



FoU Rapport 77:2013

Vägen från beroende – rak eller krokig?

Uppföljning av mångbesökare inom
missbruks- och beroendevård



Slutrapport

Benitha Eliasson

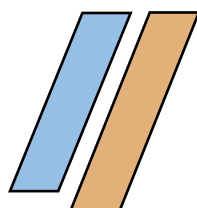
Eugenia Segerstedt

Maria Jansson, vetenskaplig handledare

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

Sammanfattning

Den här slutrapporten redovisar den uppföljning av Mångbesökare inom missbruks- och beroendevård som gjorts i Norrbotten mellan september 2011 och december 2013. Uppföljningen har genomförts gemensamt av Kommunförbundet, FoU Norrbotten och Norrbottens läns landsting, i samarbete med Kriminalvården/Frivården.

I uppföljningen analyseras tretton mångbesökares nyttjande av sjukvårdens, socialtjänstens samt Kriminalvårdens/Frivårdens resurser under ett år. Syftet med uppföljningen är tredelat. För det första är syftet att kartlägga och följa upp mångbesökares nyttjande av olika typer av vård- och stödinsatser, vilket sker genom en journal- och aktgranskning. I kartläggningen ingår även en kostnadsberäkning. För det andra är syftet att undersöka mångbesökares uppfattning om och upplevelse av vården och stödet samt om det bemötande som de har fått från de olika organisationerna. Här utgör intervjuer den huvudsakliga insamlingsmetoden. För det tredje är syftet att identifiera och arbeta med de systembrister som framkommer i uppföljningen. En viktig del i arbetet med systembrister är de fokusgrupper vi träffat. Deras erfarenheter utgör en viktig del i uppföljningens resultat.

Till mångbesökare räknas 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.

Urvalet av mångbesökare gjordes vid Läns gemensam psykiatri och MoB-enheten. Det innebär att drygt hälften av mångbesökarna hade både missbruk eller beroende och psykiatrisk problematik (samsjuklighet). I den här rapporten redovisas dessa mångbesökares nyttjande av vård- och stödresurser, till exempel slut- och öppenvård från sjukvården, insatser från socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården. Dessutom redovisas kostnader för dessa insatser.

Det centrala i analysen utgör fallstudierna som ger en helhetsbild av individernas vård och stöd, samt deras upplevelser under ett år. Sex fallstudier presenteras, med fyra män och två kvinnor i olika åldrar mellan 20-60 år. Olika typer av missbruk (drog- och alkoholmissbruk, blandmissbruk, missbruk av läkemedel) illustreras. Dessa personer följs under ett års tid via medicinska journaler, socialtjänstens akter, Kriminalvårdens/Frivårdens handlingar samt intervjuer. Två fallstudier gjordes på mångbesökare som hade fått särskilda former av stöd, Case managers samt substitutionsbehandlingen LABO. För att än mer lyfta fram brukarperspektivet gjordes en extra fallstudie där intervju-materialet tilläts ha tyngdpunkten på mångbesökares och närståendes upplevelse av vården och stödet. Samtliga fallstudier har illustrerats med ett flödesschema och kompletterats med en kostnadsanalys.

Uppföljningens resultat

De sammanlagda kostnaderna för mångbesökarnas vård och stöd uppgår under året till 14,4 miljoner kronor. Urvalet av mångbesökare görs inom sjukvården och där återfinns 59 procent av kostnaderna (8,5 miljoner kronor). Socialtjänstens kostnader utgör 27 procent och Kriminalvårdens/Frivårdens kostnader uppgår till 14 procent av de totala kostnaderna.

Typer av systembrister som har framkommit i uppföljningen grundar sig i stor utsträckning på bristande samverkan som tar olika form. Detta leder till olika typer av icke värdeskapande episoder. Här nedan ges exempel på det som framkommer i uppföljningen.

- *Uppföljningen visar att* det förekommer upprepningar och onödiga omtag i vården och stödet som mångbesökarna får. Ofta leder det till att situationen upprepas och att det inte medför en förbättrad situation för individen. Exempelvis handlar onödiga omtag om flera korta inläggningar och bristande eller frånvarande uppföljningar i hemmet.
- *Uppföljningen visar att* mångbesökarnas vård och stöd karaktäriseras av parallella processer nämligen att olika organisationer eller verksamheter sätter in insatser med liknande syfte utan att samordna dessa insatser.
- *Uppföljningen visar att* vård och stöd ges på en nivå som är för låg eller för hög för mångbesökarens aktuella behov. Det handlar bland annat om upprepad slutenvård istället för tät uppföljning i det egna hemmet vid kombinationen av missbruk och psykisk problematik.
- *Uppföljningen visar att* aktörerna riktar vården och stödet på det som uppfattas som det mest akuta. Detta löser inte de bakomliggande problemen långsiktigt.
- *Uppföljningen visar att* mångbesökarna kan få vänta länge på de insatser som flera aktörer konstaterar är behövliga. Detta innebär onödiga stopp i vård- och stödprocessen.
- *Uppföljningen visar att* upplevelsen av delaktighet och bemötande är en särskild utmaning i vården och stödet för mångbesökare. Målgruppen har ofta svårt att föra sin egen talan vilket försvårar delaktigheten. De inslag av delaktighetsgörande som förekommer handlar främst om informativa inslag.
- *Uppföljningen visar att* missbruks- och beroendeproblematik ofta upptäcks och behandlas i ett sent skede under året, även då det finns indikationer på detta tidigare.

Positiva exempel som framkommer om långsiktiga investeringar i vården och stödet samt om en fungerande samverkan:

- *Uppföljningen visar att* långsiktiga investeringar som Case management och LABO-programmet kan ge mycket positiva resultatet för de enskilda personerna. Om mångbesökarens grundproblem åtgärdas kan kostnaderna för vården och stödet i ett långsiktigt perspektiv minska.
- *Uppföljningen visar att* vissa aktörer har väl fungerande och utvecklade samverkansrutiner. Ett exempel är MoB-enheten där verksamheten i grunden går ut på samarbete mellan socialtjänsten och närpsykiatrin, vilket fungerar till mångbesökarens fördel. Ett annat exempel är mellan Kriminalvården/Frivården och socialtjänsten vid kontraktsvård.
- *Uppföljningen visar att* Läns gemensam psykiatri har väl fungerande rutiner för upptäckt av missbruk och beroende i anamnes.

Förord

Många personer har engagerat sig för att vi skulle kunna genomföra projektet. Vi är oerhört tacksamma för att 13 personer gav sitt samtycke till att delta och för att de delade med sig av sina erfarenheter – utan dem hade det inte blivit någon uppföljning. Det gäller även de som med stort engagemang har delgivit oss sina erfarenheter, upplevelser och åsikter om de fallstudier vi presenterat i olika sammanhang, speciellt de fokusgrupper som vi träffat. I och med dessa träffar blev analysen av resultatet ännu bättre.

Vidare, ett varmt tack till den personal som deltagit från Länsgränssam psykiatri, Missbruks- och beroendeenheten, Luleå socialtjänst, den andra socialtjänsten i länet, frivården i Norrbotten samt de båda ekonomerna. Cheferna för dessa verksamheter har möjliggjort att befintlig eller för projektet anställd personal har arbetat för att vi skall få så bra material som möjligt från journaler och akter samt genom intervjuerna. Vi vet att stora arbetsinsatser emellanåt har behövts. Alla har gjort ett mycket bra jobb och de hinder och brister som uppstått under projektet har enbart berott på planeringen, projektets ramar och de mallar som fanns, som inte prövats tidigare.

Projektets styrgrupp har varit delaktig i att förankra projektet och har öppnat dörrar in i organisationerna som förenklat vårt arbete. FoU Södertörn har hjälpt till med det mesta som varit problematiskt att lösa på en mer övergripande nivå och vi har haft ett speciellt gott samarbete med Åsa Bringlöv och Margareta Enochsson. De har fungerat som bollplank och idégivare, och har alltid tagit sig tid att ge oss stöd. Maria Jansson, vid landstingets FoU-sektion har som vetenskaplig handledare gett goda råd under projekttiden. Slutligen vill vi tacka Agneta Bygdell, för det stora stöd vi har haft i vårt arbete.

November 2013

Benitha Eliasson och Eugenia Segerstedt

Förkortningar

Boendestöd och mobila stödteamet är socialtjänstens insatser och riktar sig till personer med psykiska och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar få stöd, hjälp och handledning i vardagen. (Luleå kommun, *Mobilt stödteam*).

Case management (CM) är en gemensam och samlokaliserad verksamhet för landstinget och kommunens socialtjänst. Personal från landsting och kommun arbetar i det dagliga arbetet med personer med en psykiatrisk problematik och ett samtidigt missbruk eller beroende (samsjuklighet). De personer som får insatsen CM är de som sjukvård och socialtjänst gemensamt bedömer har de mest komplexa behoven. Det arbetssätt man använder är Assertive Community Treatment, (ACT).

Individ- och familjeomsorg (IFO) är den enhet inom kommunens socialtjänst som vanligtvis har hand om personer med missbruk eller beroende.

Individuell plan används som ett samlingsbegrepp för de begrepp som används i olika organisationer – vårdplan, genomförandeplan, verkställighetsplan (VSP).

LABO-programmet betyder läkemedelsassisterad Behandling vid Opiatberoende.

MoB-enheten står för Missbruks- och beroendeenheten. Missbruks- och beroendeavdelning är det sammansatta om MoB-enheten.

Mångbesökare definieras i den här uppföljningen 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. Ett riktmärke är att personerna någon av dessa gånger skall ha getts en av diagnoskoderna F10-F14, F16 eller F18-19 (Socialstyrelsen 2011).

Sveriges Kommuner och Landsting förkortas **SKL**. SKL har finansierat den här uppföljningen.

Skyddstillsyn innebär att klienten får en prøvotid. Prövotiden är tre år och Frivårdens övervakning normalt ett år. Vid villkorlig frigivning är prøvotiden den tid som återstår av straffet, dock minst ett år. (Kriminalvård, Skyddstillsyn). Skyddstillsyn med föreskrift kallas kontraktsvård, och kan bli aktuellt om det till exempel finns missbruk eller beroende.

Öjebyn nämns i sammanhang då intervjupersoner berättat om *Läns-gemensam psykiatri* (innefattande rättspsykiatri). Finns i Öjebyn.

Innehåll

Inledning	9
Uppföljningens syfte	10
Definition av mångbesökare.....	11
Disposition	11
Det lokala projektet	13
Projektorganisation	13
Verksamheterna som deltar	14
<i>Landstingets hälso- och sjukvård</i>	14
<i>Kommunala socialtjänsten</i>	15
<i>Kriminalvården och Frivården</i>	15
<i>Uppföljningen som en del i ett regionalt utvecklingsarbete</i>	16
Teoretisk referensram	17
Tidigare forskning om mångbesökare	17
Gränsöverskridande samverkan	20
Behovet av att organisationer samverkar	21
Tillvägagångssätt	24
Urval	24
Kartläggning.....	25
<i>Ekonomisk beräkning</i>	26
Mångbesökarens uppfattning och upplevelse av vården och stödet	26
Sammanställning av det empiriska materialet	27
Arbete med systembrister i fokusgrupper	28
Uppföljningens mångbesökare	30
Missbruksmönster	31
Psykisk och fysisk hälsa.....	32
Läkemedelsanvändning	33
Upplevelsen av bemötande och delaktighet	33
<i>Delaktighetstrappan</i>	34
Upplevelse av brister i vård och stöd	36
Närståendes perspektiv på vården och stödet synliggör brister.....	36
Mångbesökarens nyttjande av vård- och stödinsatser samt kostnader	38
Sjukvårdens resurser och kostnader	38
<i>Slutenvård</i>	38
<i>Akut psykiatrisk och somatisk vård</i>	40
<i>Öppenvård</i>	41
<i>Telefonsamtal, rådgivning samt administration</i>	43
<i>Individuella planeringar och nätverksmöten</i>	44
Socialtjänstens resurser och kostnader	45
<i>Ärendehantering socialtjänsten</i>	45
<i>Insatser</i>	47
<i>Ekonomiskt bistånd</i>	50
<i>Telefonsamtal samt besök och resor</i>	51
<i>Individuella planeringar</i>	52
Kriminalvård och frivård.....	53
<i>Häkte, övervakning och kontraktsvård</i>	53
<i>Samtal, administration, individuella planeringar och nätverksmöten</i>	54

Sex fallstudier.....	55
Kim	55
<i>Fokusgruppen</i>	56
<i>Kostnader för Kim</i>	57
Georg.....	57
<i>Fokusgrupper</i>	59
<i>Kostnader för Georg</i>	59
David.....	60
<i>Fokusgrupper</i>	61
<i>Kostnader för David</i>	62
Lena.....	63
<i>Fokusgrupper</i>	64
<i>Kostnader för Lena</i>	65
Anna.....	66
<i>Fokusgrupper</i>	68
<i>Kostnader för Anna</i>	69
Tommy	70
<i>Fokusgrupp</i>	71
<i>Kostnader för Tommy</i>	72
Totala kostnader för organisationerna	73
Sjukvårdens kostnader	73
Socialtjänstens kostnader	74
Kriminalvårdens/Frivårdens kostnader	75
Kostnader för varje mångbesökare.....	76
Avslutande analys och diskussion	77
Systembrister.....	78
Positiva exempel	82
Fokusgruppernas förslag på förbättringar	83
Avslutningsvis.....	84
Referenser	86
Elektroniska källor	89
Bilaga 1: Informationsbrev	90
Bilaga 2: Samtycke.....	91
Bilaga 3: Förfrågan om kontakt med socialtjänst och Kriminalvård/Frivård	92
Bilaga 4: Kodnyckel, lista	93
Bilaga 5: Granskningsmall sjukvårdens journaler	94
Bilaga 6: Granskningsmall socialtjänstens akter	96
Bilaga 7: Intervjuguide mångbesökare	98
Bilaga 8: Intervjuguide närstående	103
Bilaga 9: Schablonlista kostnadsberäkning	104
Bilaga 10: Fördjupad metod	107

Inledning

I den här slutrapporten redovisas Mångbesökarprojektet som är en uppföljning av personer med en tung missbruks- eller beroende-problematik, som använder omfattande och frekventa resurser från olika vård- och stödgivare (SKL, Mångbesökarmodellen). I det här lokala projektet är dessa vård- och stödgivare hälso- och sjukvård, socialtjänst samt Kriminalvård/Frivård. Projektet initieras 2011 av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och ingår som en del i överenskommelsen om den statliga satsningen Kunskap till Praktik¹. SKL har som syfte med satsningen ”att skapa förutsättningar för bättre verksamhetsuppföljningar” inom missbruks- och beroendevården, vilket kan synliggöra systembrister som finns i personernas vårdkedja och i samverkan. (SKL, Mångbesökarmodellen). Vår uppföljning fokuserar tretton mångbesökares väg genom dessa organisationer under ett år, där tanken är att den gemensamma vården och stödet ska förbättras för målgruppen som helhet.

För att synliggöra systembrister är ett fokus i uppföljningen att studera den samverkan som förekommer eller som inte förekommer mellan och inom organisationerna. När organisationer samverkar med varandra innebär det att arbetet i större utsträckning utgår från ett så kallat helhetsperspektiv. Att ha ett helhetsperspektiv innebär att personens hela livssituation och det som finns i omgivningen beaktas genom den behandling samt vård och stöd som personen får. Det innebär att det inte sker en indelning i olika kategorier eller en indelning efter specifika avgränsade problem som missbruk eller psykiatri (Bergmark & Lundström 2008), utan individens perspektiv tillsammans med flera organisationers perspektiv blir lika viktiga. Helhetsperspektivet och behovet av samverkan betonas både i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (2001:453) (SOU 1999:97). Även inom Kriminalvården/Frivården betonas vikten av samverkan med andra aktörer, till exempel med socialtjänsten (Kriminalvård, Samverkan mellan frivård och kommuner och landsting).

Det har visat sig att personer med missbruk eller beroende som har behov av stöd från flera organisationer istället hänvisas mellan dem. Även om det finns en ambition att arbeta från ett helhetsperspektiv sker arbetet snarare parallellt. När exempelvis individuella planeringar inte upprättas i samverkan finns risken att det istället får motverkande effekt och försvårar för aktörerna att ha en helhetssyn. Dessutom begränsas individens inflytande över den egna vården och stödet. (Socialstyrelsen 2007). En uppdelning av ansvar och kompetenser mellan exempelvis sjukvård och socialtjänst medför att de personer

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

som har de största behoven också får svårast att ta del av stödet; de hamnar mellan stolarna eller bollas mellan organisationer utan att få det stöd de behöver (Socialstyrelsen 2009).

Modellen för uppföljning av mångbesökare valdes i Norrbotten för att det är intressant att undersöka hur dessa mångbesökare upplever vården och stödet, nyttjar resurser från organisationer som har stort ansvar för missbruks- och beroendevård, samt hur samverkan har skett. Olika organisationer har skilda ansvarsområden men behövs för att ge mångbesökare vård och stöd som utgår från ett helhetsperspektiv. I vår uppföljning deltar personer med ett tungt missbruk eller beroende, varav drygt hälften har missbruk eller beroende i kombination med psykiatrisk problematik, ofta benämnt samsjuklighet². Personer med samsjuklighet är speciellt utsatta genom deras komplexa problematik. Samsjukligheten för vanligen med sig en rad följdillstånd som våldsbrott, hemlöshet, somatiska besvär, en ökad användning av psykiatrisk akut- och slutenvård samt att det finns en risk att förbli odiagnostiserad (Palmstierna 2004). Personer med samsjuklighet har ofta kontakt med sjukvård, socialtjänst, kriminalvård, försäkringskassa och arbetsförmedling (Lundin & Ohlsson 2002; Palmstierna 2004).

Uppföljningens syfte

Syftet med uppföljningen innefattar tre delar som vi har arbetat med på olika sätt och utifrån olika metodologiska ansatser.

Den *första delen* i syftet handlar om att kartlägga och följa upp mångbesökares nyttjande av olika typer av vård- och stödinsatser. Det genomförs främst genom granskning av samtliga organisationers journaler och akter. I kartläggningen ingår även en kostnadsberäkning där schablonkostnader används för beräkningen. Den *andra delen* i syftet innefattar att undersöka mångbesökares uppfattning om och upplevelse av vården och stödet samt om det bemötande som de har fått från de olika organisationerna. De kvalitativa intervjuerna är centrala för denna del av syftet. Den *tredje delen* i syftet är att med utgångspunkt i de båda först nämnda delarna identifiera och arbeta med de systembrister som framkommer i uppföljningen. För detta sammanställs och analyseras allt material och några mångbesökares material presenteras i fallstudier. Därefter diskuteras resultatet i fokusgrupper och vid olika informationstillfällen.

Förutom att SKL ekonomiskt stödjer sex län med uppföljningen av mångbesökare bedrivs parallellt ett arbete för att utarbeta former för stöd från FoU-miljöer till olika projekt. I Mångbesökarpjekt har FoU Södertörn uppdraget att lära sig mångbesökarmodellen som en modell för verksamhetsuppföljning och att stödja implementeringen av den i de olika länen (SKL, Mångbesökarmodellen). Vår slutrapport

² Till exempel använder Socialstyrelsen (2007a) begreppet samsjuklighet för personer med psykiatrisk eller somatisk sjukdom i kombination med beroende eller missbruk.

berör inte delen i SKL:s satsning utan redovisar resultatet från uppföljningen i Norrbotten och syftets tre delar.

Definition av mångbesökare

Mångbesökare definieras i den här uppföljningen som personer med missbruk eller beroende som under en tolv månaders period (januari-december 2011) har besökt landstingets akutsjukvård (den somatiska eller psykiatriska) minst fyra gånger eller som har vårdats minst fyra gånger på en av landstingets vårdavdelningar.

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” (Socialstyrelsen 2011:163f) 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.

Anledningen till att diagnoskoderna är ett *riktmärke* för urvalet är att, när det saknas missbruks- och beroendeheter (förutom för Luleå och Bodens kommuner), finns en risk att personer mer sällan diagnostiseras med en diagnos kopplat till missbruk eller beroende. De som gjorde urvalet kunde därmed utgå från om de fanns en sådan diagnos under året *eller* så kunde de utgå från anteckningar och kunskap om personens missbruks- eller beroendeproblematik.

Disposition

Intentionen är att varje kapitel ska kunna läsas separat, så att man kan välja de delar som är intressanta. Därför finns vissa upprepningar. I *nästkommande kapitel* beskrivs hur det lokala projektet organiseras, vilka de involverade verksamheterna är och dess uppgifter i uppföljningen. *Kapitel 3* innefattar en teoretisk referensram, med tidigare forskning om mångbesökare främst inom akutsjukvården, en teoretisk genomgång av samverkan och svårigheter som finns med samverkan, samt behovet av samverkan för personer med komplexa behov. *Kapitel 4* återger övergripande uppföljningens tillvägagångssätt. Se bilaga 10 för en fördjupad metodbeskrivning.

Kapitel 5-8 utgör rapportens resultatkapitel. *Kapitel 5* innefattar fördelningen i urvalsgruppen, den problematik mångbesökarna har, samt upplevelsen av delaktighet och brister i vården/stödet. *Kapitel 6* redovisar nyttjandet av sjukvårdens, socialtjänstens samt Kriminalvårdens/Frivårdens resurser och i anslutning till kapitlets olika avsnitt

redovisas kostnader. I *kapitel 7* presenteras de sex fallstudierna, med kostnader för respektive fallstudie. I *kapitel 8* återfinns beräkningar av totala kostnader för respektive organisation och för varje mångbesökare. *Kapitel 9*, som avslutar rapporten, innehåller en sammanfattande analys och diskussion, där resultatet av arbetet med systembrister redovisas.

Det lokala projektet

Förfrågan från SKL om att delta i projektet kommer våren 2011 till länet. I augusti samma år tar Länsstyrgruppen för samverkan det formella beslutet om att delta och projektet påbörjas därefter. Från början skulle arbetet avslutas sista mars 2013, men förlängs till slutet av året. Förutom Norrbotten arbetar Jämtland, Skåne, Uppsala, Gotland samt Halland med att utarbeta mångbesökarmodellen, och FoU Södertörn har uppdraget av SKL att fungera som ett stöd i ett implementeringsarbete (SKL, Tre metoder för uppföljning). De fungerar i praktiken som ett stöd i genomförandet för länen.

Projektorganisation

I Norrbotten organiseras uppföljningsarbetet med en styrgrupp i form av Länsstyrgruppen som tar formella beslut i projektet. FoU Norrbotten, Kommunförbundet, är huvudman och en operativ styrgrupp – som bildades när Kunskap till Praktik påbörjades – fungerar som ett stöd. I början är dess benämning projektgrupp men förändras under våren 2013 till att bli en operativ styrgrupp³. Dess ansvar förtydligas i och med namnbytet; ansvaret är att vara behjälplig med att utforma tillvägagångssätt och arbeta med det resultat som uppföljningen och utvecklingen av modellen ger. Utifrån de ramar Länsstyrgruppen ger ska styrgruppen ta ställning till olika vägval och prioriteringar i utvecklingsarbetet, diskutera olika aktörers ansvar, stödja och handleda i projektet samt vara informationsbärare mellan projektet och sina respektive organisationer. I styrgruppen deltar representanter från landstingsdivisionerna Vuxenpsykiatri, Akutsjukvård, Primärvård samt Medicinska specialiteter, en person från landstingets FoU-sektion, två personer från Brukarrådet Leva i Norrbotten, en chef från Frivården, samt en person från FoU Norrbotten som också representerar kommunerna i länet.

En projektledare, Benitha Eliasson, anställs i september 2011 av FoU Norrbotten på 30 procent för att hålla i och samordna projektarbetet. Projektledaren ansvarar för genomförandet av projektet, kontakt med deltagande organisationer och personer, samt med FoU Södertörn. Vidare ingår information, rapportering, sammanställning och analys av materialet i projektledarens ansvar. Under hösten 2012 anställs en projektmedarbetare, Eugenia Segerstedt, som hjälper till med den slutliga materialinsamlingen, samt gör huvuddelen av sammanställning och analys. Presentation av materialet görs tillsammans.

³ I den här rapporten används benämningen styrgrupp, oavsett om det gäller projektgruppen eller den senare operativa styrgruppen. Dess medlemmar och praktiska funktion har i stort varit densamma genom hela projektet.

Verksamheterna som deltar

Urvalet av mångbesökare görs på Läns-gemensam psykiatri i Öjebyn, samt på Missbruks- och beroendeenheten (MoB-enheten) för Luleå och Bodens kommuner. Andra verksamheter som blir involverade är Frivården, Luleå kommuns socialtjänst samt en annan socialtjänst i Norrbotten⁴. Två ekonomer, en från landstinget och en från Luleå kommun, är behjälpliga att beräkna kostnaderna för mångbesökarna.

Landstingets hälso- och sjukvård

Landstingets ansvar för missbruks- och beroendevård regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och innefattar ett medicinskt ansvar för till exempel avgiftning och abstinensbehandling för somatiska och psykiatriska åkommor, läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk samt viss psykosocial behandling (SOU 2000:3; Socialstyrelsen 2005). I Mångbesökarprojektet medverkar Psykiatri läns-gemensam samt Missbruks- och beroendeenheten. Eftersom Norrbotten inte har en specifik missbruks- och beroendevård mer än för Luleå och Bodens kommunmedborgare så sker en stor del av vården av personer med missbruk eller beroende inom psykiatrin.

På *Psykiatri läns-gemensam* vårdas personer som är dömda till vård, och som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV). Uppdraget är dessutom att vårda personer som är svåra att vårda, behandla eller rehabilitera. Då sker vården enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Personer som har vårdformen öppen psykiatrisk vård (ÖPT) eller öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) bor i eget boende men har kontakt med Läns-gemensam psykiatri och öppenvårdspersonalen därifrån, kontakt som sker i form av exempelvis besök och möten (NLL, Psykiatrin Läns-gemensamt; Muntliga uppgifter från verksamhetschefen på Psykiatri läns-gemensam). Ett urval av mångbesökare görs av verksamhetschefen/chefsöverläkaren, som inhämtar samtycke från åtta personer. Fyra anställda läkarassistenter intervjuar mångbesökarna och granskar deras journaler.

*Missbruks- och beroendeenheten*⁵ (MoB-enheten) tar emot personer för tillnyktring och avgiftning inom slutenvård. Här bedrivs även öppenvård på Klara-mottagningen, Ungdomsgruppen, Nykter Nystart och Substitutions-mottagningen (NLL, Missbruks- och beroendeeavdelning). Verksamheten är samfinansierad av landstinget tillsammans med Luleå och Bodens kommuner. På enheten arbetar därför även socialsekreterare från socialtjänsten i Luleå och Boden. MoB-enheten är dock i första hand är till för invånare i dessa båda kommuner. Någon annan MoB-enhet finns inte i länet.

⁴ Av etiska skäl väljer vi att inte namnge den kommunen eftersom det endast är en mångbesökare som kommer från en annan kommun än Luleå.

⁵ Det formella namnet som anges på landstingets hemsida är Missbruks- och beroendeeavdelningen. I rapporten används benämningen Missbruks- och beroendeenheten och förkortningen MoB-enheten.

På MoB-enheten gör involverad personal i samråd med enhetschefen ett urval av mångbesökare. En skötare inhämtar samtycke från fem mångbesökare och intervjuar dem. Journalgranskningen genomförs av en administratör och aktgranskning av socialsekreterare anställda av Luleå kommuns socialtjänst.

Kommunala socialtjänsten

Det huvudsakliga ansvaret för långsiktiga behandlings- och rehabiliteringsinsatser har kommunernas socialtjänst (SOU 2000:3), vanligtvis organiserad inom individ- och familjeomsorgen. Deras ansvar regleras främst av socialtjänstlagen (2001:453) när det handlar om frivilliga insatser samt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870) när det gäller tvångsinsatser. Socialtjänstens huvuduppgift är att genom myndighetsutövning utreda och besluta om stöd och insatser, exempelvis vistelse på behandlingshem (Wiklund 2008). Det stöd som ges är främst psykosocialt med intention att individen skall klara av att ha fungerande liv, till exempel genom stöd i boende, sysselsättning och stöd för den ekonomiska försörjningen (Socialstyrelsen 2005).

Som nämnts i avsnittet om MoB-enheten så granskar socialsekreterare knutna till MoB-enheten akterna för de personer som har haft kontakt med Luleå kommuns socialtjänst. Totalt granskas tolv mångbesökares akter av Luleå kommuns socialsekreterare, vilket även inkluderar personer från Läns gemensam psykiatri. För den andra kommunens socialtjänst som en mångbesökare har haft kontakt med har socialsekreterare och handläggare därifrån granskat akterna.

Kriminalvården och Frivården

Kriminalvården är en statlig myndighet och har ansvar att verkställa straff, vilket kan ske genom fängelse eller som frivård. Kriminalvården ansvarar även för verksamheten vid häktena och för att göra personutredningar i brottmål. (Kriminalvård, Kriminalvårdens organisation). Lagstiftning som styr arbetet är Fängelselagen (2010:610) som reglerar verkställigheten i anstalt och när det handlar om häkte är gällande Häkteslagen (2010:611).

Frivården är en del av Kriminalvården och ansvarar för de påföljder som sker i frihet; där personen döms för andra påföljder än fängelse som skyddstillsyn, samhällstjänst eller kontraktsvård (Regeringskansliet 2012). En stor del av frivården sker genom övervakning dels av dem som får villkorlig frigivning från fängelse, dels de som döms till skyddstillsyn. Skyddstillsyn kan kombineras med föreskrift om kontraktsvård eller samhällstjänst. Frivården har även ansvar för dem som döms till fotboja och de gör personutredningar i brottmål och yttranden gällande personer som står under övervakning. (Kriminalvård, Om frivård). Reglering om kriminalvård i frihet finns i Brottsbalkens kapitel 26 och 28. Dessutom finns särskild lagreglering kring personutredningar, Lag (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m.

Frivården är den del av Kriminalvården som har deltagit i uppföljningens praktiska arbete genom att ta fram uppgifter om de åtta mångbesökare som har haft kontakt med dem under år 2011.

Uppföljningen som en del i ett regionalt utvecklingsarbete

Resultatet av den här uppföljningen ligger i linje med det arbete som pågår främst inom Norrbottens läns landsting för att förbättra och göra missbruks- och beroendevården mer jämlik i Norrbotten. Verksamhetsstrategen vid vuxenpsykiatri i landstinget är med i vår styrgrupp. Med hans medverkan påbörjas också arbetet inom landstinget för att säkerställa bättre tillgänglighet och kvalitet av missbruks- och beroendevården för att bland annat få en jämnare tillgång till missbruks- och beroendevård i hela länet.

I det arbetet finns en projektgrupp, som består av deltagare från tre landstingsdivisioner (Primärvård och Vuxenpsykiatri samt Medicinska specialiteter) och representanter från länets kommuner. Deras uppdrag är att tillsammans författa ett förslag på en överenskommelse mellan kommuner och landsting där det tydligare än i redan existerande dokument ska framgå vem som gör vad. Det finns en önskan att vårdepisoder för personer med missbruks- och beroendeproblematik generellt och mångbesökare i synnerhet vävs samman med tanken *brukaren i fokus*, och att det sättet att arbeta ersätter vårdkedjan där institutionellt perspektiv dominerar.

Detta arbete påbörjas parallellt med Mångbesökarprojektet och nyckelpersonerna för överenskommelsen har tagit del av några fallstudier och typer av systembrister identifierade i mångbesökarprojektet. Vårt resultat används således som ett underlag för att illustrera de brister som finns.

Teoretisk referensram

Kapitlet inleds med ett en genomgång av nationell och internationell forskning inom området mångbesökare⁶ som besöker akutmottagningar. Därefter beskrivs behovet av en gränsöverskridande samverkan mellan organisationer och verksamheter som har skilda ansvar samt mångbesökares behov av att det sker en samverkan.

Tidigare forskning om mångbesökare

Personer som använder omfattande resurser från hälso- och sjukvården benämns vanligen *mångbesökare*. Det finns flera studier om mångbesökare, såväl internationella som nationella, där man har kartlagt antal och vilka personer som söker akutmottagningen för vård och vad som kännetecknar dem. Ofta jämförs mångbesökare med dem som inte räknas som mångbesökare, och flera av studierna har även intentionen att ta reda på hur resurserna används eller hur antalet mångbesökare inom akutmottagningen kan reduceras (Hansagi, Olsson och Sjöberg 1998; Lucas & Sanford 1998; Hansagi et al. 2001; Byrne et al. 2003; Kennedy & Agardh 2004; Zuckerman & Shen 2004; Hunt et al. 2006; Bellón et al. 2008; Lefvert 2009; LaCalle & Rabin 2010).

Definitionen av vem som räknas som mångbesökare skiljer sig åt i olika studier. En vanlig definition av mångbesökare är att de gör minst fyra eller fem besök på en akutmottagning (Genell Andrén & Rosenqvist 1987; Genell Andrén 1988; Hansagi, Olsson & Sjöberg 1998; Hansagi et al. 2001; Olsson & Hansagi 2001; Byrne et al. 2003; Hunt et al. 2006; Jelinek et al. 2008; Lefvert 2009). Lucas & Sanfords (1998) definition är två besök på akutmottagningen under en månad eller fyra besök under ett år, och Rasks et al. (1998) definition är tio besök under en tvåårsperiod. Något färre definierar mångbesökare utifrån tio eller fler besök; Kennedy & Ardagh (2004) studerar mångbesökare som gör fler än tio besök på akutmottagningen och Chan & Ovens (2002) gräns är tolv besök under ett år.

Hansagi, Olsson & Sjöberg (1998) har undersökt mångbesökare inom akutsjukvården i Sverige, med liknande resultat som flera av de internationella studierna. Genom en kartläggning av mångbesökare på akutmottagningen i Huddinge framkommer att ungefär fem procent av dem som söker till akutmottagningen under år 1996 står för 18 procent av besöken. När besöksmönstret undersöks för åren 1993-1996 framkommer liknande siffror: andelen storkonsumenter (mångbesökare) ligger på mellan fyra och fem procent och deras andel av besöken lig-

⁶ Begrepp som används i forskning för denna målgrupp är: frequent users, frequent visitors, frequent attenders, heavy users, recurrent users samt storkonsumenter och mångbesökare. I den här rapporten används begreppet mångbesökare.

ger mellan 17 och 18 procent. De som Hansagi, Olsson & Sjöberg (1998) räknar in i kategorin storkonsumenter söker akutmottagningen fyra gånger per år i genomsnitt och utgör sex procent av det totala antalet besökare. Vidare undersöks fem personer mer ingående och författarna konstaterar att dessa personer, som söker akutmottagningen mest frekvent under undersökningsåret, också i stor utsträckning nyttjar andra delar av sjukvården, som primärvård, psykiatrisk vård och slutenvård (ibid.).

Vanligast är att kartläggningar av mångbesökare inom akutsjukvården har en kvantitativ ansats, liknande Hansagi, Olsson & Sjöbergs (1998) undersökning. Några undersökningar finns också där mångbesökare intervjuas om sin problematik. Genell Andrén och Rosenqvist (1987) intervjuar mångbesökare som söker akut sjukvård i början och i slutet av en tvåårig studie. De kommer fram till att faktorer som bidrar till att personerna är fortsatta mångbesökare bland annat är att det finns en kontinuerlig kontakt med psykiatrin samt att de lever ensamma och upplever ensamhet. En slutsats är att det sociala nätverket har betydelse för användandet av sjukvård, som för de här personerna mynnar i många besök på akutmottagningen. Författarna ställer frågan hur man generellt ska hantera den psykosociala problematiken som finns bland mångbesökare. I fallstudierna i vår uppföljning finns flera exempel på att mångbesökare vänder sig till den psykiatriska vården med sociala frågor när de saknar nätverk och trygghet i det sociala sammanhanget. I fokusgruppsdiskussionerna betonades vikten av det sociala stödet för mångbesökare utanför myndighetsvärlden som till exempel det stöd som representanter från brukarorganisationer kan ge.

Olsson & Hansagi (2001) gör en fördjupad studie med intervjuer, också vid Huddinge sjukhus. Tio personer som besöker akutmottagningen 6-17 gånger under ett år intervjuas om vad det är som föranleder att dessa personer vänder sig till akutsjukvården upprepade gånger. Flera av de intervjuade personerna berättar att de har haft det kämpigt i livet och att de har lärt sig att leva under knappa förhållanden och trots att ingen beskriver sig som hemlös så framstår deras nuvarande sociala förhållanden som otrygga. Ingen av dem diagnostiseras under undersökningsperioden med alkohol- eller drogproblematik men fem personer berättar att det finns ett pågående alkohol- eller drogmissbruk, och två av dem beskriver sig som tidigare alkoholister.

Vidare skriver Olsson & Hansagi (2001) att en intervjuperson berättar att han eller hon tidigare överdoserat läkemedel. Tre intervjupersoner har någon gång nyligen funderat på att begå självmord. Fanny, som en av intervjupersonerna kallas, har behandlats för läkemedelsintoxikation men berättar att hon inte har haft för avsikt att begå självmord utan att det istället är ett sätt att hantera och stå ut med sin egen smärta. Samtliga de sex intervjupersoner som remitteras till psykiatrin upplever att de inte fått lämplig vård av psykiatrin. (Ibid.). Flera av mångbesökarna i vår uppföljning upplever exempelvis att de inte kommer till tals om sin psykiatriska vård och när de gör det upplever de att de inte blir lyssnade på.

Dessa exempel på vad som framkommer i Olssons & Hansagis (2001) intervjuer visar vikten av mångbesökares personliga röster som empirikälla. Därför har vi i vår uppföljning strävat efter att använda intervjumaterialet och sätta det i relation till den information som finns i journaler och akter, bland annat i fallstudierna.

Mångbesökare har flera behov samtidigt, vilka är av medicinsk, psykologisk och/eller social art, och där det finns ett eget alkohol- eller drogmissbruk eller missbruk hos närstående. De beskriver alla en stressig livssituation. Eftersom personernas komplexa problem har en ogynnsam effekt på det sociala stödet finns risken att det skapas en ond cirkel, att det sätt på vilket personerna framställer sina problem kan påverka hur de bemöts av vården. Det finns en risk att personens grundläggande problem ignoreras, att personen inte blir lyssnad på och att han eller hon inte får tillräcklig förståelse för de underliggande problemen. Detta påverkar personens nöjdhet med hur de blir omhändertagna inom vården. Enligt Olsson & Hansagi (2001) behövs ett professionellt förhållningssätt som främjar mångbesökares känsla av trygghet. För att bryta den onda cirkeln som lätt uppstår behövs skräddarsydda insatser som innefattar samordning av medicinska, sociala och psykiatriska insatser (ibid.).

Att mångbesökare använder eller har behov av annan vård och stöd beskrivs i fler studier (Hansagi et al. 2001; Chan & Ovens 2002; Byrne et al. 2003; Jelinek et al. 2008). Exempelvis skriver Hansagi et al. (2001) att mångbesökare som söker akutmottagningen ofta, det vill säga fem eller fler gånger under ett år, har dubbelt så många primärvårdsbesök jämfört med dem som besöker akutmottagningen en gång per år. Det finns även studier som konstaterar att bland de personer som räknas som mångbesökare inom akutsjukvården förekommer psykiatrisk problematik och/eller missbruk och beroende (Rask et al. 1998; Hansagi et al. 2001; Kennedy & Agardh 2004; Hunt et al. 2006; Jelinek et al. 2008). Byrne et al. (2003) genomför en kartläggning på akutmottagning på Irland, och i en jämförelse med kontrollgruppen gör mångbesökare under undersökningsåret

more visits to their general practitioner --- more frequent use of public health nursing services, community welfare services, social work services, addiction counseling, and psychiatric services ... (ibid:313f).

Jelinek et al. (2008:555), som studerar mångbesökare på nio akutmottagningar i Australien, framhåller vikten av andra aktörer som ger personen stöd och skriver om studiens resultat att:

The finding that mental health disorders and alcohol-related problems make up a large proportion of the diagnoses for this group raises questions about the extent and value of community-based resources for this people and these conditions.

I vår uppföljning framkommer att personer med omfattande missbruk och beroende efter en lång kedja av upprepade vårdepisoder ofta vårdas tillsammans med dem som är dömda till rättspsykiatrisk tvångs-

vård eftersom där finns mer resurser för en långsiktig vård. I sådana fall skulle en diskussion om alternativa lösningar med flera aktörer involverade vara aktuell för mångbesökare med denna problematik. Sammantaget visar studier att personer som räknas till mångbesökare ofta har en sammansatt problematik och att de behöver vård och stöd av flera verksamheter och organisationer som exempelvis öppenvård, primärvård och socialtjänst eller andra aktörer.

Eftersom vården och stödet är uppdelat mellan skilda verksamheter som har ett delat ansvar med skilda kompetenser riskerar stödet att inte vara effektivt (Socialstyrelsen 2007b), individer med komplex problematik – som exempelvis de med ett missbruk eller beroende i kombination med psykisk problematik – riskerar att hamna mellan olika ansvarsområden trots att de behöver ett samtidigt stöd (Markström 2005; SOU 2006:100; Socialstyrelsen 2007b).

Gränsöverskridande samverkan

De olika delarna i en människas liv ”samspekar direkt och indirekt och därigenom påverkar varandra, varför en enskild del ej kan förstås utan att relateras till de övriga och sättas in i helheten” (Kylén 1991:10). Hansagi, Olsson & Sjöberg (1998) framhåller att eftersom storkonsumenter (mångbesökare) av akutsjukvård tillhör en ”speciell högriskgrupp” är det betydelsefullt att en helhetsbild skapas över den problematik som mångbesökare har för att organisationerna skall ha möjlighet att erbjuda en god och sammanhållen vård (Ibid:5324). En förutsättning för att kunna arbeta med ett helhetsperspektiv är att det sker en samverkan över olika organisationers och verksamheters ansvarsområden. Samverkan blir i detta sammanhang avgörande för att dessa personer ska få sina behov av såväl medicinskt som socialt stöd tillgodosedda (Socialstyrelsen 2009; SOU 1991:46).

Det har skett en utveckling mot ett ökat behov av gränsöverskridande arbete inom den offentliga sektorn. Att behovet av ett gränsöverskridande arbete har ökat beror till stora delar på den specialisering som skett av arbetet inom organisationer som sjukvård och socialtjänst. Specialiseringen innebär att arbetet delas upp allt mer och att det sker en ökad professionalisering som medför att man som enskild individ måste vända sig till fler yrkesgrupper för att få stöd. (Axelsson & Bihari Axelsson 2007). När det gäller missbruksvårdens organisering får kommunerna under 1980-talet frihet att forma och organisera arbetet bland annat för personer med missbruk och beroende. Uppgifter decentraliseras och ansvar överflyttas från staten till kommunerna (Oscarsson 2000). Ansvarsfördelningen innebär att landsting och socialtjänst får ansvaret för missbruks- och beroendevård. Även Kriminalvården blir till viss del berörd av det. (Socialstyrelsen 2005).

En specialiserad verksamhet som fragmenteras innebär att kunskapen fördjupas men det innebär också en ökad risk för revirtänkande (Socialstyrelsen 2007a). Enligt Bowin m.fl. (2012:9) kännetecknas dagens vård- och omsorgssystem ”av ett antal gränssnitt som försvårar ett sammantaget omhändertagande anpassat till dessa individers behov.

Den ekonomiska styrningen i sin nuvarande form baseras nästan uteslutande på en vertikal logik, som genom sitt fokus på enhetsspecifik resursoptimering tenderar att öka fragmenteringen mellan vård- och omsorgsgivare.” Axelsson & Bihari Axelsson (2007) menar att motiven för att samverka handlar om att på en övergripande nivå motverka fragmenteringen och om att förbättra tillgängligheten och kvaliteten på samhällets stöd. Vidare finns ekonomiska motiv som handlar om att befintliga resurser nyttjas på bästa sätt vad gäller exempelvis personal, lokaler eller annan utrustning. (Ibid.).

En samordnad behandling blir mer kostnadseffektiv, det får positiva effekter för individerna men även minskade kostnader för bland annat sjukvården, socialtjänsten och rättsväsendet (Socialstyrelsen 2007b). Exempelvis har Frivården som intention att samarbeta med bland annat socialtjänst, psykiatri, arbetsförmedling och frivilligorganisationer för att kunna ge personerna råd och stöd i kontakterna med olika delar av samhället. Viktig är också frivårdens samverkan med beroendevården och socialtjänsten, speciellt vid utslussning av opiatmissbrukare som har läkemedelsassisterad behandling. (Kriminalvård, Samverkan mellan frivård och kommuner och landsting).

Samverkan kan försvåras av strukturella faktorer som otydliga ansvarsområden samt att det existerar parallella organisationer som arbetar var för sig (Danermark & Kullberg 1999; SOU 2000:114). Danermark & Kullberg (1999) beskriver även andra faktorer som organisationernas skilda sätt att strukturera verksamheten, olika ekonomiska intressen, mål som är vagt formulerade, olika kunskapstraditioner, asymmetrisk relation mellan professioner och aktörer som samverkar. I den översyn av missbruks- och beroendevården som Socialdepartementet redovisar i Direktiv 2008:48 framkommer att det finns stora brister i samverkan trots de statliga satsningar som gjorts för att förbättra samverkan på bland annat förstärkt vårdkedja i samband med tvångsvård vid missbruk och beroende. Även oklarhet om den ekonomiska ansvarsfördelningen kan begränsa samverkan, exempelvis kan gränserna upplevas oklara om vad som gäller vid abstinensbehandling och när det gäller personer med samjuklighet som ofta bOLLAS mellan socialtjänsten och sjukvården (ibid.).

Behovet av att organisationer samverkar

Många undersökningar om samverkan handlar om vad som underlättar och försvårar samverkan. Organisatoriska, kulturella och professionella faktorer är vanliga aspekter som undersöks. Mer ovanligt är att effekterna av samverkan studeras, exempelvis vad gäller brukares välbefinnande (Bergmark & Lundström 2008). Som beskrivs i avsnittet om mångbesökare finns det färre studier av mångbesökare på akutmottagningar som är kvalitativa än de som är kvantitativa. Flera av kartläggningarna om mångbesökare på akutmottagningarna ställer snarare frågan än besvarar den hur dessa personer ska få en bättre vård för att minska antalet akuta besök. Andra sätt att arbeta föreslås som inkluderar samverkan och speciallösningar som case management (se

till exempel Hansagi et al. 2001; Zuckerman & Shen 2004). Exempelvis avslutar Byrne et al. (2003:317) sin artikel med att skriva: "Service providers and policy makers need to take account of this vulnerable patient profile as they endeavor to meet their service needs." Att betrakta mångbesökare i ett bredare perspektiv än att kartlägga deras nyttjande av akutsjukvård förefaller av stor betydelse för att förstå de olika organisationernas sätt att arbeta med mångbesökare.

Ulla Gurner har under flera år på ett intressant sätt arbetat med att undersöka multisjuka äldres väg genom vården och omsorgen. Även om utgångspunkten i undersökningarna är sjukvården så är andra organisationer och verksamheter viktiga – som hemtjänst och hemsjukvård – för att förstå multisjuka äldres behov och för att skapa en helhetsbild över de äldres situation. Även här konstateras samordningsproblem. (Se till exempel Gurner & Thorslund 2003; Bowin m.fl. 2012; SKL 2012). Gurner, som varit med som ett stöd för FoU Södertörn i den här satsningen, betonar betydelsen av att intervjua mångbesökare och utgå från deras berättelser. I vår uppföljning har vi, speciellt i fallstudierna, som intention att lyfta fram det som framkommer i intervjuerna med våra mångbesökare.

En av de rapporter som Gurner varit delaktig i är "Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor" (Bowin m.fl. 2012). Där skrivs att det i många studier snarare har handlat om att redovisa resultatet av kartläggningar på en aggregerad nivå än att undersöka de kopplingar som finns mellan olika insatser. I deras undersökning används såväl en kvalitativ som en kvantitativ ansats. Elva intervjuer med personer 75 år eller äldre och närstående utgör en del i deras tillvägagångssätt, och de använder journalanteckningar och registeruppgifter för dessa personer i undersökningen. Genom att följa multisjuka äldre personers väg genom vård- och omsorgsapparaten under ett år lyfter de fram episoder i de äldres konsumtion av vård och omsorg som inte är till godo för individen; som inte skapar värde för de enskilda äldre. Dessa icke värdeskapande episoder kategoriseras som onödiga upprepningar, parallella processer, pseudolösningar samt onödiga stopp i processen (ibid.), som alla har någon koppling till samverkansfrågan.

De fem typerna av icke värdeskapande processer innebär följande:

- **Uppprepningar/onödiga omtag:** *Samma moment utförs flera gånger utan att det avsedda resultatet uppnås.*
- **Många parallella processer:** *Flera samtidiga processer som alla involverar samma patient, där åtgärder sätts in var för sig, istället för med hänsyn till patientens sammantagna behovsbild.*
- **Vård på fel nivå:** *En uppgift utförs av en aktör som rimligen inte är bäst lämpad för uppgiften, antingen på för hög eller för låg omhändertagandenivå.*
- **Pseudolösningar:** *Insatser hanterar symtom eller enskilda problem, men bidrar inte till en långsiktigt hållbar lösning för patienten.*
- **Onödiga stopp i processen:** *Stopp och väntan som inte tillför något, utan försenar en lösning eller ett svar. (Bowin m.fl. 2012:5)*

I vår uppföljning tolkar och använder vi de icke värdeskapande episoderna, dels eftersom vårt tillvägagångssätt påminner om det som använts i denna studie, dels för att de på ett bra sätt beskriver de systembrister som vi funnit.

En annan kartläggning där Gurner ansvarat för genomförandet är ”Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende” (SKL 2012). Tolv landsting och 29 kommuner har varit berörda av kartläggningen som omfattar 298 multisjuka äldre. Tidsperioden som undersöks är ett och ett halvt år. Material samlas in genom intervjuer, journal- och registerdata, information om läkemedel och om läkemedels- hantering. En kostnadsberäkning presenteras över de använda vård- och omsorgsinsatserna. I undersökningen kommer de bland annat fram till att ”[d]en vård och omsorg som förväntas ta hand om *kvarstående behov efter sjukhusvården är fragmenterad, specialiserad och insatsstyrd*” (SKL 2012:137). Det gäller vårdcentralerna där det bland annat saknas helhetsansvar och hemtjänsten där de äldre ofta möter många olika personer vilket bland annat skapar en otrygg situation för de äldre. Det finns brister i samverkan mellan vårdcentralen och hemtjänsten, förutsättningar saknas för en långsiktig organiserad samverkan som utgår från den äldres hela situation. För att ge äldre en bra vård och omsorg även utanför sjukhuset framhålls att det ”krävs ledning och styrning som utgår ifrån den äldres behov av kontakt på hemmaplan dygnets 24 timmar.” (Ibid:139).

Tillvägagångssätt

Syftet med den lokala uppföljningen har innefattat tre delar. *Den första delen* handlade om att kartlägga mångbesökarens nyttjande av olika typer av vård- och stödinsatser. Kartläggningen har skett främst genom en genomgång av journaler och akter inom sjukvården, socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården. *Den andra delen* handlade om att undersöka mångbesökarens uppfattning om och upplevelse av vården och stödet samt om bemötandet som de har fått från de olika organisationerna. Intervjuer med mångbesökare och till dem närstående personer har genomförts för denna del i uppföljningen. *Den tredje delen* av syftet innebar att identifiera och komma till rätta med systembrister, vilket främst har skett genom att materialet från intervjuerna och granskningarna sammanställdes och sedan diskuterades i olika forum, i fokusgrupper och på informationsmöten. Dessa tre delar ingår i denna rapport. Dessutom gjordes en ekonomisk beräkning utifrån de insatser som använts.

Uppföljningsprojektet startade i september 2011 och skulle pågå till sista mars 2013, men förlängdes året ut. Projektledaren har haft som främsta uppgift att planera för projektet och ansvara för att materialet samlades in i verksamheterna och driva projektet framåt. Under hösten 2012 anställdes en projektmedarbetare, som ansvarade för att transkribera intervjuerna, sammanställa materialet från intervjuerna och journal- och aktgranskningarna, samt göra fallstudierna och den största delen av analysen. Den slutliga sammanställningen och analysen har gjorts av båda tillsammans. Vi har även informerat om projektet och dess resultat i olika sammanhang och genomfört fokusgrupperna tillsammans. Huvuddelen av kostnadsberäkningen har projektledaren gjort, med hjälp av den projektanställda och FoU Södertörn.

I det här kapitlet beskrivs urval och tillvägagångssätt relativt kortfattat så att läsaren får en uppfattning om hur uppföljningen har genomförts. För en mer detaljerad beskrivning hänvisas till bilaga 10. Vi har valt att bifoga en detaljerad beskrivning av metoden i bilaga eftersom det är etiskt betydelsefullt att det finns en utförlig metodbeskrivning när det handlar om en uppföljning där så pass många uppgifter inhämtas om ett begränsat antal individer. En annan anledning är att metodutveckling för uppföljning är en viktig del i projektet.

Urval

Urvalet gjordes sjukvården på Läns-gemensam psykiatri samt på MoB-enheten. Totalt deltog 13 personer, åtta personer från Läns-gemensam psykiatri och fem personer från MoB-enheten. Tre av dessa är kvinnor (23 procent) och tio män (77 procent).

Mångbesökarna besökte akutmottagningen 0-36 gånger under året. I genomsnitt gjordes nio besök på akutmottagningen, fem personer gjorde fyra eller fler besök och tre personer besökte akutmottagningen fler än tio gånger. Det sammantagna antalet besök på akutmottagning och antalet inläggningar inom slutenvård varierade från tre till 57 gånger under undersökningsåret. Antalet besök i genomsnitt var under året 16 besök. Elva personer gjorde minst fyra besök under året varav fyra av dem gjorde tio eller fler besök. Vi valde att inkludera den person som hade tre besök/inläggningar eftersom personen hade lämnat samtycke och materialet hade inhämtats. Däremot valde vi att inte presentera den mångbesökarens resultat som fallstudie. Tio mångbesökare fick en diagnos relaterad till missbruk under året, övriga tre hade anteckning om missbruk i sina journaler.

Samtliga deltagare gav skriftligt samtycke till denna genomgång (bilaga 2). Som undersökningsperiod valdes januari till december 2011. Skälet var att en del av urvalet gjordes på Läns gemensam psykiatri och att personerna inte skulle ha varit inlagda där hela undersökningsperioden. Med samtycket följde en blankett (bilaga 3) där personen angav om han/hon hade haft kontakt med socialtjänsten eller Kriminalvården/Frivården under 2011. Projektledaren hade till uppgift att kontakta berörd socialtjänst och Kriminalvården/Frivården för att få uppgifter från dem om personerna.

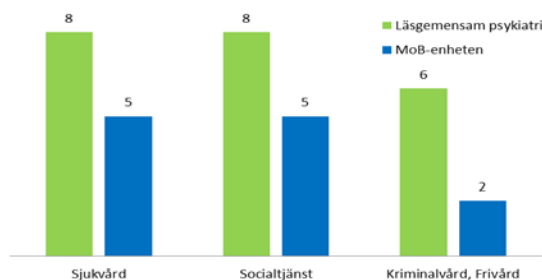


Diagram 1: Kontakt med följande verksamheter under 2011

Alla 13 personerna hade haft kontakt med socialtjänsten, tolv hade haft kontakt med Luleå kommuns socialtjänst samt en person hade haft kontakt med en annan socialtjänst i Norrbotten. När det gäller Kriminalvården/Frivården uppgav åtta personer att de hade haft kontakt med dem under undersökningsperioden.

Kartläggning

Kartläggningen gjordes främst via granskning av sjukvårdens, socialtjänstens och Kriminalvårdens/Frivårdens journaler och akter. Uppgifter från sjukvårdens journaler inhämtades på Läns gemensam psykiatri av fyra läkarassistenter som hade det som en av sina uppgifter och på MoB-enheten inhämtades journaluppgifterna av en administratör. Detta skedde från sommaren 2012 fram till 31 mars 2013, då samtycket upphörde att gälla. För socialtjänstens räkning hämtades aktuppgifter av Luleå kommuns socialsekreterare anställda på MoB-

enheten samt socialsekreterare från den andra kommunen som var aktuell. För såväl sjukvården som socialtjänsten fanns en granskningsmall (bilaga 5-6) utarbetad av FoU Södertörn.

För Kriminalvårdens/Frivårdens del fick vi skriva en särskild projektansökan till Vetenskapliga rådets kansli, Kriminalvården, om att få hämta uppgifter för dessa personer. Denna ansökan godkändes 18 januari, 2013. När beslutet kom oss till handa var en administratör behjälplig att ta fram uppgifter. Allt materialet överlämnades till projektledaren och projektmedarbetaren för sammanställning och analys.

Ekonomisk beräkning

Som ett komplement till kartläggningen har en ekonomisk beräkning gjorts av vad mångbesökarna har kostat de olika aktörerna. Som utgångspunkt fanns en mall för den ekonomiska beräkningen, med schablonkostnader (bilaga 9), som utarbetats av Rolf Bowin, Anna Ejve, (Health Care Management, HCM) samt Margareta Enochsson (FoU Södertörn).

En ekonom från landstinget och en från Luleå kommun har varit engagerade i projektet och har tagit fram de uppgifter som fanns i organisationernas data- och registersystem. För sjukvården var dessa uppgifter relativt heltäckande medan det för socialtjänsten endast fanns uppgifter för externa kostnader redovisade. Exempel på externa kostnader är behandlingshem eller boende som inte är i kommunens egen regi. Projektledaren har kompletterat ekonomernas uppgifter genom en genomgång av journal- och aktgranskningarna. Projektmedarbetaren och Margareta Enochsson har hjälpt till att gå igenom beräkningen. Den ekonomiska beräkningen för Kriminalvården/Frivården har projektledaren och projektmedarbetaren gjort. Som underlag användes aktgranskningen och de schablonkostnader som fanns i den utarbetade mallen. Kriminalvårdens/frivårdens kostnadsberäkning är de kostnader där flest kompletteringar hade behövts göras men tiden var ej tillräcklig för att ytterligare hämta uppgifter från deras system. Samtyckena slutade gälla kort efter att projektansökan hade godkänts av Vetenskapliga rådets kansli.

Sammantaget är de ekonomiska beräkningarna inte helt kompletta och bör betraktas som minimikostnader vad dessa mångbesökare har kostat sjukvården, socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården under den 12-månaders period som undersökts. I synnerhet gäller det Kriminalvården/Frivården men även socialtjänsten. Landstingets kostnader är de mest kompletta i den här uppföljningen.

Mångbesökares uppfattning och upplevelse av vården och stödet

Syftets andra del handlade om att undersöka mångbesökares uppfattning om och upplevelse av vården och stödet samt om bemötandet som de har fått från de olika organisationerna. För detta ändamål har intervjuer med dem och till dem närstående personer utgjort ett bety-

delsefullt inslag i uppföljningen. Det finns inga upprepande mönster i det som närstående uppger som mångbesökarnas största utmaningar i vardagen, men den spridningen kan vara både informativ och illustrativ. Det var frivilligt att intervjuas och det är inte alla som lämnade samtycke som har intervjuats.

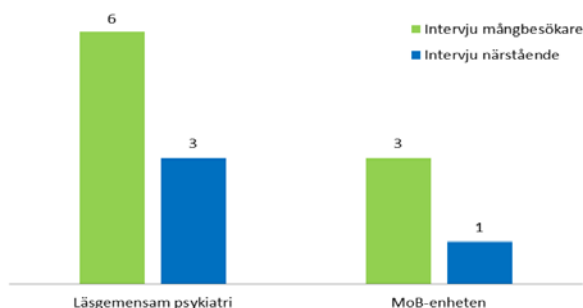


Diagram 2: Intervjuade personer

Sammanlagt gjordes tretton intervjuer, nio med mångbesökare och fyra med en till dem närstående person. Det behövde inte vara en anhörig utan kunde vara någon annan som stod mångbesökaren nära. I ett fall intervjuades en kontaktperson som mångbesökaren beviljats via socialtjänsten. Intervjuerna genomfördes vid Läsgemensam psykiatri (sju intervjuer med mångbesökare och tre med närstående) och vid MoB-enheten (två med mångbesökare och en med en närstående).

Bland de intervjuade mångbesökarna finns sju män och två kvinnor. Båda kvinnorna avbryter sina intervjuer och låter bli att svara på de flesta kvalitativa frågor. Det finns ytterligare två intervjupersoner som ger sitt samtycke till journalgranskning och deltagandet i projektet men som senare inte är anträffbara för en intervju. Dessa fall analyseras utifrån journalgranskningen. Som stöd för intervjuerna utarbetades ett informationsblad till mångbesökaren och en intervjuguide (bilaga 1, 7-8). Materialet lämnades över till projektledaren och projektmedarbetaren transkriberade och sammanställde intervjumaterialet.

Sammanställning av det empiriska materialet

Fallstudierna gjordes efter transkriberingen och sammanställningen av intervjuerna. På det viset var det möjligt att ha fokus på brukarperspektivet när så mycket data tillkom i akt- och journalgranskningen.

Sex fallstudier valdes utifrån följande kriterier. Både män och kvinnor skulle vara med i fallstudier, olika typer av missbruk (drog- och alkoholmissbruk, blandmissbruk, missbruk av läkemedel) skulle illustreras. Två fallstudier gjordes på mångbesökare som hade fått särskilda former av stöd, Case management samt substitutionsbehandlingen LABO. Ett fall sammanställdes utifrån kvalitativa data. Alla personnamn som angetts är fiktiva och åldern har ändrats i de allra flesta fall.

Samtliga fallstudier har illustrerats med ett flödesschema. I de fall då händelserna var betydligt fler än det rymdes på ett överskådligt sätt

valdes de mest representativa för händelseförloppet. Olika färger användes för att visa vilken organisation eller verksamhet det handlade om; primärvården med grönt, beroendevården med lila, psykiatrin med orange, akut somatisk vård med rött, socialtjänstens insatser och åtgärder med grått, samt Kriminalvården/Frivården med blått. Under sammanställningen uppstod behovet av att ha särskilda tecken för samverkan (cirklar för vårdplanering och timglas för samverkan), självmordsförsök (blixtar), telefonsamtal (telefonlur).

Flödesschemana kompletterades med intervjumaterial om det fanns samt med ett schema som visar antal besök, utredningar och vårddygn hos olika aktörer med samma färgkodning som på flödesschemat, slutet och öppen vård delades upp. Ett av fallen sammanställdes först och främst utifrån intervjun med mångbesökare och med en anhörig. Det fanns en tanke att bara utgå ifrån intervjumaterialet men sedan sammanställdes även ett flödesschema (som för de andra fallstudierna) utifrån journal- och aktgranskningen. Mångbesökaren har via intervjumaterialet fått företräde att formulera sina behov och svårigheter, och händelseförloppet som speglas i journalerna kunde därför ses utifrån de referensramar som intervjumaterialet utgjorde. Denna fallstudie sammanställdes när de flesta fokusgrupper redan har genomförts, för att komplettera övriga fallstudier med ett fall med rikare intervjumaterial, samt för att illustrera en situation då socialtjänstens resurser användes av mångbesökaren i större utsträckning än i de flesta andra fallstudier i undersökningen.

Arbete med systembrister i fokusgrupper

Arbetet med systembrister utgjorde den tredje och sista delen av syftet och har påbörjats under våren 2013. Tillvägagångssättet som vi använt oss av är fokusgrupper. Det har tillsammans med vår sammanställning och analys, utgjort huvuddelen i arbetet med systembrister.

Arbetet med fokusgrupper har *inspirerats* av BIKVA-modellen⁷ i det att fokusgrupperna inleddes på en brukarorganisation och därifrån gick vidare till andra fokusgrupper. Resultatet från varje fokusgrupp togs med till nästa fokusgrupp. Dialogen i fokusgrupper började närmast brukaren – i en brukarorganisation, och fortsatte på MoB-enheten, på Frivården och på Läns-gemensam psykiatri. I fokusgrupperna diskuterades ett eller ett par fallstudier, och samtliga fall har diskuterats vid minst ett tillfälle. Förutom den kvalitativa fallstudien, som istället har diskuterats i en grupp med chefer som arbetar inom område Individ- och familjeomsorg samt med socialnämndsordförandena i Norrbotten.

Tanken var att skapa dialog kring systembrister samt över hur organisationernas arbete och samarbete fungerar. Vi har velat inhämta och

⁷ BIKVA-modellen är en modell för utvärdering som har tydliga inslag av brukardeltagande och brukarinflytande. Modellen har utarbetats av den danska socialforskaren Hanne Kathrine Krogstrup. BIKVA står för BrugerIndragelse i KVA-litesvurdering. I bilaga 10 beskrivs BIKVA-modellen något mer ingående.

lyfta fram olika aktörers åsikter, dels att höra om de mönster som vi funnit i materialet kändes igen av dessa personer som alla hade stor erfarenhet av att möta människor med missbruk och beroende (och psykiatrisk problematik). Samtidigt som fallstudierna fortfarande handlar om individerna och deras upplevelse kunde de sättas in i ett större sammanhang av mångbesökare som målgrupp, vilket gav en större legitimitet för uppföljningens resultat.

Två typer av fokusgrupper genomfördes. En del var bland annat ett sätt att samla in data från inblandade aktörer: personer med erfarenhet av missbruk och beroende, psykiatriker, socialsekreterare, kriminalvårdare. I de fallen fick deltagare i fokusgruppen frågor, diskussionen var strukturerad och antecknad på plats. Deltagarna tillfrågades om de träffade på något liknande de beskrivna fallstudierna och vad de i så fall kände igen. Vidare frågade vi om något borde förändras i liknande vård- och stödsituationer och i så fall vad, samt vad just de – som aktörer – kunde göra eller göra annorlunda i en liknande situation. I alla grupper togs även upp frågan om bra praxis, något i det beskrivna fallet som borde behållas i liknande fall framöver. Det gav fallstudierna en ny dimension.

Fokusgrupper som gjordes under sommaren och hösten var av informativ karaktär när betydelsefulla kommentarer lämnades strävade vi ändå efter att inkludera kortare anteckningar som vi gjorde efter informativa möten med representanter från landstinget och socialtjänsten i rapporten.

Uppföljningens mångbesökare

I detta kapitel beskrivs uppföljningens mångbesökare (köns-, åldersfördelning, missbruksmönster, psykisk och fysisk hälsa, läkemedelsanvändning), samt hur de upplever vården och stödet från sjukvård, socialtjänst och Kriminalvård/Frivård. Det mångbesökarna berättar i intervjuerna varvas med uppgifter från journaler och akter, samt där så är möjligt även jämförelser med statistik från landstinget samt uppföljningen av mångbesökare som gjorts i Halland⁸ inom ramen för SKL:s satsning.

Tretton personer ingår i uppföljningen – åtta av dem väljs ut av Läns-gemensam psykiatri och fem av dem väljs ut av MoB-enheten⁹. Det innebär att mångbesökarna från Läns-gemensam psykiatri förutom ett missbruk eller beroende även har psykiatrisk problematik. Samtliga mångbesökare har under undersökningsåret 2011 kontakt med sjukvården och socialtjänsten och åtta personer har kontakt med Kriminalvården/Frivården.

Tabell 1: Urval uppdelat på kön, antal (procent)

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Kvinna	2 (25)	1 (20)	3 (23)
Man	6 (75)	4 (80)	10 (77)
Totalt	8 (100)	5 (100)	13 (100)

Av de tretton personer som deltar i uppföljningen är tre kvinnor och tio män (23 procent kvinnor och 77 procent män). Den könsfördelningen stämmer med hur fördelningen är mellan samtliga kvinnor och män inlagda på Läns-gemensam psykiatri och MoB-enheten år 2011. Andelen kvinnor är 23 procent och män är 77 procent. Under året är 110 personer inlagda på Läns-gemensam psykiatri och 315 personer är inlagda på MoB-enheten varav 75 kvinnor.

Fördelningen stämmer även med statistikuppgifter som tagits fram för uppföljningen av mångbesökare i Halland. Av de 37 mångbesökare som under 2011 var inlagda på den psykiatriska intensivvårdsavdelningen (PIVA) på Hallands sjukhus var 27 procent kvinnor och 73 procent män.

⁸ När mångbesökaruppföljningen i Halland nämns är det resultatet från den kartläggningen som avses, vars slutrapport författats av Forsman Monika (2013). Anledningen till att vi enbart refererar till Hallands och inte till övriga läns uppföljningar är att endast Halland har gjort en slutredovisning när denna rapport skrivs.

⁹ I uppföljningen benämns mångbesökarna efter var de valdes ut att delta, det vill säga mångbesökarna från Läns-gemensam psykiatri respektive MoB-enheten. Den uppdelningen används även vid presentation av stödsatser från socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården presenteras.

Tabell 2: Urval uppdelat på verksamhet och ålder, antal (procent)

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
18-19 år*	1 (13)	0 (0)	1 (8)
20-44 år	4 (50)	3 (60)	7 (54)
45-64 år	3 (38)	2 (40)	5 (38)
65- år	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	8 (100)	5 (100)	13 (100)

* För att överensstämma med landstingets statistik används dessa ålderskategorier. I deras statistik ingår 5-19 år, men i vår undersökning ingår personer som är 18 år. Därav ålderskategorin 18-19 år.

Åldersfördelningen i urvalet ligger mellan 18 år och 57 år och de flesta mångbesökare är mellan 20-44 år. De som deltar från MoB-enheten är något äldre och har en medelålder på 47 år jämfört med dem från Länsgemensam psykiatri där medelåldern är 35 år. Denna fördelning stämmer relativt bra jämfört med statistik för alla personer inlagda vid Länsgemensam psykiatri och MoB-enheten under 2011. Det är dock inte helt jämförbara uppgifter eftersom det i den övergripande statistiken ingår personer under 18 år medan vi inte har med dem. De likheter som finns är att 20-44 åringarna utgör 54 procent av vårt totala urval och i statistik för hela verksamheten är motsvarande andel 55 procent. I ålderskategorin 45-64 år är skillnaden något större; i vårt urval utgör den ålderskategorin 38 procent av det totala urvalet medan motsvarande andel för hela verksamheten är 31 procent.

Av de tre kvinnorna som ingår i vår uppföljning är alla tre mellan 20-44 år, två av dem är under 30 år och en kvinna är över 30 år. I övriga ålderskategorier finns inte någon kvinna, där är det enbart män representerade. Någon jämförande med statistik för verksamheterna som helhet är svår att göra då enbart tre kvinnor deltar i uppföljningen. Flest kvinnor som är inlagda på Länsgemensam psykiatri eller MoB-enheten under 2011 är dock mellan 20-44 år (56 procent av kvinnorna); i den ålder som kvinnorna i vårt urval också är.

Missbruksmönster

Mångbesökarna berättar i intervjuerna att de använder sig av olika droger och berusningsmedel. För de flesta är det enbart alkohol. Några nämner haschrökning, och enstaka personer berättar om intravenöst missbruk av amfetamin samt missbruk av bensodiazepiner i tablettform.

Till skillnad av hur personerna själva beskriver sin situation uppges i journalgranskningen när missbruksmönster och diagnoser analyseras, att tre mångbesökare (två från MoB-enheten och en från Länsgemensam psykiatri) har ett alkoholmissbruk. Mångbesökarna beskrivs istället i stor utsträckning ha ett blandmissbruk; fem från Länsgemensam psykiatri och två från MoB-enheten beskrivs ha ett blandmissbruk. En person från Länsgemensam psykiatri uppges ha hasch- och cannabissmissbruk, medan det för en person inte finns några uppgifter om pågående missbruk i journalerna.

Vid intervjuerna fick mångbesökarna svara på huruvida de strävar efter att vara helt nykter och drogfri. Alla utom en svarar att de har ett sådant mål. En man som intervjuades vid MoB-enheten uppger:

Jag skulle vilja vara helt nykter. Blir så besviken på mig själv när jag dricker.

Flera resonerar om eventuella orsaker till varför det inte alltid går och betonar det egna ansvaret, samt besvikelse över det de ser som ett misslyckande.

Psykisk och fysisk hälsa.

Från journalgranskningen framkommer att av samtliga mångbesökare diagnostiseras 85 procent med en psykiatrisk/neuropsykiatrisk diagnos, 69 procent har en missbruks- eller beroenderelaterad diagnos och 77 procent har andra (somatiska) diagnoser.

Tabell 3: Angivna diagnoser uppdelat efter verksamhet, antal (procent)

	Länsgemensam psykiatri*	MoB-enheten**	Totalt
Psykiatrisk/ neuropsykiatrisk diagnos	8 (100)	3 (60)	11 (85)
Missbruks- och beroenderelaterad diagnos	4 (50)	5 (100)	9 (69)
Andra (främst somatiska diagnoser)	5 (63)	5 (100)	10 (77)

* n=8

** n=5

Mångbesökarna från Länsgemensam psykiatri har samtliga minst en psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos, hälften har en diagnos relaterad till missbruk eller beroende, och har någon gång under året diagnostiserats med diagnoskoderna (F10-F14, F16 eller F18-19) som ingick som ett riktmärke i urvalskriterierna. De får under 2011 psykiatriska diagnoser tillhörande schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (fyra personer), bipolär sjukdom eller depressiv episod (sex personer), ångesttillstånd (tre personer), personlighets- och beteendestörningar (två personer), psykisk utvecklingsstörning (tre personer) samt hyperaktivitetsstörningar (fyra personer, varav tre har diagnosen ADHD).

Fem av de åtta mångbesökarna från Länsgemensam psykiatri (63 procent) har även andra diagnoser, främst somatiska. Bland annat diagnoser kopplade till smärta (gall-, bröst-, buk-, nacksmärta), hörselpåverkan, halstrauma, sakroilit, impuls kontrollstörning, kontusion (arm, axel, huvud), myalgi, cervikalgi, läkemedelsbiverkningar, olika typer av urinvägsbesvär, trötthet, kronisk hepatit C, hjärtbesvär med mera. Dessutom finns i journalgranskningen uppgifter om en kvinna från Länsgemensam psykiatri – där det inte finns någon diagnoskod angiven – som under året har tre suicidförsök, fem intoxikationer främst med läkemedel, samt ett suicidförsök.

Mångbesökarna från MoB-enheten har allesamman diagnoser relaterade till missbruk och beroende, samtliga diagnostiseras också någon gång under året med diagnoserna F10-F14, F16 eller F18-19. Tre per-

soner (60 procent) har en ADHD-diagnos. Förutom detta har alla från MoB-enheten somatiska diagnoser, hepatit B och C, fraktur, fallskador, huvudskador, kontusion finger, diabetes, hjärtbesvär, bronkit, dyspné. Ingen från MoB-enhetens urval har någon anteckning om suicidförsök/intoxikation, hot om suicid, suicidtankar eller suicidplaner.

Läkemedelsanvändning

I intervjuerna berättar flera mångbesökare att de inte kommer ihåg exakt vad deras läkemedel heter och huruvida de nämner alla läkemedel som de tar. Utifrån intervjumaterialet framkommer att de som minns vad de tar behandlas mot flera sjukdomar och tillstånd. Antipsykotiska och lugnande preparat finns med i bilden liksom mediciner som förbättrar koncentrationsförmågan. Något färre nämner att de tar mediciner mot diabetes, blodförtunnande och andra mediciner mot besvär i samband med hjärt- och kärlsjukdomar. Beskrivningen av läkemedelsanvändning bekräftas av den variation av diagnoser som personerna får under året och de läkemedel som finns i journalgranskningen. En stor del av läkemedlen är antipsykotiska och lugnande, smärtlindrande och ångestdämpande. Även läkemedel för hjärt- och kärlbesvär, smärtor och andra fysiska problem förekommer.

Vidare framkommer att av de mångbesökare som vet och kommer ihåg vilka läkemedel de tagit uppger de flesta att de under 2011 inte avstår från någon läkemedelsbehandling som läkare ordinerat. Vid några tillfällen berättar mångbesökare att de avbryter den ordinerade medicineringsen i samband med biverkningar. Detta framgår när de svarar på andra intervjufrågor. Det är därför möjligt att även fler intervjupersoner avstår från den ordinerade behandlingen. Eftersom medicineringsen avbryts efter försök att följa läkarens rekommendationer och upplevda tunga biverkningar eller övermedicinering ser inte mångbesökare det som att de avstår från medicineringsen.

Få mångbesökare uppger att de saknar läkemedelsbehandling som kan hjälpa dem. En person ser behovet av smärtlindring som anledning till sitt haschmissbruk. Den personen upplever att effektiva smärtlindrande preparat saknas i läkemedelsbehandlingen såväl som stöd i smärthanteringen. En av mångbesökarna med alkoholmissbruk och relativt få vårdtillfällen under året upplever att läkemedel som kan minska handskakningen saknas i behandlingen.

Två personer uppger att en läkare går igenom deras medicineringsen under året. En av dem får den genomgången i ett annat län. Bortfallet på frågan är stort men flera svarar nej på den frågan eller att de inte minns en sådan genomgång. I uppgifterna från journalgranskningen framkommer att för en person görs två läkemedelsgenomgångar under året, för övriga framkommer det inte om detta görs.

Upplevelsen av bemötande och delaktighet

Flera av mångbesökarna har en mycket positiv upplevelse av bemötandet, både från socialtjänsten, sjukvården och från Kriminalvår-

den/Frivården. Flera uppger att de har en bra dialog med personalen, där Sunderby sjukhus och Läns gemensam psykiatri får mest beröm. Även några av dem som önskar bättre information och mer delaktighet i sin vård är nöjda med bemötandet generellt. Liknande resultat framkommer i Hallands uppföljning där mångbesökarna överlag upplever att de har en god kontakt med personal. Det finns en tacksamhet bland mångbesökarna i Halland gentemot vården och de menar att de många gånger överlevt tack vare den hjälp de fått från vården.

Några personer i vår uppföljning upplever att bemötandet är beroende av vem personen möter under sin vård och behandling. En av mångbesökarna beskriver att bemötandet kan variera mellan olika personer:

Vissa är som vänliga, andra som ... de orkar inte bry sig.

Detta är något som även Hallands mångbesökare upplever. Där nämns på liknande sätt att det finns personal som inte har tid att prata, inte tar individen på allvar eller visar en uppgivenhet och ett respektlöst bemötande.

Även bland mångbesökarna i den här uppföljningen beskriver några personer att tidiga kontakter med socialtjänsten upplevs negativt, vilket den här mångbesökaren formulerar på följande sätt:

Jag har ju aldrig haft någon kontakt med socialen förutom nu de sista åren. Och det kändes lite kallt och opersonligt. ...

En av mångbesökarna är samtidigt väldigt nöjd med det som han har kunnat åstadkomma med hjälp av socialtjänsten, så det gällde snarare bemötandet än insatserna eller resultatet.

När det gäller mångbesökarnas upplevelse av delaktighet står alla inblandade vård- och stödgivare inför en utmaning. De flesta intervjuade mångbesökare inklusive dem som har en positiv upplevelse av bemötande – och inklusive de som är med på vissa möten om individuell planering – upplever möjligheten att påverka vården och stödet mycket begränsad. En person som svarar detaljerat på frågorna om bemötande har också en mycket bra upplevelse av sin vårdssituation och uttrycker hopp för framtiden.

Delaktighetstrappan



Figur1: Delaktighetstrappan (SKL 2009)

År 2009 presenterar SKL sin variant av delaktighetstrappan (SKL 2009) som ursprungligen är utarbetad av Arnstein (1969). Arnsteins variant bestod av åtta steg där de två första, manipulation och terapi, räknades som icke-deltagande. De finns inte med i SKL:s version. Där översattes de övriga sex steg till fem samtidigt som de anpassades till svensk kontext. Dessa steg är information, konsultation, dialog, inflytande och medbeslutande. (Jämför Mellanplats – ett forskningsprojekt)

De första två stegen ses som symbolisk delaktighet då medborgaren, eller i det aktuella fallet mångbesökaren, bjuds in för att delta i beslutsprocessen men hans eller hennes åsikt används inte. I den här uppföljningen kan symbolisk delaktighet illustreras bland annat med citat från fallet Tommy:

Jag fick säga vad jag ville ha men det spelade ingen roll, de körde på bara som vanligt”.

Trappan med fem steg kan användas när olika aktörer som ger mångbesökaren vård eller stöd strävar efter att involvera honom eller henne i sin vård. En av mångbesökarna, Stefan, berättar att han visserligen upplever att han har haft en dialog med läkaren som svarar på frågor, men att det i stor utsträckning beror på honom själv:

Sedan har jag haft en del dialog med överläkare att... när det gäller det så vill jag gärna säga att de är påpassliga, att de svarar på mina frågor. Så jag har krävt den biten och fått den. Så det verkar inte vara någon större... Men det kräver att man är aktiv själv med det också.

Delaktigheten i den bemärkelsen att mångbesökaren deltar i beslutsfattande börjar med dialog där alla sidors uttalanden kommer till användning. Av de jämförelsevis få personer som svarar tydligt på frågorna om delaktighet och inflytande upplever de flesta att sjukvården, Kriminalvården och socialtjänsten aldrig informerar dem om deras behandling. Någon reell delaktighet, inflytande eller medbeslutande upplever inte de intervjuade.

I Hallands uppföljning beskrivs att mångbesökarna upplever att det är viktigt att bli lyssnad på och tas på allvar och att det skapar en tillit till vården som ger bättre förutsättningar för en positiv erfarenhet av vården för mångbesökaren. I deras uppföljning konstateras att:

Ett tydligare samarbete mellan kommun och hälso- och sjukvård på en individnivå, kan enligt mångbesökarna möjliggöra en gemensam planering, som de upplever inte finns idag. Om en individ skall passera flera olika instanser för att nå sitt mål, krävs en samordning, uttrycker en mångbesökare som även föreslår att en samordnare som ansvarar för hela vårdkedjan kan behövas. (Forsman 2013:24).

En av mångbesökarna i vår uppföljning, Georg, har insatsen Case management och det är den personen som enligt journalerna har flest vårdplaneringar, tio stycken. Georgs situation visas längre fram i en fallstudie och även om Georg är en mångbesökare, med både psyki-

trisk problematik och missbruk/beroende så finns case managerna med under hela året, även när han är inlagd på Läns-gemensam psykiatri.

Upplevelse av brister i vård och stöd

Enligt mångbesökarna finns det olika former av stöd och hjälp som kan förbättra deras situation. En av personerna behöver stöd med medicinhantering; han ser ett mönster då medicinerna börjar ta slut, han börjar må sämre och återgår till missbruk.

Mångbesökarna beskriver även vad de upplever saknas i deras vård och stödinsatser. En man saknar smärtlindring och stöd med smärthanteringen och en saknar behandling mot handskakningar och de intervjuade nämner att de saknar stöd som kan underlätta behandlingen och få den att gå ihop med deras vardag. Önskemålet kan till exempel ta följande uttryck:

Skulle behöva få till ett system eller lära mig på något sätt att tala om då min medicinering börjar ta slut. Då är det för sent, så börjar jag må dåligt och då börjar jag dricka.

En annan person uppger dock att mycket behövlig hjälp med missbruks- och beroendeproblem har erbjudits flera gånger men i och med att sjukdomsinsikten saknas under den tidsperioden har han tackat nej till den hjälpen. I den situationen tycker han att obligatoriska vårdkontakter på hans arbetsplats eventuellt kan leda till en sjukdomsinsikt snabbare.

Flera personer uppger att en mer detaljerad och tillgänglig information om vad som händer i deras behandling och varför kan påverka deras situation positivt. Några nämner bättre tillgång till samtal med läkare, psykologer och kuratorer bland åtgärder som kan gynna deras behandling; ett uttalande som även framkommer i Hallands uppföljning av mångbesökare där flera av dem upplever att de är i behov av terapeutiska samtal eller psykologkontakt i kombination med rätt medicinering. I vår undersökning är det få som får en läkemedelsgenomgång och i uppgifterna från landstingets ekonom är det ingen mångbesökare som i öppenvården träffar en psykolog eller en kurator.

Ett förslag som också återkommer i intervjumaterialet är fler aktiviteter, bland annat fysiska aktiviteter inom Kriminalvården och inom rättspsykiatrin. Snabbare vårdplanering är ytterligare ett önskemål på hur vården och stödet kan förbättras.

Närståendes perspektiv på vården och stödet synliggör brister

Av de närstående som intervjuas är tre anhöriga till mångbesökarna och en har ett uppdrag som kontaktperson via kommunens socialtjänst. Samtliga anhöriga uppger att den mångbesökare som de intervjuas om är i behov av hjälp och stöd redan innan han eller hon kommer i kontakt med vården, socialtjänsten och kriminalvården. En an-

hörig beskriver att problematiken för mångbesökaren startar med en ohållbar familjesituation som uppstod tidigt i barndomen:

Men man kan ju förstå att de... har blivit som de har blivit, men att... de kunde ju ha haft det mycket lättare. De har inte fått den hjälp och det stöd... alltså den stötningen som de hade behövt redan när Tommys mamma blev sjuk. ... Min moster sa ju i början [när Tommy bodde hos oss] att det var som att ha barn hemma. Hon var ju tvungen att göra allting och visa och förklara och... sådär. Men det är som om de har fått vara barn tills det att... nu är ni vuxna, ut m ed er.

De flesta formulerar förslag på hur man kan förbättra deras närstående missbrukares situation, och dessa förslag handlar mest om mer resurser i form av fler samtal med vård- och stödgivare, bättre information om behandlingen som pågår men även om alternativen och möjligheterna som finns. De anhöriga önskar bättre information från vården och vill vara mer delaktiga i behandlingen, gärna bli erbjudna att delta vid möten som organiseras av de olika aktörerna som är delaktiga i mångbesökarens vård och stöd, som kriminalvård.

Kontaktpersonen upplever att fler träffar varje vecka med mångbesökaren innebär en positiv förändring för mångbesökaren. Det finner stöd i mångbesökarens egen intervju där det uppges att det är lättare att hålla sig nykter under den tiden på året då han kan vara mer social och spendera mer tid med kontaktpersonen. Det är även i överensstämmelse med mångbesökarna i Halland som berättar att en kontaktperson kan vara ett effektivt stöd som kan förhindra att återfall i missbruk blir lika djupa.

Flera närstående upplever att situationen för mångbesökarna kan bli bättre vid en annan kombination av stimulans och kontroll, närmare bestämt att de skall finnas fler möjligheter och tillfällen att träffa människor utan beroendeproblem, och att kontrollen över till exempel medicineringen finns (kvar) även under friare förhållanden. Några upplever att det sker en övermedicinering.

Enligt närstående, brottas mångbesökarna mest med ensamheten, bristen på meningsfull sysselsättning, ångesten och själva missbruket, samt svårigheten att bryta en ond cirkel. Ensamhet och brist på ett socialt nätverk är faktorer som enligt Genell Andrén och Rosenqvist (1987), bidrar till att personer förblir fortsatta mångbesökare, inom akutsjukvården i deras fall, och att det finns ett behov av att arbeta med den psykosociala problematiken som mångbesökare har. Olsson & Hansagi (2001) skriver om behovet av ett professionellt förhållningssätt som främjar mångbesökarens känsla av trygghet och att det lätt uppstår en ond cirkel för dessa personer. För att bryta den onda cirkeln som lätt uppstår behövs skraddarsydd insatser som innefattar samordning av medicinska, sociala och psykiatriska insatser. Även bland mångbesökarna i Hallands uppföljning framkommer betydelsen av att bryta ensamhet, en ensamhet som kan medföra att negativa tankar tar överhanden och att suget efter alkohol då kan blir för stort.

Mångbesökares nyttjande av vård- och stödinsatser samt kostnader

Det här kapitlet handlar om de tretton mångbesökares nyttjande av vård- och stödinsatser från sjukvården, socialtjänsten samt Kriminalvården/Frivården. I anslutning till de olika avsnitten redovisas de beräknade kostnaderna. Beloppen är avrundade till närmaste hela tusentals kronor.

Främsta skillnaden i materialet (speciellt inom sjukvården) finns mellan dem som valdes ut att delta på Läns-gemensam psykiatri (Anna, Georg, Josef, Leif, Mats, Petra, Stefan och Tommy) respektive på MoB-enheten (David, Gerhard, Kim, Lars och Lena)¹⁰. Det finns även vissa skillnader mellan de multimångbesökare som identifierats i uppföljningen (Anna och Petra) och de övriga mångbesökarna.

Sjukvårdens resurser och kostnader

Den här delen av kapitlet specificerar nyttjande av sjukvårdens resurser och delas in i slutenvård, akutvård, öppenvård, samt ett avsnitt med telefonsamtal, rådgivning samt administration, och ett avsnitt om individuella planeringar och nätverksträffar.

Slutenvård

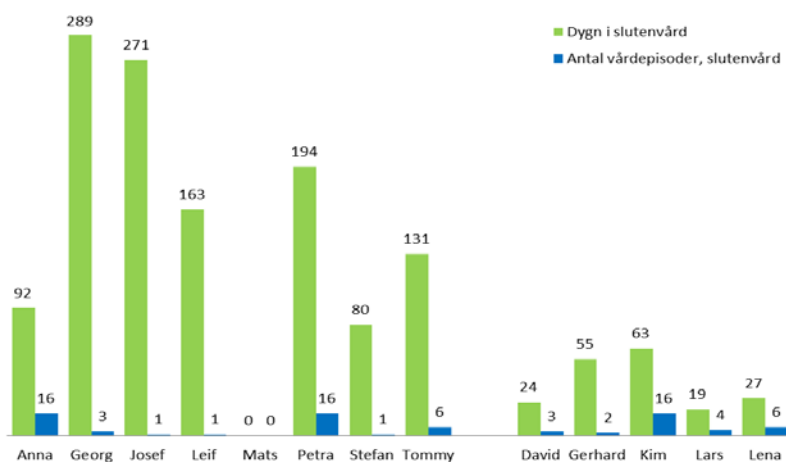


Diagram 3: Antal dygn i slutenvård samt antal vårdepisoder, totalt antal

De gröna staplarna visar antalet dygn i slutenvård (psykiatrisk och somatisk slutenvård samt sluten beroendevård) år 2011 för de tretton mångbesökarna. Tillsammans vistas mångbesökarna 1 408 dygn inom slutenvård år 2011. De åtta första personerna (Anna till och med Tommy) tillhör urvalet från Läns-gemensam psykiatri och de har

¹⁰ I flera diagram finns ett mellanrum mellan mångbesökarna från Läns-gemensam psykiatri respektive MoB-enheten, detta för att underlätta läsningen av resultatet.

sammanlagt 1 220 slutenvårdsdygn jämfört med David till och med Lena från MoB-enheten, som har 188 slutenvårdsdygn under 2011. När ett medel för varje person räknas ut blir det 176 dagar för mångbesökarna från Läns gemensam psykiatri och 38 dagar för dem från MoB-enheten. För samtliga som ingår i uppföljningen är medeltalet 108 slutenvårdsdygn per mångbesökare.

De blå staplarna visar antalet vårdepisoder inom slutenvården. Definitionen av vårdepisod som vi utgår från används av Gurner, som skriver:

”En vårdepisod är lika med en sammanhängande tidsperiod mellan inskrivning och utskrivning från slutenvård. Denna sk vårdepisod kan i registret vara uppdelad på flera vårdtillfällen vid olika kliniker och/eller sjukhus som tidsmässigt hänger samman.” (SKL, 2012:11).

I vårt urval varierar antalet vårdepisoder relativt mycket men följer i stort antalet slutenvårdsdygn. Men av dem som har många slutenvårdsdygn är det Anna, Petra och Kim som vardera har 16 vårdepisoder medan andra personer som Georg, Josef, Leif, Stefan och Tommy har många dygn i slutenvård men där är vårdepisoderna färre (en till sex vårdepisoder). Anna och Petra är de som kategoriserats som multimångbesökare.

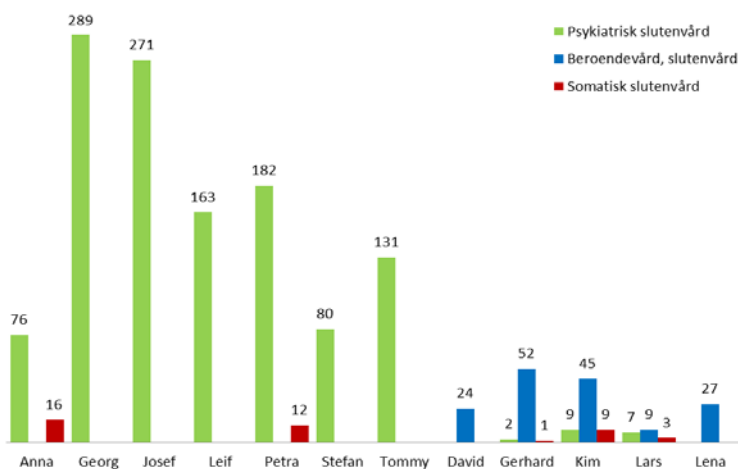


Diagram 4: Slutenvård uppdelat i psykiatrisk slutenvård, sluten beroendevård samt somatisk slutenvård, antal dygn

Eftersom åtta mångbesökare (Anna till Tommy) har valts ut på Läns gemensam psykiatri är deras huvuddel av slutenvården psykiatrisk, medan de fem från MoB-enheten i större utsträckning är inlagda inom beroendevården. De personer som har flest slutenvårdsdygn inom somatisk sjukvård är Anna, Petra och Kim med sexton, tolv respektive nio dygn.

När Annas vårdmönster inom slutenvården jämförs med de andra tolv personerna i urvalet framstår det som troligt att hon inte hade vårdats inom beroendevården även om hon hade bott i Luleå eller Bodens

kommun. Det visar också att det finns en grupp människor med samsjuklighet som inte har tillgång till beroendevård.

Tabell 4: Kostnader slutenvård, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Psykiatrisk slutenvård	5 993 000	93 000	6 086 000
Sluten beroendevård	0	865 000	865 000
Somatisk slutenvård	250 000	120 000	370 000
Summa:	6 243 000	1 078 000	7 321 000

Kostnaden för slutenvården uppgår till drygt 7,3 miljoner kronor. Av den summan utgör nästan 6,1 miljoner kronor kostnaden för psykiatrisk slutenvård och närmare 900 000 kronor används till den slutna beroendevården. Slutenvårdens kostnader utgör 86 procent av kostnaden för all sjukvård (knappt 8,5 miljoner kronor) som de tretton mångbesökarna använder under 2011.

Akut psykiatrisk och somatisk vård

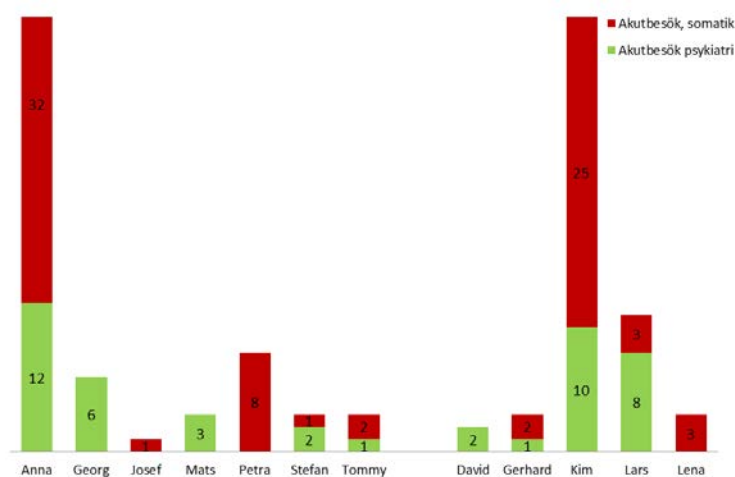


Diagram 5: Akutbesök psykiatri respektive somatik, antal besök

Under 2011 gör samtliga mångbesökare 122 besök på akutmottagningen, 45 besök på psykiatriska akutmottagningen och 77 besök på den somatiska akutmottagningen. Anna och Kim har flest antal besök (44 respektive 35 akutbesök). Petra har åtta besök, enbart inom den somatiska akutvården. Här framkommer dessutom att personerna som ingår i MoB-enhetens urval även använder psykiatrisk vård (akutsjukvård). MoB-enhetens fem mångbesökare gör 21 besök på psykiatriakuten jämfört med de åtta från Länsgemensam psykiatri som gör 24 besök på akuten.

Tabell 5: Kostnader slutenvård, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Psykiatriska akutbesök	61 000	53 000	114 000
Somatiska akutbesök	103 000	84 000	187 000
Summa:	164 000	137 000	301 000

Mångbesökarna använder akutsjukvårdens resurser till en kostnad av 301 000 kronor. Uträknat per mångbesökare och verksamhet blir kostnaden för mångbesökarna från Länsgemensam psykiatri 20 500 kronor per person medan kostnaden för MoB-enhetens mångbesökare är 27 400 kronor.

Öppenvård

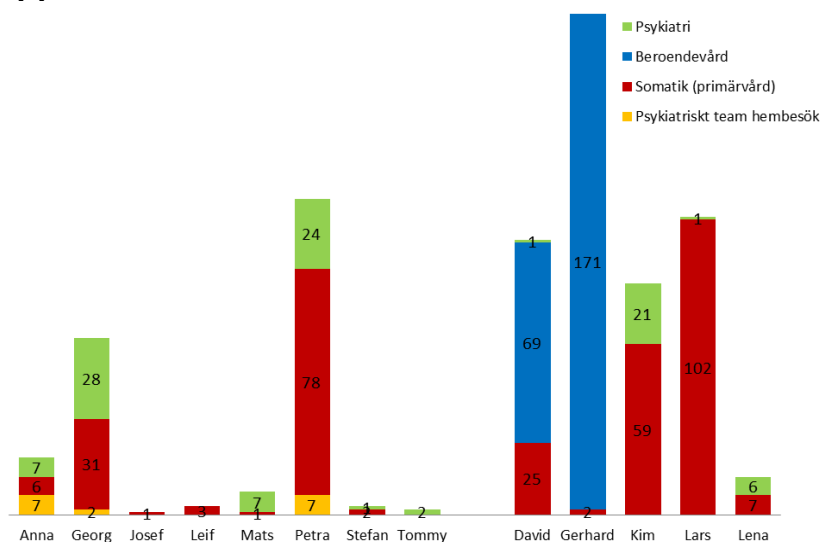


Diagram 6: Öppenvårdsbesök, antal besök

Antal öppenvårdsbesök i primärvården uppgår under 2011 till 317 stycken för samtliga mångbesökare. Här räknas besök till såväl läkare som sköterska, samt de där distriktssköterskan gör hembesök. De som har många primärvårdsbesök har ofta någon form av medicindelning via hälsocentralen. Exempelvis Lars har 94 gånger av de 102 besöken haft läkemedelsdispensering och tagit Antabus på hälsocentralen.

Petra har också många primärvårdsbesök. Hon vårdas enligt öppen psykiatrisk tvångsvård och hämtar läkemedel 58 gånger på hälsocentralen; tjugo besök handlar dock om annat än läkemedelshämtning. Kim har hämtat medicin (dosett) 17 gånger under året, men har också varit nio gånger på jourcentralen och fyra gånger på hälsocentralen för att få en remiss till MoB-enheten för avgiftning. För Georg handlar det mestadels om att distriktssköterskan gör hembesök för att han skall få sina mediciner.

David har medicindelning via hälsocentralen 15 gånger vid årets början. Därefter får David delta i LABO-programmet (Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende) och får övervakad läkemedelstillsförel (Subuxone) 67 gånger. Även Gerhard deltar i LABO-programmet och under året handlar nästan alla de 171 besök som gjorts inom öppen beroendevård om läkemedelsdispensering (först med Subuxone och därefter med Metadon).

Psykiatrisk öppenvård används inte i så stor omfattning, totalt 82 besök. Georg har flest besök registrerat inom öppen psykiatri, 26 besök. Eftersom han har insatsen Case management registreras delar av den insatsen på psykiatri; exempelvis finns i de uppgifter som ekonomen har tagit fram nio hembesök av case managerna och 15 öppenvårdsbesök till sjuksköterska. Case managerna ska även fungera som dörröppnare och ska ha snabba vägar in i sjukvården (och socialtjänsten), vilket kan vara en delförklaring till varför Georg har flest besök inom öppen psykiatri.

Kim och Petra har också relativt många öppenvårdsbesök till läkare inom psykiatrin, 15 respektive 17 besök. Därutöver har Petra och Anna sju hembesök vardera av psykiatriska öppenteamet och Georg har två hembesök av psykiatriska öppenteamet.

Tabell 6: Kostnader öppenvård, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Psykiatrisk öppenvård	84 000	49 000	133 000
Psykiatriskt team	28 000	0	28 000
Öppen beroendevård	0	252 000	252 000
<i>Varav medverkan i LABO-programmet</i>	<i>0</i>	<i>248 000</i>	<i>248 000</i>
Somatisk öppenvård	157 000	166 000	323 000
<i>Varav somatisk öppenvård, specialistmottagning</i>	<i>88 000</i>	<i>53 000</i>	<i>141 000</i>
Summa:	269 000	467 000	736 000

Sjukvårdens kostnader för öppenvårdsresurserna under 2011 är 736 000 kronor. Mångbesökarna från MoB-enheten kostar betydligt mer per person än vad de från Länsgemensam psykiatri gör; 93 000 kronor jämfört med 34 000 kronor per person.

De två personerna som deltar i LABO-programmet (från MoB-enhetens urval) använder en stor andel öppenvårdsresurser (248 000 kronor). Av den somatiska öppenvården utgörs 44 procent av kostnaderna av besök på somatisk specialistmottagning.

Telefonsamtal, rådgivning samt administration

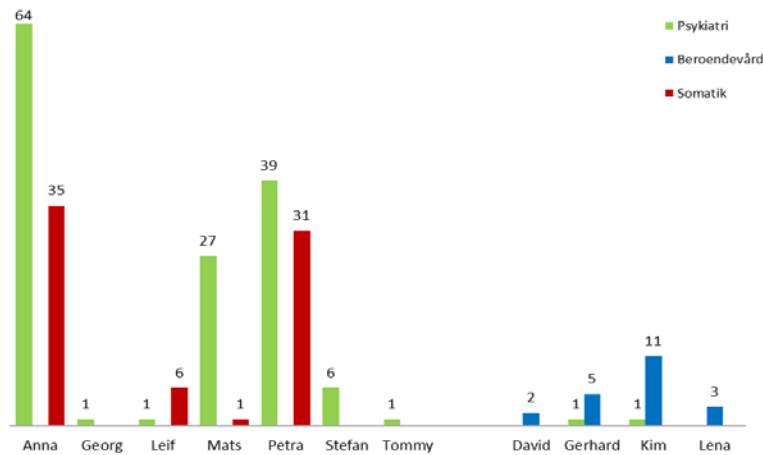


Diagram 7: Antal telefonsamtal/rådgivningssamtal samt administration

Från uppgifterna i journalgranskningen summeras antalet dokumenterade telefon- och rådgivningssamtal (som oftast sker via telefon) samt vissa administrativa uppgifter kopplade till den enskilda mångbesökaren. Exempel på administrativa uppgifter är när en rättspsykiatrisk klinik i ett annat län önskar journalkopior skickade till sig eller när en mångbesökare anmält sjukvården till patientförsäkringen (Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag), eller när personal på en avdelning hjälper till med att vidarebefordra uppgifter till Försäkringskassan.

Som framgår i diagrammet ovan är det multimångbesökarna Anna och Petra som i störst utsträckning har kontakt med vårdaktörer via telefon, främst med psykiatrin men även med den somatiska vården. Övervägande andel av dessa samtal är med mångbesökaren själv och handlar de flesta gånger om att de inte mår bra psykiskt och fysiskt, har fysiska smärtor eller önskar medicin. En del samtal handlar om att mångbesökaren eller någon närstående ringer för att larma om självmordsförsök och läkemedelsintoxikationer. Samtalen med Mats, som också har relativt många telefonsamtal, handlar främst om receptförnyelse och inte om rådgivning som är fallet med både Anna och Petra. Att kartlägga även samtal kan visa på en del av den problematik som multimångbesökare som Anna och Petra har och som vården i stor utsträckning får hjälpa till med.

Tabell 7: Kostnader telefonsamtal, rådgivning och administration, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Psykiatri	17 000	500	17 500
Beroendevård	0	2 500	2 500
Somatik	7 000	0	7 000
Summa:	24 000	3 000	27 000

Uppgifterna som finns om telefonsamtal, rådgivningssamtal samt administrativa uppgifter innebär en kostnad på 27 000 kronor. Största kostnaden finns inom psykiatrin och bland mångbesökarna som valts

ut på Läns gemensam psykiatri. Av den summan utgörs 12 000 kronor av samtalen med Anna och Petra.

Individuella planeringar och nätverksmöten

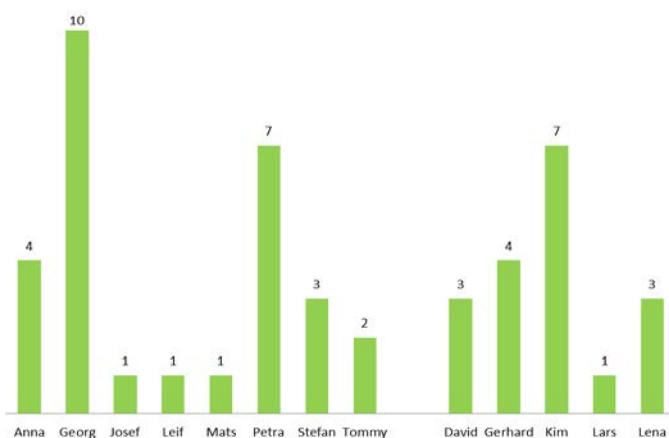


Diagram 8: Individuella planeringar och nätverksmöten, antal

Totalt har 47 individuella planeringar/nätverksträffar¹¹ gjorts under 2011 för mångbesökarna. Medeltalet för antalet individuella planeringar för hela målgruppen är 3,6 planeringar (den är även 3,6 för Läns gemensam psykiatri och 3,6 för MoB-enheten).

Antalet individuella planeringar samt dess innehåll har utifrån journalgranskningen varit svåra att sammanställa. Det som presenteras här är det i journalgranskningarna dokumenterade antalet individuella planeringar och nätverksträffar som genomförs där andra än enbart interna aktörer deltagit. Exempelvis utesluts oftast det som i journalerna benämns XS008 Konferens om patient respektive XS007 Konferens med patient – då de handlar om ändring i medicinering eller om personen skall få en viss behandling, permission vid tvångsvård och så vidare. Exempelvis har det gjorts 18 stycken XS008 konferenser med Anna och ungefär 50 stycken med Petra. Dessa finns inte med i diagrammet.

Georg har flest individuella planeringar av alla mångbesökare, tio planeringar (inte nätverksträffar). Georg har insatsen Case management. För Petra och Kim genomförs sju individuella planeringar och nätverksträffar.

¹¹ Individuella planeringar och nätverksmöten benämns individuella planeringar eller planeringar när det gäller båda, nätverksmöten inbegrips då i det begreppet.

Tabell 8: Kostnader individuella planeringar och nätverksmöten, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Psykiatri	106 000	3 000	109 000
Beroendevård	0	24 000	24 000
Somatik	3 000	3 000	6 000
<i>Summa:</i>	<i>109 000</i>	<i>30 000</i>	<i>139 000</i>

De uppgifter som finns i journalgranskningen om vem som deltar vid mångbesökarnas individuella planeringar och nätverksmöten ligger till grund för beräkningen av vad planeringarna kostar. Totalt uppgår kostnaderna för dem som deltar från sjukvården till 139 000 kronor, varav 109 000 kronor är planeringar inom psykiatrin.

Socialtjänstens resurser och kostnader

Det här kapitlet delas in i (a) ärendehantering, (b) insatser, (c) ekonomiskt bistånd, samt två avsnitt som övergripande presenterar telefon-samtal, resor och besök som socialsekreterarna gör, samt förekomsten av individuella planer.

De uppgifter som granskningen ger från socialtjänstens akter är inte kompletta, vilket beror på den granskningsmall som använts. Ändå ger det en bild över hur socialtjänstens resurser nyttjas av mångbesökare och detta kopplat till socialtjänstens kostnader. Alla belopp som anges är avrundade till närmaste hela tusentals kronor.

Ärendehantering socialtjänsten

Ärendehantering innefattar antal ärenden, anmälningar, ansökningar och aktualiseringar, samt utredningar och beslut som görs under 2011 av de tretton mångbesökarna. Detta gäller samtliga ärenden förutom ansökningar och utredningar av ekonomiskt bistånd, som redovisas i ett separat avsnitt.

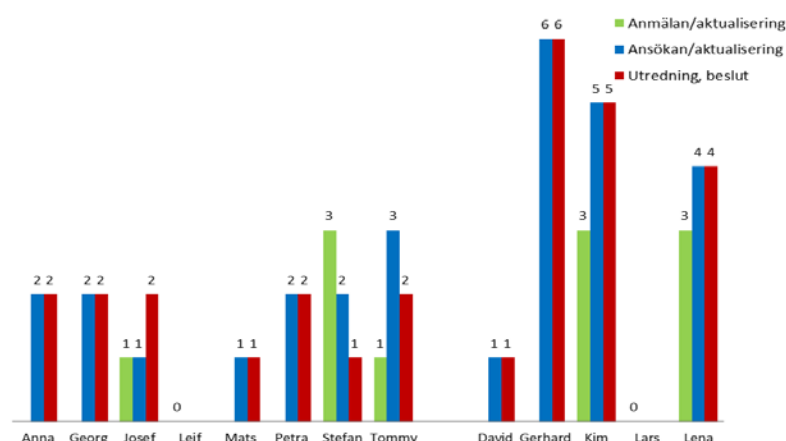


Diagram 9: Anmälningar och ansökningar samt utredningar och beslut, antal

Totalt görs elva anmälningar och 29 ansökningar till socialtjänsten. Av dessa 40 anmälningar och ansökningar utreds och tas beslut om 28

stycken. Leif har enbart ekonomiskt bistånd och Lars har andra insatser där utredningarna görs innan 2011.

De elva anmälningarna som görs gentemot fem mångbesökare handlar om orosanmälan gällande barn, att mångbesökaren har hotat någon annan person/personer, anmälan från polis i samband med omhändertagande enligt Lagen om omhändertagande av berusade personer m.m., LOB (1976:511). I Josefs och Lenas fall är det en anmälan om tvångsvård. För Lena sker en anmälan om omhändertagande enligt LOB från polisen som ett par dagar senare gör en LVM-anmälan. Den anmälan leder inte till en utredning utan Lena återvänder till det behandlingshem som hon tidigare har avvikit från. Den anmälan som handlar om Josef är den enda anmälningen som leder till en utredning och beslut om insats. För övriga utredningar som görs och beslut som tas om insats, ligger personens egen ansökan till grund för utredning och beslut.

Tabell 9: Anmälningar/ansökningar samt utredningar/beslut, medeltal

	Länsgemensam psykiatri <i>n=8</i>	MoB-enheten <i>n=5</i>
Anmälan, aktualisering	0,6	1,2
Ansökan, aktualisering	1,6	3,2
Utredning, beslut	1,5	3,2

För att göra en jämförelse mellan de båda verksamheterna (Länsgemensam psykiatri och MoB-enheten) räknas ett medelvärde ut för antalet anmälningar, ansökningar samt utredning, beslut.

I genomsnitt görs 0,6 anmälningar och 1,6 ansökningar per person från Länsgemensam psykiatri. Motsvarande siffror för MoB-enhetens mångbesökare är 1,2 anmälningar samt 3,2 ansökningar per person. De från MoB-enheten gör därmed fler egna ansökningar om insatser från socialtjänsten än vad som görs av Länsgemensam psykiatris mångbesökare. Genomsnittet för de anmälningar och ansökningar som leder till utredning och beslut är för Länsgemensam psykiatri 1,5 och för MoB-enheten 3,2. En större andel av de ansökningar som görs leder till utredning och beslut på MoB-enheten än för mångbesökarna från Länsgemensam psykiatri.

En anledning till att fler egna ansökningar görs och också utreds och beslutas om kan vara att socialsekreterare är samlokaliserade med sjukvårdens personal på MoB-enheten. I journalgranskningen framkommer att när en person blir inlagd på MoB-enheten för avgiftning så tas kontakt med socialtjänsten.

Tabell 10: Kostnader utredningsarbete, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Anmälan, ansökan, aktualisering*	11 000	14 000	25 000
Utredning, beslut	10 000	15 000	25 000
Individuell planering, nätverksmöte	10 000	10 000	20 000
Besök hos socialsekreterare	1 000	0	1 000
Besök gemensamt hos annan aktör**	8 000	0	8 000
Telefonsamtal	3 000	0	3 000
Summa:	43 000	39 000	82 000

* Inklusivt beslut att inleda utredning samt LVM/LVU-anmälan

** Besök som socialsekreterare gör till mångbesökare som vistas på behandlingshem, stödboende, samt besök tillsammans med mångbesökaren till andra aktörer som Försäkringskassan, psykiatri

Den totala summan för ärendehantering uppgår till 82 000 kronor för ett år. I denna beräkning ingår inte utredningsarbetet gällande ekonomiskt bistånd, som redovisas i ett särskilt avsnitt. Eftersom det görs fler utredningar för mångbesökarna från MoB-enheten blir också kostnaderna därefter. Uträknat per mångbesökare är kostnaderna för dem från MoB-enheten 7 800 kr per person jämfört med 5 400 kronor per person för dem från Länsgemensam psykiatri.

Insatser

De insatser som är aktuella för mångbesökarna är olika boenden och behandlingshem för missbruk, vilket redovisas först. Därefter redovisas stöd från öppenvård, i hemmet samt stöd från kontaktpersoner. Kostnaderna för insatserna redovisas därefter.

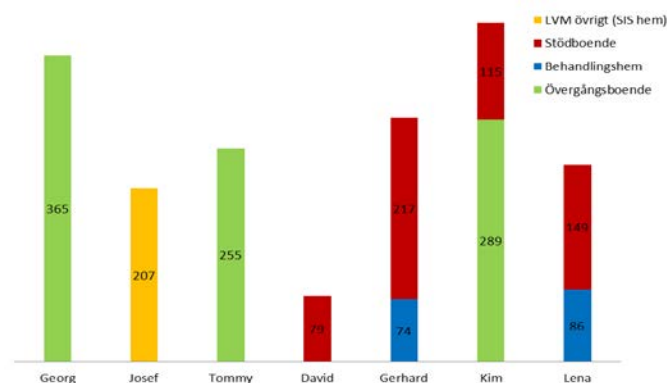


Diagram 10: Insatser boende samt behandlingshem, antal dygn under 2011

Det är tre personer från Länsgemensam psykiatri och fyra från MoB-enheten som har någon form av boende via socialtjänsten. Gerhard och Lena (från MoB-enheten) har vistats i en sammanhängande period på två-tre månader på behandlingshem för missbruk. David, Gerhard, Kim och Lena, samtliga från MoB-enheten, beviljas under året plats på stödboende.

Beskrivningen bakom statistiken för Josef visar att han har plats på olika behandlingshem för unga i nästan sju månader, via socialtjänsten. Han är även inlagd inom slutenvården i närmare nio månader under året. Att statistiken för året överstiger tolv månader beror på att

socialtjänsten har kostnader för dubbla behandlingshem under vissa perioder och för Josef innebär det att han är inom olika institutioner hela året. För Anna, görs en utredning och hon beviljas boende via LSS, men tackar nej.

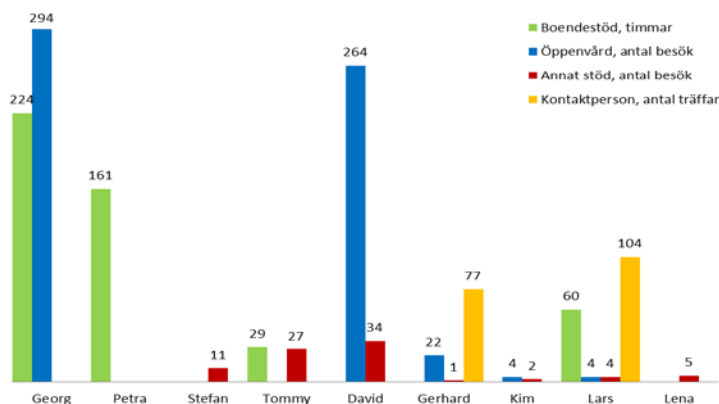


Diagram 11: Stöd från socialtjänsten

Det här diagrammet visar fördelningen av boendestöd och öppenvård (som främst utförs via öppenvårdsteam med syfte att stödja personen i det egna hemmet), annat stöd (främst stödsamtal med socialsekreterare) samt kontaktperson. Totalt har sju personer någon form av stöd i det egna hemmet, fem personer har stödkontakter eller kontakter för med socialsekreteraren (bland annat motivering att ta emot stöd) och två personer har en kontaktperson.

Antalet besök via öppenvårds- eller stödteam (*öppenvård*) uppgår till 588. Georg och David står för 95 procent av alla besök via öppenvårdsteam. Georg får besök av ett öppenvårdsteam flera gånger varje dag när han inte är inlagd inom slutenvården. Omfattningen av öppenvårdsteamets arbete framgår inte alltid i socialtjänstens akter utan bestäms utifrån den enskildes behov. För Georg finns dessa uppgifter bland annat i journalernas beskrivning av vårdplaneringar. Georg har utöver detta stöd boendestöd och Case manager. David, som har också många besök via öppenvården, har det som en fortsättning efter placering på ett behandlingshem. Även Gerhard, Kim och Lars har besök av öppenteamet under en del av året.

Fyra mångbesökare har insatser från *boendestödjarna*. Exempelvis har Georg stöd av ett mobilt stödteam närmare två dagar varje vecka under hela året (224 timmar). Stödet som beviljas gäller bland annat matlagning, städning och ledsagning. Även Petra, Lars och Tommy har boendestöd. För Petra innebär det att mobila stödteamet under en period är hos henne en dag varje vecka och stödjer henne med bland annat matlagning och klädvård och för Lars och Tommy innebär det stöd med bland annat städning drygt en timme/vecka.

Stefan, Tommy, Lars och Lena har en del av året stödkontakt eller stödsamtal med socialsekreterare och David lämnar närmare 30 drogtester via kommunens provtagning. Detta finns i kolumnen annat stöd.

Två personer har insatsen kontaktperson via socialtjänsten och de träffas två gånger varje vecka ungefär 1,5 timmar var gång.

Däremot har ingen mångbesökare från urvalet sysselsättning via socialtjänsten under året. Två mångbesökare, båda från MoB-enheten, beviljas sysselsättning men deltar inte i någon sysselsättning under året. För en tredje börjar frågan om sysselsättning att diskuteras i november, men personen blir kort därefter dömd till rättspsykiatrisk vård.

Tabell 11: Kostnader boende och behandlingshem, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Övergångsboende	620 dygn	289 dygn	909 dygn
Stödboende	0	328 000	328 000
Behandlingshem	0	436 000	436 000
LVM övrigt (SIS-hem)	2 010 000	0	2 010 000
Summa:	2 010 000	764 000	2 774 000

Kostnaderna för socialtjänstens placeringar på behandlingshem och boenden uppgår till närmare 2,8 miljoner kronor för de tretton mångbesökarna år 2011. Kostnaderna som socialtjänsten har för Josef är drygt 2 miljoner kronor men i övrigt har mångbesökarna från Länsgemensam psykiatri inte medfört några kostnader för detta. Fyra av fem personer från MoB-enheten beviljas däremot dessa insatser till en kostnad på 764 000 kronor.

Tabell 12: Kostnader öppenvård, stöd i hemmet och fritiden, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Boendestöd	165 000	24 000	189 000
Öppenvård (öppenvårdsteam)	147 000	147 000	294 000
Kontaktperson	0	32 000	32 000
Annat stöd*	22 000	28 000	50 000
Summa:	334 000	231 000	565 000

* Stöd till mångbesökare från socialsekreterare samt, för en mångbesökare, drogtester

Kostnaderna för öppenvårdsstöd, stöd i hemmet och på fritiden uppgår till drygt en halv miljon kronor för samtliga mångbesökare. Största skillnaden, vilket hänger samman med antal slutenvårdsdygn, är att mångbesökarna från MoB-enheten i större utsträckning beviljas boendestöd och stöd från ett öppenvårdsteam, samt kontaktperson. Notera att kostnaden för insatsen Case management inte finns med i den här redovisningen, som Georg har under hela året 2011.

Tabell 13: Övriga kostnader inom kategorin insatser, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Individuell planering, nätverksmöten	7 000	0	7 000
Resor som socialsekreterare gör	0	19 000	19 000
Telefonsamtal	8 000	12 000	20 000
Summa:	15 000	31 000	46 000

Övriga kostnader inom området insatser – öppenvård, stöd i hemmet och på fritiden – uppgår till 46 000 kronor och innefattar individuella planer, resor som socialsekreterarna gör samt telefonsamtal med och om mångbesökarna.

Ekonomiskt bistånd

Avsnittet om ekonomiskt bistånd innefattar en redovisning av antalet ansökningar, utredningar samt utbetalningar av ekonomiskt bistånd för mångbesökarna under 2011. Kostnaderna för det redovisas därefter.

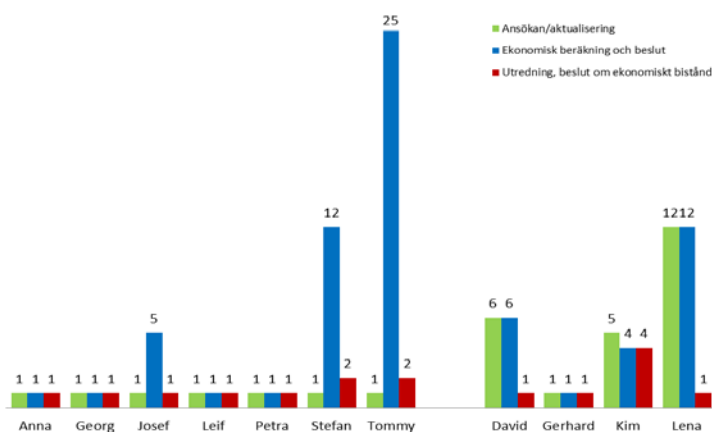


Diagram 12: Ansökan, utredning och beslut om ekonomiskt bistånd, antal

Elva av tretton mångbesökare ansöker och beviljas ekonomiskt bistånd under 2011. De allra flesta ansökningar beviljas. Lars gör ingen ansökan under 2011 men har, liksom Kim, sedan tidigare förmedling av egna medel minst en gång varje månad. Förmedling av egna medel sker via socialtjänsten och är en service som erbjuds medborgare i Luleå kommun. Det är därmed inte ett bistånd vis socialtjänstlagen men utförs av socialtjänsten.

Tabell 14: Kostnader utredning och beslut om ekonomiskt bistånd samt för ekonomiskt bistånd, kronor

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Ansökan, aktualisering	4 000	14 000	18 000
Ekonomisk beräkning och beslut	18 000	9 000	27 000
Utredning, beslut ekonomiskt bistånd	10 000	10 000	20 000
Försörjningsstöd	188 000	78 000*	266 000
Egna medel, förmedling	0	11 000	11 000
Besök hos socialsekreterare	4 000	8 000	12 000
Telefonsamtal	8 000	28 000	36 000
Summa:	232 000	158 000	390 000

* Av denna summa är 5 000 kronor ekonomiskt bistånd mot återbetalning. Kostnaden för detta finns hos socialtjänsten under 2011.

Socialtjänstens kostnad för arbetet med försörjningsstöd för de tretton mångbesökarna är 390 000 kronor. I den beräkningen ingår själva utredningsarbetet med ansökan, aktualisering utredning och dokumentation, men också besök till och telefonsamtal med socialsekreteraren som gäller personernas ekonomi.

Det totala beloppet som socialtjänsten betalar ut i ekonomiskt bistånd under året är 266 000 kronor, varav 188 000 kronor är till personer som deltar från Läns-gemensam psykiatri och 78 000 kronor till dem från MoB-enheten.

Telefonsamtal samt besök och resor

Det här avsnittet redovisar det sammantagna antalet telefonsamtal med och om mångbesökarna samt antalet besök och resor som socialsekreterare gör för att exempelvis träffa mångbesökaren på behandlingshem eller inom vården. *Kostnaderna för dessa poster finns redan medtagna i respektive avsnitt här ovan.*

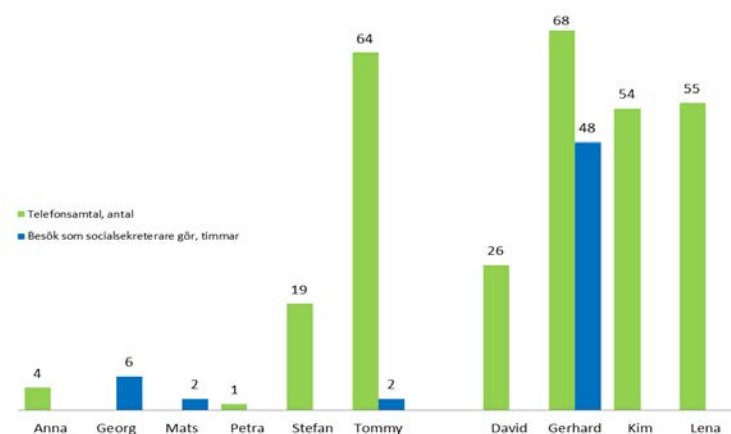


Diagram 13: Antal telefonsamtal samt tidsåtgång för socialsekreterares besök och resor.

De dokumenterade *telefonsamtal* som socialsekreterarna gör under 2011 uppgår till 291 stycken. Samtalen är till största delen mellan socialsekreteraren och mångbesökaren och om personens ekonomi. Det finns även samtal dokumenterade med andra aktörer, som psykiatrin, men de är färre. Mest troligt är det betydligt fler telefonsamtal som görs i socialsekreterarnas arbete men det här diagrammet visar att övervägande antalet samtal görs med mångbesökarna från MoB-enheten vilket kan bero på att personerna från Läns-gemensam psykiatri har fler slutenvårdsdygn inom främst psykiatrin och inte lika tät kontakt med socialsekreterare just då. Det kan även bero på samlokalisering på MoB-enheten.

I kategorin *besök som socialsekreterare gör* innefattas resor till exempelvis Läns-gemensam psykiatri, behandlingshem eller liknande som görs för att träffa mångbesökaren. Den tidsåtgång som finns uppgifter om i aktgranskningen uppgår till totalt 58 timmar, vilket är långt ifrån den verkliga resursåtgången som rimligen borde vara i den här uppföljningen (utifrån de resurser som mångbesökarna använder under året). Därför finns skäl att anta att dessa uppgifter inte är fullständiga. Bland annat framkommer i granskningen att det upprättas individuella planer hos andra aktörer och placeringar görs på behandlingshem och andra boenden (ibland i andra kommuner eller län) och då innebär det vanligtvis resor för socialsekreterare.

Den sammanlagda kostnaden för resor och besök som socialsekreterare gör för telefonsamtal uppgår till 86 000 kronor. Av dessa utgör 59 000 kronor telefonsamtal.

Individuella planeringar

Avslutningsvis redovisas antalet individuella planeringar och nätverksmöten mellan olika aktörer – de som det finns uppgifter om i granskningen av akterna. Kostnaderna för dessa poster finns specificerade i tidigare avsnitt.

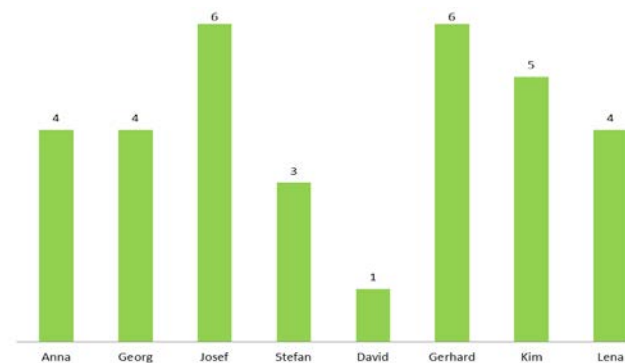


Diagram 14: Antal individuella planeringar

Antalet dokumenterade individuella planeringar uppgår till 33 stycken under 2011; för de från Läns gemensam psykiatri upprättas 17 individuella planeringar och för MoB-enhetens mångbesökare upprättas 16 individuella planeringar under året. Det är dock troligt att det finns fler planeringar för stöd av till exempel mobila stödteamet. Leif, Mats, Petra, Tommy och Lars har ingen dokumenterad individuell planering. Av dem har Leif och Mats väldigt lite kontakt med socialtjänsten medan Petra och Tommy har boendestöd och då borde det finnas en individuell plan och genomförandeplan.

Även Georg har stöd av mobila stödteamet och där framkommer det i sjukvårdens journaler att tio planeringar görs, varav mobila stödteamet deltar på fyra av dem, och socialsekreterare närvarar vid två av dessa planeringar. Dessa individuella planeringar finns medtagna i diagrammet ovan. Det framkommer även att vid fem tillfällen deltar representanter från Case management-teamet i Georgs planeringar, dock inte alltid en case manager från kommunen, men eftersom de arbetar tillsammans och representerar både sjukvården och socialtjänsten torde det ha mindre betydelse vem som deltar.

De totala kostnaderna för individuella planeringar och nätverksmöten med andra aktörer är 27 000 kronor. Fördelningen är jämn mellan mångbesökarna från Läns gemensam psykiatri respektive MoB-enheten.

Kriminalvård och frivård

Uppgifterna från dokumentation hos Kriminalvården/Frivården redovisas i denna del av kapitlet. Som beskrivits är uppgifterna inte fullständiga, bland annat saknas personutredningar och domar. Åtta mångbesökare har under året kontakt med Kriminalvården/Frivården; Anna, Leif, Mats, Stefan, Tommy, David Gerhard och Lena.

De avsnitt som finns här nedan är (a) häkte, övervakning och kontraktsvård (det vill säga de insatser som används), samt (b) telefonsamtal, administration, individuella planeringar (VSP) samt nätverksmöten. Dessa utgör delar av personalens arbetsuppgifter.

Häkte, övervakning och kontraktsvård

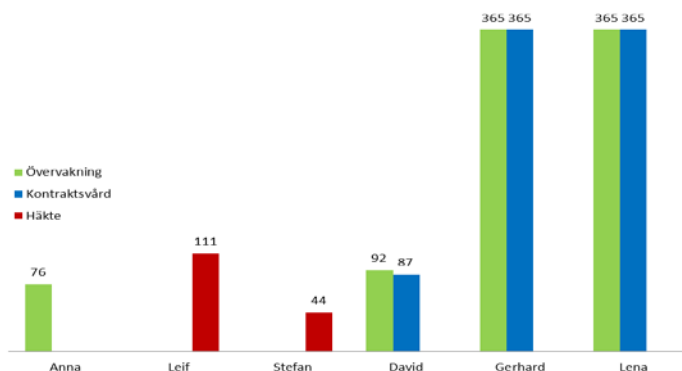


Diagram 15: Övervakning, kontraktsvård och häkte, dygn

För de åtta mångbesökarna som under 2011 har eller får en påföljd uppgår antal dygn i häkte till 155, antal dygn med övervakning uppgår till 898 och kontraktsvård till 817 dygn. Av mångbesökarna är Leif och Stefan häktad i sammanlagt 155 dygn. Både Leif och Stefan har valts ut via Läns gemensam psykiatri och blir under året dömda till rättspsykiatrisk vård. När det gäller Leifs och Stefans tid på häktet så görs under den tiden två respektive tre suicidscreeningar, och en av dem besöker sjuksköterska (och läkare) på häktet några gånger.

För Anna handlar det om en övervakning som påbörjas innan 2011 och som löper ut i början av året och David får kontraktsvård under senare delen av året (skyddstillsyn med föreskrift och övervakare). För Lena och Gerhard löper kontraktsvården och övervakningen under hela året. Båda får under andra halvåret en ny dom där tidigare utdömd skyddstillsyn även skall avse den nya brottsligheten.

Tabell 15: Kostnader övervakning, kontraktsvård och häkte, kronor

	Läns gemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Övervakning	2 000	14 000	16 000
Kontraktsvård	0	1 471 000	1 471 000
Häkte	465 000	0	465 000
Summa:	467 000	1 485 000	1 952 000

Den totala kostnaden för de dygn som mångbesökarna är häktade är 465 000 kronor och kostnaden för kontraktsvård och övervakning är närmare 1,5 miljoner kronor.

Dessutom finns kostnader för *transporttjänst*, som inte är medtagna i denna tabell eftersom det har varit svårt att avgöra när dessa kostnader har funnits. Summan för transportkostnader är troligtvis högre än de 32 000 kronor vi kommit fram till utifrån dokumentationen.

Samtal, administration, individuella planeringar och nätverksmöten

Här redovisas tre poster där det första är *telefonsamtal*, som även inkluderar rådgivningssamtal, besök och viss enklare administration (exempelvis att skicka en kallelse). Den andra posten är *utredningar och yttranden* som görs under året, och som innefattar yttrande till tingsrätten, utredningar om öppenvård samt personutredningar, och den tredje posten är upprättandet och uppföljningen av *individuella planer* (verkställighetsplaner).

Tabell 16: Telefonsamtal., utredningar och yttranden samt individuella planeringar och nätverksmöten.

	Antal	Kostnad
Telefonsamtal m.m.	66	18 000
Utredningar, yttranden	5	9 000
Individuella planeringar, nätverksmöten	11	15 000
<i>Summa:</i>	<i>82</i>	<i>42 000</i>

De telefon- och rådgivningssamtal, samt besök och annan administration som Kriminalvården/Frivården gör för de åtta mångbesökarna under året uppgår till 66 stycken, varav Lena har flest samtal och besök, 16 stycken.

Två av de yttranden som görs gäller Gerhard och Lena och är skriftliga yttranden från Frivården till tingsrätten om eventuell fortsatt skyddstillsyn med föreskrift inför en ny dom. För Stefan och Tommy handlar det om en personutredning, och för Mats om en ansökan som han skickar in om elektronisk intensivövervakning (fotboja).

De planeringar som frivården upprättas kallas Verkställighetsplan (VSP). För de fyra mångbesökare som har kontraktsvård har och/eller övervakning upprättas verkställighetsplaner (inklusive uppföljningar och något nätverksmöte) vid elva tillfällen.

De *beräknade kostnaderna* för dessa arbetsuppgifter uppgår till sammanlagt 42 000 kronor, uppdelat på telefonsamtal 18 000 kronor respektive individuella planeringar och nätverksmöten 15 000 kronor. Utredningar och yttranden har kostat frivården 9 000 kronor.

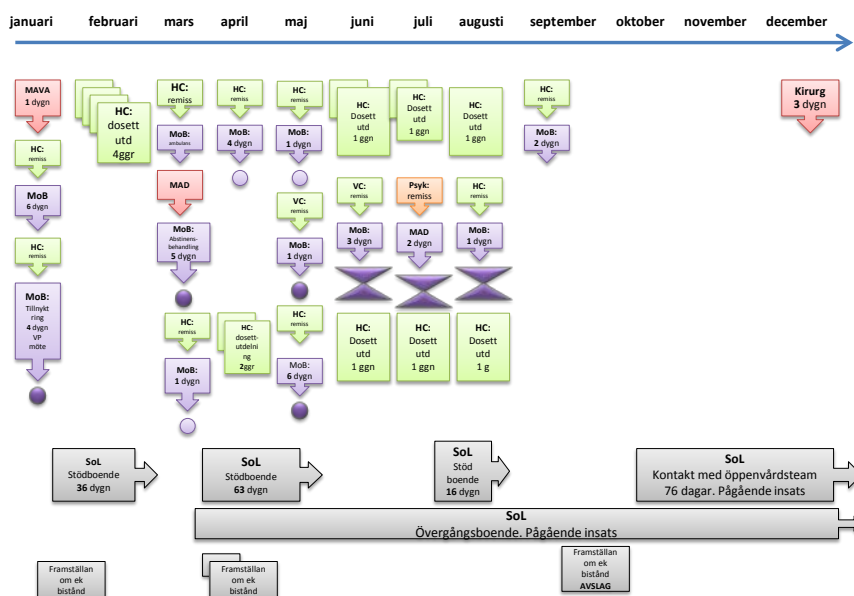
Sex fallstudier

I det här kapitlet presenteras sex mångbesökares väg genom sjukvård, socialtjänst och frivård under ett år. Här vävs intervjumaterialet, journal- och aktgranskningen ihop med resultatet från fokusgrupperna för att skapa en så beskrivande bild som möjligt av nyttjandet av organisationernas resurser.

Kim

Kim är mellan 55-60 år. Han är ensamstående och har gymnasieutbildning. Sedan länge har han alkoholproblem och även alkoholrelaterade 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 egen utsago är helt nykter år 2011 är under en fem veckors vistelse på ett motivations- och utredningshem.

Under året är han inlagd på MoB-enheten vid 13 tillfällen, en till sex dygn åt gången, oftast via remiss från hälsocentralen. Kim upplever att personalen på MoB-enheten oftast undviker ögonkontakt, och han tror att det finns risk att ingen upptäcker direkt om han blir allvarligt sjuk. Han önskar att personalen på avdelningen har en mer aktiv roll, och avbryter samtal som förekommer om alkohol och droger.



Figur 2: Kims flödesschema.

I januari läggs Kim in på akutvårdsavdelningen på Sunderby sjukhus (se flödesschemat ovan). Han kommer in med bröstsmärtor och läggs

in för hjärtobservation. Han är kraftigt alkoholpåverkad och skrivs ut samma dag. Dagen efter vänder han sig till hälsocentralen för att få remiss till MoB-enheten. 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 MoB-enheten, vårdas där och skrivs ut, den här gången till ett stödboende dit han placeras av socialtjänsten. Utslussningen planeras av sjukvården och socialtjänsten vid MoB-enheten. Kim är med vid planeringstillfället men i intervjun uppger han att han inte deltar i planeringar av hans vård utan bara är där eftersom det enda tillfälle då de vill fråga honom något är angående ett specifikt boende som han inte är intresserad av att vara på då. Medan Kim vistas på boendet i fem veckor hämtar han dispenserade läkemedel på hälsocentralen. Under sista veckan på boendet återfaller han i alkoholmissbruk och kommer till hälsocentralen snart efter utskrivningen från boendet för att få remiss till MoB-enheten.

Mönstret med remiss och korta inläggningar för slutet 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 vårdplanering i samband med de flesta utskrivningar från MoB-enheten. 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 behandlingen på MoB-enheten.

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

Efter att Kim avbryter ytterligare en 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 kontinuerlig stödkontakt med socialtjänstens öppenvårdsteam. Han är inte aktuell för Kriminalvård/Frivård. Det kan vara så att han är nykter eller missbrukar alkohol mindre under hösten innan han återfaller i missbruk i mitten av december. Efter två veckors drickande läggs han in på kirurgavdelningen på Sunderby sjukhus med bröstsmärtor och vårdas där i tre dagar innan han skrivs ut före nyårsafton. Om Kim är nykter under stora delar av hösten och hans vård och stöd har en positiv effekt på hans missbruksmönster kan det intensiva samarbetet mellan socialtjänsten och missbruksvården få stor betydelse tillsammans med stödet från öppenvårdsteamet i hemmet.

Fokusgruppen

Kims fall diskuteras i fokusgruppen på MoB-enheten. Kims vårdmönster och situationen känns igen som helhet i den bemärkelsen att man ofta möter liknande fall. Det tolkas så att mångbesökaren söker vård men inte orkar mer och sedan skrivs ut. Lösningen med dosett-

utdelning i kombination med skyddat boende tycks fungera bra för Kim. Fokusgruppen tycker att planeringen för öppenvården i liknande situationer kan bli bättre om arbetet med motivationen stärks. Det uppmärksammas brist på öppenvårdslösningar inom missbruksvården i Norrbotten. Sådana lösningar kan på ett bättre sätt hjälpa människor med kroniska problem, som Kim.

Kostnader för Kim

De totala kostnaderna för Kims vård och stöd under året uppgår till 677 000 kronor, varav sjukvårdens kostnader är 570 000 kronor. Kim är inte aktuell för Kriminalvård eller Frivården.

Tabell 17: Sjukvårdens, socialtjänstens och kriminalvårdens kostnader

SJUKVÅRD	Kostnad	Antal	Kommentar
Slutenvård	377 000	63	45 dygn beroendevård, 9 dygn somatisk vård. 16 vårdepisoder
Besök akutmottagning	88 000	35	
Besök öppenvård	95 000	80	
Individuella planeringar, nätverksmöten	9 000	7	
Telefon-, rådgivningssamtal, administration	1 000	12	
<i>Summa</i>	<i>570 000</i>		

SOCIALTJÄNST	Kostnad	Kommentar
Ärendehantering	5 000	3 anmälningar, 5 ansökning som utreds och beslutas
Insatser: stödboende	58 000	115 dygn stödboende. Övergångslägenhet 289 dygn
Insatser i öppenvård	3 000	Öppenteamet
Ärendehantering, ekonomiskt bistånd	17 000	5 ansökningar samt 4 utredningar och beslut Förmedling av egna medel (5 400 kronor)
Utbetalt ekonomiskt bistånd	12 000	
Individuella planeringar, nätverksmöten	2 000	5 stycken
Övriga kostnader*	10 000	Varav 48 telefonsamtal
<i>Summa</i>	<i>107 000</i>	

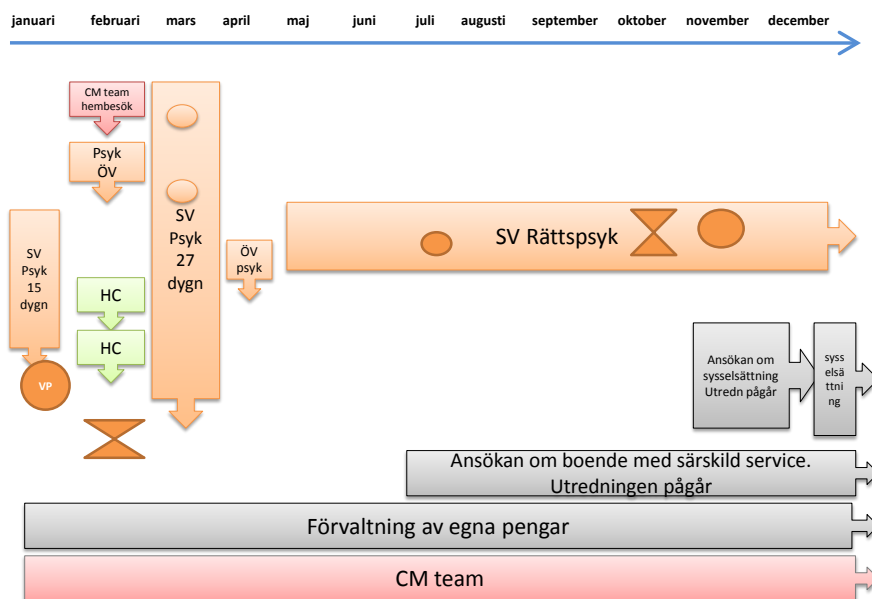
KRIMINALVÅRD/FRIVÅRD

Ej aktuell för Kriminalvården/Frivården under 2011

* Övriga kostnader: t.ex. telefonsamtal, besök hos socialsekreterare.

Georg

Georg är en av dem som väljs ut på Läns gemensam psykiatri och han representerar en av dem som har speciella insatser för att förbättra vården och stödet. Han har haft insatsen Case management (CM) under hela undersökningsåret. Georg är i 45-års åldern och kommer från en familj med alkoholproblem. Han är singel och har inga barn. 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 psykiatrisk vård är omfattande; redan i början av 2011 bedömde CM-teamet som arbetar med Georg att vården i hemmet inte fungerar och börjar diskutera alternativa lösningar.



Figur 3: Georgs flödesschema.

I januari 2011 inkommer Georg med ambulansen till den psykiatriska avdelningen vid Sunderby sjukhus. Han har försämrad psykisk status och han har tappat tolv kilo i vikt under hösten. Under vistelsen på den psykiatriska avdelningen påpekar cm-teamet under vårdplaneringen att vården i hemmet inte fungerar. Det framkommer att Georg inte själv kan anpassa klädsel för vädret och att han är ofta utomhus nattetid. Han skrivs ut till hemmet efter två veckor. Det mobila stödteamet kommer till honom flera gånger om dagen och case managers 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 han avbryter testet – han orkar inte med det. I slutet av månaden meddelar CM-teamet till den psykiatriska avdelningen att Georgs psykiska tillstånd har 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 distriktssköterskan från hälsocentralen deltar i vårdplaneringar. Om två veckor övergår inläggningen från psykiatrisk tvångsvård (LPT) till vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) men Georg skrivs inte ut eftersom han fortfarande behöver vård dygnet runt och inte klarar 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 en 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 tar vid. Där vårdas Georg resten av året. Om det finns inga uppgifter i kriminalvårdens register. Det halvåret som Georg spenderar i Öjebyn, som har mer resurser för ett långsiktigt arbete, 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 som vårdade 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 särskild service och om sysselsättning som inte hinner beviljas innan årets slut – beslut tas nästa år.

Vid intervjutillfället sommaren 2012 har Georg fått boende med särskild service och sysselsättning via socialtjänsten. Han trivs med boendet och sysselsättningen men samtidigt tycker han att det vore bättre om han fått dessa insatser tidigare.

Fokusgrupper

Denna fallstudie diskuteras i en fokusgrupp i en brukarorganisation samt på MoB-enheten. Brukarorganisationens kommentarer är att Georg borde ha fått boende med särskild service och sysselsättning tidigare, och även på MoB-enheten finns den åsikten. I fokusgruppen på Brukarorganisationen tycker man att liknande fall förekommer och reagerade på att det inte finns anteckningar om missbruk i Georgs journaler förutom en anteckning om tidigare blandmissbruk. Viktnedgången och problem med regelbunden medicinering hos Georg kan enligt dem med stor sannolikhet tyda på ett pågående blandmissbruk.

På MoB-enheten diskuteras det att Case management är en insats som gör stor skillnad för många med komplexa behov som Georgs. Brukarorganisationen betonade vikten av att ha en kontaktperson utanför myndighetsvärlden, någon som kan hjälpa människor i Georgs situation att till exempel föra sin talan.

Kostnader för Georg

Kostnaderna för Georgs vård och stöd uppgår till 1 876 000 kronor, men då finns inte socialtjänstens kostnad för Case management insatsen medräknad. Den stora kostnaden ligger på psykiatrisk slutenvård, drygt 1,5 miljoner kronor.

SJUKVÅRD	Kostnad	Antal	Kommentar
Slutenvård	1 503 000	289	Psykiatri i 3 vårdepisoder
Besök akutmottagning	15 000	6	
Öppenvårdsbesök	57 000	70	Viss kostnad finns registrerad för Case management (14 000 kronor). Läkemedelsdelning 16 000 kronor.
Individuella planeringar, nätverksmöten	49 000	10	
Telefonsamtal	1 000	1	
Totalt	1 625 000		

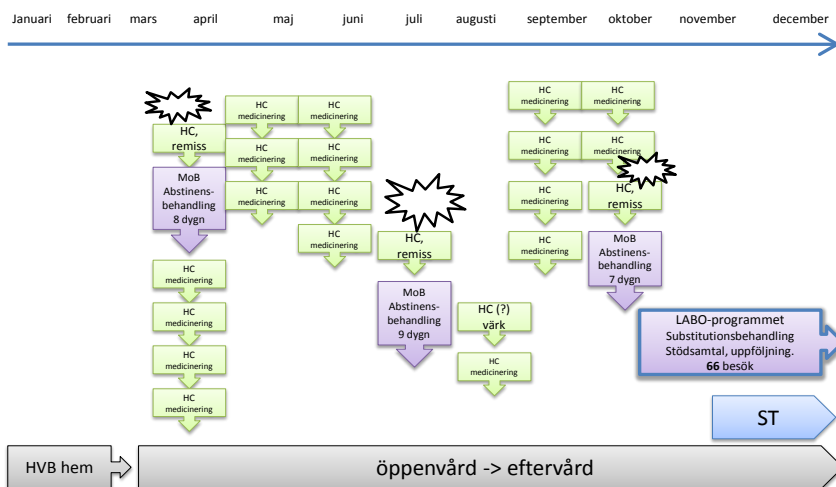
SOCIALTJÄNST	Kostnad	Kommentar
Ärendehantering	4 000	2 ansökningar varav 2 utreds och beslutas
Insatser; boende, behandlingshem		Övergångslägenhet, 255 dygn
Insatser i öppenvård	237 000	Öppenvårdsteam
Ärendehantering	2 000	1 ansökan
Utbetalt ekonomiskt bistånd	500	
Övriga kostnader*	2 500	CM teamets insats är inte uträknad för socialtjänsten
Totalt	246 000	

KRIMINALVÅRD/FRIVÅRD
<i>Ej aktuell för Kriminalvården/Frivården under 2011</i>

* Övriga kostnader: t.ex. telefonsamtal, besök hos socialsekreterare.

David

David är drygt 50 år gammal. Han har en flickvän och barn från ett tidigare förhållande som bor hos mamman. David umgås med barnen men har inte vårdnaden om dem. 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.



Figur 4: Davids flödesschema

Från och med slutet av 2010 vistas David 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 återfaller David i amfetaminmissbruk. Han vänder sig till sin hälsocentral och remitteras till MoB-enheten. Där abstinensbehandlas och avgiftas han i åtta dygn. Efter att ha fått en fraktur tidigare i livet har David svår värk. När han skrivs ut från MoB-enheten noteras det i journalen att han får 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 honom gör sjuksköterskan på MoB-enheten 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 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 under våren.

I början av oktober vill David få en remiss till MoB-enheten eftersom han har missbrukat morfinet och senast på morgonen den dagen tagit tre dagars dos. I en vecka behandlas David på MoB-enheten och avgiftas. Ett villkor för att påbörja substitutionsbehandlingen som planeras efter avgiftningen är att bli fri sidomissbruket, som i Davids fall är hasch och benzodiazepiner. Under tiden lämnar socialtjänsten information 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 träffarna regelbundet under fortsatt behandling.

Fokusgrupper

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

På MoB-enheten känns fallet igen, mångbesökaren verkar vilja bryta missbruket och kommer till MoB-enheten och vill bli avgiftad. Det uttrycks åsikter om att hälsocentralsläkare ibland är flitiga på att skriva ut det som MoB-enheten har avgiftat personen från. Ibland ringer MoB-enheten till läkare på hälsocentral och påtalar detta. Enligt gruppens utsago har MoB-enheten ett ansvar att samverka med remit-

terande myndighet, till exempel 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 är ett förbättringsområde för MoB-enheten. När det gäller uppgifterna som saknas i aktgranskningen om hur öppenvård och eftervård genomförs förklarar en socialsekreterare att eftervård kan ingå som en del i HVB-hemmets uppdrag och innebär att personal därifrån gör hembesök, exempelvis 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.

Även på frivården menar deltagare i fokusgruppen att fallet ser bekant ut, och att missbrukare med sammansatt problematik som David enligt deras erfarenhet ofta söker sig till MoB-enheten när de inte orkar mer. Gruppen reagerar på hur lätt det är för David att få morfinet förskrivet. Det uttrycks i samband med detta åsikter om att en sådan förskrivning förekommer bland vissa läkare.

Under ett informationsmöte med missbruksrådet konstateras att överförskrivning, som i Davids fall, känns igen. Enligt uttalanden i gruppen finns en vilja bland läkare att skriva ut mindre doser för att förebygga eventuellt missbruk av läkemedel. Sådana initiativ möttes dock av motstånd av apoteket, då det uppfattas som en konkurrenssituation.

Kostnader för David

Kostnaderna för Davids nyttjande av resurser från sjukvård, socialtjänst och kriminalvård/frivård uppgår till 647 000 kronor. Här har socialtjänsten den största kostnaden 251 000 kronor där den största posten är insatser i öppenvård, och stöd från ett öppenvårdsteam. Kostnaden för Kriminalvården/Frivården utgörs främst av kontraktsvård med övervakning (158 000 kronor).

Tabell 19: Sjukvårdens, socialtjänstens och kriminalvårdens kostnader

SJUKVÅRD	Kostnad	Antal	Kommentar
Slutenvård	132 000	24	Sluten beroendevård, 3 vårdepisoder
Besök akutmottagning	5 000	2	
Besök öppenvård	90 000	95	Deltagande i LABO: 68 besök
Individuella planeringar, nätverksmöten	4 000	3	
Telefon-, rådgivningssamtal, administration	1 000	2	
<i>Summa</i>	<i>232 000</i>		

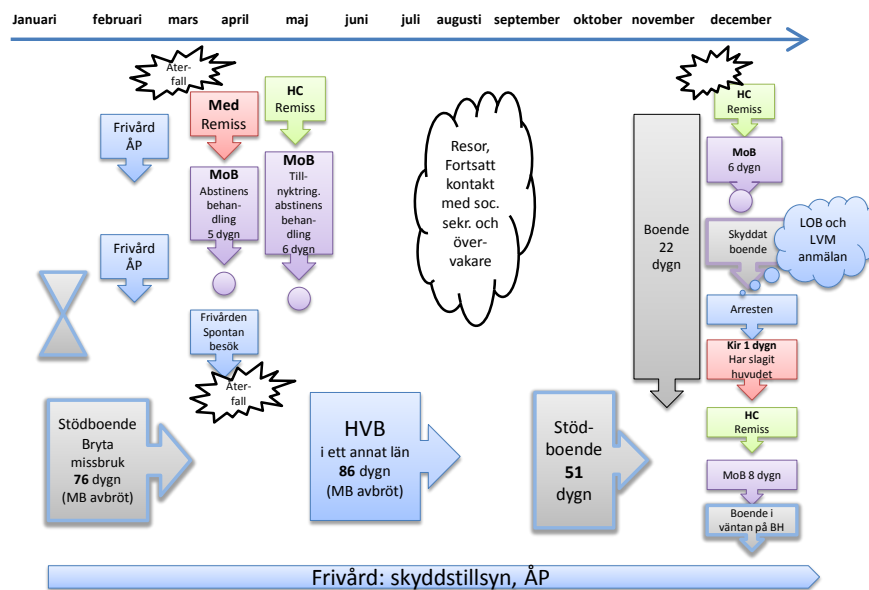
SOCIALTJÄNST	Kostnad	Kommentar
Ärendehantering	2 000	1 ansökning som utreds och beslutas
Insatser: stödboende	63 000	79 dygn
Insatser i öppenvård	132 000	264 tillfällen, öppenvårdsteam
Ärendehantering, ekonomiskt bistånd	9 000	6 ansökningar, utredningar och beslut
Utbetalt ekonomiskt bistånd	7 000	
Individuella planeringar, nätverksmöten	1 000	1 styck
Övriga kostnader*	37 000	Varav 28 000 kronor utgörs av 27 drogtester
<i>Summa</i>	<i>251 000</i>	

KRIMINALVÅRD/FRIVÅRD	Kostnad	Kommentar
Kontraktsvård och övervakning	158 000	3 månader
Individuella planeringar, nätverksmöten	3 000	Upprättande av VSP, 1 uppföljning med socialtjänst
Besök David och frivården	3 000	
<i>Summa</i>	<i>164 000</i>	

* Övriga kostnader: t.ex. telefonsamtal, besök hos socialsekreterare.

Lena

Lena är drygt 30 år gammal och hon har i många år varit aktuell för Kriminalvården/Frivården, psykiatri och missbruksvården. Hon har inga barn och under undersökningsåret har hon några kortvariga förhållanden.



Figur 5: Lenas flödesschema.

I slutet av januari får Lena en ny dom om skyddstillsyn; hon har tidigare dömts till skyddstillsyn men med den här domen får Lena nya föreskrifter om att hon 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. Till sammans 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 skall lämna drogtester den 11 och den 14 mars men uteblir. 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-enheten att hon ska bibehålla drogfriheten för att få komma till ett behandlingshem i maj.

Lena kommer i slutet av april till Kriminalvården på ett spontanbesök, träffar sin övervakare och deltar i ÅP-programmet (Återfallspreventionsprogram). I slutet av april håller hon telefonkontakten med socialsekreteraren, allt verkar fungera bra efter Lenas abstinensbehandling. Några dagar därefter remitteras hon återigen till MoB-enheten för abstinensbehandling efter ett återfall i missbruk av amfetamin, hasch och bensodiazepam. Tillsammans med kontaktpersonen från MoB-enheten 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 via telefon. Mot slutet av september återvänder Lena hem 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 ramen för kontraktsvården flyttar Lena in på ett annat stödboende för män och kvinnor. Det fungerar i några veckor, till slutet av november. Sedan avbryter hon behandlingen och åker iväg tillsammans med en ny partner som hon träffar 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 utskrivningen sätts hennes mediciner ut och hon lämnar MoB-enheten. Enligt den individuella planen ska hon ges möjlighet till ett stödboende men hon kommer aldrig dit. Istället grips hon 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 i arresten. Hon remitteras till MoB-enheten och spenderar jul- och nyårshelgen där på abstinensbehandling.

Fokusgrupper

Lenas fall har diskuterats i fokusgrupper på MoB-enheten och Frivården. Gruppen på MoB-enheten berättar 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. Flera tyckte att i det här fallet borde det ha skett en samverkan mellan landstinget (MoB-enheten) och frivården. Utifrån dokumentationen verkar kriminalvården ha samverkat med socialtjänsten men inte med landstinget.

Också på frivården uttrycker fokusgruppen att Lenas vårdmönster återkommer ofta hos dem de möter, att det är vanligt att personer med missbruksproblematik 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 besök på akuten eller hälsocentralen känns igen. Lenas fall uppfattas som ett exempel på bristande samordning, där olika huvudmän arbetar på sitt håll med en person utan gemensam planering och tätt samarbete. Frivårdens förslag på förbättring är att det i samverkan tydligt ska framgå vem som har huvudansvar för en persons vård och stöd. Risken är annars att ingen känner huvudansvar.

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

Kostnader för Lena

Den totala kostnaden för Lenas vård och stöd är 1 161 000 kronor. Den stora kostnaden har Kriminalvården/Frivården då Lena döms till kontraktsvård. Kostnaden på 680 000 kronor utgör 59 procent av hela kostnaden för Lena.

Tabell 20: Sjukvårdens, socialtjänstens och kriminalvårdens kostnader

SJUKVÅRD	Kostnad	Antal	Kommentar
Slutenvård	149 000	27	Beroendevård, 6 vårdepisoder
Besök akutmottagning	8 000	3	
Besök öppenvård	18 000	13	
Individuella planeringar, nätverksmöten	6 000	3	
Telefon-, rådgivningssamtal, administration	1 000	3	
<i>Summa</i>	<i>182 000</i>		

SOCIALTJÄNST	Kostnad	Kommentar
Ärendehantering	10 000	3 anmälningar, 4 ansökningar
Insatser: boende, behandlingshem	242 000	86 dygn beh.hem, 149 dygn stödboende
Ärendehantering, ekonomiskt bistånd	11 000	12 ansökningar
Utbetalt ekonomiskt bistånd	20 000	
Individuella planeringar, nätverksmöten	3 000	4 stycken
Övriga kostnader*	13 000	
<i>Summa</i>	<i>299 000</i>	

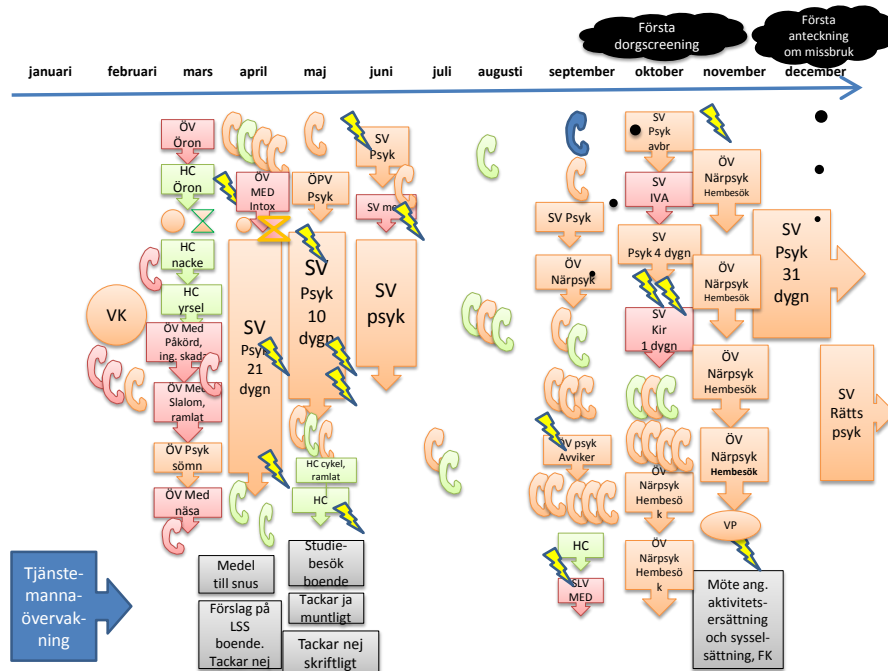
KRIMINALVÅRD/FRIVÅRD	Kostnad	Kommentar
Kontraktsvård och övervakning	663 000	12 månader
Individuella planeringar, nätverksmöten	7 000	VSP, 3 nätverksträffar med socialtjänsten
Yttrande, besök	10 000	1 yttrande, 6 besök (Lena och Frivården)
<i>Summa</i>	<i>680 000</i>	

* Övriga kostnader: t.ex. telefonsamtal, besök hos socialsekreterare.

Anna är en av de två multimångbesökare som ingår i urvalet. Hon har valts ut på Läns gemensam psykiatri och använder stora resurser främst från sjukvården. Anna är en kvinna i 20-25 års ålder 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 fungerar inte då hon inte följer den behandlingsplan som upprättas med psykiatrin. Bland hennes diagnoser finns en lindrig psykisk utvecklingsstörning och ett schizoaffektiva syndrom.

Vi väljer 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 illustreras på flödesschemat med en lur färgkodat efter huvudmannen i samtalet tillsammans med fjorton dokumenterade självmordsförsök som visas i form av blixtrar.

Vid intervjutillfället befinner sig Anna på Läns gemensam psykiatri i Öjebyn. Hon svarar med ja/nej/jag vet inte på de flesta frågor men upplever att ingen av huvudmännen inblandade i hennes vård och stöd under undersökningsåret har gjort henne delaktig i vården, att informationen brister. Hon avbryter intervjun innan alla frågor besvaras.



Figur 6: Annas flödesschema

I början av undersökningsåret befinner Anna sig i ett grannland och hälsar på släktingar och vänner samtidigt som hon håller telefonkontakt med sin övervakare då övervakningen efter en tidigare dom sträcker sig till mitten av februari. Vid samma tidpunkt som när övervakningen upphör återvänder Anna till sin hemkommun och hon deltar i en vårdkonferens på närpsykiatri. När Anna åter blir aktuell för psykiatri ska hon erbjudas vård och ska bedömas avseende vilken medicinsk behandling och stödkontakt som är realistisk för att 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 efter hennes resurser samt hennes psykiska hälsotillstånd. Detta går dock inte som planerat.

Under mars månad vänder sig Anna till primärvården och akutvården, Sunderby sjukhus med somatiska besvär; hon blir påkörd av en bil, ramlar i slalombacken. 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 eftersom hon upplever en stökig hemsituation och ber om hjälp med att hitta någon annan stans att tillbringa natten. Hon får inte den hjälpen, begår det första dokumenterade självmordsförsöket och skrivs in på Sunderby sjukhus för psykiatrisk tvångsvård. Under våren och sommaren gör Anna nio självmordsförsök. Fyra av dem inträffar när hon fortfarande är inskriven på Sunderby sjukhus och får psykiatrisk vård, antingen när hon åker hem över en helg eller när hon avviker. Fortsätter gör även vårdkontaktarna i samband med somatiska besvär.

Från och med mitten av juni blir det uppehåll i det täta och upprepade vårdmönstret. Anna ringer till psykiatri 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 hösten/vintern närmar sig kommer Anna till akutmottagningen på Sunderbyn och uppger att hon har fått ett slag över näsan under en kampsportsträning. Hon avviker dock från akuten innan hon får vård och svarar inte i telefon när de försöker ringa till henne.

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 och 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 går 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 mellan sjukvården och socialtjänsten då man konstaterar att Annas situation är ohållbar med missbruk och våld i hennes omgivning, och att det utifrån hennes behov krävs kontinuerlig vård på ett LSS-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 av närpsykiatrin, och får stödjande samtal, de undersöker hennes psykiska tillstånd och följer upp hemsituationen. Under november månad, då hon får regelbundna hembesök av närpsykiatrin, inträffar färre självmordsförsök.

I december försämras Annas psykiska hälsa, hon får mer ångest och hallucinationer. Det resulterar i att hon spenderar resten av året i slutet psykiatrisk tvångsvård, först i Sunderbyn och sedan på Länsgemensam psykiatri i Öjebyn dit Anna överförs för att vårdas. I december noteras det i journaler om Annas missbruk under det gångna året. Hon har missbrukat 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 intoxication när hon får självmordstankar och ångest eftersom läkemedelsintagen observeras och flera mediciner ges i form av sprutor.

Fokusgrupper

Annas fall tas upp i en fokusgrupp med en brukarorganisation. Problematiken som Anna har känns igen av dem och de reagerar på att Anna verkar utsättas för våld av en närstående person under lång tid utan att någon egentlig genomgång av Annas boendesituation görs under året. Att inte låta externa aktörer göra en sådan genomgång kan för familjen vara ett sätt att kontrollera Anna.

Vikten av att olika aktörer ställer följdfrågor tas upp till exempel vad gäller personer som utsätts för våld av närstående. Utifrån gruppens erfarenheter går det ofta lång tid innan sådan problematik uppdagas. De påpekar att det borde ha gjorts någonting tidigare. Generellt upplever de 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 uttrycker fokusgruppen önskan att personer i Annas situation ska få långsiktig hjälp snabbare.

I en av de informativa fokusgrupperna deltog chefer från kommuner och landsting i Norrbotten som arbetar med missbruksfrågor inom psykiatri. På informationsmötet diskuterades bland annat fallet Anna. Gruppen berättade att projektets övergripande resultat känns igen och illustrerar tidigare diskussioner i gruppen väl.

En läkare från samma psykiatriska avdelning som Anna vårdades på berättade att Annas fall är mycket representativ och att patienter med liknande behov och missbruksmönster, från samma åldersgrupp, skrivs regelbundet in på avdelningen, sju-åtta personer varje helg. Läkarnas upplevelse är att resurser inom slutna psykiatrisk vård inte är tillräckliga för den målgruppen.

När samma fall diskuterades med chefer inom socialtjänsten i länet har frågan om våld i nära relationer lyfts. Gruppen reagerade på att det inte finns något i data om Anna som tyder på försök att undersöka om hon är utsatt för våld i hemmet eller försök att motverka det eventuella våldet som en del av stödet i Annas situation.

Kostnader för Anna

Annas vårdmönster tillhör inte de dyraste bland mångbesökarna. Den totala kostnaden för Anna under 2011 är 749 000 kronor, men det är uppdelat på många tillfällen, utan att Anna får en långsiktig vård. Socialtjänstens och Frivårdens kostnader för Anna är 11 000 kronor respektive 6 000 kronor.

Tabell 20: Sjukvårdens, socialtjänstens och kriminalvårdens kostnader

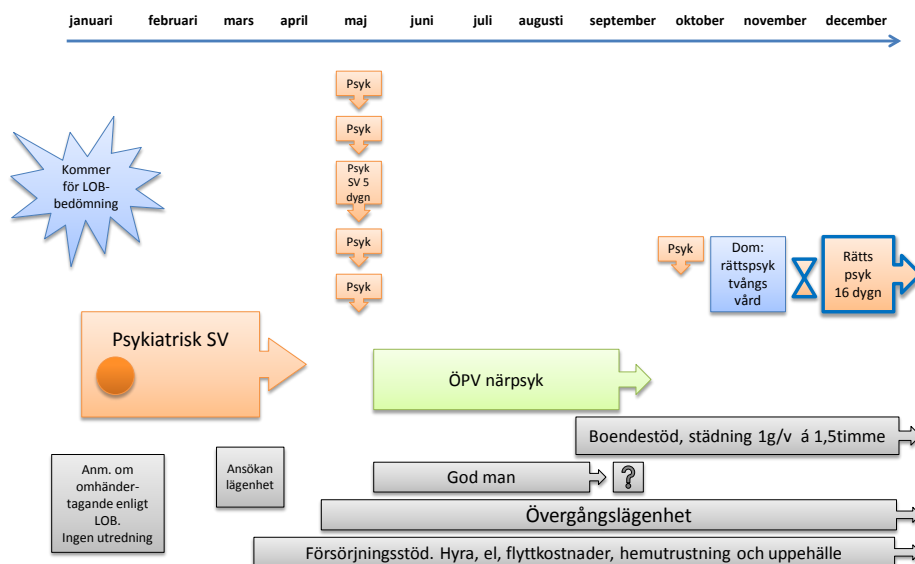
SJUKVÅRD	Kostnad	Antal	Kommentar
Slutenvård	542 000	92	76 dygn psykiatrisk slutenvård. 16 vårdepisoder.
Besök akutmottagning	104 000	44	12 besök psykiatrisk akutmott. 32 besök somatisk akutmott.
Besök öppenvård	67 000	20	
Individuella planeringar, nätverksmöten	8 000	4	
Telefon-, rådgivningssamtal, administration	11 000	99	
<i>Summa</i>	<i>732 000</i>		

SOCIALTJÄNST	Kostnad	Kommentar
Ärendehantering	3 000	1 anmälan, 1 ansökning
Ärendehantering, ekonomiskt bistånd	3 000	1 ansökan, beräkning och beslut
Utbetalt ekonomiskt bistånd	1 000	
Individuella planeringar, nätverksmöten	3 000	4 stycken
Övriga kostnader*	1 000	
<i>Summa</i>	<i>11 000</i>	

KRIMINALVÅRD/FRIVÅRD	Kostnad	Kommentar
Övervakning	2 000	2,5 mån
Individuella planeringar, nätverksmöten	2 000	2 stycken, VSP
Telefonsamtal	2 000	
<i>Summa</i>	<i>6 000</i>	

* Övriga kostnader: t.ex. telefonsamtal, besök hos socialsekreterare.

Tommy är en ung man i 20-25 års ålder som är singel och bor själv. Hans cannabismissbruk är känt sedan tidigare. År 2011 har Tommy inte fått någon beroendevård.



Figur 7: Tommys flödesschema.

I början av 2011 läggs Tommy in på den psykiatriska avdelningen på Sunderby sjukhus i samband med drogrelaterad psykos. Enligt honom själv minns han inte så mycket av sin första vistelse i Sunderbyn det året:

När jag vaknar upp då har det gått en månad. Kommer inte ihåg vad som hände, det var bara februari.

Han kämpar med läkemedelsbiverkningarna när han vaknar till, men de minskar stegvis. Han upplever att det under den tiden är för få läkarsamtal. Tommy berättar att han ber om att få läkarsamtal varje vecka men får det var sjätte, var åttonde vecka under sin långa vistelse på Sunderby sjukhus. När det blir dags för utskrivning till hemmet dyker ett annat problem upp. Tommy har problem med boendesituationen. Hans egen uppfattning av vårdssituationen är att han kan bli utskriven redan i mars då han ansöker om att få en övergångslägenhet men att han istället skrivs ut i slutet av april då han får lägenheten, vilket han beskriver var en lång väntan:

Väldigt lång väntan. Jag trodde ju det skulle ta ett halvår eller nånting.

Han beviljas en övergångslägenhet via socialtjänsten. Tommy berättar att han inte trivs i den nya lägenheten och kommer tillbaka till sjukhuset i Sunderbyn för att, som han säger: "känna lugnet liksom". Enligt journalerna rör det sig om fyra depressiva episoder med sömnsvårigheter och självmordstankar. Enligt Tommys kusin, Kajsa, som är upp-

vuxen med honom och känner honom väl är det inte så lätt att få honom att berätta något:

om det skulle gå att få honom att prata, han är inte så öppen av sig. Han ... Så är det med hans bröder också, att ställer man inte frågor så ... svarar de inte. De är inte särskilt talföra de här. Så sitter de tyst och säger inte vad det är...

Det finns mycket som tyder på att missbrukare med sammansatt problematik ofta har problem med att föra sin talan, därför är det särskilt viktigt för den målgruppen att bli tillfrågad om sin vård och behandling för att få möjlighet att påverka den. Tommy upplever inte att så var fallet:

Jag fick säga vad jag ville ha men det spelade ingen roll, de körde på bara som vanligt.

Enligt Tommy är hans största problem kroniska smärtor som han har fått i samband med sitt arbete några år före undersökningen. Han behöver hjälp med att hantera och/eller lindra smärtan. Det ingår inte i hans vårdplan vid något tillfälle under undersökningsåret. Han upplever inte att han har fått någon egentlig behandling för smärtorna, och de läkemedel han uppger att han får är bland annat Alvedon, Diklofenak och Voltaren. Det är svårt att ge en objektiv bild av Tommys medicinerings som innefattar en rad antipsykotiska preparat, då ingen läkemedelsgenomgång görs.

Enligt Kajsa är det svårt för dem som anhöriga att få information om Tommys situation. När han skrivs in på Sunderby sjukhus visste de inte var han är. De vill gärna veta var han är, och tillfrågas om de kan och vill vara delaktiga i Tommys vård och behandling. Det skulle Kajsa ha ställt upp på, och hon blir också delaktig när hon får veta var han är. Fokus i Kajsas berättelse är Tommys uppväxt. Enligt henne kan en del av Tommys problem bero på att han inte fick stöd som barn och tonåring då hans mor blev allvarligt sjuk och handikappad, och då stödet från föräldrarna inte var tillräckligt.

Fokusgrupp

Vid ett informationsmöte diskuteras delaktighetsproblematiken i fallet Tommy där Kajsa gärna ville vara delaktig i vården men upplevde att hon inte var det. Svårigheten är, enligt en läkare, att sekretessen kan utgöra ett hinder för anhörigas delaktighet, men att det till stor del beror på kontakten mellan läkaren och individen och hur frågan ställs.

På ett möte med socialtjänsten problematiseras Tommys långa väntan på ett boende medan han vårdades inom psykiatrin. Gruppen menar att detta är ett förekommande problem som kan innebära att personen lättare återfaller i missbruk.

Kostnader för Tommy

Kostnaden för Tommys vård och stöd uppgår 2011 till 834 000 kronor, varav psykiatrisk slutenvård utgör den största kostnaden (681 000 kronor). Av socialtjänstens kostnader på 135 000 kronor utgör utbetalningen av ekonomiskt bistånd på 75 000 kronor den största kostnaden, samt insatser i öppenvård på 25 000 kronor. Med Kriminalvården/Frivården har inte Tommy desto mer kontakt och deras kostnader för honom stannar på 3 500 kronor.

Tabell 21: Sjukvårdens, socialtjänstens och kriminalvårdens kostnader

SJUKVÅRD	Kostnad	Antal	Kommentar
Slutenvård	681 000	131	Psykiatri, 6 vårdepisoder
Besök akutmottagning	8 000	3	
Läkarbesök öppenvård	4 000	2	
Individuella planeringar, nätverksmöten	2 000	2	
<i>Summa</i>	<i>695 000</i>		

SOCIALTJÄNST	Kostnad	Kommentar
Ärendehantering	4 000	1 anmälan, 3 ansökningar
Insatser i öppenvård	25 000	
Ärendehantering	13 000	1 ansökan, 25 ekonomiska beräkningar, beslut
Utbetalt ekonomiskt bistånd	75 000	
Övriga kostnader*	18 000	
<i>Summa</i>	<i>135 000</i>	

KRIMINALVÅRD/FRIVÅRD	Kostnad	Kommentar
Personutredning	2 500	1 personutredning
Telefonsamtal	1 000	7 telefonsamtal
<i>Summa</i>	<i>3 500</i>	

* Övriga kostnader: t.ex. telefonsamtal, besök hos socialsekreterare.

Totala kostnader för organisationerna

De tretton mångbesökarnas kostnader för sjukvård, socialtjänst samt kriminalvård/frivård under år 2011 uppgår till 14,4 miljoner kronor.

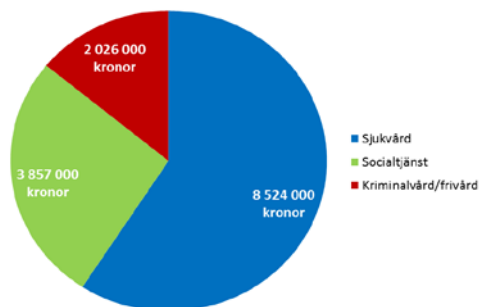


Diagram 16: Kostnader för sjukvård, socialtjänst samt kriminalvård/frivård, kronor

Av de tre organisationerna är sjukvårdens kostnader störst och uppgår till drygt 8,5 miljoner kronor. Det utgör 59 procent av de totala kostnaderna. Socialtjänstens kostnader uppgår till närmare 3,9 miljoner kronor och Kriminalvårdens/Frivårdens kostnader uppgår till drygt 2 miljoner kronor. Detta utgör 27 respektive 14 procent av de totala kostnaderna.

Sjukvårdens kostnader

Kostnaderna för de mångbesökare som väljs ut på Läns gemensam psykiatri uppgår till 6,8 miljoner kronor och för mångbesökarna som väljs ut på MoB-enheten uppgår kostnaderna till 1,7 miljoner kronor.

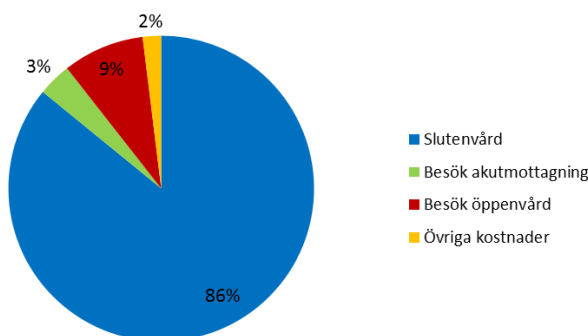


Diagram 17: Kostnader för sjukvården, kronor

När sjukvårdens kostnader delas upp framkommer att 86 procent av kostnaderna (drygt 7,3 miljoner kronor) åtgår till slutenvård, varav drygt 6 miljoner är psykiatrisk slutenvård, 900 000 kronor sluten beroendevård och 400 000 kronor somatisk slutenvård.

Övriga tre redovisades poster utgör 14 procent av de totala kostnaderna eller 1,3 miljoner kronor. Kostnaden för öppenvårdsbesök utgör den största posten av de tre med 736 000 kronor (nio procent).

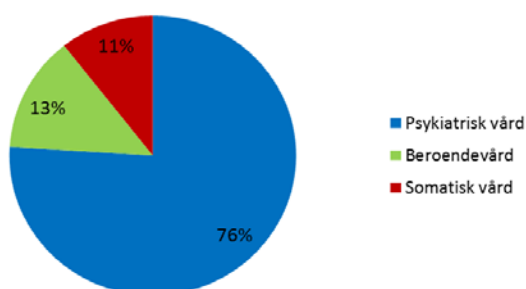


Diagram 18: Kostnader för psykiatri, beroendevård, somatik, kronor

Om kostnaderna istället delas upp på psykiatrisk vård, beroendevård samt somatisk vård står psykiatrin för drygt tre fjärdedelar (närmare 6,5 miljoner kronor) av sjukvårdens totala kostnader. Kostnaderna för beroendevården uppgår till drygt 1,1 miljoner kronor och för somatisk vård uppgår kostnaden till 900 000 kronor.

Den genomsnittliga kostnaden för mångbesökarna i vår uppföljning uppgår till 500 000 kronor för psykiatrin, 88 000 kronor för beroendevården, samt 70 000 kronor för somatisk vård. I en jämförelse med resultatet från uppföljningen i Halland (Forsman 2013) är de genomsnittliga kostnaderna för psykiatri *och* beroendevård betydligt högre för Norrbottens mångbesökare, oavsett om det gäller MoB-enhetens eller Läns gemensam psykiatri s mångbesökare; 81 000 kronor jämfört med 587 000 kronor. Medelkostnaden för somatisk vård är ungefär densamma i såväl Halland som Norrbotten (72 000 kronor jämfört med 70 000 kronor).

En möjlig förklaring kan vara skillnaden i urvalet avseende mångbesökarnas ålder där Halland har en högre genomsnittsålder samt ett missbruksmönster där alkoholmissbruk dominerar. Om urvalet i vår uppföljning begränsats till äldre personer med främst alkoholmissbruk skulle den genomsnittliga kostnaden sannolikt vara lägre. Mångbesökare i vår uppföljning, vars totala kostnader är cirka 700 000 och högre, är främst yngre personer och/eller personer med narkotikamissbruk samt blandmissbruk. Flera av dem har även omfattande psykiatrisk problematik. Sådana personer är underrepresenterade i Hallands urval.

Socialtjänstens kostnader

Socialtjänstens kostnader för de tretton mångbesökarna uppgår för året till närmare 3,9 miljoner kronor. På grund av att inte alla uppgifter från socialtjänsten finns med i denna uppföljning är kostnaderna sannolikt högre än vad som anges här nedan, och kan istället betraktas som minimikostnader.

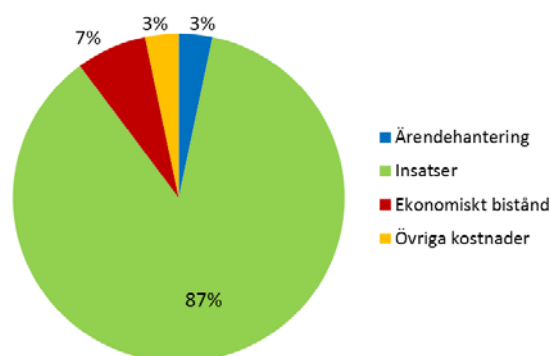


Diagram 19: Kostnader för socialtjänsten, kronor

De största kostnaderna för socialtjänsten gäller insatser. Kostnaderna för boende och behandlingshem uppgår till närmare 2,8 miljoner kronor och för insatser i öppenvård till knappt 600 000 kronor. Denna post utgör 87 procent av socialtjänstens kostnader. Kostnaderna för utbetalt ekonomiskt bistånd utgör sju procent av de totala kostnaderna och uppgår till nästan 270 000 kronor under 2011.

En genomsnittlig kostnad för socialtjänsten är knappt 300 000 kronor per mångbesökare. Liksom för sjukvården är medelkostnaderna i Norrbotten högre än vad de är i Halland, där medelkostnaden för socialtjänsten är 143 000 kronor. En skillnad mellan uppföljningarna är antalet dygn på behandlingshem och boende där mångbesökarna i Halland beviljas totalt 440 dygn, medan mångbesökarna i Norrbotten beviljas 929 dygn på behandlingshem och boende. I flera fall är det de mångbesökare som vårdas på MoB-enheten som också beviljas många dygn på behandlingshem och boenden. Detta medför högre kostnader för socialtjänsten. Samtidigt är det viktigt att påpeka att samverkan och helhetsperspektivet på mångbesökarens behov i flera fall mer långsiktigt gynnar dem från MoB-enheten. Denna samverkan tas upp som positivt exempel i nästkommande kapitel.

Kriminalvårdens/Frivårdens kostnader

Kriminalvårdens/Frivårdens kostnader uppgår till drygt två miljoner kronor. På grund av att uppföljningen ej lyckats få med alla uppgifter uppgår kostnaderna sannolikt till mer än detta. Detta får således betraktas som minimikostnader.

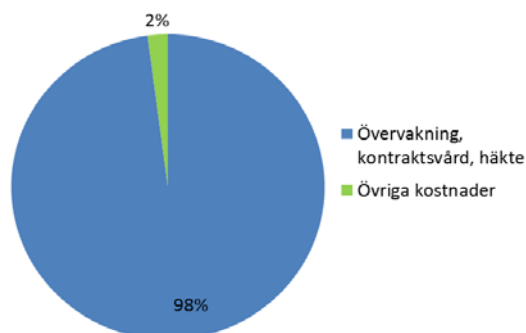


Diagram 20: Kostnader för Kriminalvården/Frivården, kronor

Den största posten för kriminalvårdens/frivårdens kostnader gäller kostnader för övervakning, kontraktsvård och häkte. Totalt utgör den posten 98 procent av de totala kostnaderna och uppgår till nästan två miljoner kronor. Kostnaden för kontraktsvård är störst, 1,5 miljoner kronor, och kostnaden för häkte är 465 000 kronor. Resterande belopp utgörs av kostnader för övervakning samt transporttjänst. Övriga kostnader (telefonsamtal, individuella planeringar, nätverksmöten samt utredningar och yttranden) är drygt 40 000 kronor under året.

De genomsnittliga kostnaderna för de åtta mångbesökarna som haft kontakt med Kriminalvården/Frivården under 2011 är 254 000 kronor. Eftersom endast en mångbesökare i Hallands uppföljning haft kontakt med Kriminalvården är det inte jämförbart att räkna ut ett medeltal.

Kostnader för varje mångbesökare

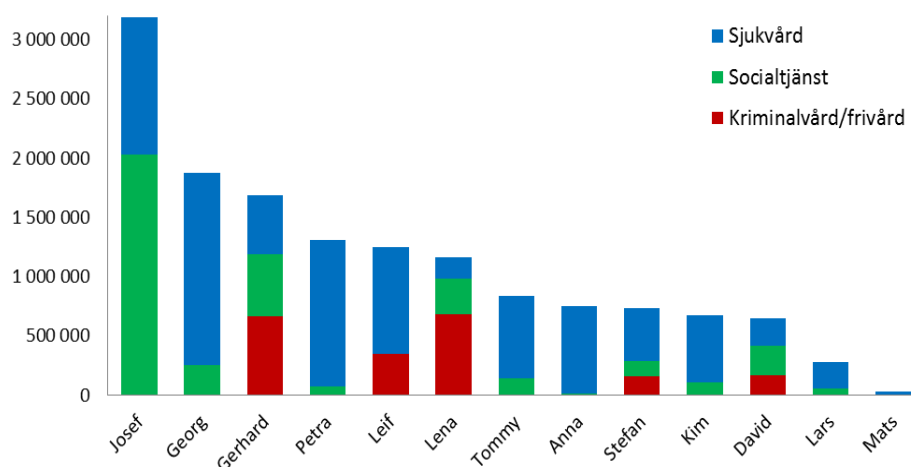


Diagram 21: Kostnader för respektive mångbesökare, kronor

De totala kostnaderna uppdelat på varje mångbesökare varierar från 29 000 kronor (Mats) till nästan 3,2 miljoner kronor (Josef).

Medelkostnaden för mångbesökarna i vår uppföljning under år 2011 är 1,1 miljoner kronor och mediankostnaden är 833 000 kronor per mångbesökare. För Hallands tolv mångbesökare är den genomsnittliga kostnaden 324 000 kronor och mediankostnaden är 256 000 kronor (Forsman 2013).

Avslutande analys och diskussion

Den här uppföljningen har handlat om personer med missbruk och beroende – mångbesökare. Syftet har varit att kartlägga och följa upp deras nyttjande av olika typer av vård- och stödinsatser, att undersöka deras uppfattning om och upplevelse av vården och stödet samt om det bemötande som de har fått från de olika organisationerna, och slutligen att identifiera och arbeta med de systembrister som framkommer i uppföljningen. I kartläggningen ingår även en kostnadsberäkning.

Uppföljning har gjorts vid Läns gemensam psykiatri och vid MoB-enheten. Det har inneburit att drygt hälften av mångbesökarna förutom missbruk eller beroende också i olika utsträckning har psykiatrisk problematik (samsjuklighet). Eftersom MoB-enheten är till enbart för Luleå och Bodens invånare vårdas personer med missbruk eller beroende ofta inom psykiatrin. Samtidigt som uppföljningen inte har det läns perspektiv som vi önskade, då tolv av tretton mångbesökare kommer från Luleå, är situationen för personer med missbruk eller beroende i Norrbotten så som den är för urvalsgruppen från Läns gemensam psykiatri. Ur det perspektivet är förhoppningen att vårt urval känns igen även för andra kommuner i Norrbotten, vilket vi uppfattar att de olika fokusgrupperna upplever.

I och med att flera av mångbesökarna har samsjuklighet är också kostnaderna för dem höga. Samtliga tretton mångbesökare kostar sjukvården, socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården 14,4 miljoner kronor. Urvalet av mångbesökare görs inom sjukvården och där återfinns huvuddelen (59 procent) av kostnaderna (8,5 miljoner kronor). Socialtjänstens kostnader utgör 27 procent och Kriminalvårdens/Frivårdens kostnader uppgår till 14 procent av de totala kostnaderna.

Med all sannolikhet har urvalsförfarandet av mångbesökarna inom sjukvården samband med sjukvårdens höga kostnader för målgruppen. Om urvalet istället utgår från socialtjänstens eller frivårdens mångbesökare förändras antagligen kostnadsfördelningen och ökar för den organisationen där urvalet görs. Trots detta innebär dessa mångbesökare stora kostnader för alla tre organisationerna, och bör i det här sammanhanget betraktas som minimikostnader. Detta eftersom såväl socialtjänstens som Kriminalvårdens/Frivårdens uppgifter kan kompletteras (se kapitlet Tillvägagångssätt).

Fallstudier i kombination med kostnadsberäkningen illustrerar att det inte är kostnader i sig utan kostnader i relation till mångbesökarens vårdbehov som är viktiga att ta hänsyn till. Utifrån fallbeskrivningen är det svårt att föreställa sig att kostnaderna för Tommy är lite högre än för Anna, och att Tommy får betydligt fler vård dygn. Både Tommy

och Anna har jämförbara behov av psykiatrisk vård. De känner båda två en större trygghet när de befinner sig inom slutna psykiatriska vård, men det är olika lätt för dem att få vårdas där. Samtidigt vårdas båda där länge och upprepade gånger medan andra insatser visar sig fungera bättre i deras fall.

När det gäller fall med extremt höga kostnader kan det vara lyckade långsiktiga investeringar eller nödlösningar. Den mångbesökaren (Josef) som har högsta kostnaderna av alla har så pass omfattande behov av psykiatrisk vård att han befinner sig på olika boenden och rättspsykiatriska avdelningar hela året, och av materialet att döma var den lösningen optimal eftersom Josef inte skulle klara sig utanför boenden på egen hand. Den personen är fri från missbruk hela året trots den tunga missbruksproblematiken i grunden. Georg, som har case manager, har också höga vårdkostnader år 2011 men enligt honom och case managers bidrar det till att hans svåra situation förbättras väsentligt år 2012.

Relativt låga kostnader behöver inte innebära en effektiv hantering av medel. En av mångbesökarna med låga kostnader i relation till andra i undersökningsgruppen får hjälp med missbruket när han begår ett allvarligt brott och flera suicidförsök under det andra halvåret. Enligt en nära anhörig och personen själv skulle återfallet i missbruk, brottet och suicidaliteten kunna undvikas om han fått hjälp tidigare.

Systembrister

Huvudfokus i det här kapitlet ligger på arbetet med systembrister, vilka ofta innebär brister i samverkan och samordning mellan organisationer och verksamheter. Vikten av samverkan mellan aktörer betonas i teorikapitlet och av fokusgrupperna. Flera av svårigheterna och systemhindren tolkas bero på bristande samverkan mellan huvudmännen, vilket bidrar till en sämre situation för individen som i Davids fall. Det finns flera exempel på att det saknas ett helhetsperspektiv på mångbesökarnas behov och situation. Med en kontinuerlig samverkan mellan de inblandade aktörerna blir de upprepade vårdmönstren glesare som hos Lena och Kim.

I det empiriska materialet framkommer att bristande samverkan tar olika form och resulterar i olika typer av icke värdeskapande episoder. Flera av dem kan klassificeras på samma sätt som systembrister inom området multisjuka äldre (se Bowin m.fl. 2012, samt avsnittet Mångbesökarens behov av att organisationer samverkar). Vi har dessa icke värdeskapande episoder som utgångspunkt när resultatet tolkas. Det innebär dock att det är vår tolkning av de icke värdeskapande episoderna, och att de går in i och överlappar varandra. Utöver dessa väljer vi att lyfta fram brister i delaktighet och bemötande som mångbesökare och närstående upplever, samt att missbruk och beroende upptäcks relativt sent.

Vid upprepningar och onödiga omtag utförs samma moment flera gånger utan att det avsedda resultatet uppnås.

Flera av de presenterade fallstudierna visar att upprepningar som kan undvikas eller minskas i antal är ett problem för vården av mångbesökare inom missbruk och beroende, i likhet med multisjuka äldre. Korta inläggningar med bristande eller frånvarande uppföljning i hemmet illustreras genom Kims och Annas fall och är exempel på när upprepningar och onödiga omtag görs flera gånger utan att personerna egentligen blir hjälpta. Kim har till exempel upprepade gånger lagts in för abstinensbehandling på MoB-enheten, vilket inte förbättrar hans vård-situation som helhet. För Annas del handlar det om upprepade och korta inläggningar inom psykiatrin, vilket enbart åtgärdar det akuta och inte är en del av en långsiktig lösning.

För Georg och även för David kan man se att upprepningar kan minska eller upphöra med positiv effekt för dem, bland annat upphör Davids upprepade abstinensbehandlingar och övermedicinering via LABO-programmet.

Många parallella processer innebär flera samtidiga processer som alla involverar samma person och där åtgärder sätts in var för sig, istället för att hänsyn tas till personens sammantagna behovsbild.

Fallet Lena är ett bra exempel hur en mångbesökare kan drabbas av att flera huvudmän har bristande kommunikation med varandra och otydlig ansvarsfördelning. Bland annat förekommer parallella processer i missbruksbehandlingen från MoB-enheten och åtgärder som samordnas av Frivården.

Parallella processer märks särskilt tydligt när kroniska smärtor, psykisk ohälsa och beroende behandlas parallellt, av olika huvudmän vid olika tillfällen, utan samplanering och/eller samlokalisering. Sådana inslag finns hos David, Anna och även hos Tommy såväl som hos några mångbesökare som det inte finns fallstudier på men som ingår i uppföljningen. Davids kroniska smärtor behandlas med preparatet som han sedan tidigare är beroende av. I Annas fall hanteras nästan varje ny episod som en krishändelse av både psykiatrin och socialtjänsten med få försök till samordning dem emellan; ingen tar hänsyn till Annas sammantagna behovsbild. Även i Hallands uppföljning finns brister i vårdkedjan och mångbesökare upplever att vården är svårtillgänglig (Forsman 2013).

När vård, omsorg och stöd ges på fel nivå utförs en uppgift av en aktör som rimligen inte är bäst lämpad för uppgiften. Fel nivå kan antingen vara stöd på för hög eller för låg nivå.

I många fall behandlas mångbesökare upprepade gånger inom slutenvård. När samma personer istället får tät uppföljning i hemmet blir situationen mer hållbar för individen, kostnaderna minskar och vardagen fungerar bättre. De kan illustreras bland annat med Annas och Tommys fall. Tommys missbruk börjar som självmedicinering mot

kroniska smärtor medan hans vård i olika led riktas mot hans psykiska besvär främst i form av slutenvård, när det inte är givet att slutenvård är det optimala, särskilt när det närmar sig utskrivning. Vården sker på för hög nivå när slutenvård används för att öppenvård inte är möjlig, även om öppenvårdsinsatser kan vara en mer lämplig nivå. I Georgs fall framkommer att även vård på för låg nivå kan ge negativa konsekvenser för individen, då hans behov är så omfattande att vården i hemmet inte fungerar.

Det kan även vara så att vård och stöd kan ges av en aktör som är bättre lämpad än en annan för uppgiften. Av de lösningar som provas under året fungerar till exempel Annas vård och stöd bäst när uppföljning sker i hemmet av närpsykiatrin, exempelvis minskar självmordsförsöken under denna period. Däremot vårdas hon under året inom slutna psykiatrisk vård vilket leder till upprepade vårdkedjor och förmodligen inte är den optimala vårdnivån för hennes situation.

Med pseudolösningar hanteras symtom eller enskilda problem och det som görs bidrar inte till en långsiktigt hållbar lösning för personen.

När akuta åtgärder upprepas flertalet gånger som det exempelvis gör för Anna, Kim, David och Lena synliggörs att fokus i många fall ligger på att åtgärda det som personen upplever som det största problemet just nu. Detta löser inte problemen bakom det akuta, som beroende, ohållbar situation i hemmet eller mångbesökarens bristande förmåga att följa läkarens ordinationer.

Kims korta vistelser på MoB-enheten med medföljande medicinering på hälsocentralen leder inte till minskat missbruk för än samordning och långsiktig planering sätts in i mitten av året. Davids medicinering för smärta bidrar till återfall i missbruk och inte till att de kroniska smärtproblemen åtgärdas långsiktigt.

Onödiga stopp i processen innebär stopp och väntan som inte tillför något. Istället försenas en lösning eller ett svar.

Mångbesökare i urvalsgruppen får i flera fall vänta på resurskrävande insatser anpassade till deras behov även när en eller flera aktörer tar upp att just den lösningen vore optimal. Hos flera mångbesökare uppstår situationen när aktörer vet vilken lösning mångbesökare behöver för att få en bättre fungerande vardag, men det tar lång tid följt av lidande och i vissa fall kriser som förmodligen kan undvikas. Tommys väntan på lägenhet och Georgs väntan på ett boende är sådana exempel. Anna utgör också ett exempel eftersom det tidigt konstaterats att hon skulle behöva bo på ett boende men eftersom socialtjänstens och psykiatrins samarbete inte fungerar optimalt under året, och inte leder socialtjänstens försök att hitta ett boende till ett bra resultat för Anna.

Bristande delaktighet och bemötande är ytterligare ett förbättringsområde. Det gäller såväl mångbesökarnas som deras närståendes delaktighet över vården och stödet.

En särskild utmaning för missbruks- och beroendevården, utifrån det data som analyseras i rapporten, är att ge mångbesökare och deras närstående som engagerar sig i mångbesökarens vård och stöd en upplevelse av delaktighet. Delaktighetstrappan (se avsnittet Upplevelsen av bemötande och delaktighet) används för att kontrollera om åtgärder vars syfte är att öka delaktighet bidrar till att brukare i större utsträckning involveras i vården. De mångbesökare i uppföljningen som har fått vara mer delaktiga i den egna vården och stödet har, jämfört med andra mångbesökare i uppföljningen, bättre utfall. Till exempel får Georg förmedla sina behov via case managers och i viss utsträckning David som kan tala om sina behov av smärthantering och ADHD medicinerings vilket bidrar till att missbruksbehandlingen kan läggas upp på ett effektivare sätt. För de övriga mångbesökarna handlar det främst om information och i bästa fall om konsultation, som är de två första stegen i delaktighetstrappan. Dessa innebär inte egentligen ett eget inflytande för mångbesökarna.

Genom journal- och aktgranskningen får vi uppfattningen att Georgs vård och stödinsatser utformas utifrån hans behov även om det emellanåt tar lång tid. Hans omfattande behov tas på större allvar när det finns personer som är insatta i hans situation och som i möjligaste mån gör honom delaktig i vården och stödet. Exempelvis görs tio individuella planeringar inom sjukvården med Georg, till skillnad från övriga mångbesökare där antalet varierar mellan ett och sju planeringar och nätverksträffar. Inom socialtjänsten dokumenteras fyra individuella planeringar och nätverksträffar för Georg.

Flera närstående berättar i intervjuerna att de önskar att de kunde vara mer delaktiga än de är och får möjlighet att vara. För organisationerna finns det en utmaning i balansen mellan individens sekretess (den enskilda mångbesökarens egen vilja) och delaktighetsgörande.

Delaktighetstrappan kan användas för att reflektera över mångbesökarens och närståendes delaktighet i relation till huruvida mångbesökaren vill att de ska vara delaktiga och i vilken utsträckning de närstående själva kan tänka sig att inkluderas i mångbesökarens vård och stöd. Här bör man som företrädare för organisationerna sträva efter att övergå från information och konsultation till dialog, inflytande och medbestämmande. Detta är ett förbättringsområde för organisationerna, som också har nära samband med bemötande.

Även om mångbesökarna generellt berättar att bemötandet är bra så finns det flera exempel där personalens bemötande inte är bra; bemötandet beror till stor del på vilken person som arbetar vid ett tillfälle, och en av mångbesökarna menar att detta får betydelse för hur hans dag blir.

Den sista systembristen, som vi väljer att lyfta fram från materialet, är förekomsten av att missbruks- och beroendeproblematik upptäcks och behandlas i ett sent skede.

I några fallstudier är anteckningarna om missbruk eller beroende inte synliga i journal- och aktgranskningarna för än sent under undersökningsåret. Så är situationen för bland annat Anna. Den krokiga och många gånger avbrutna vårdkedja som karakteriserar Annas vård och stöd illustrerar vad som kan hända när missbruket upptäcks sent. Livssituationen och försämrad hälsa relateras inte till eventuella missbruksproblem vilket påverkar Anna (och individer i hennes situation) negativt. Det är möjligt att även Georg är i aktivt missbruk under 2011. Fokusgruppen med en brukarorganisation ställer sig frågande till att Georgs eventuella missbruk inte verkar undersökas.

Positiva exempel

Det finns även positiva exempel i det empiriska materialet på långsiktiga investeringar i mångbesökarnas vård och stöd. Ett exempel är insatsen Case management. Georg får stöd för sina omfattande behov när case managers närvarar på de flesta individuella planeringar, och deras kunskaper om Georgs vardag bidrar till vård och stöd som förbättrar hälsan och självkänslan. År 2009 gjordes en utvärdering av Case management-verksamheten i Luleå-Boden där det framkommer att det sker en minskning av såväl landstingets som socialtjänstens resurser för de 16 personer med samsjuklighet som ingick i utvärderingen. Mätningen görs ett år innan personerna får case manager och sträcker sig ett år efter beslut om case manager. (Eliasson 2009). Ett annat positivt exempel i vår uppföljning är David som under året ges möjlighet att delta i LABO-programmet. Där får David ett kontinuerligt stöd för att bryta opiatmissbruket och även för att förändra sina beteendemönster.

Även om den generella slutsatsen är att samverkan mellan olika aktörer i missbruks- och beroendevården måste förbättras för att tillgodose mångbesökarens behov finns det exempel på en god samverkan. MoB-enheten vars verksamhet i grunden går ut på samarbete mellan socialtjänsten och närpsykiatrien fungerar till mångbesökarens fördel, inte enbart för de mångbesökare som finns med i fallstudierna men även för flera andra i urvalet. Medicinering för psykiatriska besvär kan justeras med tanke på beroendeproblematiken, mångbesökare får hjälp med boende efter abstinensbehandlingen. Kommunikationen med primärvården är dock en utmaning, men som medarbetare på MoB-enheten bemöter på ett konstruktivt sätt redan under diskussionen med fokusgruppen, vilket i sig kan vara ett positivt exempel på samverkan.

Samverkan mellan Kriminalvården/Frivården och socialtjänsten fungera ofta till mångbesökarens fördel som till exempel för Lena som får hjälp att hitta boenden som är bättre anpassade efter hennes behov. Denna samverkan ingår ofta som en obligatorisk del när det exempelvis gäller kontraktsvård, skyddstillsyn med föreskrift. Frivården ser sin utmaning i att förbättra kommunikation med psykiatrien.

Länsgemensam psykiatri är för flera av mångbesökarna ett ställe där de får en mer långsiktig vård. Deras rutiner som gäller arbete med missbruk och beroende bidrar till upptäckt av dolt missbruk som till exempel i fallet Anna. Det som diskuteras i både intervjuer och i fokusgrupper var huruvida det bör finnas en alternativ lösning för en målgrupp som inte är dömd till rättspsykiatrisk vård men som behöver de omfattande resurserna som Länsgemensam psykiatri disponerar. Problematiken med detta är dels att den så kallade ordinära psykiatrin inte har resurser för så långsiktig vård och stöd, dels att när de väl vårdas på Länsgemensam psykiatri blir steget därifrån ofta väldigt stort för mångbesökarna.

Fokusgruppernas förslag på förbättringar

Här presenteras förbättringsförslag för vården och stödet av mångbesökarna som diskuteras på de olika fokusgrupperna.

Fokusgruppen på brukarorganisationen lyfter fram vikten av att brukarorganisationer mer systematiskt skulle kunna förse mångbesökare med kontaktpersoner som inte är bundna till en myndighet. De kan bland annat föra deras talan och ge stöd på ett sätt som myndighetspersoner inte kan. De efterlyser en diskussion om hur brukarorganisationer kan göra sig mer tillgängliga och stödja mångbesökare.

Fokusgruppen på MoB-enheten föreslår att de ska återuppta försöken att förbättra samverkan med primärvårdsläkare, för att förebygga och motarbeta överförskrivningar av beroendeframkallande läkemedel. Telefonkonferenser föreslås som form för att med större sannolikhet säkerställa primärvårdens deltagande. När det gäller övergången från vården på MoB-enheten och till hemmet finns ett behov av att tillsammans diskutera hur man bättre kan motivera mångbesökare till den övergången och göra mångbesökarna mer delaktiga i planeringen för öppenvård. Fallet Lena ses som ett exempel på bristande samverkan mellan MoB-enheten och Kriminalvården. Därför föreslås att de påbörjar en diskussion hur de kan bjuda in varandra i dialogen medan man samtidigt tar hänsyn till individernas sekretess.

Dessutom diskuterar MoB-enhetens fokusgrupp behovet av en utökad öppenvård för en viss målgrupp som söker vård på MoB-enheten, som också finns representerad i uppföljningen. Den diskussionen är intressant speciellt när det kopplas till kostnader och att öppenvårdslösningar, när det passar och fungerar för individen, är ett billigare alternativ sett ur ett samhälls- och individperspektiv. När öppenvård (oavsett om det gäller sjukvård eller socialtjänst) fungerar kan det till exempel förebygga inläggning inom slutenvård.

Fokusgruppen på Frivården diskuterar behovet av att se över och formulera samverkansrutiner med psykiatrin. De uttrycker en delad upplevelse att när mångbesökare blir aktuella för kriminalvård/frivård träder ofta andra aktörer tillbaka. De uppfattar att andra aktörer som är involverade i mångbesökarnas vård och stöd inte tar sitt ansvar eftersom Kriminalvården/Frivården då uppfattas som ansvarig

huvudman, trots överenskommelser om delat ansvar i missbruksfrågor. Det finns rutiner för samverkan mellan Kriminalvården och socialtjänsten men de framhåller vikten av att förbättra samverkan med psykiatrin, som är en viktig aktör för många personer med missbruk eller beroende som är aktuella för kriminalvård/frivård.

Fokusgruppen på Läns-gemensam psykiatri diskuterar hur de skulle kunna vara ett stöd för andra, till exempel för primärvården. Det kan effektivisera arbetet. Enligt fokusgruppdeltagare är primärvårdens personal mer generalister som inte har så djupa kunskaper om exempelvis psykiatri. Vidare behövs möjligheter till sysselsättning ute i samhället för dem som vårdas på Läns-gemensam psykiatri. Det kan utgöra ett mellansteg och minska det, för många, alldeles för stora glapp som finns mellan slutenvård och öppenvård. Sysselsättningen kan vara ett sätt att träna att vara ute i samhället innan personen skrivs ut. I intervjuerna med närstående framförs att mångbesökare saknar meningsfull sysselsättning och upplever ensamhet. Det är även något som lyfts fram i forskningen om mångbesökare, och brist på ett socialt nätverk är faktorer som bidrar till att personer förblir fortsatta mångbesökare, inom akutsjukvården i deras fall, och att det finns ett behov av att arbeta med mångbesökarens psykosocial problematik som mångbesökare (se till exempel Genell Andrén och Rosenqvist 1987).

Avslutningsvis

Våra slutsatser utgår från uppföljningens empiri, från forskning om mångbesökare samt om samverkan, och inte minst utgår det från brukares och professioners kunskaper och erfarenheter. Vår intention är att i så stor utsträckning som möjligt belysa hur livet ser ut under ett år för tretton personer med missbruk eller beroende, ofta i kombination med psykiatrisk problematik. Och intentionen är även att lyfta fram mångbesökarnas upplevelse av stödet de får under året.

Det finns mycket man kan göra annorlunda om möjligheten ges att göra om en sådan här uppföljning. En aspekt som vi vill lyfta fram, missades i den här uppföljningen, är det som brukarorganisationens fokusgrupp sa, om vikten av att beakta det nätverk som mångbesökare har utanför myndighetsvärlden. Det borde finnas med som intervjufråga. Vi råder även andra att inte utesluta intervjuerna med brukare, samt att nyttja brukare och brukarorganisationers erfarenheter vid planering och genomförande. De ger ett viktigt perspektiv.

Det är svårt att veta exakt vad kan förändra en viss situation för en specifik individ, men vi konstaterar att mångbesökare använder sjukvårdens, socialtjänstens och Kriminalvårdens/Frivårdens resurser i stor utsträckning och att det finns systembrister. Vi får stor respons från berörda aktörer och kan konstatera att det finns behov av att förbättra samverkan och samordning mellan aktörer. Det är inte nödvändigtvis så att befintliga systembrister är helt okända för aktörerna. Snarare lyfter fallstudierna fram och synliggör människorna bakom det *man redan vet* och det *man redan gjort*.

Arbetet med Mångbesökarprojektet har varit intressant och lärorikt. Det händer mycket inom missbruks- och beroendområdet i landet och i Norrbotten som gör att det finns behov av sådana här uppföljningar. Den här uppföljningen handlar om personer med tungt missbruk eller beroende och deras nyttjande av insatser från sjukvård, socialtjänst och Kriminalvård/Frivård – men det kan lika väl handla om andra målgrupper och andra organisationer. Man kan med fördel göra uppföljningen i mindre skala med färre personer. De typer av systembrister som diskuteras i kapitlet kan även användas av verksamheterna i förebyggande syfte vid interna uppföljningar eller vid konferenser och seminarier då systembrister diskuteras.

Referenser

- Arnstein, Sherry R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35(4):216-24.
- Axelsson, Runo. och Bihari Axelsson, Susanna. (2007). *Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning*. I: Axelsson, Runo. och Bihari Axelsson, Susanna. (red.). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Bellón, Juan Ángel., Rodríguez-Bayón, Antonina., Luna, Juan de Dios. & Torres-González, Francisco. (2008). Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, May 1; 58(550): 324–330.
- Bergmark, Åke. och Lundström, Tommy. (2008). *Det socialtjänstbaserade sociala arbetets organisering*. I: Bergmark, Åke., Lundström, Tommy., Minas, Renate. och Wiklund, Stefan. *Socialtjänsten i blickfånget. Organisation, resurser och insatser. Exempel från arbete med barn och ungdom, försörjningsstöd, missbruk*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Bowin, Rolf., Gurner, Ulla., Krohwinkel Karlsson, Anna. & Rognes, Jon. (2012). *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden*. Report. Leading Health Care nr. 11, 2012.
- Byrne, Molly., Murphy, Andrew William., Plunkett, Patrick K., McGee, Hannah M., Murray, Alistair. & Bury, Gerard. (2003). Frequent Attenders to an Emergency Department: A Study of Primary Health Care Use, Medical Profile, and Psychosocial Characteristics. *Annals of Emergency Medicine*, Volume 41, Issue 3, March 2003, Pages 309-318
- Chan, Benjamin T B., & Ovens, Howard, J. (2002). Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Canadian Family Physician*, October 2002 vol. 48 no. 10 1654-1660.
- Dahlberg, Magnus. och Vedung, Evert. (2001). *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, Berth. och Kullberg, Christian. (1999). *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Direktiv 2008:48. Kommittédirektiv. *Översyn av missbruks- och beroendevården*. Socialdepartementet.
- Eliasson, Benitha. (2009). *Case management – framgång eller nyhetens behag. En utvärdering av Case management med fokus på resultat och på individernas upplevelse av Case management*. FoU Norrbotten: FoU Rapport 60:2009.
- Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Utgivare: Vetenskapsrådet.
- Forsman, Monika. (2013). *Mångbesökare inom missbruks- och beroendevården. Kartläggning i södra Halland*. Region Halland.
- Genell Andrén, Kjerstin. (1988). A Study of the Relationship between Social Network, Perceived Ill Health and Utilization of Emergency Care: A Case-Control Study. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 16, no. 2 87-93.
- Genell Andrén, Kjerstin. & Rosenqvist, Urban. (1987). Heavy users of an emergency department – A two year follow-up study. *Social Science & Medicine*. Volume 25, Issue 7, Pages 825-831.

Gurner, Ulla. & Thorslund, Mats. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur & Kultur

Hansagi, Helen., Olsson, Mariann. & Sjöberg, Stefan. (1998). Sex procent stod för en fjärdedel av besöken på akutmottagningarna. Kartläggning av akutsjukvårdens >>storkonsumenter<< i Stockholm. *Läkartidningen*. Volym 95. Nr 47, s. 5320-5324.

Hansagi, Helene., Olsson, Mariann., Sjöberg, Stefan., Tomson, Ylva. & Göransson, Sara. (2001). Frequent Use of the Hospital Emergency Department Is Indicative of High Use of Other Health Care Services. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 37, Issue 6, June 2001, Pages 561-567

Hunt., Kelly A., Weber, Ellen J., Showstack, Jonathan A., Colby, David C. & Callahan, Michael L. (2006). Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, Volume 48, Issue 1, July 2006, Pages 1-8.

Jacobsen, Dag Ingvar. (2002). *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Jelinek, Georg A., Jiwa, Moyez., Gibson, Nicholas P., & Lynch, Ann-Maree. (2008). Frequent attenders at emergency departments: a linked-data population study of adult patients. *The Medical Journal of Australia* 2008; 189 (10): 552-556.

Kennedy, Debra. & Ardagh, Michael. (2004). Frequent attenders at Christchurch Hospital's Emergency Department: a 4-year study of attendance patterns. *Journal of the New Zealand Medical Association*. Volume 117, Nr 1193. May-2004.

Kylén, Gunnar. (1991). *En helhetssyn på skolan. I: Björklid, Pia. Och Fischbein, Siv. (red.). Individens samspel med miljön. Ett interaktionistiskt perspektiv på pedagogik*. Stockholm: HLS Förlag. Lärarhögskolan i Stockholm. Institutionen för pedagogik.

LaCalle, Eduardo. & Rabin, Elaine. (2010). Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 56, Issue 1, July 2010, Pages 42-48.

Lefvert, Louise. (2009). *Akutmottagningens mångbesökare. En kartläggning av psykosociala och medicinska faktorer*. Examensarbete Magisternivå. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.

Lucas, Raymond H. & Sanford, Sandra M. (1998). An Analysis of Frequent Users of Emergency Care at an Urban University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 32, Issue 5, November 1998, Pages. 563-568.

Lundin, Lennart. & Ohlsson, Ove S (2002). *Psykiska funktionshinder – stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Stockholm: Cura Bokförlag.

Markström, Urban (2005). *Från mentalsjukhus till samhälle. I: Brunt, David. och Hansson, Lars (red.). Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Merriam, Sharan. B., & Nilsson, Björn. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Studentlitteratur.

Norman, Catarina., Ekh, Margareta., Elofsson, Birgitta. och Bowin, Rolf. (2012). *Mångbesökare inom landstingets specialiserade beroendevård i Stockholm. En studie av vårdkonsumtion, läkemedelsanvändning och*

kostnader samt patienters och anhörigas erfarenheter av vården. Stockholms läns landsting: Beroendecentrum Stockholm.

Olsson, M. & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: Qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 18(6), 430-434.

Oscarsson, Lars. (2000). *Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling och behov. I: Szebehely, Marta (red.). SOU 2000:38. Välfärd, vård och omsorg. Antologi/Kommittén Välfärdsbokslut.*

Palmstierna, Tom (2004). *Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk (Fokusrapport).* Stockholm: Stockholms läns landsting, FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling.

Rask., Kimberly J., Williams, Mark V., McNagny, Sally E., Parker, Ruth M., & Baker, David W. (1998). Ambulatory Health Care Use by Patients in a Public Hospital Emergency Department. *Journal of General Internal Medicine*. September 1998, Volume 13, Issue 9, Pages 614-620.

Regeringskansliet. (2012). *Det svenska rättsväsendet. En kort introduktion.* Justitiedepartementet, oktober 2012.

SKL (2009). *11 tankar om medborgardialog i styrning.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2011). *Hur vet vi att insatserna gör skillnad? Tre nya metoder i uppföljning av stöd och behandling för personer med riskbruk, missbruk och beroende.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2012) *Kvalitativ uppföljning av multistjuka äldre i ordinärt boende.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen. (2005). *Kvalitet inom missbrukarvård. Ett försök att utveckla kvalitetskriterier. Delrapport.*

Socialstyrelsen. (2007). *Gemensam planering – på den enskildes villkor.*

Socialstyrelsen. (2007a). *Lägesrapporter 2006. Hälso- och sjukvård – Primärvård.*

Socialstyrelsen (2007b). *Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005-2006. Socialstyrelsens uppföljning.*

Socialstyrelsen. (2009). *Samverkan i re/habilitering – en vägledning.*

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

SOU 1991:46. *Handikapp, välfärd, rättvisa.* Huvudbetänkande av 1989 års Handikapputredning. Socialdepartementet. Stockholm: Allmänna Förlaget.

SOU 1999:97. *Socialtjänst i utveckling. Del A. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen.* Socialdepartementet (Skriven av Inger Lundberg).

SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskalet. Utveckling under 1990-talet.* Delbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut. Socialdepartementet.

SOU 2000:114. *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* Betänkande av Samverkansutredning.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.* Slutbetänkande från Nationell psykiatrisamordning.

Vedung, Evert. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, Stefan. (2008). *Individ- och familjeomsorgen som vårdaktör på missbruksområdet*. I: Bergmark, Åke., Lundström, Tommy., Minas, Renate. och Wiklund, Stefan. *Socialtjänsten i blickfånget. Organisation, resurser och insatser. Exempel från arbete med barn och ungdom, försörjningsstöd, missbruk*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Zuckerman, Stephen. & Shen, Yu-Chu. (2004). Characteristics of Occasional and Frequent Emergency Department Users: Do Insurance Coverage and Access to Care Matter? *Medical Care*. Volume 42, No. 2, Feb. 2004. Pages 176-182.

Elektroniska källor

Kriminalvård. *Kriminalvårdens organisation*. Faktablad 2013 av Kriminalvården.

http://www.kriminalvarden.se/upload/Informationsmaterial/Faktablad_Organisation.pdf (hämtad 131015)

Kriminalvård. *Om frivård*.

<http://www.kriminalvarden.se/sv/Frivard/Om-frivard/> (hämtad 131014)

Kriminalvård. *Samverkan mellan frivård och kommuner och landsting*.

<http://www.kriminalvarden.se/sv/Frivard/Samverkan-mellan-frivard-och-kommuner-och-landsting/> (hämtad 131014)

Kriminalvård. *Skyddstillsyn*.

<http://www.kriminalvarden.se/sv/Frivard/Skyddstillsyn/> (hämtad 131114)

Le Duc, M. (2007). *Metodhandbok som tankekarta*. Februari 2007, koncept version 0.7

<http://www.leduc.se/metod/Metoder-Fallstudier.html> (hämtad 131209)

Luleå kommun. *Mobilt stödteam*.

<http://www.lulea.se/omsorg--stod/funktionsnedsattning/mobilt-stodteam.html> (hämtad 131213)

Mellanplats – ett forskningsprojekt. Framtiden är redan här. Hur invånare kan bli medskapare i stadens utveckling.

<http://www.mellanplats.se/bok/del-2-dialog-i-tiden/stegen-och-trappan-olika-syn-pa-deltagande> (hämtad 131114)

NLL. *Missbruks- och beroendeavdelning*.

<http://www.nll.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Kliniker-mottagningar/Missbruks--och-beroendeenhet/> (hämtad 131014)

NLL. *Psykiatrin Läns-gemensamt*

<http://www.nll.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Kliniker-mottagningar/Vuxenpsykiatri1/Lans-gemensam-rattspsykiatri/> (hämtad 131013)

SKL. *Mångbesökarmodellen*.

<http://kunskaftillpraktik.skl.se/utvecklingsomraden/uppfoljning/mangbesokarmodellen> (hämtad 130115)

SKL. *Tre metoder för uppföljning*

<http://kunskaftillpraktik.skl.se/utvecklingsomraden/uppfoljning/tre-metoder-for-uppfoljning> (hämtad 131015)

Bilaga 1: Informationsbrev



Förfrågan om att delta i en uppföljning om vård/stöd

Den här förfrågan riktar sig till personer som bor i Norrbotten och som har besökt akutsjukvården eller varit inlagd på en avdelning minst fyra gånger under ett år, och som har fått en alkohol- eller drogrelaterad diagnos någon av dessa gånger. Du är en av dem som tillfrågas om att delta i undersökningen.

Undersökningen, som kallas *Uppföljning av mångbesökare*, genomförs av landstinget och samtliga kommuner i Norrbotten, och det sker i samarbete med kriminalvården. Liknande undersökningar genomförs samtidigt i fem andra län/länsdelar i Sverige.

Syftet är att undersöka hur vården/stödet som ges av landstinget, samt socialtjänsten och kriminalvården (om du har haft kontakt med dem det senaste året) fungerar där du bor och vilka brister som finns. Den information som kommer att samlas in gäller januari-december 2011 och samlas in via dina journaler/akter samt via en intervju med dig. Uppgifterna handlar bl.a. om hur många gånger du har varit inlagd eller behandlats på sjukhus eller behandlingshem, läkemedelsanvändning, om vård- och behandlingsplaner upprättats, andra insatser, samt din egen delaktighet i din vård.

Resultatet av uppföljningen skall användas för att förbättra vården/stödet till alla dem som har omfattande behov av vård/stöd för sitt missbruk eller beroende. Detta innebär att resultatet av uppföljningen inte medför några *direkta* förändringar i den vård och det stöd som du får från sjukvården, samt eventuellt från socialtjänsten och kriminalvården. Däremot får du om du vill tillgång till den sammanställning som görs, som gäller den vård och det stöd du har fått under den 12 månaders period som uppföljningen gäller.

Om du ger ditt samtycke till att delta i undersökningen kommer vi att samla in denna information via dina journaler och akter från landstinget samt från socialtjänsten och kriminalvården (om du har haft kontakt med dem det senaste året). Du kommer att intervjuas, och om du samtycker till det så intervjuas också en person som står dig nära, t.ex. en anhörig eller en vän.

Alla uppgifter som vi får ta del av behandlas konfidentiellt och inga identifierade uppgifter kommer att publiceras. Uppgifterna kommer att förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Det är frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att det påverkar dina kontakter eller dina möjligheter att få vård/stöd av sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården eller av någon annan myndighet som du har kontakt med.

Om du accepterar att delta undertecknar du blanketten om samtycke och lämnar blanketten till /.../

Om du har frågor om undersökningen är du välkommen att höra av dig till /.../ eller Benitha Eliasson, projektledare (tel: 0920-49 14 89, e-post: Benita.Eliasson@ltu.se).

Bilaga 2: Samtycke



Samtycke

Jag har tagit del av information om projektet uppföljning av mångbesökare som genomförs av landstinget och socialtjänsten i samarbete med kriminalvården i Norrbotten.

Mitt namn eller personnummer kommer inte att lämnas ut och materialet kommer att behandlas och förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem.

Samtycket gäller från och med 2012-06-01 till och med 2013-03-31 då det upphör.

- JA**, jag ger mitt samtycke till att projektet får tillgång till mina **handlingar** från landstingets sjukvård (inklusive vårdcentraler), kommunens socialtjänst samt kriminalvården (inklusive frivården) för tiden 1 januari-31 december 2011.

- JA**, jag ger mitt samtycke till att projektet får tillgång till min **läkemedelsförteckning** från apoteket, för tiden 1 januari-31 december 2011.

Datum:

Namn:

Personnummer:

Namnsteckning:

Bilaga 3: Förfrågan om kontakt med socialtjänst och Kriminalvård/Frivård

Förfrågan om kontakt med socialtjänst och kriminalvård (frivård)

Vilka kontakter har du haft det senaste året?

Denna fråga ställs för att vi som arbetar med projektet ska veta vilken socialtjänst och kriminalvård som skall kontaktas för att hämta uppgifterna.

	Ja	Nej	Om ja, vilka/ i vilken kommun
Socialtjänst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalvården/frivården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om personen svarar Ja på någon av frågorna lämna denna blankett tillsammans med en kopia på samtycket till projektledaren Benitha Eliasson som kontaktar berörd verksamhet för att få uppgifter därifrån.

Identifikationsnummer:.....

Namn:

Personnummer:

Bilaga 4: Kodnyckel, lista

Identifikationsnummer

Denna lista med identifikationsnumren förvaras inlåst och förstörs när uppföljningen är avslutad, senast den 2013-03-31. Allt material som lämnas till projektledaren Benitha Eliasson för sammanställning skall vara märkt med personens identifikationsnummer.

Id.nr	NAMN
MB 210
MB 211
MB 212
MB 213
MB 214
MB 215
MB 216
MB 217
MB 218
MB 219
MB 220
MB 221

Bilaga 5: Granskningsmall sjukvårdens journaler

Patientens identifikationsnr:

Datum för besök:

Klockslag:

Vårdenhet:

SLV ÖPV

Ankomstsätt:

Bedömning, diagnos och behandling

Orsak till besök/intagning (besvär):

Missbruksmönster (typ av preparat, hur mycket, hur ofta, konsekvenser av missbruk, fysisk och psykisk påverkan)

Behandling/åtgärd:

Konsult från annan avd/klinik: Nej Ja

Tidigare diagnos

(även misstankar/ej verifierad diagnos):

Nu satt diagnos

(även misstankar/ej verifierad diagnos):

Medicinering:

Anmärkning/bedömning

(t ex suicidrisk, våldsrisk)

Utskrivning/remiss till annan enhet

Remiss till annan enhet

Anmälan till kommun

Utskriven/utflyttad, tidpunkt:

Planerad utskrivning Avbruten behandling

Utskriven/utflyttad till:

Hemmet Annan instans, ange vad

Obs, om t ex annan vårdavdelning eller LVM-he
fyll i detta vårdtillfälle under rubriken *Fortsatt vå
på annan vårdenhet* nedan)

Vårdplanering

Samverkan och samplanering som förekommit med andra instanser och personer i patientens nätverk:

Vårdplan: Finns Finns ej Ingen uppgift

Vad har planerats?

Vilka deltog?

(Kontakter med andra vårdgivare inför utskrivning/överflyttning?)

Har ordination och vårdplaner dokumenteras och följs upp

Ja Nej

Genomförs det som planerats?

Ja Nej

Om ja: På vilket sätt följs planerade insatser upp?

Fortsatt vård på annan vårdenhet

Datum/klockslag:

Vårdenhet (anonymiserad)

Behandling/åtgärd:

Nu satt diagnos:

Anmärkning/bedömning

(t ex suicidrisk, våldsrisk)

Bedömning, diagnos och behandling

Orsak till besök/intagning (besvär):

Finns notering om missbruk Ja Nej

Behandling/åtgärd:

Konsult från annan avd/klinik: Ja Nej

Tidigare diagnos

(även misstankar/ej verifierad diagnos):

Nu satt diagnos

(även misstankar/ej verifierad diagnos):

Medicinering:

Anmärkning/bedömning

(t ex suicidrisk, våldsrisk)

Vårdplanering

Samverkan och samplanering som förekommit med andra instanser och personer i patientens nätverk:

Vårdplan: Finns Finns ej Ingen uppgift

Vad har planerats?

Vilka deltog?

(Kontakter med andra vårdgivare inför utskrivning/överflyttning?)

Har ordination och vårdplaner dokumenteras och följs upp

Ja Nej

Genomförs det som planerats?

Ja Nej

Om ja: På vilket sätt följs planerade insatser upp?

Utskrivning

Datum för avslutad vårdepisod:

Planerad utskrivning

Avbruten behandling

Utskriven/utflyttad till:

Hemmet

Annan instans, ange vad

Obs, om t ex annan vårdavdelning eller LVM-hem, fyll i detta vårdtillfälle under rubriken *Fortsatt vård på annan vårdenhet* nedan)

Övriga kommentarer som granskaren av journalen finner betydelsefulla för förståelsen av granskningens sammanställning:

Bilaga 6: Granskningsmall socialtjänstens akter

Klientens identifikationsnr:

Datum för besök/aktualisering:

Enhet:

Ankomstsätt:

Orsak till besök:

Samtidiga insatser från annan huvudman

Aktualisering

Ansökan

Utredning inledd

Anmälan

Förhandsbedömning

Ingen åtgärd

Utredning

Utredningskontakt och bedömning

Deltagit i utredningskontakt

Avbrutit utredningskontakt

Missbruksmönster, social situation:

Socialtjänstens vårdplanering för klienten

Vad har planerats?

Vilka deltog?

Samverkan och samplanering som förekommit med andra instanser och personer i patientens nätverk:

Vårdplan: Finns Finns ej Ingen uppgift

(Kontakter med andra vårdgivare inför utskrivning/överflyttning?)

Insatser: Vidtagna åtgärder och behandling

Stödboenden, behandlingshem

Insatsen påbörjas:

Typ av enhet (anonymiserad)

Orsak till insatsen:

Frivillighet

Tvång

Insatsen avslutad, datum:

Avbruten

Planerat avslut

Om insatsen är boende eller behandlingshem,
ange även var klienten tar vägen efter insatsen

Andra insatser

Insatsen påbörjas:

Typ av enhet (anonymiserad)

Orsak till insatsen:

Frivillighet

Tvång

Behandling/åtgärd

Insatsen avslutad, (datum, avbruten, planerat avslut)

Avbruten

Planerat avslut

Insatser genom annan huvudman

Insatsen påbörjas:

Typ av enhet (anonymiserad)

Orsak till insatsen:

Frivillighet

Tvång

Behandling/åtgärd

Insatsen avslutad, (datum, avbruten, planerat avslut)

Avbruten

Planerat avslut

Sker uppföljning med anledning av avbrutna/
avslutade insatser?

Genomförande och uppföljning

Har vårdplan/genomförandeplan följts upp?

Ja Nej

Genomförs det som planerats?

Ja Nej

Om ja: På vilket sätt följs planerade insatser upp?

Övriga kommentarer som granskaren av akten finner betydelsefulla för förståelsen av granskningens sammanställning:

Bilaga 7: Intervjuguide mångbesökare¹²

Den här intervjuguiden innehåller både kvalitativa och kvantitativa frågor. Intervjuaren ställer *samtliga* frågor och spelar in intervjun på band (eller digitalt). Om intervjupersonen inte godkänner att bandspelare används, antecknar intervjuaren svaren för hand.

Det är viktigt att intervjuaren i möjligaste mån håller sig till de frågor som finns i intervjuguiden, eftersom det är flera personer som gör intervjuerna. Tanken är att intervjuerna skall gå att sammanställa på gruppnivå.

Innan intervjun informeras intervjupersonen om intervjun och under vilka förutsättningar de deltar. Motsvarande skriftlig information delas ut till personen.

Genomförda intervjuer märks med personens kod och överlämnas till projektledaren, Benitha Eliasson, för sammanställning.

KOD & UPPGIFTER OM PERSONEN

Personens identifikationsnummer:

Kön:

DIN BAKGRUND

1. Vilken är din högsta genomförda utbildning?

- Ej avslutad grundskola
- Grundskola
- Gymnasium
- Folkhögskola
- Högskola/universitet
- Annan, vilken

2. Vilket är ditt civilstånd?

- Gift, sammanboende
- Ensamstående

3. Har du några minderåriga barn?

- Ja, antal
- Nej

Om, JA ange hur gamla de är

4. Hur har din boendesituation varit sedan **januari 2011**? Förklaring, se den färgade rutan nedan

Bostadsform	Tidsperiod	Bott med

Bostadsform, exempelvis:

- A. Lägenhet eller villa med eget kontrakt
- B. Lägenhet eller villa med andrahandskontrakt
- C. Lägenhet eller villa med kontrakt via socialtjänsten
- D. Inneboende hos någon person (utan eget kontrakt)
- E. Gruppboende
- F. Hemlös
- G. Övrigt – ange vilken

Tidsperiod: Ange vilka månader det gäller, från januari 2011 och framåt

Bott med: Kan t.ex. vara make, maka, partner, barn, vänner, bekanta

¹² Intervjuguiden har komprimerats i denna bilaga, texten och mellanrummen mellan texten/frågorna har förminskats, även utrymmet att skriva kommentarer har minskats ned. Samtliga frågor är dock medtagna.

5. Ange vilken försörjning och sysselsättning du har haft sedan **januari 2011**. Flera kryss är tillåtna. Förklaring, se den färgade rutan nedan

	Aktuell försörjning	Tids-period	Vad gjorde du då?
Lön från arbete	<input type="checkbox"/>		
Studier	<input type="checkbox"/>		
Ersättning från försäkringskassa*	<input type="checkbox"/>		
Ålderspension	<input type="checkbox"/>		
Ersättning via arbetsförmedling	<input type="checkbox"/>		
Ersättning för studier, t.ex. via CSN	<input type="checkbox"/>		
Ersättning från socialtjänsten**	<input type="checkbox"/>		
Partner, familj eller vänner	<input type="checkbox"/>		
Annan försörjning*** Ange vilken:	<input type="checkbox"/>		

Aktuell försörjning: Kryssa i vilka försörjningsformer som har varit aktuella sedan januari 2011. Flera kryss är tillåtna

Tidsperiod: Ange vilka månader det gäller, från januari 2011 och framåt

Vad du gjorde då: T.ex. arbete på ett företag, på Samhall, studera på folkhögskola, varit hemma

* T.ex. sjukersättning, förtidspension, aktivitetsersättning

** Försörjningsstöd, ekonomiskt bistånd, ersättning för daglig sysselsättning

*** Kan t.ex. innefatta olaglig verksamhet, spel, tiggeri, prostitution, gåvor etc.

VÅRD- OCH STÖDPROCESSEN

I denna del av intervjun utgår du från en tidslinje som upprättas från januari 2011 och framåt. Här kan man använda statistik från landstinget – eller – fråga intervjupersonen om vilken vård/behandling/stöd (vårdkontakter) som personen har fått under året.

Tänk på att även beröra vård/stöd från privata vårdaktörer, socialtjänsten och kriminalvården (t.ex. vistelse på behandlingshem, boende) och övrigt som personen själva nämner.

Det är inte nödvändigt att prata om all vård/stöd som personen har fått under året, utan syftet är att samtala om vård- och stödprocessen. Om personen har svårt att minnas eller om det handlar om väldigt många kontakter, väljer intervjupersonen och intervjuaren ut några av händelserna att samtala om.

- Vilka kontakter (vårdtillfällen) har du haft under året som har gått?
- Vad hände vid dessa vårdtillfällen för dig? Vad hände innan och efter?
- Hur fungerar vården/stödet som du får/har fått av (I) sjukvården, (II) socialtjänsten, samt (III) kriminalvården (frivården)?
 - Vad har fungerat bra?
 - Vad kan förbättras?
- Har du avstått från vård eller stöd som sjukvård, socialtjänst eller kriminalvård har erbjudit dig? Av vilken anledning avstod du?
- Beskriv hur du upplever att du blir bemött av personalen inom (I) sjukvården, (II) socialtjänsten, samt (III) kriminalvården (frivården)?
 - Vad har fungerat bra när det gäller bemötandet?
 - Vad kan förbättras?
- Har du deltagit vid någon planering av din fortsatta vård/behandling?

Om ja:

 - Vem deltog då (vilka organisationer, anhörig etc.)?
 - Är du nöjd med din individuella planering? Om inte, av vilken anledning?
 - Har du varit med och bestämt vad planeringen ska innehålla – ge exempel (t.ex. mål med en behandling)? Om du inte har varit med och bestämt innehållet, vad var anledningen?
 - Upplever du att du kan påverka det som bestäms och skrivs ned i planeringarna – ge exempel? Om inte, av vilken anledning kan du inte påverka det?

Om nej: Har du blivit tillfrågad att delta? Av vilken anledning deltog du i så fall inte?
- Hur upplever du att samarbetet fungerar mellan olika delar av sjukvården samt med socialtjänsten och kriminalvården?
- Har du någon gång upplevt att du bollats mellan t.ex. olika avdelningar inom sjukvården eller mellan sjukvården och socialtjänsten? Ge exempel.

14. Vad tycker du skulle kunna förbättra din situation? Kan t.ex. gälla behandling, boende, försörjning?
- Har du något problem som du inte får stöd/vård för? Ge exempel.
 - Vilka egna styrkor och resurser skulle du behöva stärka?
15. Har du något som du vill tillägga till det vi har pratat om hittills?

ALKOHOL- OCH DROGANVÄNDNING

16. Vilka berusningsmedel/droger använder du?
17. Hur ser du på ditt användande av alkohol/droger? Strävar du efter att bli nykter/drogfri eller har du något annat mål?
18. Har du någon gång under det gångna året varit helt nykter/drogfri?
- Om ja, hur länge var du helt nykter/drogfri?
 - Vad var det som gjorde att du var nykter/drogfri då (t.ex. i samband med avgiftning eller vård på behandlingshem)?

LÄKEMEDELSANVÄNDNING

19. Tar du några mediciner/läkemedel? Tänk på att även fråga om läkemedel som inte är förskrivet av läkare och naturläkemedel.

→ Om personen inte äter några läkemedel alls, gå vidare till nästa fråga.

Läkemedel	Förskrivet av läkare		För vad tar du dem?	Dosering/ hur ofta
	J A	NEJ		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

20. Har läkare skrivit ut mediciner som du inte tar? I så fall, av vilken anledning tar du inte dem?
21. Saknar du någon läkemedelsbehandling idag, som du tror skulle hjälpa dig? Vilken och för vad?
22. Har någon läkare tagit ett samlat ansvar för din läkemedelsbehandling, och t.ex. gjort en läkemedelsgenomgång? Om ja, var och när gjordes den genomgången?

MISSBRUK & BEROENDE

23. Hur stort behov har du av stöd och vård/behandling för ditt missbruk eller beroende?
- Mycket stort behov
- Stort behov
- Litet behov
- Mycket litet / inget behov alls
24. Får du det stöd, vård/behandling för ditt missbruk eller beroende som du behöver?
- Ja, i stor utsträckning
- Delvis
- Nej, inte alls
25. Finns det något som du saknar när det gäller stöd eller vård/behandling för ditt missbruk eller beroende?
- Ja
- Nej
- Om JA: Vilka behov/problem får du inte hjälp med?

PSYKISK HÄLSA

26. Hur stort behov har du av stöd och vård/ behandling för psykiska problem eller sjukdomar?

- Mycket stort behov
 Stort behov
 Litet behov
 Mycket litet / inget behov alls

27. Får du den vård och behandling som du behöver för att din psykiska hälsa skall vara bra?

- Ja, i stor utsträckning
 Delvis
 Nej, inte alls

28. Finns det någon vård/ behandling som du saknar för att din psykiska hälsa skall vara bra?

- Ja
 Nej

Om JA: Vilka behov/problem får du inte hjälp med?

FYSISK HÄLSA

29. Hur stort behov har du av vård/ behandling för fysiska problem eller sjukdomar?

- Mycket stort behov
 Stort behov
 Litet behov
 Mycket litet / inget behov alls

30. Får du den vård och behandling som du behöver för att din fysiska hälsa skall vara bra?

- Ja, i stor utsträckning
 Delvis
 Nej, inte alls

31. Finns det någon vård/ behandling som du saknar för att din fysiska hälsa skall vara bra?

- Ja
 Nej

Om JA: Vilka behov/problem får du inte hjälp med?

DELAKTIGHET, INFLYTANDE & SAMORDNING

32. Delaktighet och inflytande över den vård du får från **sjukvården**?

	Alltid	Ofta	Sällan	Aldrig
Hur ofta informerar sjukvårdens personal dig om den vård du får?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta får du vara med och bestämma över vården du får från sjukvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta utgår sjukvården från dina behov och önskemål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Delaktighet och inflytande över behandlingen/stödet du fått från **socialtjänsten**?

- Jag har inte haft kontakt med socialtjänsten sedan januari 2011 →
gå vidare till nästa fråga.

	Alltid	Ofta	Sällan	Aldrig
Hur ofta informerar socialtjänstens personal dig om behandlingen eller stödet du får av dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta får du vara med och bestämma över behandlingen/stödet du får av socialtjänsten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta utgår socialtjänstens stöd från dina behov och önskemål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Delaktighet och inflytande över behandlingen/stödet från **kriminalvård** eller **frivård**?

Jag har inte haft kontakt med kriminalvården (frivården) sedan januari 2011 → gå vidare till nästa fråga.

	Alltid	Ofta	Sällan	Aldrig
Hur ofta informerar kriminalvården (frivården) dig om den påföljd som du fått av dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta får du vara med och bestämma över behandlingen/stödet från dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta utgår kriminalvården (frivården) från dina behov och önskemål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Om du tänker på alla kontakter du har inom sjukvård och eventuellt med socialtjänst och kriminalvård (frivård) – upplever du då att vården/stödet som du får (har fått) samordnas?

- Ja, i stor utsträckning
 Delvis
 Nej, inte alls

Vilka brister finns det när det gäller samordningen av vården och stödet som du får?

.....
.....

36. Har du någon anhörig eller andra närstående personer (vänner, föreningar etc.) som fungerar som ett stöd för dig i din vardag?

- Ja
 Nej

Ge exempel på vad den personen/dessa personer hjälper dig med:

.....
.....

ÖVRIGA SYNPUNKTER

Har du något som du vill tillägga så kan du ange det här?

.....
.....

Bilaga 8: Intervjuguide närstående¹³

Bakgrundsfrågor

1. Beskriv vilken relation som du har till (personens förnamn).
2. Är du man eller kvinna?
3. Vilket år är du född?
4. Bor du tillsammans med, eller bor ni i närheten av varandra?
5. Vad stöder/hjälper du med?

Uppfattning om vården/stödet

6. Hur upplever du att det är att vara anhörig/närstående till en person med missbruks- eller beroendeproblem?
7. Hur tycker du att vården/stödet som har fått sedan januari 2011 har fungerat?
8. Hur tycker du att samarbetet fungerar mellan olika vård- och stödgivare? (T.ex. sjukhuset och vårdcentralen, men även socialtjänsten och kriminalvården om de har varit aktuella).
9. Om du fick bestämma själv – hur skulle du utforma vården/stödet som får?
10. Har du som anhörig/närstående deltagit vid någon planering av vården/stödet t.ex. vid upprättandet av vård- eller behandlingsplaner hos sjukvård, socialtjänst eller kriminalvård.

Om ja,

- a. Vilka deltog?
- b. Hur upplevde du att det var att delta? Ge exempel

Om nej,

- c. Har du fått frågan att delta?
- d. Vad var anledningen att du inte deltog?

11. Om du själv fick bestämma, skulle du då välja att vara delaktig i vård/behandling?
 - a. Av vilken anledning vill du (inte) vara delaktig?
 - b. På vilket sätt skulle du vilja vara delaktig? Ge exempel
12. Vad tror du kämpar med mest i sin vardag?
13. Vad brottas du mest med som anhörig/närstående?
14. Påverkar situation er kontakt med varandra? På vilket sätt?
15. Vilket stöd upplever du att anhöriga/närstående till personer med den här problematiken behöver från sjukvården samt (eventuellt) från socialtjänsten och kriminalvården?

Övriga frågor

16. Har du några övriga frågor eller synpunkter som du vill framföra?
17. Får vi återkomma om vi behöver komplettera den här informationen?

¹³ Intervjuguiden har komprimerats i denna bilaga, texten och mellanrummen mellan texten/frågorna har förminskats, även utrymmet att skriva kommentarer har minskats ned. Samtliga frågor är dock medtagna.

Bilaga 9: Schablonlista kostnadsberäkning

Sjukvård

Psykiatrisk vård	Kostnad/ dygn	Antal vårddygn	Kostnad/ besök	Antal besök	Summa
Slutenvård	5 200				0
Akutbesök psykiatri			2 500		0
Öppenvårdsbesök läkare, mottagning			2 000		0
Öppenvårdsbesök sjuksköterska, mottagning			1 050		0
Öppenvårdsbesök psykolog, mottagning			1 500		0
Psykologutredning, fast pris enligt avtal alt. kostnad/besök					0
Öppenvårdsbesök skötare, mottagning			1 200		0
Öppenvårdsbesök kurator, mottagning			1 700		0
Öppenvårdsbesök sjukgymn/arb terapeut, mottagning			2 000		0
Provtagning och medicinerig (ett genomsnitt)			1 000		0
Öppenvårdsprogram (reell kostnad enl. avtal alt. kostnad/besök)					0
Psykiatriskt team hembesök 2 personal (reell kostnad alt. kostnad/besök)					0
Vårdplanering/nätverksmöte					0
Telefonsamtal ssk (10 min 60 kr, en halvtimme 180 kr)					0
Summa psykiatri					0

Beroendevård	Kostnad/ dygn	Antal vårddygn	Kostnad/ besök	Antal besök	Summa
Slutenvård	5 500				0
Akutbesök läkare			1 600		0
Akutbesök ssk/skötare			1 000		0
Lokal öppenvårdsmottagning, besök läkare			1 600		0
Provtagning och medicinerig			1 050		0
Lokal öppenvårdsmottagning, besök ssk			1 000		0
Psykologutredning, fast pris enligt avtal alt. kostnad/besök					0
Öppenvårdsprogram (reell kostnad alt. kostnad/besök)					0
Vårdplanering/nätverksmöte					0
Telefonsamtal (en halvtimme, ssk 180 kr)					0
Summa beroendevård					0

Somatisk vård	Kostnad/ dygn	Antal vårddygn	Kostnad/ besök	Antal besök	Summa
Slutenvård	9 200				0
Öppenvårdsbesök, specialistmottagning			3 500		0
Akutbesök			2 500		0
Närakut			1 750		0
Primärvårdsbesök, läkare			1 050		0
Primärvårdsbesök, distriktssk			450		0
Primärvård, hembesök läkare			1 000		0
Primärvård, hembesök, distriktssk			560		0
Primärvård, telefonrådgivning			100		0
Vårdplanering/nätverksmöte.					0
Summa somatik					0

Socialtjänst

Utredning och beslut enl SoL/LVM missbruksenhet	Pris/ timme	Tidsåtgång timmar	Pris/ tjänst	Antal ggr	Summa
Anmälan/aktualisering brev/tel 30 min	400	0,50	200		0
Anmälan/aktual. vid besök 1 tim 30 min	400	1,50	600		0
Ansökan/aktualisering per tel 45 min	400	0,75	300		0
Besök och beslut inleda SoL-utredning 2 tim	400	2,00	800		0
Beslut inleda SoL-utredning, ej besök	400	0,50	200		
LVM-anmälan 1 tim 30 min	400	1,50	600		0
Beslut inleda LVM-utredning 30 min	400	0,50	200		0
Beslut omedelbart omhändertagande LVM 3 tim	400	3,00	1 200		0
Ansökan till Förvaltningsrätt om LVM-vård 3 tim	400	3,00	1 200		0
Förvaltningsrättens beslut om LVM-vård 3 tim	400	3,00	1 200		0
Resa för placering på LVM-hem 8 tim	400	8,00	3 200		0
Polishandräckning 1 tim 30 min	400	1,50	600		0
ASI-utredning 2 tim 30 min	400	3,00	1 200		0
ASI-återkoppling 1 tim 15 min	400	1,25	500		0
Vårdplanering enskilt 1 tim	400	1,00	400		0
Vårdplanering gemensam 2 tim	400	2,00	800		0
Besök hos socialsekreterare 1 tim 30 min	400	1,50	600		0
Besök gemensamt hos annan (läkare, krim, AoF, öppenvård mm) i lokalomr. (prof.nätverk) 2 tim	400	2,00	800		0
Hembesök 3 tim	400	3,00	1 200		0
Socialsekreterare besök beh.hem 8 tim	400	8,00	3 200		0
Socialsekreterare besök stödbo. 4 tim	400	4,00	1 600		0
Beslut om insats 2 tim	400	2,00	800		0
Beslut om insats med utredningsdokument 3 tim 30 min	400	3,50	1 400		0
Telefonsamtal 30 min	400	0,50	200		0
Nätverksmöten med familj m fl 3 tim	400	3,00	1 200		0
Uteblivit från besök 30 min	400	0,50	200		0
Besök med tolk 1 tim 30 min	400	1,50	600		0
Summa utredning SOL/LVM:					0

Kostnader vid placering/insats	Pris/ timme	Tidsåtgång timmar	Pris dygn/ tillfälle	Dygn/ tillfällen	Summa
Behandlingshem SoL el § 27 LVM, pris enl avtal			800		0
Schablon enl stödboende nedan 800 kr/dygn					0
Öppenvård SoL el § 27 LVM, pris enl avtal, alt. Schablon 500 x antal dagar			500		0
Stödboende SoL el § 27 LVM, pris enl avtal, alt. Schablon 800 /dygn			800		0
Vårdplanering, nätverksmöte					
Resa med klient till behandlingshem 8 tim	400	8,00	3 200		0
Resa för klientbesök på behandlingshem 8 tim	400	8,00	3 200		0
Resa till stödboende 4 tim	400	4,00	1 600		0
Besök i öppenvård 2 tim	400	2,00	800		0
Telefonsamtal 30 min	400	0,50	200		0
SoL övrigt <i>Drogtester kostnad som ber.vård</i>			1 050		0
Case Manager/ACT (tidsåtgång - anges lokalt)	400	1,00	400		0
Boendestöd (tidsåtgång anges lokalt)	400	1,15	460		0
Kontaktperson (kolla kostnad)			1 680		0
Kontaktfamilj (kolla kostnad)					
LVM-hem 13§ (omedelbart omht) enl SIS 2012			3 950		0
LVM-hem 4 § (behandling) enl SIS 2012			3 275		0
LVM-hem 4 § särskilt vårdbehov enl SIS 2012			3 700		0
Enskild vård från dag 8 enl SIS 2012			2 000		0
LVM-hem 27§ enl SIS 2012			625		0
LVM övrigt					0
Summa kostnader vid placering:					0

Utredning och insatser försörjningsstöd		Pris/ timme	Tidsåtgång timmar	Pris/ tjänst	Antal ggr	Summa
Anmälan/aktualisering brev/tel	30 min	400	0,50	200		0
Anmälan/aktual. vid besök	2 tim	400	2,00	800		0
Ansökan/aktualisering per tel	1 min	400	1,00	400		0
Ansökan/aktual. vid besök	2 tim	400	2,00	800		0
Ekonomisk beräkning och beslut	1 tim	400	1,50	400		0
Skriva utredning/dokument	3 tim 30 min	400	3,50	1 400		0
Vårdplanering enskilt	1 tim	400	1,00	400		0
Vårdplanering gemensam	2 tim	400	2,00	800		0
Besök hos socialsekreterare	1 tim	400	1,00	400		0
Besök gemensamt hos annan i lokal området	2 tim	400	2,00	800		0
Hembesök	2 tim	400	2,00	800		0
Telefonsamtal	30 min	400	0,50	200		0
Socialsekreterare besök stödboende	4 tim	400	4,00	1 600		0
Beslut om insats	2 tim	400	2,00	800		0
Uteblivit från besök	30 min	400	0,50	200		0
Besök med tolk	1 tim 30 min	400	1,50	600		0
Nätverksmöten	3 tim	400	3,00	1 200		0
Försörjningsstöd	reellt belopp			0		
Ekonomiskt bistånd mot återbetalning						
Egna medel, förmedling		300	1,00	300		0
Summa utredning och insatser:						0

Kriminalvård/Frivård

Kriminalvård	Kostnad/ dygn	Antal dygn	Kostnad/ mån	Antal	Summa
Sluten anstalt	2 850				0
Häkte	3 000				0
Transporttjänst, kostnad per resa/person	5 260				0
Vistelse enl 56 § KvaL	1 750				0
Övervakning, arvode + omkostnader/månad			500		0
Kontraktsvård	1 800				0
Summa:					0

Bilaga 10: Fördjupad metod

Den här bilagan innehåller en utförlig beskrivning eftersom det handlar om en uppföljning där många uppgifter inhämtas om ett begränsat antal individer och att det därför är viktigt att redovisa hur uppföljningen genomförts och vilka våra etiska överväganden är. Det är även betydelsefullt att beskriva tillvägagångssättet då det handlar om metodutveckling för verksamhetsuppföljning. Tanken är att detta kapitlet ska kunna läsas separat varför det finns upprepningar från kapitlet om tillvägagångssättet som finns inne i rapporten, och som erbjuder en mer koncentrerad beskrivning av hur vi har gått tillväga.

För att besvara syftet har både kvalitativa och kvantitativa forskningsansatser använts. Det är enligt Trost (1994) fullt möjligt och kompletterar varandra. (Trost 1994; Jacobsen 2002).

Det här är en verksamhetsuppföljning som metodmässigt kan definieras enligt Vedung som en utvärdering: den blickar tillbaka och bedömer det som har beslutats om – som har avslutats – och syftar till att ge vägledning framåt för organisationernas ledning och politiker. Tanken är att dessa skall använda utvärderingens resultat för att förbättra verksamheten (Vedung 2009).

Förberedelser inför uppföljningen

I början av projektet utformades ett informationsbrev, samtyckesblankett, förfrågan om personen haft kontakt med socialtjänst eller Kriminalvård/Frivård, kodnyckel, mall för journalgranskning inom sjukvården och mall för aktgranskning inom socialtjänsten, intervjuguide för intervjuer med mångbesökare och för intervjuer med närstående, samt schablonlista för kostnadsberäkningen (bilagorna 1-9). FoU Södertörn har haft samordningsansvaret för *Mångbesökarmodellen* för de sex län/länsdelar som deltar. De har varit till stor hjälp bland annat med att utforma blanketter och mallar samt sprida information och goda exempel till oss i länen. De utgick bland annat från den uppföljning som Beroendeakuten i Stockholm gjorde (se Norman m.fl. 2012) och som SKL uppmärksammat. Genom hela projektet var strävan att projektledaren och senare projektmedarbetaren i så liten utsträckning som möjligt skulle få tillgång till mångbesökarnas personuppgifter. Bland annat användes koder och fiktiva namn.

Dokumentet justerades och förändrades av projektledaren för att passa uppföljningen i Norrbotten. Speciellt gällde det intervjuguiderna som bland annat gavs ett tydligare samverkansperspektiv. Granskningsmallarna för sjukvård och socialtjänst har använts så som FoU Södertörn utformat dem. Anledningen var att projektledaren varken hade tillräckliga kunskaper om respektive organisations arbete eller om deras dokumentationssystem. Mångbesökarnas journaler och akter gick igenom, mallarna fylldes i på datorn och sparades, i princip en för varje händelse. Någon granskningsmall för Kriminalvården och

Frivården fanns inte och utformades inte heller, då omfånget av materialet som vi fick del av inte var så stort att det behövdes.

I samtliga blanketter som användes för att få tillgång till data fanns angivet att uppgifter får hämtas för perioden januari till december 2011 (som var vår undersökningsperiod). Samtyckena gällde till och med 31 mars 2013 då rätten att hämta uppgifter från sjukvården, socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården upphörde.

Urval

Från början var tanken att urvalet av mångbesökare skulle göras inom akutsjukvården, att brev skulle skickas till de personer som uppfyllde kriterierna, om deltagande i uppföljningen och sedan skulle materialinsamlingen genomföras. Valet att ändra tillvägagångssättet berodde främst på att det är relativt sällan som diagnoser relaterade till missbruk sätts när personer söker inom akutsjukvården för till exempel hjärtbesvär, värk eller andra fysiska skador. En annan svårighet är att få personer med svår missbruks- eller beroendeproblematik att ställa upp på intervjuer, vilket kom att bli ett problem även för Missbruks- och beroendeenheten (MoB-enheten).

Av den anledningen tog en person i projektets styrgrupp med en förfrågan till landstinget om det fanns någon verksamhet som var intresserad av att delta. Projektledaren kontaktades av verksamhetschefen och chefsöverläkaren på Läns gemensam psykiatri som var intresserad av att delta. Sedan kontaktades enhetschefen för MoB-enheten och efter en träff med dem bestämdes att de också ställde upp och deltog i uppföljningen.

Urvalet var, enligt Jacobsen (2002) inte ett sannolikhetsurval eftersom representativiteten inte kunde garanteras. Det handlade snarare om ett så kallat godtyckligt urval där urvalet har skett utifrån dem som bedömts som representativa. Därför finns risken att vissa grupper inte ingick i vårt urval. Den retrospektiva analysen har dock visat att det slutgiltiga urvalet speglar populationen vad gäller ålder, kön samt typer av missbruk och beroende.

De urvalskriterier som fanns från början (när urvalet skulle ske via akutsjukvården) var att personerna under en tolv månaders period skulle ha besökt landstingets akutsjukvård (den somatiska eller psykiatriska) minst fyra gånger, eller vårdats minst fyra gånger på en vårdavdelning. Dessa urvalskriterier behölls med ett komplement; att personerna någon av dessa gånger hade fått en av diagnoskoderna F10-F14, F16 eller F18-19.

Mångbesökarna besökte akutmottagningen 0-36 gånger under året. I genomsnitt gjordes nio besök på akutmottagningen, fem personer gjorde fyra eller fler besök och tre personer besökte akutmottagningen fler än tio gånger. Det sammantagna antalet besök på akutmottagning och antalet inläggningar inom slutenvård varierade från tre till 57 gånger under undersökningsåret. Antalet besök i genomsnitt var under året 16 besök. Elva personer gjorde minst fyra besök under året varav

fyra av dem gjorde tio eller fler besök. Vi valde att inkludera den person som hade tre besök/inläggningar eftersom personen hade lämnat samtycke och materialet hade inhämtats. Däremot valde vi att inte presentera den mångbesökarens resultat som fallstudie.

Vad gäller de diagnoskoder som användes som riktmärke hade tio mångbesökare en sådan diagnos. Övriga tre hade anteckning om missbruk i sina journaler. Flera av mångbesökarna fick en diagnos kopplat till missbruk när de var inlagda på MoB-enheten, inom psykiatrin (i slutenvården) eller när de besökte hälsocentralen – medan missbruket inte identifierades i så stor omfattning på akutmottagningarna (jämför avsnittet Tidigare forskning om mångbesökare). De personer som oftast fick en sådan diagnos på akutmottagningen besökte akutmottagningen många gånger (35 respektive 36 gånger) under året.

I maj/juni 2012 inleddes materialinsamlingen på *Länsgemensam psykiatri*. Verksamhetschefen utsåg och tillfrågade personer om deltagande och totalt lämnade åtta personer samtycke. Skälet till denna tidsperiod var att det handlade om personer som vid urvalstillfället var inskrivna på Länsgemensam psykiatri och att de under undersökningsperioden 2011 inte skulle ha varit inlagda där hela året.

MoB-enheten valde att börja i augusti 2012 och målet var att åtta personer skulle lämna sitt samtycke till deltagande. Personal, anställd på MoB-enheten, gjorde i samråd med enhetschefen urvalet. De som tillfrågades om deltagande informerades om uppföljningen i samband med att samtycket inhämtades. Fem personer lämnade sitt samtycke och eftersom projekttiden då var begränsad till 31 mars 2013 beslutade projektledaren att åtta personer från Länsgemensam psykiatri och fem från MoB-enheten gav ett tillräckligt omfattande material att hantera inom den projektid som fanns. Det skedde innan projektet förlängdes året ut. Istället för att utöka materialet beslutade styrgruppen att vi skulle arbeta med att färdigställa och sprida resultatet.

Totalt lämnade 13 personer sitt samtycke, åtta personer från Länsgemensam psykiatri och fem personer från MoB-enheten. Tre av dessa är kvinnor (23 procent) och tio män (77 procent).

Samtidigt som samtycket inhämtades tillfrågades personerna om de hade haft kontakt med socialtjänsten eller Kriminalvården/Frivården under undersökningsperioden. När så var fallet kontaktade projektledaren dessa verksamheter för att få in uppgifter från dem om personerna. För de personer som valdes ut på MoB-enheten gav skötaren som inhämtade samtycket uppgifterna direkt till socialsekreterarna som arbetar där.

Alla hade haft kontakt med socialtjänsten, tolv hade haft kontakt med Luleå kommuns socialtjänst samt en person hade haft kontakt med en annan socialtjänst i Norrbotten. Åtta personer hade haft kontakt med Kriminalvården/Frivården under undersökningsperioden, sex från Länsgemensam psykiatri och två från MoB-enheten. Projektledaren träffade socialsekreterare/handläggare från den andra kommunens

socialtjänst, informerade om projektet så att projektet kunde få de uppgifter som behövdes därifrån. Det skedde i december 2012.

Reflektion om urval

Utifrån vald definition av mångbesökare anser vi att vi fått en bra och beskrivande bild av hur situationen för mångbesökare med tung missbruk- och beroendeproblematik ser ut i Norrbotten, speciellt då vi valt att inte avgränsa urvalet till akutmottagningen, och inte heller enbart undersökt mångbesökares nyttjande av sjukvård utan även socialtjänst och Kriminalvård/Frivård.

Tanken var att personer från länets samtliga fem sjukhus skulle delta. Istället var tolv mångbesökare från Luleå. Skötaren på MoB-enheten som inhämtade samtyckena försökte motivera personer från Bodens kommun att delta i uppföljningen men lyckades inte. En anledning som skötaren angav var att det var svårare att få till stånd intervjuer med personer som bodde i Boden när MoB-enheten är i Luleå.

Även om det hade varit bra med en större spridning med personer från andra kommuner som inte är anslutna till MoB-enheten, så visar resultatet på möjligheter till förbättringar som torde finnas även på andra ställen. Bland annat förekommer liknande systemhinder i de andra länens uppföljningar, och också inom området multisjuka äldre. Dessutom är personer med missbruk och beroende hänvisade till psykiatrin då MoB-enheten endast är till för de som bor i Luleå och Boden. Förutom förekomsten av samsjuklighet är det från den aspekten positivt att en del av urvalet gjorts inom psykiatrin.

En annan aspekt att beakta var vem som gjort urvalet och utifrån vilka kriterier. Urvalet på båda verksamheterna gjordes av personal och/eller chefer som i någon mån har en relation till de personer som tillfrågats. Detta kan ha nackdelen att personer känner sig tvingad att delta men kan också ha underlättat att vi fick så pass många personer som gav sitt samtycke. Samtidigt beskrevs i följebrevet att den enskilda individen inte skulle få någon försämrad vård eller stöd på grund av att denne deltog eller valde att inte delta, vilket varit viktigt ur en etisk synvinkel när det gäller att undersöka personer som tillhör i en utsatt grupp i samhället. Det är även viktigt att informera om den enskildes rättighet att själv avbryta sin medverkan närhelst personen vill, vilket några också gjorde.

Ytterligare en aspekt att beakta när det gäller urvalet är att det utgår från sjukvårdens mångbesökare. Hade urvalet även gjorts på socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården hade andra mångbesökare lyfts fram som hade kunnat innebära att resurserna och kostnaderna fördelats på annat sätt. Det valda urvalsförfarandet att visa mångbesökares användande av sjukvårdens resurser och de där tillkommande resurserna från till exempel socialtjänsten har använts i undersökningar om akutmottagningens mångbesökare och multisjuka äldre (se kapitlet Teoretisk referensram).

Kartläggning

Kartläggningen av mångbesökares nyttjande av organisationernas resurser utgör syftets första del. Den har främst gjorts via granskning av organisationernas journaler och akter.

Journalgranskare från *landstinget* utsågs under planeringen. Cheferna för fyra av landstingets divisioner (Vuxenpsykiatri, Akutsjukvård, Primärvård samt Medicinska specialiteter) skrev ett beslut att de namngivna granskarna var berättigade att gå in och läsa och hämta uppgifter från journalerna för de personer som lämnat sitt samtycke till detta. Viktigt var att de som granskade journalerna angav att den gjordes med forskningssyfte. På Läns-gemensam psykiatri anställdes fyra läkarassistenter för att göra materialinsamlingen och på MoB-enheten utsågs en administratör med lång yrkeserfarenhet av missbruksvård för att samla in materialet. Projektledaren träffade dem vid några tillfällen under sommaren och informerade om uppföljningen och tillvägagångssättet, därefter gjordes avstämning med dem om de hade några frågor om genomförandet.

När det gäller *socialtjänsten* tog de aktuella kommunernas socialnämnder ett beslut att uppgifter från dokumentationssystemen fick hämtas av socialsekreterare och att projektledaren fick ta del av dessa uppgifter. Eftersom MoB-enheten är gemensam för landstinget och socialtjänsten i Luleå och Boden arbetar socialsekreterare på enheten. Dessa gjorde socialtjänstens aktgranskningar för samtliga mångbesökare som hade haft kontakt med Luleås socialtjänst (även de från Läns-gemensam psykiatri), totalt tolv personer. För den mångbesökare som hade haft kontakt med en annan kommuns socialtjänst träffade projektledaren de socialsekreterare och handläggare som skulle genomföra granskningen i den kommunen. De som gjorde intervjuerna och granskade journaler och akter på MoB-enheten och i den andra kommunen fick i stor utsträckning arbeta på egen hand. Istället för att ha träffar inbokade kontaktade de projektledaren när de hade frågor. Tillvägagångssättet fungerade bra eftersom de arbetade på den arbetsplats där materialet hämtades och de hade yrkeserfarenhet.

Samtliga granskare från landstinget och socialtjänsten använde de utarbetade granskningsmallarna och de sparade granskningarna på ett USB-minne eller skrev ut dokumenten. Materialet överlämnades till projektledaren, som sammanställde det i Excel, avkodade materialet från kvarvarande igenkännande personuppgifter innan projektmedarbetaren fick ta del av dem.

För *Kriminalvårdens/Frivårdens* del fick vi skriva en särskild projektansökan till Vetenskapliga rådets kansli, Kriminalvården, om att få genomföra uppföljningen. Ansökan godkändes 18 januari, 2013. När beslutet kom oss till handa var en administratör på Frivården behjälplig att ta fram uppgifter. Allt materialet överlämnades till projektledaren och projektmedarbetaren för sammanställning och analys. Eftersom det inte fanns någon mall utarbetad för denna granskning

utarbetade projektmedarbetaren ett eget tillvägagångssätt för vilka uppgifter som var intressanta.

Reflektion om journalgranskning

Ur en etisk synvinkel är det viktigt att säkerställa att både den enskilda individen och organisationerna godkänner att uppgifter får inhämtas. Denna del i arbetet har fungerat bra genom att representanter från styrgruppen fick det uppdraget och hade mandat eller kontakter till dem som kunde ordna dessa beslut. Att möjliggöra uppföljningen har varit en av styrgruppens viktigaste uppgifter.

De personer som gjorde journalgranskningen på Läns gemensam psykiatri var samtliga läkarstudenter och på MoB-enheten en administratör. Mallarna för landstinget fungerade relativt bra. Det som främst saknades eller var otydligt i mallarna var uppgifter om vårdplanering och nätverksträffar, när sådana hade skett, vilka som deltog och hur aktörerna arbetat därefter. Detta område behöver förtydligas i mallen. En svårighet var att projektledaren inte själv hade någon erfarenhet av att läsa journaler/akter och därmed inte visste vad som saknades eller vilka uppgifter som hade behövts. Projektet är dock en del i en metodutveckling och administratören på MoB-enheten gjorde en kompletterande granskning i slutet av mars 2013, som gav vissa förtydliganden.

Mall för socialtjänstens aktgranskning bör däremot utvecklas om den skall användas i framtiden, så att fler uppgifter kommer med så att ärendegången tydliggörs. Även här handlar det om uppgifter om vårdplanering och nätverksträffar. De som granskade akterna följde mallarna som fanns vilket medförde att uppgifterna blev något knappa jämfört med landstingets granskning. En kompletterande granskning gjordes i slutet av mars 2013 av en socialsekreterare på MoB-enheten.

När materialet från kriminalvården samlades in var det svårt att avgöra vilken dokumentation som är relevant för att få en uppfattning om vården av mångbesökare. Tiden som fanns kvar för datainsamling var relativt kort, och efter den tiden kunde man konstatera att det vore bättre att få med domar och personutredningar förutom VSP – individuella planer som utgjorde dokumentationen från kriminalvården och frivården i den här undersökningen. De data som samlades in räckte dock för att sammanställa minimikostnader för kriminalvården och se organisationens roll i sådana fall som t.ex. Lena och David.

På Kriminalvården/Frivården hämtades uppgifterna av en administratör och projektmedarbetaren fick tillgång till uppgifterna, efter godkännande av frivårdens chef. Någon granskningsmall fanns inte utarbetad men eftersom det totalt var åtta personer så blev materialet inte lika omfattande och en struktur utarbetades utifrån vilka uppgifter som behövdes för sammanställningen. Eftersom beslutet från Vetenskapliga rådets kansli kom i januari och vi inte insåg förrän efter samtyckenas giltighetstid att vi även hade behövt personutredningar och domar så är uppgifterna från Kriminalvården/Frivården inte så utförliga. Någon tid för kompletteringar fanns således inte.

Det fanns en del brister i granskningen som främst berodde på att mallarna inte fungerade tillräckligt bra i kombination med att projektledaren inte hade kunskap om hur dokumentationen sker i olika organisationer och därmed inte kunde efterfråga det som hade gjort sammanställningen än mer detaljrik. Det var en avvägning mellan vad som är idealt och vad som är praktiskt möjligt inom projektets ram då det är ett omfattande arbete. Möjligen hade det underlättat om projektledaren varit delaktig i granskningarna, suttit bredvid den som gjorde granskningarna. Valet att inte vara delaktig gjordes utifrån en etisk synvinkel för att projektledaren inte skulle få tillgång till mer personuppgifter än nödvändigt. Valet gjordes även utifrån att det skulle ha blivit ett tidsmässigt omfattande arbete då projektledaren ej hade erfarenhet av att arbeta i organisationernas datasystem.

Kostnadsberäkning

Kostnadsberäkningen utgör en del i kartläggningen och gjordes i slutet av projektet. Hösten 2012 fick FoU Södertörn uppdraget av de sex länen att upprätta en schablonlista för vad mångbesökarna kostar socialtjänsten, sjukvården och Kriminalvården/Frivården. Schablonkostnaderna för sjukvårdens insatser har beräknats utarbetats av Rolf Bowin, Anna Ejve, (Health Care Management, HCM). Socialtjänstens insatser beräknades av Margareta Enochsson, FoU Södertörn. Kriminalvårdens/Frivårdens kostnader har projektledaren och projektmedarbetaren beräknat.

Två ekonomer utsågs tidigt för att göra den ekonomiska beräkningen, en från Luleå kommun och en från landstinget. De påbörjade sitt arbete i början av 2013 när mallen för den ekonomiska beräkningen var klar. Mallen användes så som den utformades och utgjorde en grund för beräkningen men i slutändan kom inte alla poster att användas antingen på grund av att dessa insatser inte hade använts av mångbesökarna i urvalet eller för att granskningen inte var tillräckligt detaljerad. De kostnader som gick att få fram från socialtjänsten var kostnader för externa insatser, som placering på behandlingshem som inte bedrivits i kommunens regi. I landstingets datasystem fanns fler kostnader att redovisa för vården av mångbesökarna, men även här saknades vissa och vissa kostnader registrerades som psykiatri fast det handlade om beroendevård, vilket berodde på att MoB-enheten inte är till för hela länet.

De insamlade uppgifterna överlämnades till projektledaren som under hösten 2013 gjorde en kompletterande läsning och genomgång av journaler och akter och förde in de kostnader som gick att få fram därifrån, till exempel antal telefonsamtal och individuella planeringar och nätverksträffar. Eftersom ingen ekonom fanns utsedd för Kriminalvården/Frivården har projektledaren i samråd med projektmedarbetaren gått igenom akterna och utifrån dem beräknat kostnader.

Genom att avidentifiera materialet ytterligare och i en sammanställning endast ange vad som var intressant för kostnadsberäkningen kunde vi ta hjälp av Margareta Enochsson, FoU Södertörn för beräk-

ningen av kostnader för socialtjänsten. Margareta har lång erfarenhet av socialtjänstens missbruksvård och har hjälpt oss att färdigställa kostnaderna. Exempelvis har hon beskrivit vad som ingår i ett ärende, exempelvis en utredning om stödboende, och satt in posterna på rätt ställe i schablonkostnadslistan.

Reflektion om kostnadsberäkning

Kostnadsberäkningen utgick från schablonlistan som utarbetats via FoU Södertörn. Fördelen med att använda en schablonlista är att det kan bli jämförbart mellan länen. Svårigheten som vi har mött handlar snarare om att socialtjänstens aktgranskning inte har varit tillräckligt omfattande och att det inte har gått att få fram kostnaderna så detaljerat som schablonlistans poster angav. Detsamma gäller Kriminalvården/Frivården. Eftersom kostnadsberäkningen gjordes i slutet av projektet fanns ingen möjlighet till kompletteringar. Troligtvis hade det varit enklare om prislistan varit klar innan granskningarna gjordes eftersom man då hade kunnat leta efter de uppgifter som behövdes för att göra kostnadsberäkningen. När uppgifter om kostnader saknades inom ett område har schablonkostnader från andra verksamhetsområden använts. Ett exempel är att det för Kriminalvården/Frivården inte fanns schablonkostnader för telefonsamtal och upprättande av verkställighetsplan. Då användes motsvarande kostnader, som fanns för den psykiatriska sjukvården.

Sammantaget är de ekonomiska beräkningarna inte helt kompletta men kan mycket väl ses som *minimikostnader* vad dessa mångbesökare har kostat organisationerna under det år som undersökts. I synnerhet gäller det Kriminalvården/Frivården men även socialtjänsten. Landstingets kostnader kan betraktas som de mest kompletta i den här uppföljningen. Vi har ändå valt att presentera kostnadsberäkningen eftersom det är minimikostnader och inte kostnader som beräknats för högt, samt att bland annat styrgruppen har ansett det viktigt att kostnaderna presenteras för att visa hur befintliga resurser används – inte nödvändigtvis visa vilka besparingar som kan göras.

Mångbesökares uppfattning och upplevelse av vården och stödet

Syftets andra del handlade om att undersöka mångbesökares uppfattning om och upplevelse av vården och stödet samt om bemötandet som de har fått från de olika organisationerna. För detta ändamål utgjorde intervjuer med dem och till dem närstående personer ett betydelsefullt inslag i uppföljningen. Det var frivilligt att intervjuas och det är inte alla som lämnade samtycke som har intervjuats, där har enbart journal- och aktgranskning gjorts.

På Läns-gemensam psykiatri var det de fyra läkarassistenterna som gjorde intervjuerna och på MoB-enheten gjorde en skötare intervjuerna. Personerna informerades i samband med intervjuerna om uppföljningen och en intervjuguide användes.

Tabell 22: Intervjuade personer, antal

	Länsgemensam psykiatri	MoB-enheten	Totalt
Mångbesökare	6	3	9
Närstående	3	1	4
Totalt:	9	4	13

Sammanlagt har tretton intervjuer gjorts, nio med mångbesökare och fyra med en till dem närstående person. Det innebär att 69 procent av mångbesökarna intervjuades och av dem valde knappt hälften att vi fick intervju en närstående. Intervjuerna spelades in digitalt när personerna själva godkände att de spelades in. Av de tretton intervjuerna har tio spelats in och tre sammanställdes skriftligt av en intervjuare då svaren skrevs för hand.

Intervjuerna utgick från en intervjuguide och hade både öppna och strukturerade frågor. Skälet till att intervjun var relativt strukturerad var att fem personer skulle göra intervjuerna och att de fyra läkarassistenterna inte hade gjort så många intervjuer tidigare medan intervjuaren på MoB-enheten var mer van att göra intervjuer, till exempel ASI-intervjuer. Tanken var att på det sättet minska skillnaderna mellan intervjuerna. Som hjälp vid intervjutillfället kunde en tidslinje användas där några händelser antecknades och där intervjuaren och intervjupersonen pratade kring händelserna. Tidslinjen kunde i praktiken endast användas vid ett par tillfällen. Modellen då personen själv återger händelseförloppet under ett års tid är inspirerad från det tillvägagångssätt som använts i området multisjuka äldre. Det tillvägagångssättet visade sig svårtillämpat på vår urvalsgrupp.

De intervjuer som genomfördes med en närstående person hade enbart öppna frågor. Det behövde inte vara en anhörig utan kunde vara någon annan person som stod mångbesökaren nära eftersom det var viktigare att det var en person som i någon mån fanns till för mångbesökaren. I ett fall var det till exempel en kontaktperson som personen beviljats via socialtjänsten som intervjuades som närstående.

Reflektioner om intervjuerna

Bäst resultat blir det när intervjuerna spelas in och skrivs ut ordagrant. Samtidigt som det var önskvärt att spela in intervjuerna var det ändå viktigare att de mångbesökare som hade samtyckt till att delta fick uttrycka sig och om de enbart godkände att svaren skrevs för hand så fick intervjuaren göra så. Detta har medfört skillnader i intervjuerna. Å ena sidan hade just den intervjuaren som i störst utsträckning antecknade själv mest erfarenhet av att intervju vilket gjorde att kärnan i svaren ändå fångades upp på ett bra sätt. Å andra sida skiljde detaljnivån mellan dessa intervjuer och de inspelade. Informationen från intervjuerna tillförde mycket till uppföljningen men i och med att svaren i intervjuerna låg på olika detaljnivåer blev sammanställningen snarare en innehållsanalys än en klassisk kvalitativ analys.

Vi har varit noga med att endast använda uppgifter om perioden januari-december 2011 (som angavs i samtycket för journal- och akt-

granskningarna) men där det i intervjun beskrevs vad som hänt före eller efter 2011 har vi tagit med, på grund av att det inte är så enkelt att prata om händelser som enbart skett under ett visst år.

Sammanställning av det empiriska materialet

Journal- och aktgranskningen sammanställdes av projektledaren genom att varje persons uppgifter lades in i ett blad i ett Excel-dokumentet (ett för journalgranskningen och ett för aktgranskningen) och sorterades i datumordning. Detta för att underlätta så en tidslinje kunde upprättas. Uppgifter som specifikt kunde härledas till en enskild individ ändrades eller togs bort. Likaså togs uppgifter som inte bedömdes relevanta för uppföljningen bort. Därefter överlämnades materialet till projektmedarbetaren. Sammanställningen av Kriminalvårdens/Frivårdens uppgifter gjordes på liknande sätt.

Intervjumaterialet överlämnades till projektledaren och den projektanställda fick i uppgift att sammanställa de intervjuer som spelats in. De transkriberades ordagrant och kodades sedan enligt ämnena i intervjufrågorna. Kärnmeningar och gemensamma mönster identifierades. Redan under transkriberingen blev det tydligt att ingen i urvalsgruppen kunde beskriva händelseförloppet under ett helt år; vissa kom inte ihåg, blandade ihop händelserna från 2011 med andra å, och några blev trötta under intervjun och avbröt den. Eftersom det var svårt för urvalsgruppen att återge händelseförloppet hamnade fokus i kodningen bland annat på upplevelser av bemötande och delaktighet. Gemensamma mönster i intervjuerna sammanställdes i en översikt. Intervjuerna användes även i fallstudierna. I intervjuerna med närstående fanns inga upprepande mönster i det som de uppgav som mångbesökarnas största utmaningar i vardagen, men den spridningen kan vara både informativ och illustrativ.

Fallstudier gjordes efter transkriberingen och sammanställningen av intervjuerna. På det viset var det möjligt att ha fokus på brukarperspektivet när så mycket data tillkom i akt- och journalgranskningen. Sex fall av tretton valdes utifrån följande kriterier. Både män och kvinnor skulle vara med i fallstudier, olika typer av missbruk (drog- och alkoholmissbruk, blandmissbruk, missbruk av läkemedel) skulle illustreras. Två fallstudier gjordes på mångbesökare som hade fått särskilda former av stöd, Case managers samt substitutionsbehandlingen LABO. För att än mer lyfta fram brukarperspektivet gjordes en extra fallstudie, Tommy, där intervjumaterialet tilläts ha tyngdpunkten på mångbesökares och närståendes upplevelse av vården och stödet. Denna fallstudie har sammanställts då fokusgrupperna redan hade genomförts. Därför har denna fallstudie diskuterats i minst utsträckning i fokusgrupperna, men har presenterats på olika informationstillfällen, bland annat vid nätverksmöte med samtliga län som deltagit i mångbesökarpjekten och FoU Södertörn, samt vid information till individ- och familjeomsorgschefer.

Alla mångbesökare gavs fiktiva namn, åldern och familjeförhållanden förändrades, till exempel åldern och antal barn. Detta gav en ytterli-

gare möjlighet att abstrahera sig från föreställningen om individen och istället fokusera på individens situation och berättelse.

Samtliga fallstudier har illustrerats med ett flödesschema. I de fall då händelserna var betydligt fler än det rymdes på ett överskådligt sätt valdes de mest representativa för händelseförloppet. Olika färger användes för att visa vilken organisation eller verksamhet det handlade om; primärvården med grönt, beroendevården med lila, psykiatrin med orange, akut somatisk vård med rött, socialtjänstens insatser och åtgärder med grått, samt kriminalvården/frivården med blått. Under sammanställningen uppstod behovet av att ha särskilda tecken för samverkan (cirklar för vårdplanering och timglas för samverkan), självmordsförsök (blixtar), telefonsamtal (telefonlur).

Flödesschemana kompletterades med intervjumaterial om det fanns samt med ett schema som visar antal besök, utredningar och vårddygn hos olika aktörer med samma färgkodning som på flödesschemat, slutet och öppen vård delades upp. Ett av fallen sammanställdes först och främst utifrån intervjun med mångbesökare och med en anhörig. Det fanns en tanke att bara utgå ifrån intervjumaterialet men sedan sammanställdes även ett flödesschema (som för de andra fallstudierna) utifrån journal- och aktgranskningen. Mångbesökaren har via intervjumaterialet fått företräde att formulera sina behov och svårigheter, och händelseförloppet som speglas i journalerna kunde därför ses utifrån de referensramar som intervjumaterialet utgjorde. Denna fallstudie sammanställdes när de flesta fokusgrupper redan har genomförts, för att komplettera övriga fallstudier med ett fall med rikare intervjumaterial, samt för att illustrera en situation då socialtjänstens resurser användes av mångbesökaren i större utsträckning än i de flesta andra fallstudier i undersökningen.

I denna undersökning gjordes retrospektiva fallstudier (Le Duc 2007). Risken med retrospektiva fallstudier som huvudmetod är att nyckelpersoner kan ha glömt vissa saker eller ändrat sin uppfattning om det som studeras (Merriam & Nisson 1994). Den modellen som tidigare använts för att följa upp mångbesökare både inom missbruk (SKL. *Mångbesökarmodellen*) och multisjuka äldre (SKL 2012) går ut på retrospektiva fallstudier då journalgranskning och aktgranskning i ett års tid är tillgänglig.

Reflektioner om sammanställning av materialet

I urvalet finns tre kvinnor och av dem har två intervjuats. Båda har avbrutit intervjun och de hann inte besvara alla frågor, till exempel de kvalitativa frågorna. I intervjuerna kunde man ana en bristande tillit till vården i stort och intervjuaren som en representant för en myndighet. Generellt, av vårt material att döma, så finns det en särskild utmaning när det gäller kvinnliga mångbesökares upplevelse av delaktighet och möjligheten att påverka sin vårdssituation.

Från början var intentionen att i fallstudierna utgå ifrån de genomförda intervjuerna och bara välja fallstudier där det finns bra och innehålls-

rikt intervjumaterial. Eftersom de generella syftena i uppföljningen var att komma åt upprepade systematiska brister valde vi att även utgå från relevanta händelseförlopp. I princip ingen av mångbesökarna kunde i intervjuerna återge händelseförloppet själv varför vi i flera fall i större utsträckning utgick från journal- och aktgranskningarna.

Dessutom har vi har valt bort en fallstudie trots att det var ett mycket relevant och intressant fall, speciellt för Kriminalvården/Frivården. Fallet innehöll sådana uppgifter som kunde kopplas till den enskilda individen och därmed kännas igen. Det hade gett ett illustrativt händelseförlopp i fallstudien, men av etiska skäl valdes detta bort. Fallet innehöll ett rikt intervjumaterial och ett rikt material från journalerna och akterna.

Arbete med systembrister via fokusgrupper

Arbetet med systembrister utgjorde den tredje och sista delen av syftet och har påbörjats under våren 2013. Tillvägagångssättet som vi använt oss av är fokusgrupper. Det har tillsammans med vår sammanställning och analys, utgjort huvuddelen i arbetet med systembrister.

Arbetet med fokusgrupper har *inspirerats* av BIKVA-modellen i det att fokusgrupperna inleddes på en brukarorganisation och därifrån gick vidare till andra fokusgrupper. Resultatet från varje fokusgrupp togs med till nästa fokusgrupp.

BIKVA-modellen är en modell för utvärdering som har tydliga inslag av brukardeltagande och brukarinflytande. Modellen har utarbetats av den danska socialforskaren Hanne Kathrine Krogstrup. BIKVA står för BrugerIndragelse i KVAAlitesvurdering. Genom den här modellen tillåts olika aktörer ta ställning till brukares frågor och uppfattningar, till exempel om missförhållanden eller om olika insatser. Tanken är att ge möjlighet att ifrågasätta hur organisationen arbetar med problemet och åtgärderna. Genom att arbeta med BIKVA skapas en reflekterande process. (Dahlberg & Vedung 2001)¹⁴.

Med BIKVA-modellen börjar man med en gruppintervju med berörda brukare som får diskutera exempelvis en insats, om de är tillfreds eller inte samt motivera varför de är nöjda eller missnöjda. Utifrån resultatet av gruppintervjun väljs nästa gruppintervju ut, vilket vanligtvis är frontlinjepersonal. Dessa konfronteras med det som framkom i brukarintervjun. Därefter väljs de aktörer ut som utpekats av frontlinjepersonalen, till exempel ledningsnivån som i sin tur kan leda vidare till politiker. Frågan kan även gå tillbaka till exempelvis frontlinjepersonalen eller brukarna så att de får förhålla sig till det som sagts av till exempel politikerna. En princip är dock att inte blanda olika nivåer vid respektive gruppintervju, utan här gäller en hierarkisk eller horisontell grupp i taget. (Dahlberg & Vedung 2001).

¹⁴ Dahlberg & Vedung refererar till fyra publiceringar från 1997 och 1999 av Hanne Kathrine Krogstrup. För dessa publikationer, se Dahlberg & Vedung (2001).

Dialogen i fokusgrupper började i den här uppföljningen i en brukarorganisation, och fortsatte på MoB-enheten, på Frivården och på Läns gemensam psykiatri. I fokusgrupperna diskuterades ett eller ett par fallstudier, och samtliga fall har diskuterats vid minst ett tillfälle. Förutom den kvalitativa fallstudien, som istället har diskuterats i en grupp med chefer som arbetar inom område Individ- och familjeomsorg samt med socialnämndsordförandena i Norrbotten.

Tanken var att skapa dialog kring systembrister samt över hur organisationernas arbete och samarbete fungerar. Vi har velat inhämta och lyfta fram olika aktörers åsikter, dels att höra om de mönster som vi funnit i materialet kändes igen av dessa personer som alla hade stor erfarenhet av att möta människor med missbruk och beroende (och psykiatrisk problematik). Samtidigt som fallstudierna fortfarande handlar om individerna och deras upplevelse kunde de sättas in i ett större sammanhang av mångbesökare som målgrupp, vilket gav en större legitimitet för uppföljningens resultat.

Två typer av fokusgrupper genomfördes. En del var bland annat ett sätt att samla in data från inblandade aktörer: personer med erfarenhet av missbruk och beroende, psykiatriker, socialsekreterare, kriminalvårdare. I de fallen fick deltagare i fokusgruppen frågor, diskussionen var strukturerad och antecknad på plats. Deltagarna tillfrågades om de träffade på något liknande de beskrivna fallstudierna och vad de i så fall kände igen. Vidare frågade vi om något borde förändras i liknande vård- och stödsituationer och i så fall vad, samt vad just de – som aktörer – kunde göra eller göra annorlunda i en liknande situation. I alla grupper togs även upp frågan om bra praxis, något i det beskrivna fallet som borde behållas i liknande fall framöver. Det gav fallstudierna en ny dimension.

Fokusgrupper som gjordes under sommaren och hösten var av informativ karaktär. När betydelsefulla kommentarer lämnades strävade vi efter att inkludera dessa i rapporten. Bland annat har vi informerat de personer som ingår i den grupp som har uppdraget att förbättra och göra missbrukarvården mer jämlik i Norrbotten. Resultatet illustrerar de brister som finns.

Reflektioner om arbetet med systembrister och fokusgrupper

Intentionen med tillvägagångssättet har dels varit att inhämta och lyfta fram olika aktörers åsikter, dels att höra om de mönster som vi funnit i materialet kändes igen av dessa personer som alla hade stor erfarenhet av att möta människor med missbruk och beroende (och psykiatrisk problematik). Samtidigt som fallstudierna fortfarande handlar om individerna och deras upplevelse kunde de sättas in i ett större sammanhang av mångbesökare som målgrupp, vilket gav större legitimitet för uppföljningens resultat; fallstudierna existerar i verkligheten och kan inte beskrivas som "ett olyckligt exempel".

Dessutom har fokusgrupperna bidragit med olika professionellas perspektiv (brukare, sjukvård, socialtjänst, frivård, skötare, behandlare, chefer på olika nivåer, läkare med flera) vilket varit värdefull kunskap. Eftersom vi är sociologer och inte har någon större yrkeserfarenhet av organisationernas arbete så behövdes allas perspektiv för att få en mer heltäckande helhetsbild. Det som vi upplevde saknades är främst primärvårdens perspektiv; ingen person som arbetar inom primärvården har deltagit i en fokusgrupp. Däremot fanns en representant från primärvården i styrgruppen, som till viss del kompenserat den bristen.

Samtidigt som vi inte har haft egen erfarenhet av arbete med personer med missbruk eller beroende inom någon av organisationerna har det varit en styrka att inte låta något perspektiv ta överhand. Det är lätt att det egna perspektivet får överhand då man "vet" hur man arbetar och varför man gör vissa val i en organisation eller att man ibland kan bli "hemmablind" för det egna arbetssättet. Därför har det varit av stor betydelse för oss att jobba med fokusgrupper.

Metodologiska och etiska överväganden

När förfrågan om projektet kom från SKL (se till exempel SKL 2011) framstod det som att det fanns en färdig modell för uppföljning av mångbesökare att implementera, och att Beroendeakuten gjort en sådan uppföljning. Eftersom så inte var fallet ägnades mycket tid i början av projektet att utforma tillvägagångssättet. Projektet har således snarare handlat om att testa en modell för uppföljning än att implementera modellen, vilket inneburit att uppföljningen har haft fler svagheter än om den varit väl utvecklad och beprövad.

Bristerna i utförandet till trots (som beskrivits i det här kapitlet) ger den här modellen likväl en god bild av den sammansatta problematik som mångbesökare har inom dagens missbruks- och beroendevård, som gäller systembrister och kostnader för verksamheterna. Liknande systembrister återfinns i de andra länens mångbesökarprojekt samt i de undersökningar som Ulla Gurner gjort inom området multisjuka äldre (se till exempel Gurner & Thorslund 2003; Bowin m.fl. 2012; SKL 2012). Andra undersökningar där liknande systembrister funnits kan därmed stärka resultaten från den här uppföljningen.

När det gäller uppföljningen så har etiska principer för samhällsvetenskaplig forskning följts (Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning). Dessa innebär att alla uppgifter som vi får ta del av behandlas konfidentiellt och inga identifierade uppgifter kommer att publiceras. Uppgifterna kommer att förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Det är alltid frivilligt att delta och personen kan när som helst avbryta sin medverkan utan att det påverkar hans eller hennes kontakter eller möjligheter att få vård och stöd av sjukvården, socialtjänsten och Kriminalvården/Frivården eller av någon annan myndighet som individen har kontakt med.

Eftersom vår urvalsgrupp tillhör en utsatt grupp har det varit extra viktigt att information getts om uppföljningen, att de undertecknat ett

samtycke och får förklarat att de när som helst kan avbryta sin medverkan utan att det får några negativa konsekvenser för dem (till exempel att de får en sämre vård för att de avbryter). De undertecknade samtyckena gällde för en begränsad tidsperiod såväl hur länge samtycket gällde som vilken tidsperiod som uppgifter hämtades från. Det empiriska materialet samt samtycke och övriga blanketter förvarades inlåst. Innan de överlämnades till projektledarna förvarades det på verksamheterna och därefter förvarade projektledaren allt material inlåst. Materialet förstördes den 31 mars, 2013. Inte heller inhämtades något material om personerna efter det datumet. Sammanställningar av materialet som inte innefattade personuppgifter och andra utelämnande uppgifter sparades till november då slutrapporten skrivits. Då förstördes även dessa sammanställningar.

Övergripande visar otaliga undersökningar att många människor med sammansatt problematik, som missbruk eller beroende får allt för ofta inte den vård och det stöd de behöver och har rätt till. Det är en utsatt grupp som bollas runt hos olika organisationer, organisationer som inte alltid tar det gemensamma ansvar de borde. Därför är det av stor vikt att uppföljningar görs, som handlar om hur vård och behandling fungerar och det är av yttersta vikt att individerna själva tar ställning till det som de får eller som de upplever att de behöver (men inte får). I det sammanhanget är det dock alltid viktigt att väga forskningens nytta med riskerna som finns med att delta i en sådan uppföljning. Den främsta nyttan för dem som har ingått i vårt urval är att det är ett led i utvecklingen av en arbetsmodell för uppföljning som medför att personer med komplex missbruks- och beroendeproblematik får bättre vård och stöd i framtiden. Uppföljningen har därmed inte medfört några direkta förbättringar för de enskilda individer som deltagit, utan intentionen har varit att förbättra organisationernas sätt att arbeta med personer med missbruks- och beroendeproblematik. Detta har utgjort en del av informationen till dem som deltagit i uppföljningen.

De data som inhämtats under projektet har innefattat mycket information om enskilda individer. I det närmaste har det gett en total bild av den sociala och medicinska situationen under tidsperioden om ett år. Det har därmed varit en balansgång mellan den nytta som resultatet av uppföljningen genererat och de individer som deltar i uppföljningen, vilka är i behov av nya former för vård/stöd som måste följas upp och utvärderas. Även om uppföljningen inte har haft den intentionen så kan någon enskild person ha uppfattat vissa frågor som kränkande eller som ett integritetstrång, inte minst de personer vars material sammanställts som fallstudier. Innan publiceringen av rapporten prövade projektledaren och projektmedarbetaren tillsammans med vetenskaplig handledare om den enskilde kan antas uppleva resultatet utelämnande eller kränkande och om denne kan lida men av det vi skulle presentera. Det hade rätt att avbryta sin medverkan när de så önskade, vilket en del gjorde.

För att öka konfidentialiteten ändrades personernas namn, ålder och familjeförhållanden. Det har medfört att resultatet inte diskuterats för

varje enskild individ, exempelvis vad vi ska göra för att förbättra situationen för just "Lena". Ett sådant tillvägagångssätt hade gått emot de etiska principer som har följts i uppföljningsprojektet. Eventuella förbättringar görs däremot på en övergripande nivå som generellt kan medföra bättre vård och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblem. Det finns dessutom en förhoppning, som väckts från SKL att denna modell som nu testas och utarbetas ska kunna användas vid fler tillfällen, även för andra målgrupper.