

Mångbesökare inom beroendevården i Jämtland

En studie av brukares erfarenheter av socialtjänstens
och landstingets vård samt vårdkonsumtion och
kostnader.

Mats Blid & Marie Vackermo

Sammanfattning

Under perioden juni 2011 – maj 2012 sökte 323 personer beroendevård på Östersunds sjukhus i Jämtland. Av dessa personer stod 7 % för 38 % av vårdtillfällena under året. Det här är inte en så stor andel av det totala antalet patienter, men de konsumerar en stor mängd vård till höga kostnader för såväl hälso- och sjukvården som för socialtjänsten. Personer med frekventa besök inom hälso- och sjukvården kan kallas mångbesökare och har uppmärksammats internationellt såväl som nationellt inom andra klientgrupper.

Syftet med den så kallade mångbesökarmodellen är att utgöra ett uppföljningsredskap för att lokalt skaffa kunskap, utifrån ett brukarperspektiv, om hur vårdsystemets olika delar samverkar och huruvida insatserna svarar mot individens behov. Vidare är också syftet att använda kartläggningens resultat som underlag vid verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling samt som underlag i resonemang om samarbete.

Urvalet till föreliggande kartläggning bygger på antal besök gjorda under perioden juni 2011-maj 2012. Det fanns då 24 personer som kan kallas mångbesökare utifrån definitionen att de haft sju eller flera akutbesök på Beroendeenheten och/eller vårdats fyra eller fler gånger inom slutna beroendevård. Av dessa 24 personer genomfördes intervjuer med 11 stycken. 13 personer gick inte att nå. Data bygger på dessa intervjuer, men också på akt- och registerdata från Jämtlands läns landsting, samt från socialtjänsten i Östersunds kommun. Utifrån data har fyra fallstudier gjorts, där en kartläggning av enskilda mångbesökares utnyttjande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser, kostnadsberäkning av dessa insatser och (intervju)undersökning av hur mångbesökare uppfattar att vården, omsorgen och behandlingen svarar mot deras problem och behov. Övriga datakällor som beskriver samverkan mellan olika huvudmän samt såväl förutsättningar som hinder för

Samverkan, är intervjuer med nyckelpersoner inom missbruks- och beroendevården i Jämtlands län. Resultaten av kartläggningen pekar på två typer av hinder som försvårar förutsättningarna för behandling av mångbesökarna i Jämtland. Det ena handlar om mer organisatoriska hinder, där vi ser att samma profession kan ha olika mandat inom de två huvudmännen – vilket försvårar vid samverkan. Dessutom finns tendenser till att fortfarande arbeta i så kallade parallella spår, där man hos båda huvudmännen arbetar med samma typ av problem för en individ, men ofta utan den andra huvudmannens vetskap. Den andra sortens hinder handlar om behandling, där vi ser att LVM upprepade gånger används, men utan större verkan för den enskilde. Vi ser också att eftervården för flera av personerna haltar, det vill säga den är i vissa fall obefintlig och i vissa fall avbruten. Mångbesökarna själva ser detta som ett problem. De påtalar också vikten av ett stabilt boende och en sysselsättning som en förutsättning för ökad nykterhet.

Innehållsförteckning

Förord	6
Inledning – från retorik till praktik	8
Bakgrund.....	9
Syfte och frågeställningar	11
Kartläggningens genomförande	12
Urval/Målgrupp.....	12
Bortfall.....	13
Datakällor	14
Intervjuer med mångbesökare	14
Övriga informantintervjuer	16
Registerdata.....	16
Analysmetod.....	17
Etiska aspekter	17
Resultat	20
Fyra fallbeskrivningar	26
Fallbeskrivning A	26
Fallbeskrivning B	27
Fallbeskrivning C.....	28
Fallbeskrivning D.....	29
Övriga informantintervjuer	30
Aktuella förutsättningar för samarbete vid kartläggningen	31
Samarbete som är under uppärbetning:.....	32
Diskussion/Slutsatser	33
Systemhinder	33
Samverkanshinder.....	33
Behandlingshinder	34
Vikten av att följa upp	35
Referenslista	37

Förord

Under perioden juni 2011 – maj 2012 sökte 323 personer beroendevård på Östersunds sjukhus i Jämtland. Av dessa personer stod 7 % för 38 % av vårdtillfällena under året. Även om dessa patienter inte utgör en stor andel, uppsöker de ofta vårdenheter och konsumerar en mängd vård till höga kostnader för hälso- och sjukvården. Personer med frekventa besök inom hälso- och sjukvården brukar kallas mångbesökare och har uppmärksammats internationellt såväl som nationellt inom andra klientgrupper.

Under ett drygt decennium har en metod för systematisk kartläggning/revision av vård och omsorg för multisjuka äldre ur ett brukarperspektiv utarbetats och använts vid Äldrecentrum i Stockholm. Under perioden 2009-2011 togs ett första steg till att sprida metoden genom SKL:s projekt ”Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre”, där 12 landsting och 26 kommuner genomförde lokala uppföljningar/kartläggningar under ledning av Ulla Gurner, Rolf Bowin och Dag Norén. Materialet har även sammanställts på nationell nivå (SKL 2012: *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*).

SKL tog samtidigt initiativ till att använda metoden inom missbruksområdet. Under 2010 påbörjade Beroendecentrum i Stockholm anpassningen till missbruks- och beroendevården i en kartläggning vid Beroendeakuten. I Beroendecentrums kartläggning valde man att kalla de personer som ingått i studien för ”mångbesökare” (Norman, m.fl., 2012).

FoU Södertörn fick 2011 ett uppdrag och ekonomiskt stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att stödja kartläggning med denna analysmetod i sex län, varav Jämtland var ett av dem.

Kartläggningens resultat har använts till att identifiera systemhinder och därmed bidra till utvecklingen av beroendevården i länen. Mångbesökarmodellen ligger till grund för det fortsatta arbetet med att ge mångbesökarna bättre vård- och omsorgskvalitet, öka såväl den samhällsekonomiska som brukarnyttan av de resurser som finns samlade i vård- och omsorgssystemet kring mångbesökarna samt utvärdera och utveckla metoden för kontinuerlig uppföljning. Kartläggningen är en del av ett pågående utvecklingsarbete i länet.

Vi vill tacka de personer som deltagit i arbetet med intervjuer, akt- och registerdata, men främst också de personer som berättat för oss om sina erfarenheter av missbruks- och beroendevården i Jämtland.

FoU Jämt Östersund 2014-02-20

Mats Blid, fil.dr. Mittuniversitetet, vik. Forskningsledare FoU Jämt

Marie Vackermo, Forskningsledare FoU Jämt

Inledning – från retorik till praktik

Föreliggande undersökning adresserar intersektionen av missbruk, fysisk och psykisk hälsa och social problematik som t.ex. arbetslöshet och hemlöshet hos en identifierad målgrupp, s.k. mångbesökare inom beroendevården. Utmärkande för målgruppen är återkommande besök inom beroendevården under lång tid utan att tydlig individuell förbättring kunnat iakttas (Norman, et al 2012). Denna grupp utgör en utmaning för berörda verksamheter att tillsammans skapa sig en helhetsbild av klientens livssituation samt dennes vård- och stödbehov. Det vanliga är att utvärderingar och verksamhetsuppföljningar görs ur ett producent/verksamhetsperspektiv där enskilda verksamheten och insatser bedöms som bra eller mindre bra (FoU-Södertörn, 2013). Mångbesökarmodellen är tänkt att vara ett redskap för att generera kunskap, med ett uttalat brukarperspektiv, om hur vårdsystemets olika delar samverkar och om insatserna svarar mot individens behov (ibid.). En väsentlig fråga är om och var samarbetshinder föreligger och hur kommun och landsting hanterar det i så fall? Är det arbete som läggs ner på att hantera problemet vad brukarna efterfrågar och faktiskt behöver?

Ett led i att utveckla och förbättra missbruks- och beroendevården generellt pågår inom ramen för Sveriges kommuner och landstings (SKL) satsning från ”Kunskap till praktik”. Flera av de län som deltagit i denna satsning har uttryckt ett intresse för att inleda ett arbete med Mångbesökarmodellen. SKL gav mot denna bakgrund FoU-Södertörn i uppdrag att under 2011-2013 stödja arbetet och har under 2011 och 2012 handlett sex län som tagit beslut om att arbeta med Mångbesökarmodellen: Jämtland, Halland, Skåne, Gotland, Uppsala och Norrbotten (FOU-Södertörn, 2013).

Bakgrund

Missbruk är ett stort problem som är ekonomiskt kostsamt och drabbar många människor socialt och medicinskt. Idag uppgår enligt Missbruksutredningens skattningar antalet personer med alkoholberoende till 330 000, de med tungt narkotikamissbruk till 29 500, och de med läkemedelsberoende till 65 000 (SOU 2011:35). Av de med ett alkoholberoende bedöms ca 25 000 ha betydande social problematik också (ibid.) och det är i denna grupp som vi hittar mångbesökarna. Både Missbruksutredningen (SOU 2011:35) och de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen, 2007) betonar vikten av samverkan mellan huvudmän för att kunna utveckla ett kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som bättre tar tillvara brukares behov.

Socialstyrelsen har följt upp kvaliteten inom missbruks- och beroendevården nationellt och konstaterar att den varierar stort. Framför allt brister det i kommunernas uppföljning av de egna verksamheterna. I Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevård framkommer att det finns stora brister i kommunernas verksamhetsuppföljningar, vilket försvårar möjligheten att utveckla och förbättra kvaliteten på missbruks- och beroendevården. Bara 38 procent av landets kommuner har aktivt gjort undersökningar för att se hur klienterna upplever och uppfattar den vård de erbjuds (Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landsting, 2011).

Det finns även stora skillnader inom länen. I Jämtlands län uppger till exempel tre av sex kommuner som svarat på en enkät – Berg, Härjedalen och Ragunda – att man under 2010 har gjort en bedömning av hur väl missbruks- och beroendevården stämmer överens med klientgruppernas behov. Samtidigt uppger 4 av 6 kommuner att de tagit tillvara klienters klagomål för att förbättra servicen för gruppen (Ibid.).

2008 genomfördes en kartläggning av FOU-Jämt av insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Jämtland (Westring Nordh, 2008).

Detta var ett första steg i kunskapsarbetet med implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007).

På en konferens 2009 i Östersund genomfördes en – Open Space dialog – och temat var just ”Hur utvecklar vi missbruk- och beroendevården i Jämtland?”. På prioriteringsfrågan ”Vad är viktigast för att lyckas med vårt fortsatta utvecklingsarbete av missbruks- och beroendevården i Jämtland?” svarade majoriteten: ”Att förbättra (kommun/landsting) samarbetet” (Dokumentation från open space, 2009).

En jämförelse mellan målgruppen i den här studien och en nationell studie av människor inom missbruksvården visar stora skillnader i omfattningen av antal besök mellan de med ett problematiskt missbruk och de med ett beroende. Den stora gruppen – de med ett problematiskt missbruk - hamnar sällan i vård och behandling emedan de med omfattande social problematik - den mindre gruppen – gör det (Storbjörk & Room, 2008). Det visade sig att de som var mest frekventa inom missbruks- och beroendevården framför allt hade svårare missbruksproblem, saknade arbete, hade mer institutionserfarenheter samt ofta en osäker boendesituation, alltså var i högre grad marginaliserade, (ibid.). En nyligen publicerad studie visade på just betydelsen av boendeinsatser och att erbjudandet av boende och boendestöd (case management) resulterade i betydligt färre besök inom sjukhusvård, både till akutmottagning och inläggning på sjukhus (Sadowski, et.al., 2009). Författarna menar att en stor grupp inte får eller inte nås och en liten grupp får mycket insatser men kanske inte rätt hjälp. Vilket betyder i sin tur att de återkommer! Samtidigt förekommer en viss trötthet eller uppgivenhet gentemot denna ”tunga” grupp från de olika vårdsystemens håll (Järvinen, 2001) och det finns andra grupper som man hellre prioritera sina resurser till (Ibid, Wörlén, 2010).

Viktiga frågeställningar är om Mångbesökarmodellen är ett bra sätt att följa upp på och hur ser samverkan och vårdkedjan ut i Jämtland kring mångbesökare inom beroendevården?

Syfte och frågeställningar

Det finns ett antal klienter inom beroendevården vilka på grund av komplexa behov och ett långvarigt beroende/missbruk och många gånger en svår social situation är i behov av omfattande stöd från flera olika huvudmän och verksamheter.

En utmaning för verksamheterna är att tillsammans skapa sig en helhetsbild av klientens livssituation för att påverka deras vård- och stödbehov. Ofta görs utvärderingar och verksamhetsuppföljningar ur ett producent/verksamhetsperspektiv där den enskilda verksamheten och dess insatser bedöms som bra eller mindre bra. Mångbesökarmodellen är tänkt att vara ett redskap för att lokalt skaffa kunskap, med ett uttalat brukarperspektiv, om hur vårdsystemets olika delar samverkar och huruvida insatserna svarar mot individens behov.

Vidare är syftet att resultat från kartläggningen kan användas som underlag vid verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling samt som utgångspunkt för samtal om samarbete.

Följande frågeställningar avsåg undersökningen att besvara:

- Vilka är patienters och anhörigas erfarenheter av vården/insatserna och på vilket sätt har den påverkat problemen?
- Behandlingar som har avbrutits eller upphört eller aldrig har kommit till stånd – varför?
- Hur fungerar kontakten/överföringen mellan olika huvudmän, mellan akutvård och annan vård, slutenvård och öppenvård osv.?
- Vad tror patienten skulle vara till hjälp? Egna resurser/styrkor som patienten tycker skulle kunna vara till hjälp i behandlingen?

- Vilka är vårdkostnaderna för respektive patient utifrån de insatser som förekommit?
- Vilka olika insatser har förmedlats till respektive patient under perioden?

Kartläggningens genomförande

I och med att undersökningens syfte var att genomföra en kartläggning av mångbesökare inom beroendevården i Jämtlands län ur ett brukarperspektiv följer att tyngdpunkten i undersökningen ligger på intervjuer med mångbesökare kompletterat med registerdata för aktuella personer.

Urval/Målgrupp

Personer med omfattande behov av samordnade insatser från flera olika vårdgivare och som vid flera tillfällen återkommer till missbruks- och beroendevården definieras som målgrupp för kartläggningen. Detta definieras lokalt, hittills vanligtvis utifrån antal besök på akutmottagning (relaterade till missbruk/beroende) och/eller avgiftning. Målsättningen var att uppnå 20 individer med ett stort antal besök och/eller inläggningar senaste tiden. Vid genomgång av statistiken på Beroendeenheten vid Jämtlands läns landsting över antal besök under 2011 visar det sig att sju (7) besök eller fler ger oss en sådan grupp ”mångbesökare”. Vem som ska kategoriseras som "mångbesökare" innebär en viss grad av godtycklighet men det har visat sig i studier att beroende på vårdens tillgänglighet utnyttjas den i varierande grad vilket motiverar skillnader i definitionen av "mångbesökare" mellan t.ex.

storstad och glesbygd. I Jämtlands län varierar graden av tillgängligheten av missbruksvården stort på grund av att Beroendeenheten är placerad i Östersunds kommun. Detta förklarar troligtvis varför så få brukare varit aktuella på Beroendeenheten från de övriga kommunerna i länet. Dock ska tilläggas att personal från beroendeenhetens öppenvård, åker ut regelbundet till länets kommuner var 4:e - var 6:e vecka för samarbete med förträdesvis kommunernas socialtjänst men även i några kommuner primärvården.

En definition av målgruppen (mångbesökare) som man enats om i Östersunds kommun var således: en person med alkohol/narkotikaberoende/missbruk som under en tolv månadersperiod haft sju eller flera akutbesök på Beroendeenheten och/eller vårdats fyra eller fler gånger inom slutna beroendevård. Detta innebär 24 individer som kunde kallas mångbesökare.

Bortfall

Av de 24 mångbesökare som identifierades för perioden genomfördes intervjuer med 11, de övriga 13 gick inte att intervjua, antingen pga. ständigt berusad eller omöjlig att komma i kontakt med.

Datakällor

Datainsamlingen bygger på fallstudier av den utvalda målgruppen. I fallstudierna kombineras kvalitativa data och registerdata. De innehåller en kartläggning av enskilda mångbesökares utnyttjande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser, kostnadsberäkning av dessa insatser och (intervju)undersökning av hur mångbesökare uppfattar att vården, omsorgen och behandlingen svarar mot deras problem och behov. Övriga datakällor som beskriver samverkan mellan olika huvudmän samt såväl förutsättningar som hinder för samverkan, är intervjuer med nyckelpersoner inom missbruks- och beroendevården i Jämtlands län.

Intervjuer med mångbesökare

Sammanlagt har 11 intervjuer genomförts med individer definierade som mångbesökare under aktuell tidsperiod. Tanken var också att genomföra intervjuer med anhöriga om så medgavs, vilket visade sig inte vara enkelt. Vidare har tre informantintervjuer gjorts med nyckelpersoner, en inom respektive verksamhet: socialtjänsten och landstingets beroendevård samt med intervjuaren som tack vare långvarig erfarenhet inom området har god personkännedom och varit verksam inom området under lång tid.

Intervjuerna gjordes med hjälp av en intervjuguide som har prövats tidigare för motsvarande målgrupp (Beroendecentrum Stockholm 2010, Se bilaga 1). Intervjuerna har visat sig ta ca 1½ - 2 tim. Intervjuguidens olika frågeområden - med en kombination av öppna och mer strukturerade frågor - är tänkta att direkt men även indirekt ringa in individuella svårigheter och behov och erfarenheter av vården.

Intervjun, som delvis kommer ha samtalets form, tar sin utgångspunkt i de återkommande kontakterna med vård och omsorg, med syftet att försöka förstå dem ur individens perspektiv.

Vid intervjutillfället användes en enkel tidslinje över vårdhändelser/kontakter med vård och stöd under det gångna året. Syftet med intervjuerna var inte att göra en fullständig kartläggning av vårdprocessen. Tidslinjen användes som ett hjälpmedel att minnas kontakter med vården. De basdata som används som urvalskriterier (t ex om inläggningar för avgiftningar, akutbesök) gav också en grov struktur för samtalet. Med utgångspunkt från dessa basdata om vårdtillfällen ställdes frågor om olika händelser. Vad hände före, efter, under tiden? Detta för att få en djupare förståelse för händelserna och vilka behov som förelåg. Vad säger den enskilde om de ”vågrörelser” som vårdprocessen utgör? Information byggdes på med frågor om boende, nätverk, droganvändning osv. dock inte med kartläggningskaraktär utan med fokus på mer öppna frågor.

Genom att ställa öppna frågor gavs den intervjuade möjlighet att själv berätta om sådant som ligger henne eller honom närmast, och utifrån det kunde intervjuaren sedan nysta vidare. Intervjun hade ett tydligt fokus – patientens/klientens problem och behov och hur han/hon har upplevt att vård- och stödinsatser svarar mot dessa. Intervjuarens roll var att tillhandahålla en struktur för berättelsen, ställa följdfrågor, be om exempel, leda berättelsen vidare, koppla samman olika fragment och fråga vidare för att få så detaljerad kunskap som möjligt om intervjupersonens svårigheter och behov (under det gångna året), och erfarenheter av vård och omsorg.

De områden som stod i fokus för intervjun var:

- Vad har hänt i samband med patientens täta besök i vården?
- Hur ser personen själv på sitt missbruk/beroende, och vad ser han eller hon själv som sina största behov/problem?
- Patientens bedömning/erfarenheter av olika behandlingar/insatser? Vad har varit till hjälp (och varför)? Vad har inte varit till hjälp (och varför)?
- Behandlingar som har avbrutits eller upphört eller aldrig har kommit till stånd – varför?

- Svårigheter i kontakten med vård/stöd?
- Hur fungerar kontakten/överföringen mellan olika huvudmän, mellan akutvård och annan vård, slutenvård och öppenvård osv.?
- Vad tror patienten skulle vara till hjälp? Egna resurser/styrkor som patienten tycker skulle kunna vara till hjälp i behandlingen?

Varje intervjutillfälle gavs en stor mängd information. För att kunna ägna hela sin uppmärksamhet åt interaktionen med intervjupersonen spelades intervjuerna in. Därefter transkriberades dessa.

Övriga informantintervjuer

Intervjuer har även gjorts med dels personer i ledande positioner inom landstingets Beroendeenhet, samt Barn Unga Vuxna – missbruksenheten i socialtjänsten (1 person vardera), samt med den person som genomfört intervjuerna och som har en lång bakgrund som sjuksköterska och enhetschef i missbruks- och beroendevården i Jämtland. Dessa intervjuer gjordes i syfte att ytterligare spåra systemhinder och se huruvida dessas historier skulle överensstämma med de berättelser som de s.k. mångbesökarna givit oss.

Registerdata

För var och en av de mångbesökare som intervjuats har också registerdata samlats in. Sammanställningar görs med hjälp av inmatningsmallar som utarbetats av FoU-Södertörn. Från sjukvården har journaler gått igenom för att sammanställa vårdkonsumtion och kostnader och från socialtjänsten har motsvarande uppgifter samlats in från socialtjänstakter. En kostnadsberäkning görs således av samtliga insatser inom respektive organisation med hjälp av en standardprislsta.

Data som samlats in handlar om: uppgifter om besök och vårdtillfällen under den föregående 12-månadersperioden inom landstinget och kommunens socialtjänst,

uppgifter om kostnader för de insatser som förekommer, journaldata under den aktuella 12-månadersperioden från slut- och öppenvård, akter från socialtjänsten och eventuellt kriminalvården. Inom sjukvården gäller detta t.ex. vårdtid, diagnos samt missbruksrelaterade läkemedel och inom socialtjänsten vilka olika former av sociala insatser som givits.

Analysmetod

Syftet var att den insamlade informationen ska kunna ge underlag för detaljerade beskrivningar och analyser av vård- och omsorgsprocessen, utgöra underlag för de ekonomiska analyserna samt ligga till grund för ett antal typfall. Informationen från de olika datakällorna har ställts samman och integrerats till helhetsbilder utifrån enskilda fallbeskrivningar. Dessa illustrerar systemet och dess eventuella brister, och kan användas som gemensamma ”kartbilder” för olika vård- och omsorgsgivare och för beslutsfattare, till exempel som utgångspunkt och verktyg för förändringsarbete. Bilderna ger möjligheter att identifiera systemhinder i vård- och omsorgssystemet kring den enskilde och att finna lösningar som ger en bättre och mer samordnad vård- och omsorg samt en bättre resursanvändning.

Bearbetningen och analysen av materialet görs i flera, delvis överlappande, steg. Dessa steg är inte alltid tydligt avgränsade.

Etiska aspekter

Tänkbara deltagare i projektet fick muntlig och skriftlig information om forskningsprojektet när målgruppen var identifierad och personen i fråga var aktuell

för eventuell inkludering i studien. Frågan om eventuellt deltagande ställdes av personal på beroendeenheten samtidigt som personen erhöll en skriftlig information innehållande patientinformation och underlag för informerat samtycke. Avsikten var att det i informationen också tydligt ska framgå vad det innebär att delta i studien samt att individen kan tacka nej när som helst och att det inte på något sätt påverkar framtida kontakter och behandling på enheten.

Vidare presenterades skriftlig information om forskningsprojektets syfte. Av informationen framgick vilka som är projektansvariga och vart man kan vända sig med frågor. Projektpersonalens tystnadsplikt tydliggörs samt att uppgifterna ska bearbetas och resultatet presenteras på ett sådant sätt att det inte går att identifiera vilka personer som deltagit. Patienten tillfrågades även om han/hon har någon närstående som kan kontaktas för en intervju.

För att få tillgång till data från register, journaler och akter krävdes att den som ska intervjuas gav sitt tillstånd till detta.

Efter grundlig information om vad medverkan innebar hade de tillfrågade personerna möjlighet att välja om de vill medverka i kartläggningen eller inte och gav i så fall sitt skriftliga samtycke till det. Speciellt viktigt var att de fick information om att deltagandet inte kommer att medföra några negativa effekter för dem själva och att det inte kommer att påverka vården och behandlingen om de väljer att inte delta eller om de väljer att delta. Personerna har rätt att avbryta sin medverkan när som helst under kartläggningens gång, vilket de blev informerade om både muntligt och skriftligt tillsammans med uppgifter om vem de kan kontakta om de vill avbryta.

Projektet har beaktat risk för maktutövning i samband med samtyckesförfarandet. Exempelvis skulle påtryckning kunna ske genom att villkora beviljad behandling eller att klienten skulle uppfatta detta utan att det är uttalat. För att säkerställa att den tillfrågade inte skrivit på under påtryckning började intervjuaren vid intervjutillfället med att gå igenom samtycket ytterligare en gång med klienten då

denne fick chansen att välja ytterligare en gång. Intervjuaren var också en person, på gott och ont, som utifrån sin personkännedom möjliggjorde intervjuerna och utan dennes kunskap skulle troligtvis betydligt färre intervjuer genomförts.

När det gäller den etiska problematiken om frågan avseende relationen mellan anhöriga-patienter/besökare och om kontakt kan komma att tas med anhöriga mot patients vilja bör detta inte vara något problem eftersom patienten är den som beviljar om kontakt kan tas med anhöriga. Vidare kommer intervjuaren inte lämna ut några sekretessbelagda uppgifter till anhöriga eftersom tanken är att intervjuaren inhämtar information snarare än lämnar ut.

Risker som kan finnas med att delta i kartläggningen skulle kunna vara att det är ett relativt litet urval. Personerna som medverkar skulle kunna uppleva att resultatet som presenteras är utlämnande eller kränkande och på så sätt lida men av detta. Risken att personen känns igen i fallbeskrivningen av övriga berörda verksamheter är inte helt obefintlig, även om detta kommer att beaktas särskilt i presentationen genom att utelämna specifika drag som kan röja identiteten och genom att inte ange exakt ålder t.ex. För att minimera risken kommer de medverkande personerna att erbjudas möjlighet att läsa igenom sina fallbeskrivningar innan de kommuniceras muntligt eller distribueras i skrift.

Avsikten är att resultat från undersökningen ska förbättra vården för individen och alla resultat presenteras på gruppnivå för att undvika att individen kan identifieras.

Studien har genomgått etisk prövning och blivit godkänd vid Umeå etikprövningsnämnd 2012 (Dnr: 2012-155-31Ö).

Resultat

Här redovisas generella resultat för gruppen mångbesökare samt mer specifik information utifrån fyra fallbeskrivningar. Att beskriva de elva personerna i generella ordalag är dels svårt – utifrån att det är elva unika individer som intervjuats – med olika missbruksmönster och historik, men också inte helt rätt, utifrån att mångbesökarmodellens egentliga syfte inte är att se de olika individerna som en generell massa. Emellertid, eftersom syftet med kartläggningen är att finna systemfel ur ett brukarperspektiv, kommer vi här att försöka oss på att redogöra för de gemensamma nämnare som kan återfinnas i materialet och som kan tjäna som vägledning i uppfyllandet av det syftet:

- Vård/behandlingsstruktur
- Boende
- Sysselsättning
- Eftervård

Vad gäller vårdstruktur är en gemensam nämnare avsaknaden av densamma för respondentgruppen. I något fall är ett antal LVM-behandlingar eller SoL-behandlingar genomförda eller påbörjade, i andra fall har öppenvård testats – med urinprover eller andra insatser och i åter andra fall ser vi andra typer av insatser, såsom individuell coaching eller annat. Boende – eller snarare avsaknaden av boende – är en annan gemensam nämnare som framstår tydligt. Sammanlagt 16 av all identifierade som mångbesökare (24) är utan eget bostadskontrakt. Av de intervjuade är det sju respondenter som bor vid intervjutillfället i kategori- eller akutboende, men är i grunden hemlösa. Överlag ser vi att eftervård på något sätt ”försvinner” eller ”ramlar mellan stolarna”, t.ex. när en individ skrivs ut från avgiftning/tillnyktring, eller efter LVM-behandling. Utöver att både boendesituation

och eftervård syns rent faktiskt i journalgranskning, framkommer också önskemål om eftervård och ett riktigt – eget – boende, samt någon form av sysselsättning. Vad gäller eftervård och boende samt sysselsättning handlar detta till stor del om att skapa en normaliseringsprocess som ett led i eftervården av missbrukaren (Denvall och Jacobson, 1998). På många sätt säger det sig kanske självt att ett systematiskt tillvägagångssätt är att föredra framför ett mer ad hoc förfarande med insatser, och det är ju också så att det idag finns en rad evidensbeprövade metoder för behandling, där Case management i form av ACT modellen (Käcker, 2010) och ”Housing First” (Tsemberis, et al., 2004) är två sådana (för en utförligare diskussion, se: Wells, m.fl., 2013). Vi ser i såväl intervjumaterialet som i akt- och journalgranskningen att evidensbaserade metoder inte använts i någon större utsträckning, annat än återfallsprevention - för behandling av individers missbruk. Tvärtemot en ganska vanlig tes, har forskningen visat att det möjligt att behandla s.k. ”hopplösa fall” (Busch-Geertsema, 1998; Wells, et al., 2013).

Vad gäller den kostnadsgranskning som är gjord kan vi se att kostnaderna för varje individ varierar stort och är spridd över såväl somatisk som psykiatrisk behandling – i både primär- och specialistvård, samt över stora delar av socialtjänsten (t.ex. försörjningsstöd, insatser i öppenvård, behandling i både tvång och frivillig vård). En kostnad som gör att det drar iväg är om individen har varit i kontakt med kriminalvården eller ej. Största delen av kostnaderna ligger på socialtjänsten. Emellertid, även om kostnader kan ses som intressant – i synnerhet för beslutsfattare – vill vi understryka att de kostnader som redovisas här, inte kan användas som vare beslutsunderlag eller ett underlag att dra några specifika slutsatser utifrån. Här, likväl som i andra resultat, finns inga generella slutsatser att dra, utan det är viktigare att se till de delar av behandlingar samt samordnade insatser från huvudmännen som kan förbättras. Det är i sådana delar, samt i mer hållbara behandlingsinsatser som satsningar kan göras och pengar kan sparas.

Viss generell information kan dock redovisas för gruppen. Nedan redovisas information om alla 24 definierade som mångbesökare under tidsperioden. För de 11 av dessa som intervjuats finns betydligt mer information att tillgå eftersom det ingick i överenskommelsen att de som ställde upp på intervju också godkände att vi tog fram andra data.

Tabell 1. Demografiska uppgifter för 24 personer som definieras som Mångbesökare (2012)

	Kvinnor	Män	Totalt
Urval	4	20	24
Ålder	49 (12)	55 (9)	54 (8)
Intervjuade	3	8	11
Avliden	0	1	1
Har egen lägenhet	1	7	8
Har ej eget bostadskontrakt	3	13	16

Generellt kan sägas att målgruppen har komplexa hälso- och social service behov. Alla 24 patienterna bedömdes ha ett mångårigt alkoholberoende eller blandmissbruk; för alla finns uppgifter om hur frekventa de varit på beroendeenheten under den aktuella tidsperioden. För den icke-intervjuade gruppen ligger genomsnittet för antal besök högre än för de intervjuade vilket troligtvis betyder att denna grupp också har en svårare missbruks- och beroendeproblematik. Denna uppfattning stöds också av det faktum att dessa individer inte gick att boka tid för intervju med bl.a. på grund av ihållande missbruk.

I flertal studier har visats att ett fåtal patienter/klienter/brukare står för ett stort antal besök. I tabell 1 nedan redovisas antal vårdtillfällen och besökare totalt och andelen mångbesökare till beroendeenheten under den aktuella tidsperioden (2011-06-01 - 2012-05-31).

Tabell 2. En jämförelse mellan antal besök för två grupper på beroendeenheten, JLL, under aktuell period

	Totalt	Mångbesökar- gruppen
Öppenvård, antal besök fördelat på antal patienter	1678 - 323	
TNE, antal besök fördelat på antal patienter	787 - 350	298 - 24
Beläggning på avd, antal vårdtillfällen fördelat på antal patienter	299 245	

Detta innebär att 7 % av alla besökare står för 38 % av alla besök.

Tabell 3. Antal besök inom landstinget under aktuell period (orange-mark. Intervju-personer utgör de personer som ingår i fallbeskrivningar längre in i rapporten)

Intervjuperson	TNE	Avg. antal tillfällen	Avg. dygn	Öppsyk	HC	Somatik
A	3	3	14	0	0	0
B	7	2	4	3	8	1
C	23	2	7	11	4	4
D	4	2	?	30	6	1
E	4	3	11	0	20	23
F	1	0	0	0	0	0
G	18	2	9	3	0	9
H	4	0	0	2	0	0
I	6	5	12	0	7	0
J	5	4	18	0	0	1
K	12	3	15	8	12	2
Summa	69	26	90	54	42	18

Tabell 4. Antal aktualiseringar och utredningar inom socialtjänsten under aktuell period (orange-markerade intervju-personer utgör de personer som ingår i fallbeskrivningar längre in i rapporten)

Intervjuperson	Aktualisering	SoL-utredning	LVM-utredning	ASI
-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------------

Mångbesökarmodellen

A	2	1	0	0
B	17	2	0	0
C	43	1	1	0
D	4	1	0	0
E	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
F	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
G	14	3	0	0
H	15	1	0	0
I	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
J	2	1	0	0
K	10	1	1	0
L***	5	0	1	0
Total	<u>112</u>	<u>11</u>	<u>3</u>	<u>0</u>

*** avliden

Tabell 5. Insatser efter utredning under aktuell period (orange-markerade intervjupersoner utgör de personer som ingår i fallbeskrivningar längre in i rapporten)

Intervju-person	Kategoriboende	Akutboende	Finns vpl	Uppf vpl	Genomf. Vpl	CRA	IC	HVB-plac	CM/ACT	Brytpunkten
A	0	2	1	2	2		1	0	0	0
B	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
C	0	1	1*	0	0	0	0	1	0	0
D	1	2	1*	0	0	0	0	0	0	1
E	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
F	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
G	1	0	1	1	1	0	0	1		
H	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1
I	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
J	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
K	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
L***	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
<u>Total</u>	<u>3</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>0</u>	<u>2</u>

*** avliden

Fyra fallbeskrivningar

Fallbeskrivning A

Framkommer under intervjun: Det handlar om en 65-årig person som är nybliven pensionär, ej gift men som varit gift två gånger. Hen bor i egen lägenhet. I dagsläget missbrukar personen alkohol och ser sig som alkoholist. Började dricka alkohol vid 25-års ålder. Har varit nykter i nästan ett år nu. Tog ett återfall i jul (2012) och hamnade på TNE tillsammans med sin dotter.

Föräldrarna skilde sig i tidig ålder. Mamman var alkoholist och dog relativt ung. Gick i skolan till klass sju, slutade pga. att hen skaffade barn som väldigt ung, vid 16 och 17 års ålder med samma partner. Flyttade till ny ort och utbildade sig, samt arbetade inom barnomsorg. Efter att ha arbetat med det under många år, utbildade personen sig ytterligare och arbetade sedan inom hälso-sjukvård. Personen har sedan arbetat och skött jobbet - utom de senaste åren.

Myndighets- och sjukvårdskontakter: Personen har under den aktuella perioden för akt- och journalgranskningen haft sju besök på beroendeenheten. Hen har varit på behandlingshem via LVM två gånger – utan eftervård. Hen uppger att kontakten med beroendeenheten har fungerat mycket bra och tycker generellt att hen har blivit bra bemött i sina vårdkontakter (dock LVM-hemmet undantaget).

Personen har utöver sitt missbruk också flera olika somatiska problem. Via socialtjänsten har personen under aktuell period haft insats av Individuell coach (IC) och fått kontakt med socialtjänsten utifrån sin kontakt med beroendeenheten tre gånger. I och med att personen när hen varit färdigbehandlad från landstinget varit i dåligt skick, har stödboende beviljats. Vid uppföljning från socialtjänsten verkade det dagliga med sysselsättning fungera och socialtjänsten skrev ut personen från

stödboendet som planerat. Dock tog hen kort därefter ett återfall och hamnade då på akutboende, men då socialtjänsten upprepade gånger försökt få tag på personen avslutades ärendet.

Fallbeskrivning B

Framkommer under intervjun: Det här är en person som är hemlös vid tillfället för intervjun. Hen uppger sig ha dåligt mående. Är rastlös och skall utredas för ADHD. Personen har kriminalitet och alkoholmissbruk i sin problematik. Uppger sig inte lita på myndigheter, mycket utifrån att personen känner sig lovad vissa insatser i villkor mot behandling och efter genomförd behandling infrias inte löftena. Har också avböjt eftervård tidigare efter behandling. Vill inte sluta dricka alkohol, men upplever att hen klarar av arbete och boende om det finns personal som stöttar.

Myndighets- och sjukvårdskontakter: Under den aktuella perioden för akt- och journalgranskningen har personen haft kontakt med beroendeenheten fem gånger, via LOB, samt en gång på eget initiativ och dessutom varit inlagd två gånger. Hen har haft kontakt med beroenemottagningen två gånger utifrån remiss från primärvården gällande ADHD. Hen hade även varit i kontakt med primärvården ytterligare gånger, utifrån medicinbehov, samt när distriktsläkare besökte personen i häktet – totalt sex kontakter med primärvården. Dessutom hade personen kontakt med kirurgakuten en gång under sagda period.

Personens kontakt med socialtjänsten har dels handlat om stödboende, men också en del om hens kontakt med kriminalvården och turer kring fängelsevistelse. Även här planeras för utredning om ADHD, dock efter en tre månader lång nykterhetsperiod, det är dock oklart huruvida detta har gjorts i samverkan mellan landstinget och kommunen. Personen påbörjade CRA-behandling och fick då boende vid kommunens stöd-akutboende. Hen hade sysselsättning vid

intervjutillfället. Det verkade emellertid som att det inte var påbörjat någon ADHD-utredning vid tiden för intervjun.

Fallbeskrivning C

Framkommer under intervjun: I dagsläget är personen hemlös och uppger själv att hen skulle vilja och tror sig klara av ett eget boende, gärna i någon mindre ort/by. Hen vill komma ifrån institutionslivet där hen upplever sig bott hela livet. Personen är ogift och har tre barn som hen har kontakt med. Hen menar att kontakten med barn och barnbarn blir allt viktigare. Hen uppger att hen mår väldigt bra idag och sköter om kroppen så mycket som det går (träning). Behöver sysselsättning, t.ex. deltidsarbete.

Den här personen hade en väldigt tidig alkoholdebut, före tio års ålder. Skolan blev inte slutförd. I hens problematik ingår såväl blandmissbruk som kriminalitet. Personen har genomgått många behandlingar, både på frivillig och tvångsmässig basis. Hen uppger emellertid att hen aldrig haft viljan att bli fri sitt missbruk. Hen menar dock att det egentligen inte ger hen något att dricka alkohol, utan att det är *”något som sitter i ryggmärgen att jag ska göra”*.

I mötet med missbruksvården upplever personen att hen har blivit bäst bemött inom primärvården, hälsocentralen, i övrigt menar personen att hen hamnar långt ner på ”listan” i sjukvården, men att det är olika mellan olika personer.

Myndighets- och sjukvårdskontakter: Vad gäller kontakter med socialtjänsten under den aktuella perioden för akt- och journalgranskning har personen varit vårdad enligt §27 LVM under perioden juni-oktober, med ledigheter för att träffa sin dotter och sin moder.

Beviljades efter behandlingen stödboende, men då hen tog ett återfall spärrades hen därifrån, varpå ett massivt besöksmönster hos beroende följde. Personen var under den perioden inne för tillnyktring eller avgiftning sammanlagt 21 gånger - emellertid begränsade till december 2011 och januari 2012.

Under samma period hade personen kontakt med fyra olika primärvårdsläkare. Hen hade sedan kontakt med öppenvården under perioden februari-maj, för kontinuerliga alkoholtester. Under den perioden var personen också aktuell för LVM-placering, placerades och planerades för stödboende. Dessutom har personen under det aktuella året gjort tre olika akutbesök vid medicinkliniken, varav ett var inför ett intyg om LVM, samt ett akutbesök vid öronkliniken.

Fallbeskrivning D

Framkommer under intervjun: Det här är en person som idag är nykter sedan en tid tillbaka. Hen mår relativt bra idag, men äter en hel del läkemedel för att kunna göra det. Har psykiatrisk diagnos: dubbeldiagnos. Hen är hemlös och bor i kategoriboende och har ett alkoholmissbruk bakom sig. Hen har fyra barn. Har sysselsättning genom arbetsförmedling.

Personen drack redan i unga år mycket och ofta, men utvecklade missbruk i och med småbarnslivet. Detta fungerade under fem-sex år, när hen också arbetade huvudsakligen som undersköterska. Personen har varit med om såväl institutions- som öppenvårdsbehandling och varit nykter i perioder. Saknar eftervård i de insatser hen fått. Gick själv till AA (anonyma alkoholister). Personen har flyttat runt en del och tycker att Beroendeenheten som den ser ut i dagsläget i Östersund, fungerar bra, utifrån att man nu ”tar hänsyn till hela alltet”.

Myndighets- och sjukvårdskontakter: Under den aktuella perioden för akt- och journalgranskning, var personen in för tillnyktring/ avgiftning fyra gånger under

hösten. Hen hade kontinuerliga kontakter med Öppenvården, även om vissa uteblivanden skedde och hen deltog i återfallspreventionsprogram. Vid ett tillfälle hölls ett gemensamt möte mellan socialtjänsten, beroendeenheten och sjukvården. Hen fick remiss till Beardless Familjeintervention samt information om densamma. Dessutom gjorde personen ett akutbesök vid kirurgmottagningen, men avvek efter undersökning. Personen hade under hela aktuella perioden relativt frekvent kontakt med socialtjänsten. Dessa kontakter var mer eller mindre djupa och handlade om att personen ifråga sökte och beviljades än stödboende, än kategori-boende.

Övriga informantintervjuer

Två personer, med ledande position i vardera huvudmannens verksamhet har intervjuats i syfte att få deras syn på vilka systembrister som finns, samt hur de så kallade mångbesökarna kan hjälpas på bästa sätt. En intervju gjordes också med den person som intervjuat alla respondenter i intervjustudien med mångbesökare. Denna person har stor kännedom om de enskilda personerna och kan tillföra resultaten en ytterligare dimension.

Intervjuerna visar på ett behov av ytterligare samordning av resurser och arbetssätt. Intervjupersonerna uttrycker en brist på överenskommelser kring vad som skall göras, hur det skall göras – och inte göras, när insatser skall ske – och inte ske, samt varför – vilket syfte som finns med olika insatser. I stort ser vi emellertid att de båda huvudmännen har relativt liknande åsikter, vilket faktiskt är en förutsättning för att verksamheterna över huvud taget skall kunna samarbeta.

Chefen för Barn/unga – Vuxna säger så här:

ME¹: ...för vi professionella kanske borde sätta oss ner och prata först eller nåt sånt va. Därför att i många fall, den här personen kommer till tillnyktringen, så är den inne där ett dygn och så går den hem [...] Då kanske vi skulle planera det över sommaren – att då gör vi placering av hen någon annanstans och undviker den mest kaotiska perioden, det är ju nåt sånt. Det är på nåt sånt sätt man skulle hantera det här, va.

... medan chefen för beroendeenheten uttrycker sig så här:

BE²: Det handlar ju om att vi kan kommunicera med kommunen och att vi har en samverkan och ett samarbete och att den här personen som står mittemellan inte far iväg åt nå't håll, utan att, i möjligaste mån att det finns nå'n som fångar upp och att det finns nån fortsättning på behandlingskedjan så att säga.

Ett konkret problem kring detta med samverkanshinder är med andra ord inte att man har olika åsikter om hur samarbetet skall gå till. Vad vi ser i intervjuerna är dock att ett problem tycks t.ex. vara att man i de olika organisationerna har olika beslutsmandat: ME: Vi hade ett forum där vi träffades och skulle göra gemensamma vårdplaner.....eh. Tillsammans med beroendeenheten, där vi upplevde att de inte hade något mandat, utan att de måste dra det med läkare först och det vart ju väldigt trögt.

Aktuella förutsättningar för samarbete vid kartläggningen

Utifrån dessa övriga informantintervjuer kunde vi ta fram vilka olika samverkansarenor och gemensamma insatser/aktiviteter som finns redan idag, sammanfattade nedan:

- Kommunerna har en direkt remissgång till Beroendeenheten.
- Beroendeenheten har bra kontakt med s.a.s. kontinuerliga socialtjänsthandläggare kring specifika (redan aktuella) personer, däremot

¹ ME= missbruksenheden, dvs. ”barn, unga, vuxna”.

² BE= beroendeenheten

upplever de stora svårigheter i att introducera nya personer till socialtjänsten.

- När beroendeenheten nu finns (sedan år 2011) blir rekryteringen inom sjukhuset mer naturlig (t.ex. hjärtpatienter som har missbruksproblem), vilket också underlättar för socialtjänsten, eftersom socialtjänsten får indikationer på att personer varit på beroendeenheten.
- Det är relativt enkelt för missbruksenheten att vända sig till beroendeenheten.
- Om en person återkommer till beroendeenheten fler än en gång skall en telefonkontakt till socialtjänsten ske – står i samverkansavtal.
- Varje dag faxas en rapport till socialtjänsten från TNE – vilka personer som kommit till tillnyktring på något sätt.
- Varje månad görs en sammanställd rapport om personers besök på tillnyktring.
- Det har genomförts gemensam fortbildning – som ett led i att träffas och prata, jämkä ihop organisationskulturer och få en samsyn.
- Det är till beroendeenheten som ”mångbesökarna” vänder sig, självmant.

Samarbete som är under uppärbetning:

- En integrerad verksamhet (en verksamhet där de båda huvudmännen samlas under ett och samma tak gällande missbruk-beroendefrågorna) är under uppbyggande.
- Framtagandet av en ”Samordnad Individuell Plan (SIP)” är under arbete.

Diskussion/Slutsatser

Två områden har framkommit i studien som centrala för hur man ”lyckas” eller inte lyckas med att stoppa mångbesökare från att fortsätta cirkulera mellan olika vårdinstanser år efter år; vikten av samverkan/koordinering mellan de två vårdsystemen samt kvaliteten på insatserna i sig.

Systemhinder

Vi har kunnat se ett antal systemhinder genom studien. I stora drag kan dessa hinder delas in i två spår – mer organisatoriska hinder samt hinder av mer behandlingsartad, eller insatsartad karaktär.

Samverkanshinder

De organisatoriska hindren handlar till exempel om att olika professioner har olika mandat, eller att verksamheterna arbetar i så kallade parallella spår. Att olika professioner hos de båda huvudmännen har olika mandat, kan innebära och har stundtals inneburit att beslutsfrågor som behandlats i gemensamma sammanträden/möten kan ha behövt hänskjutas till ett senare tillfälle utifrån att en kurator inom sjukvården inte har samma mandat som en socialsekreterare inom kommunen. Verksamheterna arbetar i parallella spår och inte alltid kommunicerar med varandra. Det här kan naturligtvis innebära att verksamheterna inte arbetar mot samma mål, eller att de båda gör samma saker utan att veta om hur den andra verksamheten arbetar. Att samverka med andra innebär dessutom krav på anpassning och insyn samt en ständigt pågående förhandling parter emellan (SKL, 2009). Forskning har entydigt visat att för människor med samvarierande hälso- och

sociala problem behövs också interventioner som adresserar alla dessa (Stergiopoulos, et al., 2012). Dessa människor behöver vård och stöd för alla problem och inte, som fortfarande är vanligt, sekventiellt eller parallellt; först tar vi hand om missbruket och när det är avklarat tar vi de psykiska problemen, eller vi gör vårt så gör ni ert (Mueser et al.; 2003). I dag förespråkas ett mer integrerat synsätt när det gäller att hjälpa människor med komplex vård och stöd behov

Behandlingshinder

De mer insatsartade/behandlingsartade hindren innebär snarare just frågor kring bedömning, behandling, eftervård och uppföljning, men också frågor som handlar om vilka ska prioriteras och vilka det är någon ide att satsa på. I denna undersökning handlar det framför allt om gruppen tungt belastad lite äldre missbrukare som har fått många olika typer av insatser och där en viss uppgivenhet kan förekomma från inblandade vårdssystem och t.o.m. det som Järvinen (2001) benämner institutionaliserad uppgivenhet. Det tycks som om socialtjänsten ”kör på i samma gamla spår”, med till exempel upprepade omhändertaganden enligt LVM vilket kan komma att ske utan eftervård i anslutning till behandling och i anslutning till avgiftning. Det här kan bli problematiskt för den enskilde. Vi kan också se i fallbeskrivningarna och övrigt material att de flesta av respondenterna har svårt med boendesituationen. De saknar stabilt boende, och får förlita sig till såväl kategoriboende/akutboende-stödboende som boende hos vänner och familj. Emellertid kan vi också se, utifrån tidigare forskning, att stabilt boende och en ”Uppstyrd” eftervård har betydelse för den enskilde och hen’s väg ut ur missbruk och mot en ökad grad av normalisering.

En modell som prövas internationellt och nationellt (ett tiotal kommuner till dagens datum) för målgruppen är Housing First (i Sv. Bostad först) och som innebär att utgångspunkten är en stabil boendesituation. Syftet är att uppnå boendestabilitet som en bra bas för att fortsatt arbete med bakomliggande problem. En central komponent i denna modell är vikten av någon form av samordningsfunktion – case

manager – ett personellt stöd (jämställs också med personligt ombud). Utmärkande för den aktuella gruppen är följaktligen att de har många olika problem. Det är det komplexa vårdbehovet som gör att dessa personer är i behov att någon som tar ansvar och samordnar deras kontakter med kommun och landstingets av vård- och stödinsatser. Forskningen på Housing First program visar tydligt goda resultat när det gäller stabilitet i boendet, minskad kriminalitet och minskad användning av offentlig service och kostnader (Tsemberis, m.fl., 2004).

Vikten av att följa upp

Ett bra behandlingsarbete börjar alltid med en kartläggning av hur individens situation ser ut för att komma fram till vilka insatser har prövats och vilka är lämpliga för att bryta den negativa cirkeln och förhindra rundgång.

Beslutet att göra en uppföljning enligt Mångbesökarmodellen kom utifrån den större satsning inom ramen för ”Kunskap till Praktik”. Som med de flesta modeller och beslut, finns även gällande mångbesökarmodellen såväl för- som nackdelar, vilka kan spela roll för en framtida implementering av uppföljningsmodeller. Mångbesökarmodellen är relativt heltäckande på individnivå – den ger en beskrivning av den enskilde som den enskilde själv står för och den ger en beskrivning av hur vård- och stödinsatser sett ut hos huvudmännen. Dessutom ges kostnadsbeskrivningar för varje individ kopplat till huvudman och insats. Emellertid är uppföljningsmodellen resurskrävande. Inte bara projektledaren, utan också intervjuare, person som transkriberar intervjuer, samt personer som arbetar med att ta fram uppgifter från vardera huvudmannen berörs och lägger ner mer och mindre omfattande arbete. Frågan är hur ofta/tätt verksamheterna klarar av att sådana här uppföljningar genomförs – samt om det över huvud taget finns ekonomi för det hela. Blir det också för tungt är risken att vardera verksamheten inte klarar av att

genomföra mindre uppföljningar – med kanske andra fokus – på egen hand. En annan aspekt är att denna sorts undersökning endast täcker så kallade mångbesökare från Östersunds kommun – i Jämtlands län - samt att den endast fokuserar just mångbesökare, inte missbrukare med lättare former av missbruk/riskbruk.

Ett av resultaten handlar om samordning och organisation. Här finns redan i skrivande stund ett arbete för att skapa en så kallad integrerad verksamhet, där båda huvudmännen skall enas i en och samma verksamhet, i syfte att undvika arbete i parallella spår samt ett större fokus på brukaren och dennes behov. Detta grundar för en ytterligare uppföljning just för att se utfallet av en sådan verksamhet.

Referenslista

Busch-Gertsema, V. (2002). When homeless people are allowed to decide by themselves. Rehousing homeless people in Germany. *European Journal of Social Work* Vol. 5, No. 1, pp. 5–19.

Denvall och Jacobson, (1998). *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts

Dokumentation från open space, 2009

FoU-Södertörn (2012) *Implementering av Mångbesökarmodellen, delrapport 2011*, Stockholm

FoU-Södertörn (2013) *Implementering av Mångbesökarmodellen, delrapport 2012*, Stockholm

Järvinen, M. (2001). Institutionaliserad uppgivenhet – om utvecklingen av det danska behandlingssystemet. *NORDISK ALKOHOL- & NARKOTIKATIDSKRIFT* VOL. 18, (2).

Käcker, P. (2010). *PUFF-enbeten, Praktik, Utveckling, Forskning, Framtid*. Norrköpings kommun

Muser, KT, Noordsy, DL, Drake, RE, & Fox, L. (2003). Research on integrated dual disorder treatment. In DH Barlow (Ed.), *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice* (pp. 301–305). New York: Guilford Press.

Norman,C., Ekh, M., Elofsson, B. & Bowin, R. (2012) *Mångbesökare inom landstingets specialiserade beroendevård i Stockholm*. Beroendecentrum, Stockholms läns landsting.

Sadowski,L.S., Romina, R.A., VanderWeele, T.J. & Buchanan, D. (2009). Effect of a Housing and Case Management Program on Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Chronically Ill Homeless Adults. *JAMA*, Vol 301, No. 17

SKL.(2009). *Vårdkedja med framgång*. SiS och SKL.

Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, Stockholm

Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landsting (2011) Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården, Stockholm

SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende: Individerna, kunskaperna och ansvaret, Stockholm

Stergiopoulos, V.; O'Campo, P.; Gozdzik, A.; Jeyaratnam, J.; Corneau, S.; Sarang, A. & Hwang, S.W. (2012). Moving from rhetoric to reality: adapting Housing First for homeless individuals with mental illness from ethno-racial groups. *BMC Health Services Research*, 12:345.

Storbjörk, J. & Room, R. (2008) The Two Worlds of Alcohol Problems: Who is in treatment and Who is not? *Addiction Research and Theory*, 16(1): 67-84

Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am. J. Public Health*. 2004 Apr;94(4):651-6.

Westring Nordh, M. (2009) Kartläggning av insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik I Jämtland FoU Jämt 2009:4, Östersund

Wörlén, M. (2010) Att prioritera i socialtjänsten: om kommunalt handlingsutrymme och beslutsfattande, *Socialvetenskaplig tidskrift* 2010:1