



FoU Rapport 76:2013

Uppföljning av mångbesökare inom missbruks och beroendevård

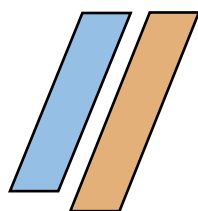
Delrapport

Benitha Eliasson, projektledare
Eugenia Chertova, projektmedarbetare

Besöksadress:
Västra varvsgatan 11 Luleå

Telefon:
0920-20 54 00 vx

FoU Norrbotten är en fristående verksamhet inom Kommunförbundet Norrbotten. Vill du veta mer om vårt arbete eller ladda hem tidigare FoU rapporter . Gå till www.founorrbotten.se



FoU NORRBOTTEN

Uppföljning av mångbesökare inom missbruks- och beroendevård

**En modell för uppföljning av insatser och behov som patienter/klienter har
inom missbruks- och beroendevården**

Delrapport

Uppföljningen pågår till slutet av 2013. Denna delrapport är arbetsmaterial som innehåller information om projektet Uppföljning av mångbesökare inom missbruk och beroende samt fallstudier där vård och stöd av fem personer med missbruksproblematik under ett års tid presenteras.

Benitha Eliasson, projektledare

Eugenia Chertova, projektmedarbetare

2013-05-27

Innehåll

Inledning.....	3
Uppföljningens syfte.....	3
Definition av målgruppen mångbesökare, underlag för urvalet.....	4
Projektorganisation i Norrbotten.....	4
Urval och metod: övergripande information.....	6
Fallstudier.....	7
Fallstudie Missbruks- och beroendeenheten. Kim.....	7
Fallbeskrivning.....	7
Fokusgruppen.....	9
Kostnader.....	9
Fallstudie Case managers. Georg.....	9
Fallbeskrivning.....	9
Fokusgrupper.....	11
Kostnader.....	11
Fallstudie LABO. David.....	12
Fallbeskrivning.....	12
Fokusgrupper.....	14
Kostnader.....	14
Fallstudie frivården. Lena.....	15
Fallbeskrivning.....	15
Fokusgrupper.....	16
Kostnader.....	17
Fallstudie multimångbesökare. Anna.....	18
Fallbeskrivning.....	18
Fokusgrupper.....	20
Kostnader.....	20
Fallstudier. Sammanfattning.....	21

Inledning

Mångbesökarmodellen är en modell för uppföljning där man retrospektivt kartlägger brukares väg genom organisationer som sjukvård, socialtjänst och kriminalvård i syfte att förbättra vården och stödet för målgruppen. I den här uppföljningen är den aktuella målgruppen personer med tungt missbruk eller beroende som har frekventa kontakter med olika vård- och stödgivare. (SKL, Mångbesökarmodellen). Från början utarbetades modellen för multisjuka äldre, vid Äldrecentrum i Stockholms län. Drivande för utvecklingen av modellen har varit Ulla Gurner, som arbetar som utredare vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Modellen är beprövad inom äldreområdet och bland annat har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomfört en nationell satsning, "Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre".

Under år 2010 påbörjade Beroendecentrum i Stockholm ett arbete för att anpassa metoden till missbruks- och beroendevård, och de har använt den vid en uppföljning vid Beroendeakuten, Stockholm. Genom det arbete som gjordes vid Beroendeakuten blev SKL intresserade av att prova mångbesökarmodellen i andra delar av Sverige, och den satsningen kom att ingå i överenskommelsen om det som benämns Kunskap till praktik¹, och hade som syfte "att skapa förutsättningar för bättre verksamhetsuppföljningar"². Förfrågan från SKL, om att delta i projektet, kom under våren 2011 till kommuner och landsting, och i Norrbotten påbörjades projektet i september 2011 och skulle pågå i ett och ett halvt år men förlängdes sedan till slutet av 2013. Förutom Norrbotten arbetar Jämtland, Skåne, Uppsala, Gotland samt Halland med att utarbeta mångbesökarmodellen. FoU Södertörn har av SKL fått uppdraget att fungera som ett stöd i ett implementeringsarbete.

Uppföljningens syfte

Det nationella projektet har två intentioner, dels att utarbeta eller implementera en uppföljningsmodell inom missbruks- och beroendområdet, dels att utarbeta former för stöd från FoU-miljöer till olika projekt. Den här delrapporten handlar om nuläget i uppföljningen, nämligen om resultatet av fem fallstudier som gjorts i Norrbotten och som är en del i utarbetandet av mångbesökarmodellen.

Uppföljningen genomförs genom:

- Att kartlägga och följa upp mångbesökarens nyttjande av olika typer av vård- och stödinsatser.
- Att undersöka mångbesökarens uppfattning om/upplevelse av vården och stödet samt om bemötandet som de har fått från de olika organisationerna.
- Att identifiera och komma till rätta med systembrister.

Genom uppföljningen ges förutsättningar för organisationerna att förbättra samverkan och därigenom kvaliteten på de insatser som personerna får. Det bör finnas förutsättningar för att

¹ Kunskap till praktik är en omfattande ekonomisk satsning som gjorts på missbruk- och beroendevården och som till stora delar har handlat om implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i verksamheter inom kommuner och landsting.

² SKL, Mångbesökarmodellen <http://kunskaptillpraktik.skl.se/utvecklingsomraden/uppfoljning/mangbesokarmodellen> (hämtad 130115).

använda de ekonomiska resurserna mer effektivt såväl för organisationerna som för samhället. Resultatet kan till exempel användas vid verksamhetsplanering eller som en del av underlaget vid organisationernas budgetprocess. Resultatet från uppföljningen innefattar även en preliminär beräkning av vad vården och stödet till de mångbesökare som ingår i uppföljningen, kostar organisationerna. (Jmf SKL, Mångbesökarmodellen).

Definition av målgruppen mångbesökare, underlag för urvalet

I den här uppföljningen definieras mångbesökare som personer med missbruk eller beroende som under en tolv månaders period har besökt landstingets akutsjukvård (den somatiska eller psykiatriska) minst fyra gånger, eller som har vårdats minst fyra gånger på en av landstingets vårdavdelningar. Definitionen utgår från hur Norrbottens läns landsting definierar äldre mångbesökare.

Ett riktmärke är att personerna någon av dessa gånger skall ha getts en av diagnoskoderna F10-F14, F16 eller F18-19. Dessa diagnoskoder utgår från "Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem"³ och är:

- F10 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol.
- F11 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater.
- F12 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis.
- F13 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika.
- F14 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain.
- F16 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener.
- F18 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel.
- F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser.

Skälet till diagnoskoderna är ett *riktmärke* för urvalet är att, när det saknas missbruks- och beroendeheter (förutom för Luleå och Bodens kommuner), diagnostiseras personer mer sällan med en diagnos kopplat till missbruk eller beroende.

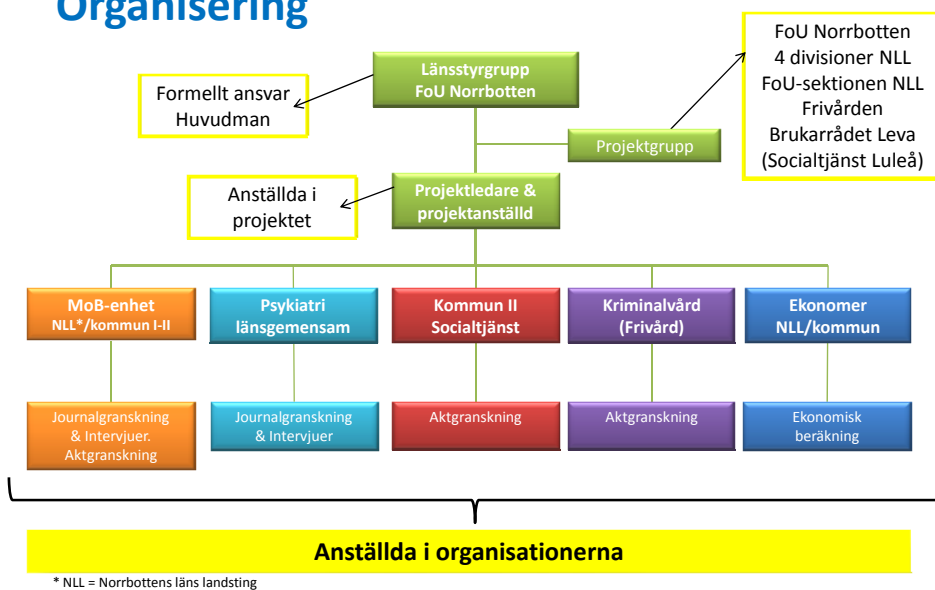
Projektorganisation i Norrbotten

Det lokala uppföljningsarbetet har organiserats med en formell styrgrupp i form av Länsstyrgruppen och Kommunförbundet, FoU Norrbotten, som huvudman. En projektledare håller i och samordnar det praktiska arbetet som uppföljningen innebär, med stöd av en projektgrupp.⁴

³Socialstyrelsen (2011). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem.

⁴ Ett förslag finns att projektgruppens ansvar och uppgifter ändras till en operativ styrgrupp.

Organisering



I september 2011 tog *Länsstyrgruppen* för samverkan det formella beslutet om att delta i projektet. Den *projektgrupp* som har etablerats för Kunskap till praktik, fungerar som projektgrupp även för det här arbetet. I projektgruppen deltar projektledaren, representanter från olika landstingsdivisioner, en person från landstingets FoU-sektion, en person från FoU Norrbotten representerar kommunerna, två personer från Brukarrådet i Norrbotten, samt en chef från frivården. Projektgruppens ansvar är att vara behjälplig med att utforma tillvägagångssätt och arbeta med det resultat som uppföljningen och utvecklingen av modellen ger.

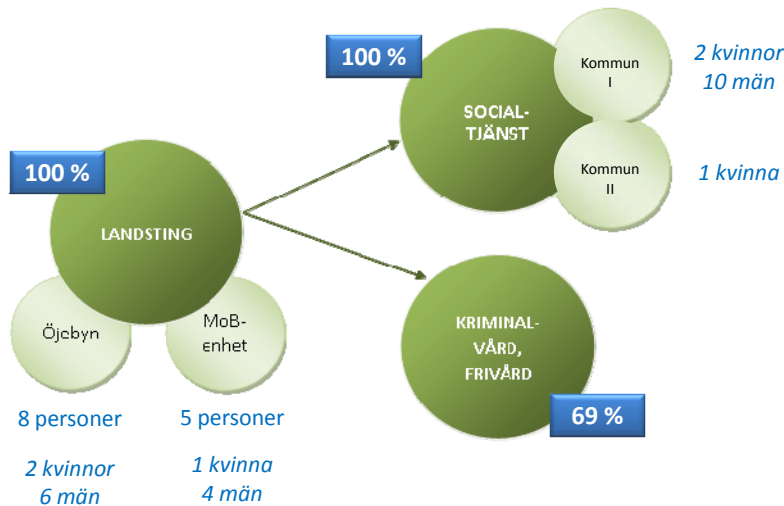
Projektledaren, Benitha Eliasson, har anställts av FoU Norrbotten på 30 procent för att hålla i och samordna projektarbetet. Projektledaren ansvarar för kontakt med deltagande organisationer och personer, samt med FoU Södertörn. Vidare ingår information, rapportering, sammanställning och analys av materialet i projektledarens ansvar. Projektledaren har också ansvar att vara delaktig i utvecklingen av mångbesökarmodellen. En *projektanställd*, Eugenia Chertova, arbetar i projektet från och med november med att vara projektledaren till hjälp, och ansvarar i första hand för att sammanställa, analysera och presentera det empiriska materialet.

De *verksamheter* som är involverade är Psykiatri länsgemensam i Öjebyn, samt Missbruks- och beroendeenheten (MoB-enheten) för Luleå och Bodens kommuner. Vidare är Kriminalvården (frivården) samt två socialtjänster i Norrbotten involverade.

Urval och metod: övergripande information

I urvalsgruppen ingick 13 personer, tre kvinnor och tio män. Urvalet skedde på Öjebyn och på MoB – enheten, och deltagare i studien fördelades enligt schemat nedan.

Verksamheter



Samtliga deltagare gav samtycke till genomgången av deras sjukvårdsjournaler och socialtjänstens akter, samt kriminalvårdens och frivårdens handlingar. Nio intervjuer genomfördes med mångbesökare och fyra med deras anhöriga och närstående. En ekonom vid Norrbottens läns landsting och en vid Socialtjänsten i Luleå gjorde preliminära kostnadsberäkningar för individerna.

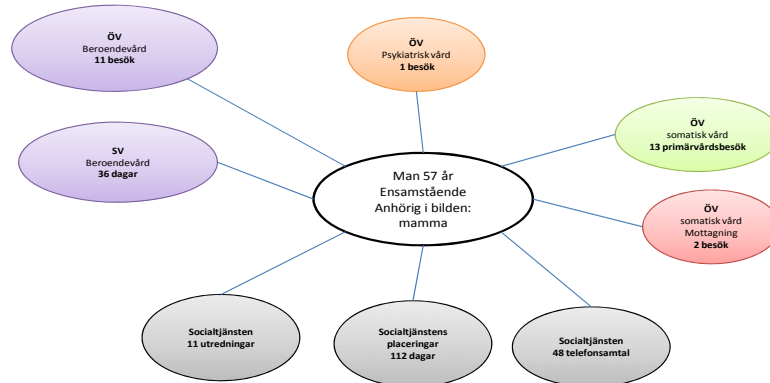
När fallstudierna sammanställdes valdes fem fall ut. Vid val av personer för fallstudierna togs hänsyn till följande faktorer: att vårdmönster som förekommer hos dessa personer ska finnas även hos andra individer i urvalsgruppen samt att missbruk av olika substanser ska illustreras. Vi har även valt att ta upp två fall då mångbesökare fick sådana resurskrävande insatser som Case managers och LABO-programmet för att visa dessa insatser i sammanhanget av den sammansatta vård- och stödsituationen. Alla namn i fallstudierna är fiktiva.

Fallstudier

Fallstudie Missbruks- och beroendeenheten. Kim

Fallbeskrivning.

Kim: Vård och omsorg, 12 månader



Kim är 57 år gammal. Han är en ensamstående och har gymnasieutbildning. Sedan länge har han alkoholproblem och ävenalkoholrelaterade psykiska besvär. Hans mor finns med i bilden som nära anhörig, och han uppskattar hennes sociala stöd och sällskap. Kim är den enda personen i urvalsgruppen som inte strävar efter att vara helt nykter samtidigt som han skulle vilja bli mer motiverad till att sluta dricka. De fem veckor som han enligt eget utsago har varit helt nykter år 2011 var under en fem veckors vistelse på ett motivations- och utredningshem. Under det året har han varit inlagt på missbruks- och beroendeenheten vid 13 tillfällen, 1 till 6 dygn åt gången, oftast via remiss från hälsocentralen. Kim upplever att personalen på missbruks- och beroendeenheten oftast undviker ögonkontakt, och han tror att det finns risk att ingen upptäcker direkt om han blir allvarligt sjuk. Han önskar att personalen hade en mer aktiv roll, avbröt samtal som förekommer om alkohol och droger.

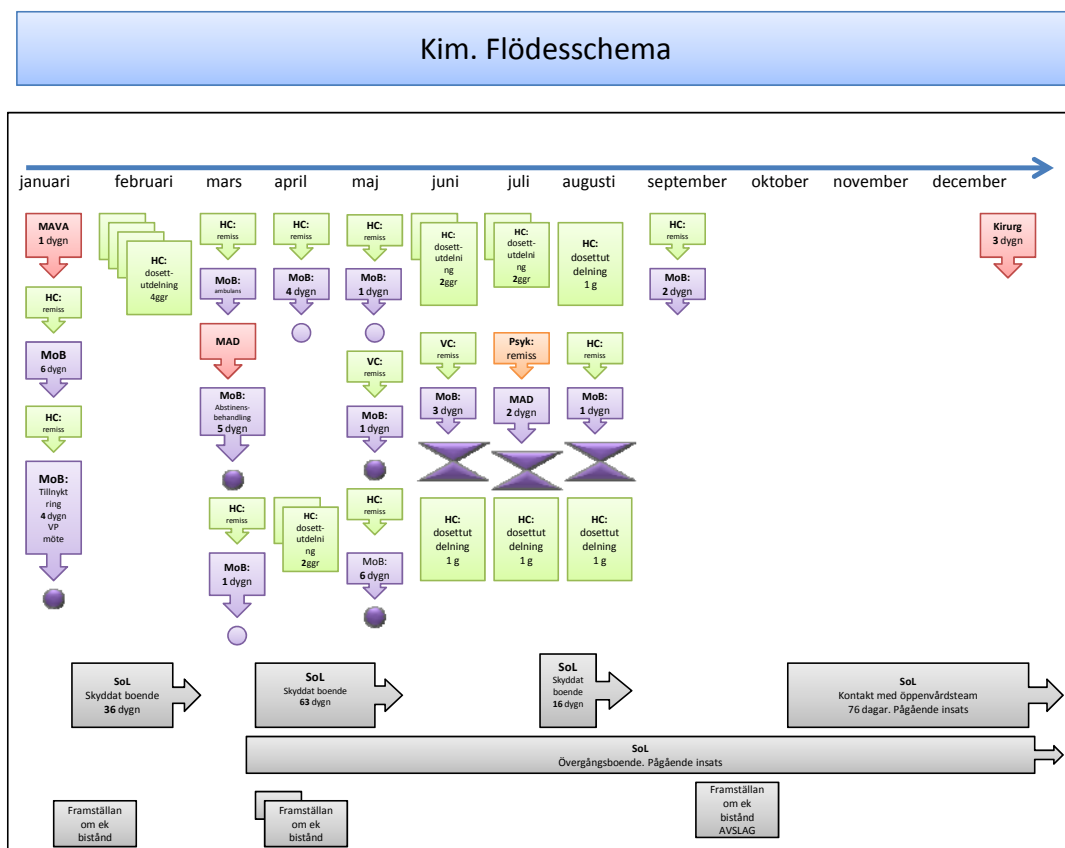
I januari läggs Kim in på akutvårdsavdelningen i Sunderby sjukhus (se flödesschemat nedan). Han kommer in med bröstsmärtor och läggs in för hjärtobservation. Han visar sig vara kraftigt alkoholpåverkad och skrivs ut samma dag. Dagen efter vänder han sig till hälsocentralen för att få remiss till missbruks- och beroendeenheten. Han vårdas där i sex dygn och skrivs ut till hemmet. Om några dagar upprepas mönstret: han kommer till hälsocentralen, ber om och får remiss till missbruks- och beroendeenheten (MoB), vårdas där och skrivs ut, den här gången till ett skyddat boende dit han placeras av socialtjänsten. Utslussningen planeras av MoB och Kims socialsekreterare. Även Kim är med vid planeringstillfälle men i intervjun uppger han att han inte deltar i planeringar av hans vård utan bara är där eftersom det enda tillfälle då man ville fråga honom något var angående ett specifikt boende som han inte var intresserad av att vara på då. Medan Kim vistades på boendet i fem veckor hämtade han dispenserade läkemedel på hälsocentralen. Under sista veckan på boendet återföll han i alkoholmissbruk och kom till hälsocentralen snart efter utskrivningen från hemmet för att få remiss till MoB.

Det upprepade mönstret med remiss och korta inläggningar för sluten beroendevård upprepas under hela våren, mindre tätt i april då han återgår till att hämta ut sina läkemedel på hälsocentralen. Skillnaden jämfört med vintern är att det finns dokumentation om vårdplaneringen i samband med de flesta utskrivningar från MoB. I april då Kim bara en gång läggs in för abstinensbehandling vistas han på samma boende som i februari. Han är kvar på boendet till slutet av maj men under maj månad avbryter han alla påbörjade vårdtillfällen på MoB.

Under sommaren blir vistelserna på MoB färre och kortare: en gång per månad, några enstaka dygn i taget men enbart juni-behandlingen avslutas: tillfällena juli och augusti avbryter Kim trots personalens avrådan. Hela sommaren samverkar socialtjänsten och sjukvården varje gång Kim läggs in på MoB.

Efter att Kim har avbrutit en till abstinensbehandling i september finns det inga anteckningar i hans journaler före december. Kim bor under tiden i en övergångslägenhet med kontrakt via socialtjänsten. Från och med mitten av oktober får han en insats från Socialtjänsten i form av en kontinuerlig stödkontakt med socialtjänstens öppenvårdsteam. Han är inte aktuell för kriminalvården, och det kan vara så att han har varit nykter eller missbrukat alkohol mindre under hösten innan han återföll i missbruk i mitten av december. Efter två veckors drickande läggs han in på kirurgiavdelningen på Sunderby sjukhus med bröstsmärtor och vårdas där i tre dagar innan han skrivs ut före nyårsafton. Om Kim har varit nykter under stora delar av hösten och hans vård och stöd hade en positiv effekt på hans missbruksmönster kan det intensiva samarbetet mellan socialtjänsten och missbruksvården haft stor betydelse tillsammans med stödet från öppenvårdsteamet i hemmet.

Figur 1. Kims Flödesschema.



Fokusgruppen

Kims fall diskuterades på MoB. Kims vårdmönstret och situationen kändes igen som helhet i den bemärkelsen att man möter liknande fall ofta. Den tolkas så att mångbesökaren söker vård men inte orkar mer och sedan skrivs ut. Lösningen med dossettutdelning i kombination med skyddat boende tycktes fungera bra för Kim. Fokusgruppen tyckte att planeringen för öppenvården i liknande situationer kan bli bättre om arbetet med motivationen stärks. Det uppmärksammades brist på öppenvårdslösningar inom missbruksvården. Sådana lösningar skulle kunna på ett bättre sätt hjälpa människor med kroniska problem som Kim.

Kostnader

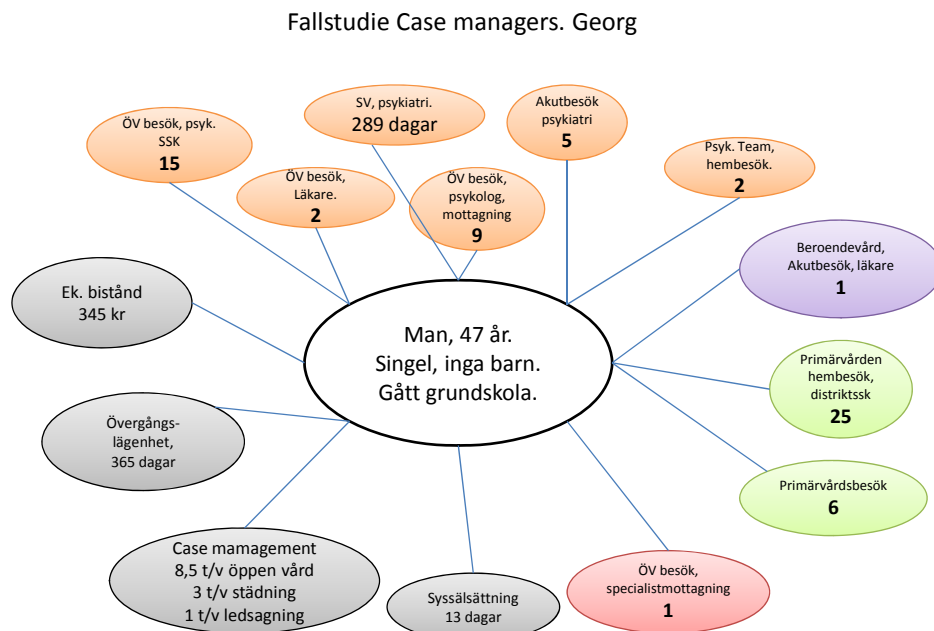
De kostnader som presenteras för Kim är preliminära och kommer att justeras upp, då kostnadsberäkningen inte är komplett än. I slutrapporten delges den totala kostnadsberäkningen. Minimikostnaderna under 2011 för Kims vård och stöd uppgår till:

- 57 500 kronor för socialtjänstens externa kostnader⁵,
- 533 450 kronor för landstingets sjukvård (beroendevård 247 500 kronor, psykiatrisk vård 83 100 kronor, somatisk vård 202 850 kronor).

Kim har inte varit aktuell för Kriminalvården eller frivården under 2011. Under året blir de sammantagna kostnaderna minst 590 950 kronor för Kims vård och stöd.

Fallstudie Case managers. Georg.

Fallbeskrivning



⁵ Socialtjänstens kostnader innefattar i denna delrapport kostnader för de insatser som inte är kommunalt drivna, till exempel behandlingshem.

Georg är 47 år gammal och han kommer från en familj med alkoholproblem. Det finns en anteckning om tidigare blandmissbruk i Georgs sjukvårdsjournaler men det saknas information om hans missbruk under 2011. Georg har en diagnos i schizofrenigruppen och ADHD, hans behov av psykisk vård är omfattande: redan i början av 2011 bedömde öppenvårdsteamet (cm-teamet) som arbetar med Georg att vården i hemmet inte fungerar och började diskutera alternativa lösningar. Georg är singel och har inga barn.

I januari 2011 inkom Georg med ambulansen till den psykiatriska avdelningen vid Sunderby sjukhus. Han hade försämrad psykisk status och han tappade 12 kilo i vikt under hösten. Under Georgs vistelse på den psykiatriska avdelningen påpekar cm-teamet under vårdplaneringen att vården i hemmet inte fungerar. Det framkom att Georg inte själv kan anpassa klädsel för vädret och att han är ofta utomhus nattetid. Georg skrivs ut till hemmet efter två veckor. Det mobila stödteamet kommer till honom fem gånger om dagen och case managers (CM) följer upp minst två gånger i veckan, något oftare direkt efter utskrivningen. Medicineringen justeras i början av februari efter ett öppenvårdsbesök till psykiatrin. I slutet av februari kommer Georg med CM-teamet till sin hälsocentral med en misstänkt kognitiv nedsättning eller personlighetsförändring. Teamet föreslår en utredning. Vid nästa besök påbörjades ett MMT-test men patienten avbröt testet – han orkade inte med det. I slutet av månaden meddelar CM-teamet till den psykiatriska avdelningen att Georgs psykiska tillstånd hade försämrats.

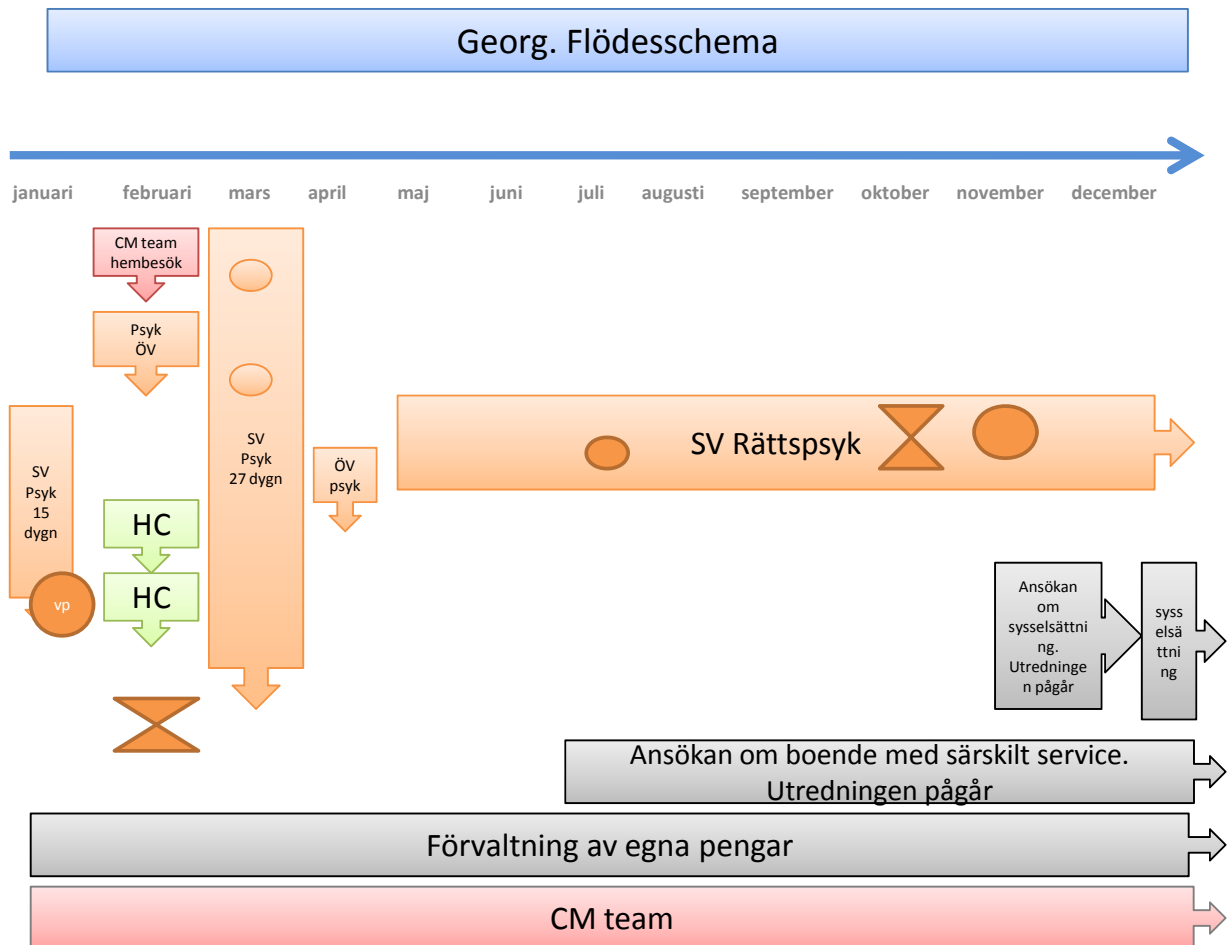
Georg skrivs in på den psykiatriska avdelningen i början av mars och tillbringar nästan hela månaden där. CM-teamet samarbetar intensivt med Georgs läkare. Även socialsekreteraren och distriktsköterskan från hälsocentralen deltar i vårdplaneringar. Om två veckor övergår inläggningen från psykiatrisk tvångsvård (LPT) till vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) men Georg skrevs inte ut eftersom han fortfarande behövde vård dygnet runt och förmådde inte klara sig hemma, även med hjälp av CM-teamet och det mobila stödteamet. Efter en vecka till anses han kunna klara sig i hemmet och skrivs ut.

I april kommer Georg till den psykiatriska avdelningen för en planerad medicinbedömning. Enligt CM-teamet tar han inte sina mediciner. Tiderna då sjuksköterska kommer hem till Georg med medicinerna ändras, och några läkemedel byts ut till velotab i tablettform som smälter direkt i munnen för att minska risken att de spottas ut och slängs eller lagras.

I maj förs Georg till rättspsykiatrisk enhet i Öjebyn med polishandräckning eftersom domen till rättspsykiatrisk tvångsvård tog vid. Där vårdas Georg resten av året. Om det finns inga uppgifter i kriminalvårdens register, offentliga handlingar samlas in. Halvåret som Georg spenderar i Öjebyn präglas av gemensam vårdplanering och samverkan kring hans vård och stöd som alla inblandade aktörer deltar i: förutom personalen och specialister från Öjebyn medverkar socialtjänsten, primärvårdspersonalen somvårdade Georg tidigare, hans kontaktperson, CM-teamet, en representant från det mobila stödteamet. Mot slutet av året då permissioner börjar diskuteras samverkar läkare från Öjebyn med socialtjänsten för att ge Georg en möjlighet att bo på ett skyddat boende i framtiden. Det lämnas in en ansökan om boende med särskilt service och om sysselsättning – de beviljas nästa år.

Vid intervju tillfället har Georg fått boende med särskilt service och sysselsättning via socialtjänsten. Han trivs med boendet och sysselsättningsstödet men samtidigt tycker han att det vore bättre om han fick dessa insatser tidigare.

Figur 2. Georgs flödesschema.



Fokusgrupper

Denna fallstudie diskuterades i en fokusgrupp i en brukarorganisation samt på MoB. Brukarrådets kommentarer var att Georg borde ha fått boende med särskilt service och sysselsättning tidigare, och även på MoB har den åsikten kommit på tal. I fokusgruppen på Brukarrådet tyckte man att liknande fall förekommer och reagerade på att det inte fanns anteckningar om missbruk i Georgs journaler förutom en anteckning om tidigare blandmissbruk. Viktnedgången och problem med regelbunden medicinering hos Georg skulle enligt dem med stor sannolikhet kunna tyda på ett pågående blandmissbruk. På MoB diskuterades det att Case managers är en insats som gör stor skillnad för många patienter med komplexa behov som Georg. Brukarrådet betonade vikten av att ha en kontaktperson utanför myndighetsvärlden, någon som kan hjälpa människor i Georgs situation att föra sin talan.

Kostnader

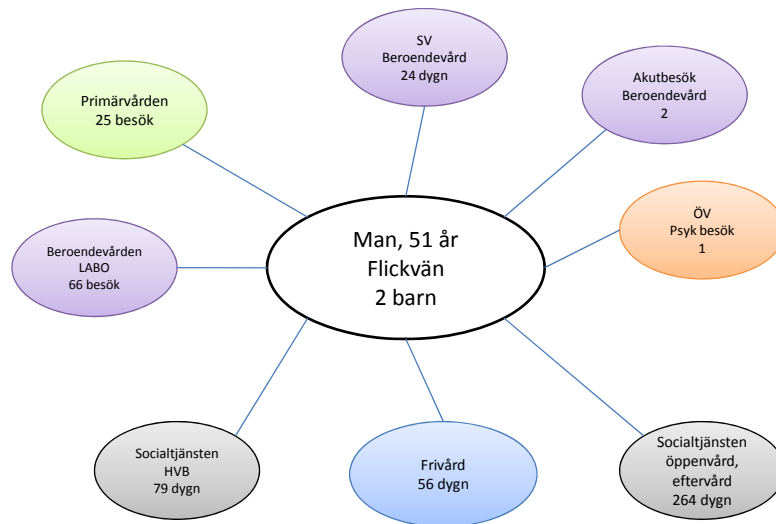
De kostnader som presenteras för Georg är preliminära och kommer att justeras upp, då kostnadsberäkningen inte är komplett än. I slutrapporten delges den totala kostnadsberäkningen. Minimikostnaderna under 2011 för Georgs vård och stöd uppgår till:

- 1 547 850 kronor för landstingets sjukvård (beroendevård 1 600 kronor, psykiatrisk vård 1 540 050 kronor, somatisk vård 6 200 kronor),
- 5 260 kronor för kriminalvård, frivård.

Några externa kostnader för socialtjänsten finns inte registrerat. Beräkning enligt schablonlista pågår. Under år 2011 blir de sammantagna kostnaderna minst 1 553 110 kronor för Georgs vård och stöd.

Fallstudie LABO. David.

Fallstudie substitutionsbehandling LABO. David



Fallbeskrivning

David är 51 år gammal. Han har en flickvän och två barn från ett tidigare förhållande som bor hos mamman. David umgås med dem men har inte vårdnaden. Bland hans tidigare diagnoser finns psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination. David bor i eget boende och har egen försörjning. Han missbrukar opiater, opioider och bensodiazepiner sedan flera år tillbaka, efter att ha medicinerats med ovanstående preparat till en början med anledning av värk. Sedan har David börjat överkonsumera dem.

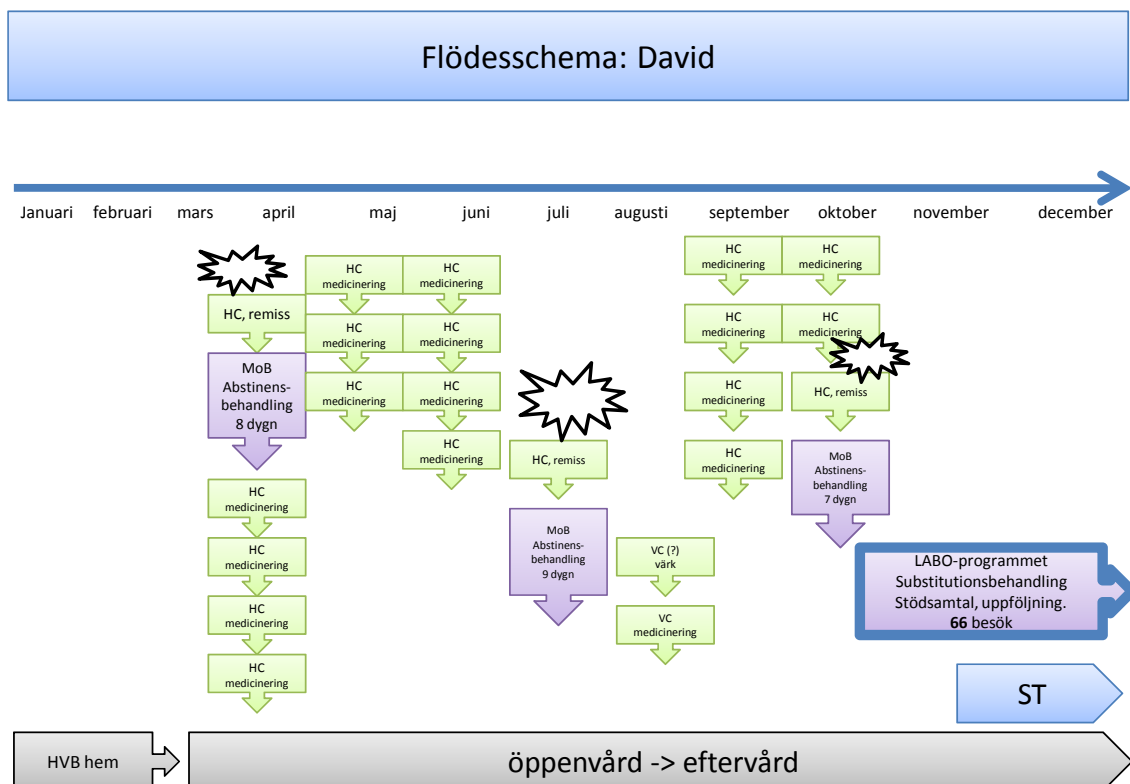
Från och med slutet av 2010 har David vistats i ett HVB-hem för vuxna med missbruksproblem. Han skrivs ut i slutet av mars, och behandlingen övergår till öppenvård och eftervård. Det finns dock ingen för projektet tillgänglig dokumentation om hur öppenvården och eftervården går till. I april 2011 har David återfallit i amfetaminmissbruk. Han vänder sig till sin hälsocentral och remitteras till MoB-enheten. Där abstinensbehandlades och avgiftades han i åtta dygn. Efter att ha fått en fraktur tidigare i livet har David svår verk. När han skrivs ut från MoB-enheten noteras det i sjukvårdsjournalen att han har fått ett morfinbaserat preparat återinsatt. Under de nästkommande tre månaderna kommer David till hälsocentralen varje vecka och får en dosett med läkemedlet.

Efter att ha fått morfinet i tre månader berättar David vid sin nästa besök på hälsocentralen i juli att han har missbrukat morfinet. Han remitteras till MoB-enheten, skrivs in på avgiftning och abstinensbehandling och skrivs ut efter nio dygns behandling. Tillsammans med patienten har

sjuksköterskan på MoB gjort en vårdplan om att ansöka om substitutionsbehandling och eget boende efter vårdtiden. Om en månad, i augusti, kommer David till hälsocentralen och uppger att de mediciner han har inte hjälper mot värken och han får morfinet återsatt i två och en halv månad. Han får en dosett utdelad på hälsocentralen för att medicinera på egen hand under veckan, på samma sätt som det var under våren. I början av oktober vill David få en remiss till MoB-enheten eftersom han hade missbrukat morfinet och senast på morgonen den dagen tagit tre dagars dos.

I en vecka behandlas David på MoB och avgiftas. Ett villkor för att påbörja substitutionsbehandlingen som planeras efter avgiftningen är att bli fri sidomissbruket (i Davids fall hasch och benzodiazepiner). Under tiden lämnar socialtjänsten informationen om David till kriminalvården i samband med en kommande rättegång då David åtalas för narkotikabrott. David följer LABO-programmet som för honom innebär övervakad läkemedelstillförsel, regelbundna prover, stödsamtal och uppföljning. David döms till skyddstillsyn med föreskriften att fullfölja sin behandling. Han får en övervakare och meddelas om möten med övervakaren per post men uteblir. Efter tre uteblivna möten tar övervakaren kontakt med socialtjänsten och uppmanas att söka David via telefon. Första mötet sker i slutet av november och sedan fortsätter regelbundet under fortsatt behandling.

Figur 3. Davids flödesschema



Fokusgrupper

Davids fall har diskuterats i fokusgrupper med MoB-enheten och Frivården i Luleå.

MoB-enheten

På MoB-enheten kändes fallet igen: mångbesökaren verkar vilja bryta missbruket och kommer till MoB-enheten och vill bli avgiftad. Det uttrycktes åsikter om att hälsocentralsläkare är ibland flitiga på att skriva ut det som MoB-enheten har avgiftat personen från. Ibland ringer MoB till läkare på hälsocentral och påtalar detta. En socialsekreterare förklarade att eftervård kan ingå som en del i HVB-hemmets uppdrag och innebär att personal därifrån gör hembesök, t.ex. en gång per vecka. Så kan det ha varit i Davids fall och i så fall skulle en explicit dokumentation om detta hjälpa till att följa patientens vård och även underlätta beräkningen av kostnader. Enligt gruppens utsago har MoB-enheten ett ansvar att samverka med remitterande myndighet, t.ex. hälsocentralens läkare, och kalla till samverkansmöte, men den rutinen har fallit i glömska eftersom det inte var så enkelt att få läkare att komma på samverkansmötena. Detta kan förbättras och bli aktuellt.

Frivården

Även på frivården tyckte deltagare i fokusgruppen att fallet såg bekant ut, och att missbrukare med sammansatta problem som David enligt deras erfarenhet ofta söker sig till MoB-enheten när de inte orkar mer. Gruppen reagerade på hur lätt det var för David att få morfinet förskrivet. Det uttrycktes åsikter om att ett sådant beteende hos läkare i många fall är personbundet.

Kostnader

De kostnader som presenteras för David är preliminära och kommer att justeras upp, då kostnadsberäkningen inte är komplett än. I slutrapporten delges den totala kostnadsberäkningen. Minimikostnaderna under 2011 för Davids vård och stöd uppgår till:

- 211 550 kronor för landstingets sjukvård (beroendevård 196 100 kronor⁶, somatisk vård 15 450 kronor),
- 11 368 kronor för kriminalvård, frivård.

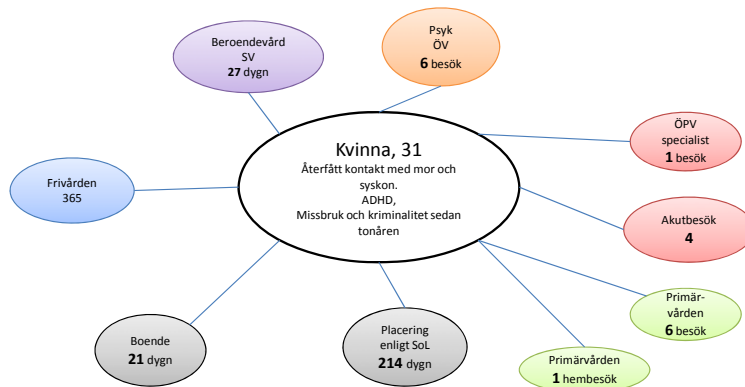
Några externa kostnader för socialtjänsten finns inte registrerat. Beräkning enligt schablonlista pågår. Under ett år blir de sammantagna kostnaderna minst 222 918 kronor för Davids vård och stöd.

⁶Den summan består av den efter schablonlistan beräknade kostnaden för medicineringen under LABO-programmet och summan för det som budgeterades som Davids psykiatriska vård: han har inte varit aktuell för psykiatri, och antal angivna dagar för sluten psykiatrisk vård sammanfaller med antalet dokumenterade dagar för sluten beroendevård på MoB.

Fallstudie frivården. Lena.

Fallbeskrivning

Fallstudie frivården. Lena



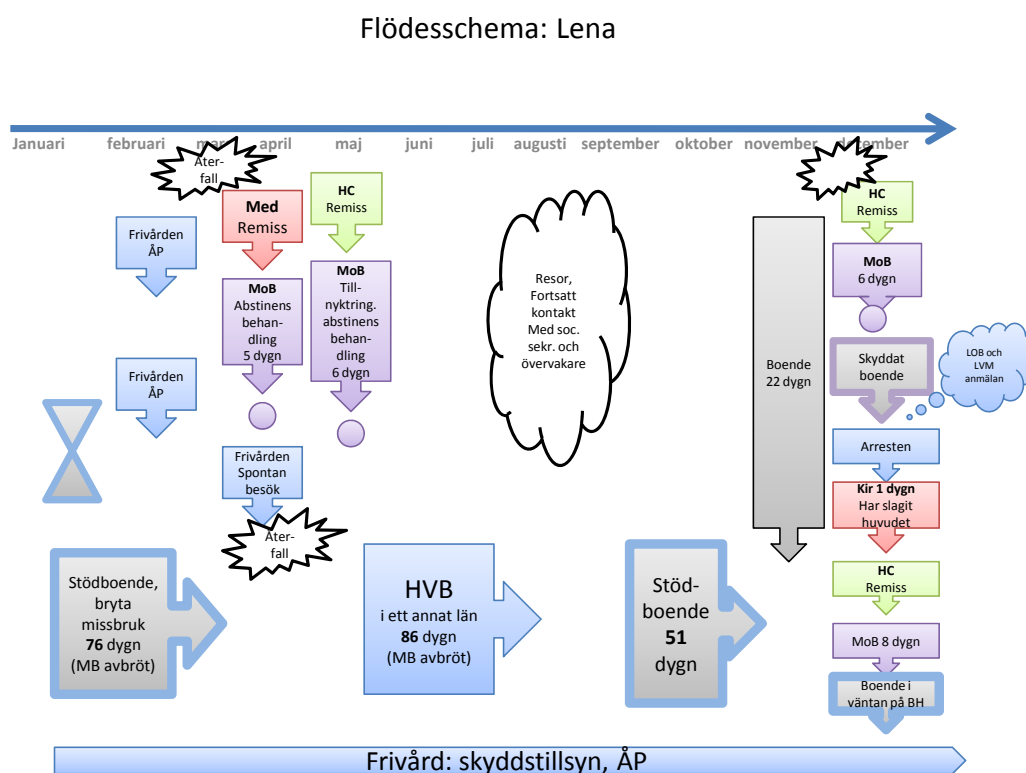
Lena är 31 år gammal och hon har i många år varit aktuell både för kriminalvården, psykiatri och missbruksvården. Hon har inga barn och under undersökningsåret har hon haft några kortvariga förhållanden. I slutet av januari fick hon en ny dom om skyddstillsyn; hon hade tidigare dömts till skyddstillsyn men med den här domen fick hon nya föreskrifter om att Lena ska gå återfallspreventionsprogrammet (ÅP) på frivården för att minska sannolikheten att hon återfaller i brottslighet, samt att hon ska ta drogtester och delta i insatser mot hennes missbruk i samråd med socialsekreteraren och frivården. Lena följer föreskrifterna och deltar i ÅP medan hon är placerad på ett stödboende. Tillsammans med övervakaren och socialsekreteraren planerar Lena att hon ska genomgå en behandling på ett hem för vård eller boende (HVB) för kvinnor i april eller maj om allt går som planerat.

I mitten av mars avbryter Lena sin behandling på stödboendet och flyttar till en pojkvän. Hon skulle lämna drogtester den 11 och den 14 mars men uteblev. Hennes plats på boendet finns kvar till slutet av mars. Då hör Lena av sig; hon befinner sig i ett annat län och har återfallit till missbruk. I slutet av april återvänder hon till Norrbotten och vänder sig till Sunderby sjukhus, avdelning för medicin och ber att få remiss till MoB-enheten. Efter fem dagars abstinensbehandling planerar Lena tillsammans med sjuksköterskan på MoB att Lena ska bibehålla drogfriheten för att börja på ett behandlingshem i maj. Lena kommer till kriminalvården på ett spontanbesök, träffar sin övervakare och deltar i ÅP-programmet. I slutet av april håller hon telefonkontakten med socialsekreteraren, allt verkar fungera bra efter Lenas abstinensbehandling. Om några dagar remitteras hon till MoB igen och upprepar abstinensbehandlingen efter ett återfall i missbruk av amfetamin, hasch och bensodiazepam. Tillsammans med kontaktpersonen från MoB planerar Lena sin övergång till kvinnohemmet i ett annat län så fort hon kan uppvisa rena prover för allt förutom droger från cannabisgruppen.

På kvinnohemmet planeras behandlingen i tre månader, med efterföljande tre månaders utslussning. I mitten av juli, efter två månaders behandling, avviker Lena från boendet. Resten av sommaren och tre veckor i september bor hon hos bekanta utanför Norrbotten men håller kontakten med

socialsekreteraren och övervakaren. Mot slutet av september återvänder Lena till Luleå och flyttar in på samma stödboende där hon vistades i februari och mars. I oktober får Lena en ny dom – fortsatt skyddstillsyn med kontraktsvård. Inom ramar för kontraktsvården flyttar Lena in på ett annat skyddat boende för män och kvinnor, och det fungerar i några veckor, till slutet av november. Sedan avbryter hon behandlingen tillsammans med en ny partner som hon träffade på boendet och återfaller till missbruk. Efter en vecka av dokumenterat aktivt missbruk remitteras Lena till MoB enheten för abstinensbehandling i sex dygn. När hon skrivs ut inträffar en missbruksepisod så när hon vill läggas in på en ny abstinensbehandling dagen efter sätts hennes mediciner ut. Frustrerad lämnar hon MoB-enheten. Enligt vårdplanen skulle hon komma till ett skyddat boende men hon kommer aldrig dit eftersom hon grips av polisen och kommer till arresten efter en LOB och LVM-anmälan. Samma dag förs Lena med ambulansen till akutvårdsavdelningen vid Sunderby sjukhus efter att ha slagit huvudet i väggen på arresten. Hon remitteras till MoB-enheten och spenderar jul- och nyårshelger där på abstinensbehandling.

Figur 4. Lenas flödesschema



Fokusgrupper

Lenas fall har diskuterats i fokusgrupper på MoB och frivården.

Gruppen på MoB-enheten berättade att mönstret i Lenas fall känns igen: många avviker i slutet av en behandling då de inte orkar ta sig till nästa steg, till exempel att åka från en avgiftning eller vård till ett boende. Fler tyckte att i det här fallet borde det ha skett en samverkan mellan landstinget (MoB-enheten) och frivården. Utifrån dokumentationen ser det ut som att kriminalvården har samverkat med socialtjänsten men inte med landstinget.

Även på frivården uttryckte fokusgruppen en åsikt om att Lenas vårdmönster återkommer ofta hos deras brukare, att det är vanligt med att missbrukaren får en dom, genomgår planering och sedan återfaller i missbruk och inte är motiverad att fullfölja planen som upprättas. Även mönstret med destruktiva relationer och akutbesök på akuten eller hälsocentralen känns igen. Lenas fall uppfattas som ett exempel på bristande samordning; olika huvudmän arbetar på sitt håll med en person utan gemensam planering och tätt samarbete. Frivårdens förslag på förbättring är att det ska tydligt framgå vem som har huvudansvar för en person. Riskerna är annars att ingen känner huvudansvar.

Just i Lenas fall kom gruppen fram till att huvudmän borde ha satsat på ett boende som minskar risken för att mönstret med de destruktiva relationer som Lena haft under året upprepas. I liknande fall skulle frivården kunna bli bättre på att initiera samverkansmöten med andra huvudmän och enskilda möten med brukaren. De uttryckte oro över att mildare domar som t.ex. skyddstillsyn som kvinnor ofta får kan innebära risker till återfall i kriminalitet och missbruk.

Kostnader

De kostnader som presenteras för Lena är preliminära och kommer att justeras upp, då kostnadsberäkningen inte är komplett än. I slutrapporten delges den totala kostnadsberäkningen. Minimikostnaderna under 2011 för Lena vård och stöd uppgår till:

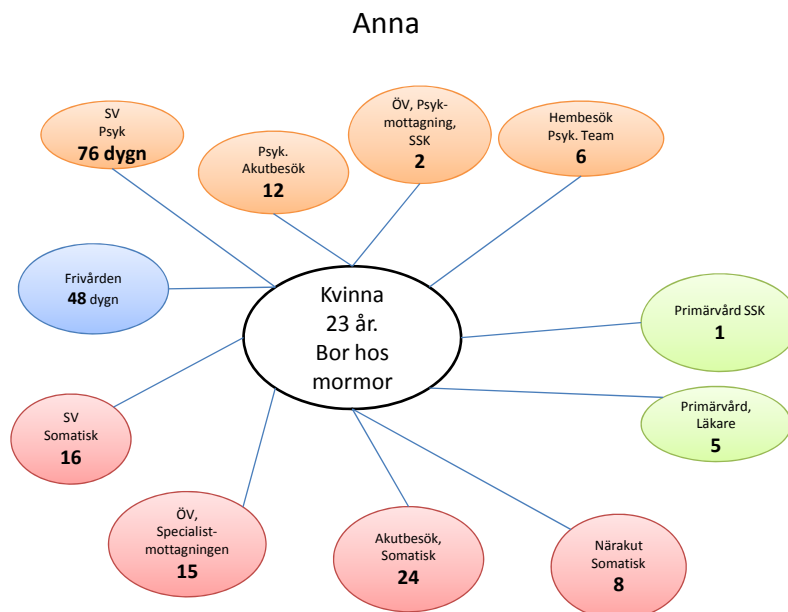
- 253 888 kronor för socialtjänstens externa kostnader⁷,
- 173100 kronor för landstingets sjukvård (beroendevård 148 500 kronor, psykiatrisk vård 8 500 kronor, somatisk vård 16 100 kronor),
- 73 892 kronor för kriminalvård, frivård.

Under ett år blir de sammantagna kostnaderna minst 327 780 kronor för Lenas vård och stöd.

⁷ Socialtjänstens kostnader innefattar i denna delrapport kostnader för de insatser som inte är kommunalt drivna, till exempel behandlingshem.

Fallstudie multimångbesökare. Anna.

Fallbeskrivning



Anna är en 23 år gammal kvinna som är uppvuxen hos sin mormor eftersom hennes föräldrar var alkoholiserade. Hon bor kvar hos mormor, umgås ibland med sin mor som är nykter och mer sällan med sin far som är kvar i alkoholmissbruket. Anna är diagnostiserad med ADHD men medicineringen hade inte fungerat då hon inte kunde hålla en kontinuerlig kontakt med psykiatrin. Bland hennes diagnoser finns en lindrig psykisk utvecklingsstörning och ett schizoaffektiva syndrom.

I början av undersökningsåret befinner Anna sig i ett grannland och hälsar på släktingar och vänner samtidigt som hon håller kontakt med sin övervakare då övervakningen efter tidigare dom sträcker sig till mitten av februari. När övervakningen upphör återvänder Anna till sin hemkommun och deltar i en vårdkonferens på närpsykiatrin där. När Anna blir aktuell för psykiatri ska hon erbjudas vård och ska bedömas avseende vilken medicinsk behandling och stödkontakt som är realistisk för behålla kontinuitet och säkerhet. Ett långsiktigt mål för Anna, som diskuteras på vårdkonferensen, är att få komma till ett skyddat boende med tillsyn och planerad sysselsättning anpassat till hennes begränsade resurser samt psykiska hälsotillstånd. Det gick tyvärr inte som planerat.

Vi har valt att kalla Anna en multimångbesökare eftersom hennes kontakt med huvudmän inom den somatiska och psykiatriska vården sammanfattas i flera hundra anteckningar. Annas vård är väldokumenterad och händelserik och kommer därför att beskrivas i övergripande drag samtidigt som den illustreras mer detaljerat än andra fall. Telefonsamtal kunde dateras och illustreras på flödesschemat med en lur färgkodat efter huvudmannen i samtalet tillsammans med fjorton dokumenterade självmordsförsök som visas i form av blixtar.

Under mars månad vänder sig Anna till primärvården i hemkommunen och akutvården på Sunderbyn med somatiska besvär som olika huvudmän i fokusgrupperna ansåg bero på våldsutsatthet: hon blir påkörd av en bil, ramlar i slalombacken, och hennes berättelse går inte riktigt ihop med typen av

fysiska skador. Annas psykiska hälsa försämras, hon får sömnproblem och får ta ut en veckas dos läkemedel mot sömnbesvär. I början av april ringer Anna till den psykiatriska avdelningen på Sunderby sjukhus samt till socialtjänsten i hemkommunen och ber om hjälp eftersom hon upplever en stökig hemsituation och ber om hjälp med att hitta någon annan stans att vara i natt. Hon får inte den hjälpen, begår det första dokumenterade självmordsförsöket och skrivs in på Sunderbyn för psykiatrisk tvångsvård. Under våren och sommaren gör Anna nio självmordsförsök, fyra av dem inträffar när hon är fortfarande inskriven på Sunderbyn och får psykiatrisk vård men får åka hem en helg eller avviker. Fortsätter gör även vårdkontaktarna i samband med somatiska besvär som enligt kommentarer från samtliga fokusgrupper snarare beror på våldsutsatthet än på självskadebeteende.

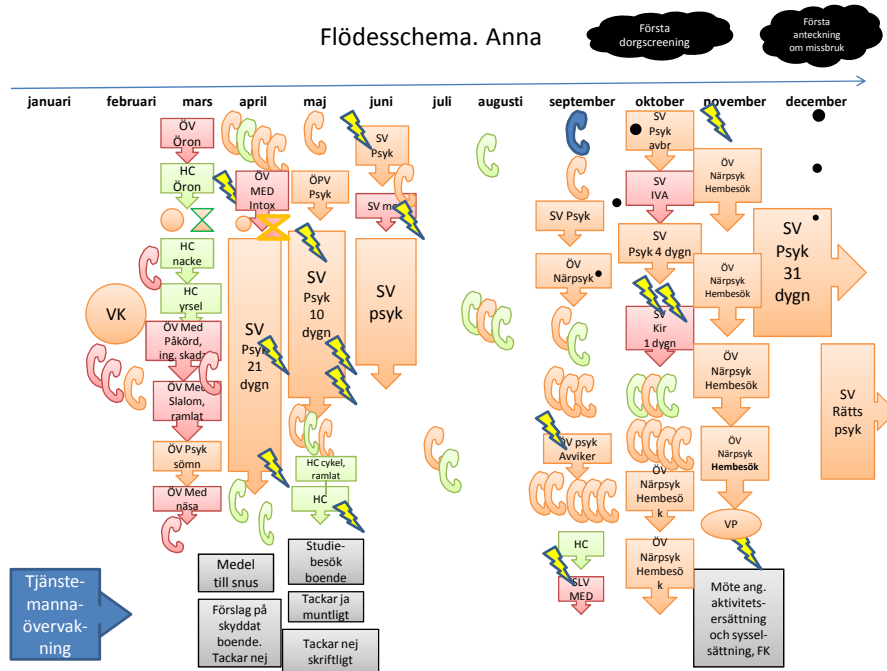
Från och med mitten av juni blir det uppehåll i det täta och upprepade vårdmönstret. Anna ringer i mitten av juli och berättar att hon mår bra, är ihop med en ny flickvän, och de bor tillsammans i en husvagn på mormors gård. När det börjar bli för kallt för husvagn kommer Anna till akutmottagningen på Sunderbyn och uppger att hon har fått ett slag över näsan i samband med brottningen. Hon avviker dock från akuten innan hon får vård och svarar inte i telefon. I september förhörs Anna efter mormors anmälningar för bedrägeri. Sömnproblemen och de psykiska besvären blir värre, Anna ringer till den psykiatriska avdelningen vid flera tillfällen, suicidhotar och gör ett till självmordsförsök. Efter den görs den första anteckningen om missbruk i hennes journaler: Anna använder alkohol sporadiskt, provar olika droger. Vid det tillfället görs ingen närmare utredning eller behandling av Annas missbruk men hennes våldsutsatthet nämns explicit: mormodern dricker mycket för tillfället, och Anna hamnar ofta i bråk med mormoderns sambo, vilket även har gått till handgripligheter: hon har ett stort blåmärke under ett öga.

Under hösten upprepas mönstret med suicidhot och suicidförsök och korta inskrivningar på den psykiatriska avdelningen. Mönstret blir dock glesare, särskilt i november, efter en omfattande vårdplanering i samarbete med socialtjänsten då man konstaterar att Annas situation är ohållbar med missbruk och våld i hennes omgivning, och att det utifrån hennes behov krävs en kontinuerlig vård på ett skyddat boende, troligtvis under tvångsvård. En sådan behandling ska diskuteras när det blir aktuellt och under tiden följs Anna upp i hemmet med besök en gång i veckan. Självmordsförsök inträffar betydligt mindre ofta under tiden då hon får regelbundna hembesök av närpsykiatri i november.

I december försämras Annas psykiska hälsa, hon får mer ångest och hallucinationer. Resten av året spenderar hon i slutna psykiatrisk tvångsvård, först i Sunderbyn och sedan på en länsgemensam rättspsykiatrisk enhet i Öjebyn dit Anna överförs för att vårdas. I december noteras det i journaler att Anna missbrukar både alkohol och droger för att lindra sin ångest. Både hot om självmord, hallucinationer och upplevda somatiska besvär fortsätter till slutet av året, men Anna får inga fysiska skador och kommer inte åt mediciner för intoxikation när hon får självmordstankar och ångest då läkemedelsintag observeras och flera mediciner ges i form av sprutor.

Vid intervju tillfället befann sig Anna på rättspsykiatri i Öjebyn. Hon svarade med ja/nej/jag vet inte på de flesta frågor men hon uttryckte sin upplevelse att ingen av huvudmännen inblandade i hennes vård och stöd under undersökningsåret gjorde henne delaktig i vården, att informationen var bristande. Hon avbröt intervjun.

Figur 5. Annas flödesschema.



Fokusgrupper

Annas fall har tagits upp i en fokusgrupp med en brukarorganisation. Problematiken som Anna har känns igen. Gruppen reagerar på att Anna verkar utsättas för våld av en närstående person under lång tid utan att någon egentlig genomgång av Annas boendesituation har gjorts – detta kan vara ett sätt att kontrollera Anna. Vikten av att olika aktörer ställer följdfrågor tas upp till exempel om personer utsätts för våld av närstående. Utifrån gruppens erfarenheter går det ofta lång tid innan sådan problematik uppdagas. De påpekar att det borde dock ha gjorts någonting tidigare. Gruppen upplever att unga missbrukande kvinnor som utsätts för våld är en växande grupp vars behov behöver uppmärksammas mer hos alla huvudmän inom vård och omsorg.

Efter en kort genomgång av Annas fall på MoB-enheten uttryckte fokusgruppen önskan att patienter i Annas situation ska få långsiktig hjälp snabbare.

Kostnader

De kostnader som presenteras för Anna är preliminära och kommer att justeras upp, då kostnadsberäkningen inte är komplett än. I slutrapporten delges den totala kostnadsberäkningen. Minimikostnaderna under 2011 för Annas vård och stöd uppgår till:

- 662 700 kronor för landstingets sjukvård (psykiatrisk vård 397 300 kronor, somatisk vård 265 400 kronor).
- 9 744 kronor för kriminalvård, frivård.

Några externa kostnader för socialtjänsten finns inte registrerat för Anna. Beräkning enligt schablonlista pågår. Under ett år blir de sammantagna kostnaderna minst 972 444 kronor för Annas vård och stöd.

Fallstudier. Sammanfattning.

Så här långt i projektet har följande systembrister kunnat spåras med hjälp av fallstudier; mångbesökare i urvalsgruppen fick i flera fall vänta på resurskrävande insatser anpassade till deras behov även när en eller fler huvudmän hade tagit upp att just den lösningen vore optimalt. T.ex. Lenas behov av vård på ett skyddat boende diskuteras i februari men genomförs inte under undersökningsåret: Lena tackar nej till insatsen då svaret skulle komma in skriftligt när hon var inlagd för psykiatrisk tvångsvård efter ett självmordsförsök (se figur 5). Case managers påpekar att Georgs vård i hemmet inte fungerar men han börjar vårdas på ett boende med särskilt stöd först nästa år.

Uppföljning i hemmet uppfattades som en bra lösning för mångbesökare med sammansatta behov, framför allt med omfattande behov av psykiatrisk vård, men den lösningen användes sällan i någon större omfattning. Både Lenas och Kims situation förbättrades under tiden med täta uppföljningar i hemmet.

I fokusgrupperna tolkades svårigheterna i några fall bero på bristande samarbete mellan huvudmännen, vilket bidrog till en sämre situation för individen som i Davids fall då han återföll till morfinmissbruket, vilket kan ha undvikits genom ett tätare samarbete mellan primärvården och beroendevården. Efter kontinuerligt samarbete mellan de inblandade aktörerna blev de upprepade vårdmönstren glesare som i Lenas fall under november och december och i Kims fall under hösten.

Fallstudier visar vad som kan hända när missbruket upptäcks sent som hos Anna: livssituationen och försämrad hälsa relateras inte till eventuella missbruksproblem vilket kan ha påverkat individen negativt. Det är möjligt att även Georg var i aktivt missbruk under 2011. Fokusgruppen som gjordes i en brukarorganisation ställde sig frågande till att Georgs eventuella missbruk inte verkade ha undersökts.

Bland positiva exempel på långsiktiga investeringar i patienternas vård kan man nämna Case managers. Georg fick rätt stöd när Case managers som besökte honom i hemmet närvarade på de flesta vårdplaneringar, och deras kunskaper om Georgs vardag bidrog till att han fick vården som förbättrade hans hälsa och självkänsla. Under LABO-programmet fick David ett kontinuerligt stöd för att bryta opiatmissbruket och även för att förändra sina beteendemönster.

Fallstudierna håller på att kompletteras med ekonomiska beräkningar och kompletterande datainsamling i fokusgrupper. En svårighet är att inte all beroendevård registreras som beroendevård utan som psykiatrisk vård i de register som ekonomerna tar fram uppgifter från. Det medför justeringar i den slutliga kostnadsberäkningen. Även socialtjänstens uppgifter om kostnader har inneburit svårigheter då endast externa kostnader finns lätt tillgängliga. Övriga kostnader kommer projektet att få fram genom att gå igenom aktuppgifterna som samlats in från mångbesökarna och sedan använda schablonkostnader för beräkningen.