdrag har handlat om att göra en principiell och hypotetisk socioekonomisk analys av projektet i exempelform som en sorts illustration av hur man ur detta perspektiv skulle kunna mäta projektets samhällsekonomiska effekter.

Eftersom vi inte vare sig haft tid eller utrymme att ta fram unika data för målgruppen i projektet (och vi dessutom inte haft detta uppdrag) har vi utgått från liknande målgrupper vi tidigare studerat och använt oss av de data kring utanförskap vi då funnit. Vi har då baserat oss på data från tre studier av opiatmissbrukare och en studie av amfetaminmissbrukare vi genomfört (se referenslista i slutet av rapporten).

Vi har heller inte (av tämligen naturliga skäl) inte haft tillgång till data om projektets långsiktiga effekter vad gäller återfall till missbruk och kriminalitet eller rehabiliteringseffekter vad avser återgång till ett mer normalt ”svenssonliv”.

Därför bör den kommande kalkylen mer ses som ett kvalificerat räkneexempel för hur man kan se på och analysera effekterna av ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete för denna målgrupp sett ur ett socioekonomiskt perspektiv. Vi är dock, efter att ha genomfört ett antal analyser av detta slag, tämligen övertygade om storleksordningen i kalkylerna är tämligen realistiska.

Vad vi har gjort är följande

* försökt få en bild av vad projektet kostar att driva utöver kostnaderna för en konventionell anstaltsvistelse.

* tittat på vad målgruppens årliga och långsiktiga kostnader för utanförskap skulle vara om man fortsatte ett liv i utanförskap och kriminalitet.

* utifrån detta med utgångspunkt i några antaganden om målgruppens spontana rehabilitering och effekter av projektet har vi tittat på projektets socioekonomiska effekter. Vilka är samhällsvinsterna och hur fördelas dessa mellan olika aktörer i samhället?

* studerat hur detta kan se ut på lång sikt – ett socioekonomiskt investeringsperspektiv på projektet.

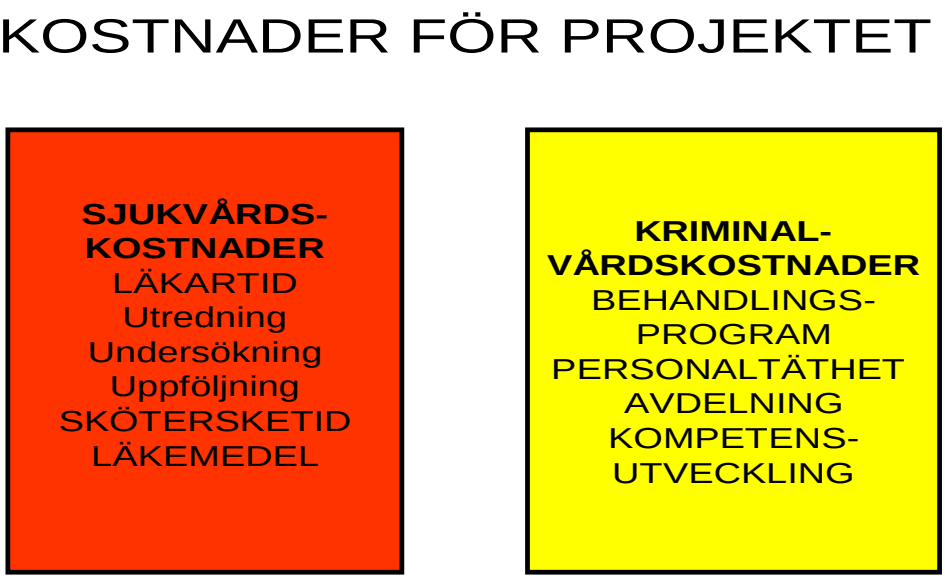
* därefter har vi utfört en känslighetsanalys kring olika antaganden om spontanrehabilitering av målgruppen och framgång i projektet för att se hur känsliga svaren är för olika nivåer av framgång.

Syftet med denna analys skulle kunna vara dels att utgöra en grund för en verkligt seriös och databaserad socioekonomisk investeringskalkyl inför framtida beslut om liknande projekt och dels att utgöra en konkret grund för kommande utvärdering av detta och andra projekt med stöd av empiriska data.

6.2 Projektets kostnader

Då man ska värdera projektets kostnader måste man vara klar över att en del av det aktuella projektets faktiska kostnader idag utgörs av kostnader för den forskning som bedrives. Dessa kostnader är dock inte relevanta då man ska ta ställning till vad ett likartat arbete kan komma att kosta i framtiden, varför de rimligtvis bör borträknas.

Med denna reservation kan projektets kostnader delas upp i två delar illustrerade i figuren nedan. Sjukvårdskostnader och kriminalvårdskostnader. Både delarna är nödvändiga för projektet.



Då sjukvårdens nettokostnader för projektet ska värderas ser vi i figuren nedan att de tillkommande kostnaderna handlar om läkartid och/eller psykologtid för utredning, undersökning, inställning av läkemedel samt medicinsk uppföljning.

Till detta kommer kostnader för medicinhantering (främst sjuksköterskетid) samt de direkta kostnaderna för läkemedel.

Vi har tidigare pekat på att i stort sett samtliga intagna redan tidigare har varit storkonsumenter av olika former av läkemedel och annan sjukvård som till följd av projektet kan sättas ut. Med andra ord är det vissa sjukvårdskostnader som minskar till följd av projektet.

Sammantaget är det alltså inte självklart att det uppstår mer än en marginell nettokostnad för sjukvården till följd av projektet. För en del klienter uppstår säkerligen en ren nettovinst.

Sjukvårdens kostnader



På samma sätt kan det förhålla sig med kriminalvårdens insatser. Projektet tycks endast i begränsad mening ha ökat kostnaderna för kriminalvården. Det har snarare handlat om att få effekt för sådana insatser man redan har, men som utan medicinering varit tämligen verkningslösa. Man har förvandlat det man i näringslivet kallar en ond kostnad (en kostnad som inte ger effekt) till en god kostnad (en kostnad som ger positiv effekt).

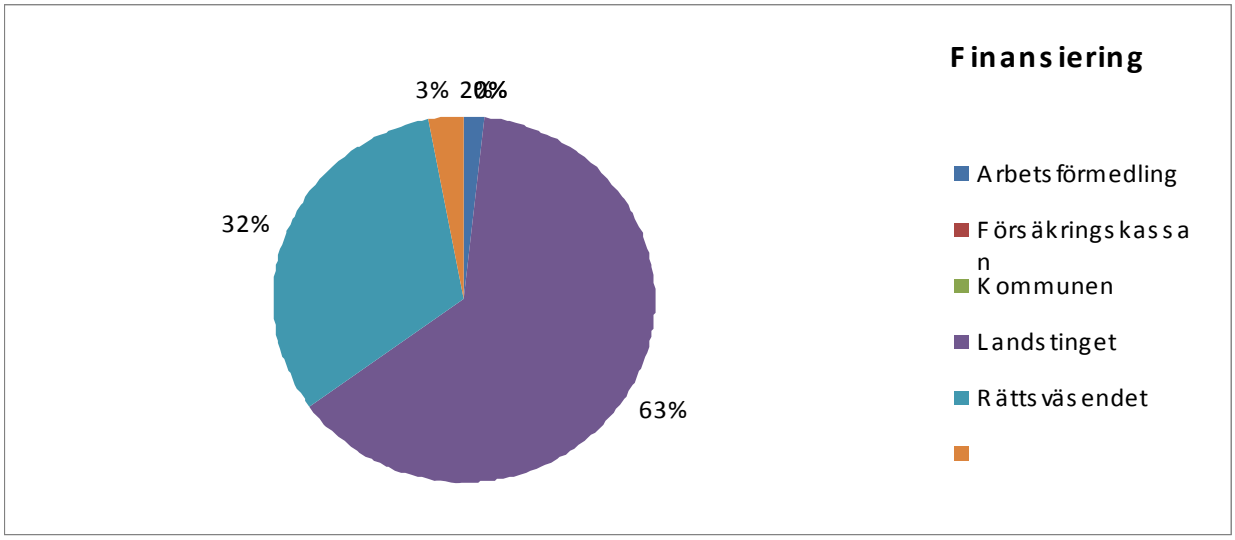
För den kommande kalkylen har vi dock av försiktighetsskäl (vi vill inte underskatta projektets kostnader eller överskatta dess effekter) antagit att de nettokostnader uppstår som visas i tabellen nedan. De uppgår totalt sett till drygt 3 Mkr på årsbasis eller cirka 100.000 kronor per klient. Sannolikt är dessa kostnader överdrivna i förhållande till verklig kostnad.

Tabell 6.1 ADHD- projektets kostnader

	Synliga	Osynliga	Summa
Intäkter			
Arbetsförmedling	50 000	0	50 000
Försäkringskassan	0	0	0
Kommunen	0	0	0
Landstinget	2 000 000	0	2 000 000
Rättsväsendet	1 000 000	0	1 000 000
Övriga	100 000	0	100 000
Summa	3 150 000	0	3 150 000

Dessa kostnader är procentuellt fördelade mellan olika samhällsaktörer på följande vis

Diagram x.x Projektets procentuella kostnader fördelade mellan olika aktörer



Vi ser då i denna figur att landstinget är den största nettofinansiären av projektet. En intressant fråga som uppstår är då om detta på kort och långsikt också utgör en totalt nettoförlust för landstinget, eller om det kanske (framförallt på lång sikt) är en god affär att satsa på detta.

6.3 Vad händer utan projektet

För att svara på denna fråga måste man gå tillbaka till de intagnas liv utan projektet. Vi har då redan tidigare sett att detta är ett liv präglat av utanförskap, misslyckade behandlingar inom kriminalvård, missbruksvård och socialtjänst, upprepade och accelerande brottsmönster, ofta av våldsnatur med brottsoffer, missbruk och annan kriminalitet.

Vi har med utgångspunkt i data från tidigare studier räknat fram ett försiktigt värde på vad dessa 30 intagna skulle kosta samhället på årsbasis om projektet inte fanns och de skulle fortsätta sitt liv som tidigare i utanförskap.

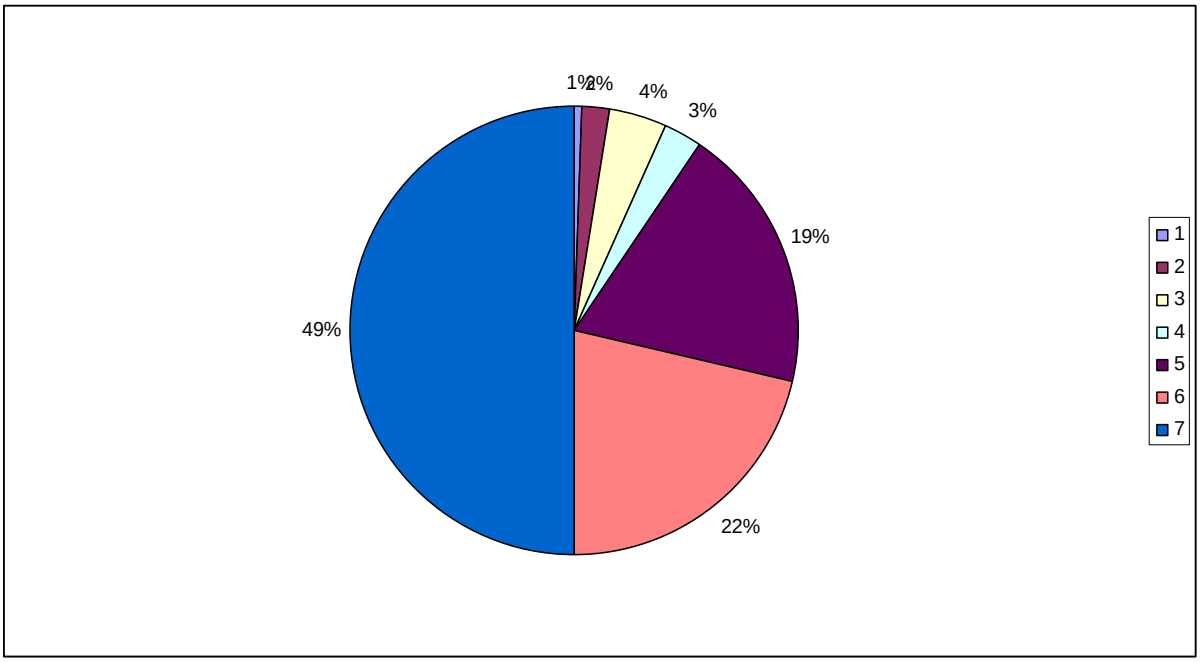
Vi ser då att målgruppens årliga kostnader uppgår till cirka 58 Mkr. Landstingets del uppgår här till 3 Mkr eller 1 Mkr mer än kostnaderna för att delta i projektet. Projektet är med dessa antaganden som grund, redan på ett års sikt för landstinget en investering som ger en avkastning på 50% mer än investeringskostnaden.

Tabell 6.2 Årliga kostnader för målgruppen utan projektet

Arbetsförmedling	800 010
Försäkringskassan	2 175 000
Kommunen	4 970 000
Landstinget	3 059 500
Rättsväsendet	22 361 150
Övriga	25 200 000
Summa	58 565 660

Vi ser också att de tunga kostnadsbärarna är rättsväsendet (polis, åklagare, domstolar och kriminalvård) samt gruppen övriga där vi framförallt har allmänhet, anhöriga, företag etc. – dvs. brottslighetens konsekvenser för tredje man.

Diagram 6.1. Kostnadernas fördelning för målgruppen utan projektet



Men den verkligt intressanta frågan är; hur ser de långsiktiga socioekonomiska effekterna av målgruppens utanförskap ut? De intagna som ingår i projektet har ju mer eller mindre permanentat sin outsideridentitet och sitt utanförskap och de effekter som funktionshindret ADHD ger, leder till att sannolikheten för en självläkningsprocess inte är särskilt stor. Funktionshindrets konsekvenser leder till betydande återfallsrisker i kriminalitet och missbruk.

I tabellen nedan har vi med en diskonteringsränta på 4% skrivit fram årskostnaderna för ett antal ålderintervall. Är de intagna i genomsnitt 25 år kan det vara meningsfullt att granska tidsspannet fram till ålderpensionen dvs. 40 år. För personer med missbruk och/eller kriminalitet har tidigare studier visat att 20 år dock är ett mera meningsfullt perspektiv. Efter så lång tid orkar kroppen inte längre. Man riskerar att dö till följd av sitt utanförskap eller avbryter av andra skäl sitt missbruk.

Om vi använder oss av 20 årsperspektivet ser vi att de förväntade framtida kostnaderna för utanförskap för de 30 personerna i projektet uppgår till drygt 800 Mkr om inget görs för att bryta detta mönster. Landstingets andel av detta utgör cirka 43 Mkr eller drygt 20 gånger kostnaden för landstinget för att driva projektet.

Tabell 6.3 De långsiktiga socioekonomiska effekterna av målgruppens utanförskap

Långsiktiga socioekonomiska effekter av målgruppens utanförskap

	1	5	10	15	20	25	40
Arbetsförmedling	800 010	3 703 962	6 748 350	9 250 614	11 307 293	12 997 733	16 467 794
Försäkringskassan	2 175 000	10 070 022	18 346 846	25 149 792	30 741 318	35 337 145	44 771 255
Kommunen	4 970 000	23 010 579	41 923 598	57 468 721	70 245 679	80 747 407	102 304 890
Landstinget	3 059 500	14 165 164	25 807 897	35 377 375	43 242 788	49 707 584	62 978 231
Rättsväsendet	22 361 150	103 529 782	188 623 715	258 564 726	316 051 139	363 300 780	460 292 753
Övriga	25 200 000	116 673 360	212 570 357	291 390 698	356 175 273	409 423 471	518 729 018
Summa	58 565 660	271 152 870	494 020 763	677 201 926	827 763 489	951 514 119	1 205 543 940

Lite extra intressant kan vara att se att landstingets kostnad för dessa 20 år om inget görs för målgruppen uppgår till drygt 40 Mkr vilket kan jämföras med de mycket högt räknade 2 Mkr som det kostar för landstinget att medverka i projektet. En skillnad i kostnad med faktorn 20 eller 2.000%

6.4 Tänkbara socioekonomiska effekter av projektet

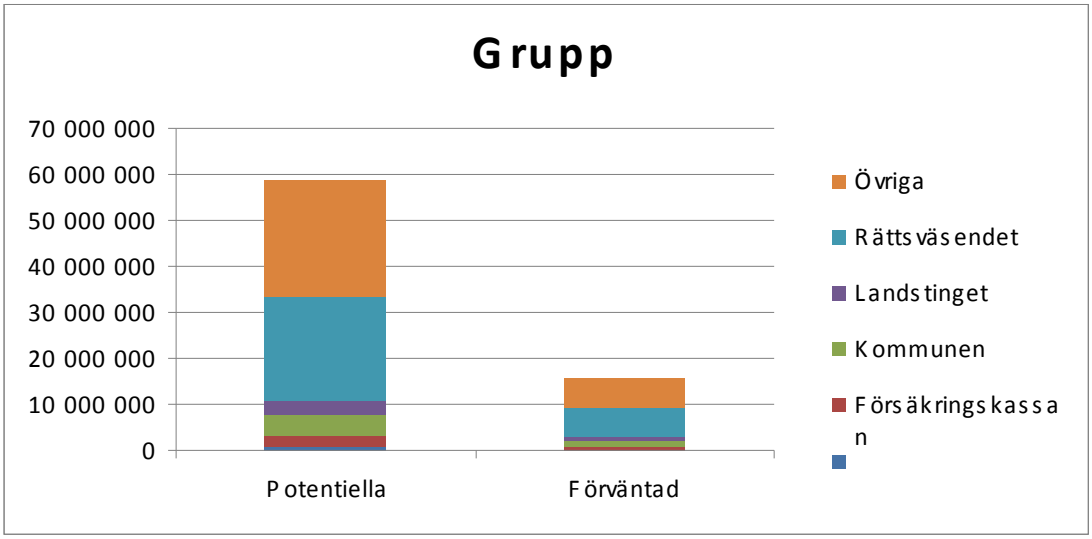
Men den verkligt intressanta frågan är hur de kort- och långsiktiga socioekonomiska effekterna av projektet ser ut. Det ligger i sakens natur att det i dagsläget inte finns några resultat från projektet. Man kan se mönster och tendenser, men som sagt inga slutgiltiga resultat.

Då får man, precis som i alla andra långsiktiga sammanhang, luta sig mot antaganden och hypoteser för att få en bild av möjliga effekter. I nedanstående kalkyl har vi gjort några mycket enkla antaganden

- Vi antar att 10% (3 st) av de intagna spontant skulle ha kunnat bryta med sin kriminalitet utan projektet.
- Vi antar att av de resterande 90% skulle 30% (9 st) kunnat bryta sitt utanförskap med stöd av projektet.

Vi får då det mönster som redovisas i digrammet nedan.

Diagram 6.2 Potentiella och förväntade effekter av projektet vid 10% spontanrehabilitering och 30% framgång i projektet



I tabellen nedan ser vi att projektets årliga socioekonomiska intäkter vid dessa antaganden uppgår till cirka 15 Mkr eller 5 gånger investeringskostnaden för insatsen.

Tabell6.4 Projektets årliga socioekonomiska bruttoeffekter vid 10% spontantrehabilitering och 30% framgång i projektet

	Extern intäkt	Extern kostnad	Produktions-värde	Summa
Arbetsförmedling	216 003	0		
Försäkringskassan	587 250	0		
Kommunen	1 341 900	0		
Landstinget	826 065	0		
Rättsväsendet	6 037 511	0		
Övriga	6 804 000	0		
Summa	15 812 728	0	2 313 360	18 126 088

6.5 En socioekonomisk investeringskalkyl inför framtiden

Om vi flyttar blicken framåt och slutar betrakta projektet som en kostnad och ser det som ett socioekonomiskt investeringsprojekt finner vi i tabellen nedan att ur ett fem årsperspektiv uppgår

projektets nettovinst till cirka 80 Mkr och ur ett 20 årsperspektiv till cirka 250 Mkr. Siffrorna är diskonterade med 4%.

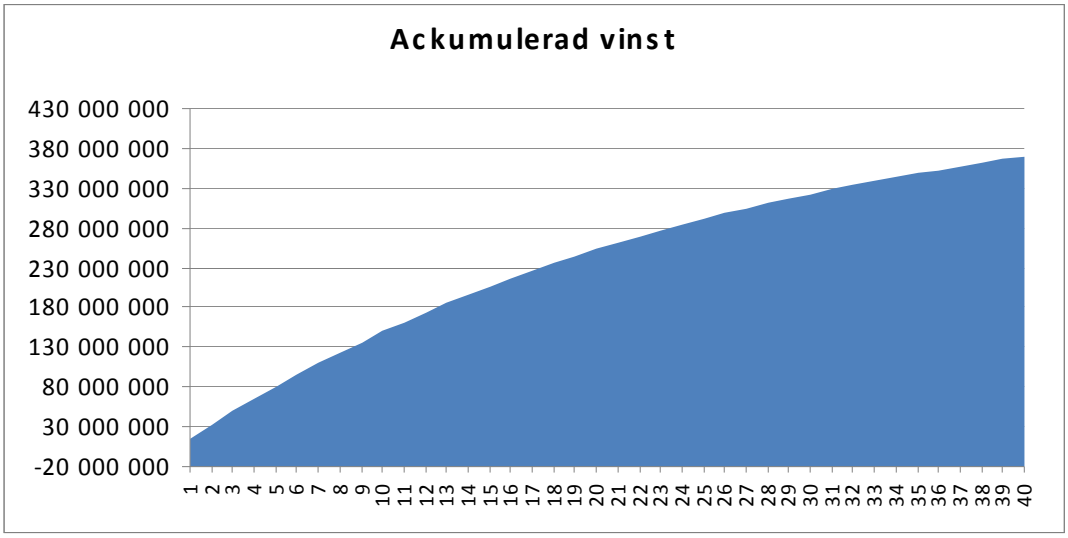
Tabell 6.5 Projektets långsiktiga socioekonomiska bruttoeffekter vid 10% spontantrehabilitering och 30% framgång i projektet

Projektets långsiktiga socioekonomiska bruttoeffekter vid 10% spontantrehabilitering och 30% framgång i projektet

	Vinst Grupp						
	Antal år						
	1	5	10	15	20	25	40
Vinst	14 976 088	80 771 889	149 749 565	206 444 186	253 043 032	291 343 887	369 966 188

Om vi fortfarande antar att projektets nettokostnad uppgår till 3 Mkr blir avkastningen på detta projekt ur ett 20 årsperspektiv 84 gånger pengarna eller 8.400 % eller 420% på årsbasis. En avkastning som få riskkapitalbolag eller pensionsfondsförvaltare kan uppvisa. Samma resultat redovisas också i diagrammet nedan.

Diagram 6.3 Projektets långsiktiga socioekonomiska bruttoeffekter vid 10% spontantrehabilitering och 30% framgång i projektet



6.6 Känslighetsanalys

6.6.1 Effekterna av ett dåligt resultat

Men om det inte går så bra då? Man kan ju som vi ovan påpekat inte veta hur väl det kommer att gå för projektets klienter. Vi har därför gjort en känslighetsanalys och tänkt oss att projektet inte lyckas med 30% av klienterna utan endast med 10%. Vi antar alltså i kalkylen nedan att den enda bestående effekten av projektet är att tre av de intagna långsiktigt lyckas bryta med sitt utanförskap.

Tabell6.6 Projektets årliga socioekonomiska bruttoeffekter vid 10% spontantrehabilitering och 10% framgång i projektet

	Extern intäkt	Extern kostnad	Produktions-värde	Summa
Arbetsförmedling	72 001	0		
Försäkringskassan	195 750	0		
Kommunen	447 300	0		
Landstinget	275 355	0		
Rättsväsendet	2 012 504	0		
Övriga	2 268 000	0		
Summa	5 270 909	0	771 120	6 042 029

Vi ser då att även vid detta blygsamma antagande om framgång uppgår de årliga bruttovinsterna från projektet till cirka 6 Mkr

Om vi då med dessa måttliga framgångstal tittar framåt ser vi i tabellen nedan de förväntade framtida vinsterna för 1,5,10,15,20, 25 samt 40 år framåt.

Tabell 6.7 Projektets långsiktiga socioekonomiska bruttoeffekter vid 10% spontantrehabilitering och 10% framgång i projektet

Projektets långsiktiga socioekonomiska bruttoeffekter vid 10% spontantrehablitering och 10% framgång i projektet

	Vinst Grupp						
	Antal år						
	1	5	10	15	20	25	40
Vinst	2 892 029	24 823 963	47 816 522	66 714 729	82 247 677	95 014 629	121 222 063

6.6.2 Effekterna av ett ordentligt misslyckande

Ytterligare en fråga man kan ställa sig är; hur många av de intagna måste bryta med sitt långsiktiga utanförskap för att man ska passera det som i företagsvärlden kallas break-even, dvs. att den gjorda investeringen är återbetald. Svaret blir att ur ett tjugoårsperspektiv räcker det med att en enda av de intagna bryter med sitt utanförskap för att man ska uppnå detta mål. I detta tidsperspektiv blir bruttovinsten 22 Mkr. Om denna enda klient bryter med sitt utanförskap till följd av projektet och återfaller till sin gamla livsstil efter 3-4 år, räcker detta för att projektet ska passera break-even och den ursprungliga investeringen vara betald.

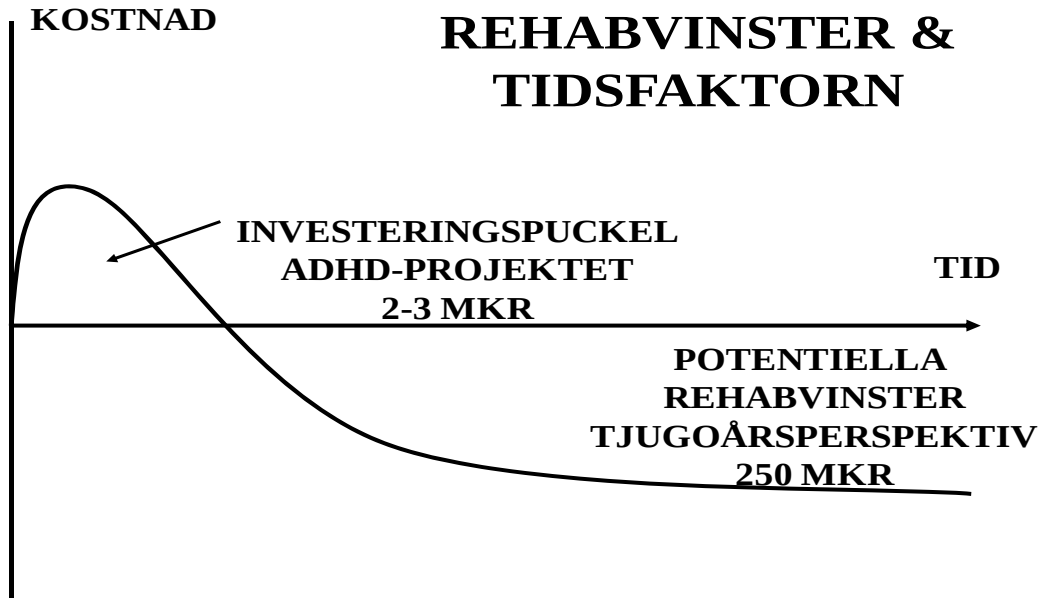
En fråga man kan ställa sig är hur det kan komma sig att trots tämligen måttlig eller till och med mycket dålig framgång i projektet leder till så betydande samhällsvinster. Det enkla svaret på detta är att kostnaderna för denna form av utanförskap är så betydande och sker under så lång tid att redan på mycket blygsamma nivåer av framgång uppstår betydande samhällsvinster.

I själva verket räcker det alltså med stor marginal att **projektet bidrar till att en enda intagen under en femårsperiod bryter med sitt utanförskap för att det ska anses vara socioekonomiskt lönsamt.**

6.7 ADHD-projektet som en socioekonomisk investering

Det finns två faktorer som gör att man som beslutsfattare sällan ser dessa socioekonomiska effekter. Den ena handlar om det **stuprörstänkandet** som råder i våra offentliga organisationer vilket leder till en osynlighetsproblematik – man ser bara de positiva effekterna av en framgångsrik insats i den egna organisationen och dess bokslut.

Den andra utgöres av **kortsiktigheten** i budget- och styrprocesser. ADHD-projektet är ur ett ekonomiskt perspektiv ett socioekonomiskt investeringsprojekt. Under risk satsar man en summa pengar idag för att i framtiden skapa en intäkt. Detta illustreras i figuren nedan



Genom socioekonomiska investerings och utvärderingskalkyler kan man som beslutsfattare:

- Få en bild av ett projekts **långsiktiga effekter.**
- Få hjälp att se sådana projekt som **sociala investeringsprojekt** i stället för endast kortsiktiga kostnader.
- Få hjälp att se **hela kostnadsmassan** kring ett projekt och framförallt effekterna av att inte genomföra projektet – business as usual scenariots kostnadsmassa.
- Få hjälp att se vilka **omfördelningseffekter** mellan olika aktörer som uppstår till följd av ett genomförande.

Vår erfarenhet från andra sammanhang är att denna typ av kalkyler bidrar till att öka långsiktigheten i beslutsfattandet samt att stärka helhetssyn och samverkan kring klienter med en komplex behovsbild.

7. SLUTORD

ADHD-projektet är med alla rimliga mått mätt ett framgångsrikt projekt – mänskligt och ekonomiskt. Det utgör också i alla väsentliga avseenden ett bra exempel på hur man kan skapa, driva och genomföra ett samverkansarbete kring en målgrupp med komplexa och sammansatta problem. Men som så många andra bra projekt av detta slag väcks frågan hur man strukturellt ska kunna ta tillvara de framgångar och goda erfarenheter som gjorts. Inte bara stora mänskliga värden står på spel. Ur ett socioekonomiskt perspektiv handlar det om vinster i flermiljardklassen.

Studien har också väckt flera olika frågor. Den första frågan är mer allmän. Om människor med denna form av problematik skapar så stora samhällskostnader och utsätts för så mycket lidande och den typ av tämligen billiga och enkla åtgärder som Norrtäljeprojektet utgör kan leda till påtagliga konsekvenser – hur länge ska vi låta detta fortgå? Om vi leker med tanken att dessa förhållanden gäller inte bara för projektets 30 klienter utan för hundratals eller kanske flera tusen av kriminalvårdens intagna – vilka samhällsförluster uppstår då inte av att fortsätta göra som idag i stället för att bryta dagens mönster.

Den andra frågan är mer konkret. Siffrorna här är allmänna och bygger på återanvändning av data från andra studier och har räknats fram under kort tid och med mycket små resurser. Hur länge ska vi acceptera den brist på kunskap om socioekonomiska effekter för denna och andra målgrupper med komplex problematik innan vi sätter oss ner och på allvar försöker ta reda på de faktiska konkreta kostnaderna för detta utanförskap. Genom att skapa sådan kunskap skulle vi i framtiden på ett bättre sätt än idag kunna argumentera för att en förändring kommer till stånd.

Den tredje frågan är mer av moralisk och etisk natur. Det är uppenbart hur man kan och kanske dessutom bör gå vidare kring denna fråga. Det är uppenbart att stora mänskliga och ekonomiska värden ligger i potten. Det är också uppenbart att så här långt har Kriminalvården tagit en aktiv roll för att driva processen och kommuner och landsting en i bästa fall avvaktande och i sämsta fall avvisande roll. Ett undantag från detta är att man i Stockholms Län på strukturellt plan hittat samverkansformer med beroendevården och rättspsykiatrins öppenvård.

Den besvärande frågan blir då hur länge kan berörda aktörer avstå från att agera. När blir i detta sammanhang underlåtenhetssynder värre än överträdelsesynder? Och vilket moraliskt och etiskt ansvar har man för detta?

Man måste med Martin Luther Kings ord i minne komma ihåg att **problemet inte i första hand handlar om ondskan hos dom onda utan tystnaden hos de goda**. Det är kanske dags för de goda beslutsfattarna inom berörda myndigheter att ta nästa steg i denna fråga

8. REFERENSER

Nedan anges några av de studier vi genomfört som har beröring med detta arbetsområde. De flesta av dem finns tillgängliga på vår hemsida www.seeab.se och går utmärkt att ladda ner. Några av dem finns dessutom tillgängliga på engelska.

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

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

Lundmark & Nilsson, Stacken – Rehabiliteringssamverkan i Nynäshamn, OFUS, 2001.

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

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

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

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

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

Lundmark, Nilsson & Wadeskog, OFUS, 2008, 1+1=3, en analys av samverkan och socioekonomiska effekter av rehabprojektet ITOK, SEE, KVS & SLL

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

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

Nilsson, OFUS, samt Nacka och Örnsköldsviks kommuner, 1995-2005 Strategier för samverkan.

Nilsson, 2006Södermalms Beroende Team, rehabiliteringssamverkan kring missbrukare på Södermalm, OFUS.

Nilsson, 2003 & 2006, Personligt ombud i Mellansverige – ombudens arbete & råd inför framtiden, Länsstyrelsen i Västmanland

Nilsson, 2008, Den osynliga lönsamheten - Tullens beslag av heroin och amfetamin ur ett socioekonomiskt perspektiv, SEE.

Nilsson, 2008, Samverkan i Sörmland – en analys av Sörmlands Samordningsförbund - RAR, OFUS & RAR

Nilsson, 2009, Socioekonomisk investeringskalkyl kring ett projekt med en vidgad arbetsmarknad i Jönköpings Län, OFUS & Regionförbundet i Jönköpings Län

Nilsson, Svedin & Wadeskog, Ekonomisk effekter i olika former av missbruksbehandling, Stockholms Stad, FoU-byrån & SEE, 1986.

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

Nilsson & Wadeskog, 1996, SEE & Nacka kommun, Vårdkedjor, samverkan och ekonomi – fallet stroke och äldre personer.

Nilsson & Wadeskog, 1998, SEE & Södertälje kommun, Vårdkedjor, psykiatrireformen och ekonomin – fallet Södertälje.

Nilsson & Wadeskog, 1999, Socialstyrelsen & SEE, Rutger Engström- missbrukare eller psykiskt sjuk.

Nilsson & Wadeskog, 1999, Socialstyrelsen & SEE, Ju fler kockar desto bättre soppa – om att samverka kring psykiatrireformens klienter.

Nilsson & Wadeskog, 2003, SEE & Landstinget i Dalarna, Carina Persson, en studie av fetmans samhällsekonomiska konsekvenser.

Nilsson & Wadeskog, 2004, Ett socialt investeringsperspektiv, SEE & Socialstyrelsen.

Nilsson & Wadeskog, 2005, Resten av bilden – 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, Det är bättre att stämma i bäcken än i ån lönsamheten – att värdera de ekonomiska effekterna av tidiga och samordnade insatser kring barn och unga, SEE & Idéer för livet/Skandia.

Nilsson & Wadeskog, 2008, Handbok i socioekonomiska bokslut, SEE & NUTEK.

Nilsson & Wadeskog, 2008, Den osynliga och diffusa rehabiliteringspotentialen - översiktliga socioekonomiska kalkyler kring effekterna av framgångsrik rehabilitering inom ramen för samordningsförbund, SEE & Statskontoret

Nilsson & Wadeskog, 2008, Summan av att ge människor en andra chans – en socioekonomisk analys av Lugna Gatans verksamhet, SEE & Fryshuset

Nilsson & Wadeskog, 2009, Utvärdering av skolverkets samverkansprojekt, SEE & Skolverket



Kriminalvården

601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
Fax 011-496 40 00
www.kriminalvarden.se

Beställningsnummer:
5036