



Utvärderingsrapport från FoU-Jämt 2007:3

Mortalitetsrapport

För åren 2005 och 2006

Östersunds Beroendecentrum

Marianne Westring Nordh & Jonna Nordh Börresson

Mortalitetsrapport

för åren 2005 och 2006
Östersunds Beroendecentrum

Marianne Westring Nordh & Jonna Nordh Börresson

Sammanfattning

Denna rapport fokuserar på de personer som har varit inskrivna vid Östersunds Beroendecentrum och avlidit under åren 2005 och 2006. Genom aktstudier har vi försökt få en bild över hur klienternas missbruks/beroendesituation har utvecklats och vilka olika former av vård- och behandlingsinsatser som förekommit. Intervjuer med personal på de olika enheterna som ryms inom Beroendecentrum har förtydligat de olika insatsernas innehåll och även påvisat arbetsförhållanden på enheten och Beroendecentrum i stort. För att få en bild av skillnader eller likheter i antalet dödsfall mellan antalet avlidna i beroendegruppen och befolkningen i Östersund i sin helhet har vi använt oss av beräkningar enligt standardiserade mortalitetskvoter. Återkopplingar med personal, verksamhetschef och socialnämndens ledamöter har genomförts under arbetsgång.

Missbruksvården/behandlingen bedrivs av tre huvudmän; staten, landstingen och kommunerna med olika delansvar. Kommunen är den huvudman som har det övergripande ansvaret för öppenvård/ behandling och skall så långt möjligt motivera individer till frivilliga vård- och behandlingsinsatser. Alla tre huvudmännen har ett ansvar för att få till fungerande samverkan och därmed medverka till att individer i behov av insatser får en genomtänkt, individuell vård- och behandlingsplan.

De handläggande socialsekreterarna har haft en hög ärendebelastning. Under de två studerade åren har varje handläggare i genomsnitt haft mellan 50–37 ärenden. Trots detta har man lyckats hålla en god kontinuitet gentemot klienterna. Ärendemängden har sjunkit per anställd i och med utökning av personalstyrkan.

Studien av de nitton personer som har avlidit under de aktuella åren har

påvisat fem olika profiler. Dessa profiler visar med tydlighet på komplexiteten i missbruks- och beroendearbetet. Här finns en spridning i åldrar, kön och levnadsförhållanden som stöder tidigare utredningars och forsknings krav på individuella lösningar. Detta i sin tur ställer stora krav på personalens professionalism i bemötande vid förslag och dialog kring behandlingsalternativ.

I resultatet av vår studie framgår det med tydlighet att de stora topparna när det gäller dödsfall inom beroendegruppen hamnar i åldersspannet 45-55 år. Majoriteten av dessa har en registrerad låg debutålder och snabb etablering in en tung beroendeproblematik. Efter genomläsning av deras akter är det mer förvånande att de överlevt till den ålder som de gjort. De har i många fall levt ett hårt liv som omfattat både kriminalitet, våld och bostadslöshet i långa perioder.

För att motverka eventuell suicidrisk vid nyaktualiseringar och vid avslag bör det sättas in ett intensivt stöd i direkt anslutning till första mötet och/eller beslut. Här visar studien att de samlade resurserna på Beroendecentrum och psykiatrin kan och behöver utvecklas.

Studien uppmärksammar att många institutionsvistelser och då framför allt placeringar enligt LVM är extremt korta med tanke på de grava förhållanden som har legat till grund för beslutet. Det framgår inte i de aktuella akterna att det funnits något strukturerat samarbete mellan LVM institutionerna och Beroendecentrum eller frivilliga organisation.

Det finns nu pågående utvecklings- och nätverksarbeten av olika slag i Östersund och Jämtland mellan de olika vård- och behandlingsaktörerna, som förhoppnings kan leda till att de målgrupper som vi här har fokuserat kan få en tidig sammanhållen och medveten vård- och behandlingsinsats så att de snabbare kan komma tillbaka till ett fullvärdigt liv.

Förord

FoU Jämt inbjöds under december månad 2006 till en dialog med socialchefen i Östersund och verksamhetschefen för Beroendecentrum för att forma innehållet i en kommande studie kring de ökande dödfallen bland inskrivna vid Beroendecentrum. I denna dialog beslutades att studien skulle fokusera åren 2005 och 2006 och om möjligt ge en bild av orsaker bakom dödsfallen. I vårt kontrakt med varandra beräknades omfattning av tid till ett halvår. Verkligheten visade sig innebära behov av en utökning av denna tid. Detta beroende på omfattningen av material som behövde genomläsas och bearbetas och personalsituationen på FoU Jämt. I samråd med socialnämndens ledamöter förlängdes genomförandetiden till hösten 2007 och inberäknade då en fortsatt dialog om innehåll och analys med verksamhetschefen vid Beroendecentrum.

För genomförandet av studien kompletterades resurser på FoU Jämt med Jonna Nordh Börresson, magister i nationalekonomi.

Vi vill båda sända ett varmt tack till socialnämnd, socialchef, verksamhetschef och personal vid de olika enheterna på Beroendecentrum i Östersund för den öppenhet som funnits i våra olika kontakter. Vi vill även skicka ett särskilt tack till Arne Gerdner vid Institutionen för socialt arbete på Mittuniversitetet som bidragit med sina specifika kunskaper på området.

Östersund 2007 11 15

Marianne Westring Nordh
Forskningsledare FoU Jämt

Jonna Nordh Börresson
Extern konsult/Camiliem

INNEHÅLL

Uppdraget.....	7
Metoder under arbetets gång.....	9
Lagar, förordningar och teoretiska utblickar.....	11
Tvångsvård.....	11
Öppenvård och förhållningssätt.....	13
Komplexitet, individualitet och flexibilitet.....	13
Tydlighet och nätverksarbete.....	15
Information från studierna.....	17
Behandlingsalternativ.....	18
Aktstudier.....	20
Registrerad dödsorsak.....	23
Reflektioner utifrån aktstudier.....	25
Jämförelsekurvor med normalbefolkningen.....	25
Analys och diskussion.....	29
Profiler och behovet av individuella lösningar.....	29
Åldersfördelning och grav beroendeproblematik.....	31
Behov av särskild lyhörddhet.....	33
Kontinuitet i kontakter.....	35
Samverkan.....	36
Internt samarbete.....	37
Referenser.....	39
Bilaga 1 Formulär mortalitetsstudien	
Bilaga 2 SMR-kvoter	
Bilaga 3 Dödsorsaker	

Uppdraget

På uppdrag av socialnämnden i Östersunds kommun har FoU Jämt undersökt förhållanden för och insatser riktade till individer boende i Östersunds kommun med allvarlig beroendeproblematik och som avlidit under tidsperioden 2005 01 01 – 2006 12 31. Orsaken till studien var en oro över det ökande antalet dödsfall i beroendegruppen och att tre självmord genomfördes kort efter nyaktualisering vid Beroendecentrum i Östersund.

Denna oro föranledde oss att i denna studie försöka belysa bakomliggande orsaker till dödsfallen och sätta dem i relation till förväntade dödstal beräknat på hela befolkningen i Östersunds kommun. På detta sätt vill vi försöka ge en "helhetsbild" av hur den aktuella missbruksvården/behandlingen har fungerat och därmed kunna bidra till att eventuella styrkor kan bekräftas och utvecklas, likväl som eventuella brister kan upptäckas och åtgärdas i det framtida arbetet med människor som har en beroendeproblematik i Östersunds kommun.

Metoder under arbetets gång

En stor del av informationen som har använts för denna rapport har hämtats från klienternas akter vid Beroendecentrum i Östersund. Med stöd av Arne Gerdner, Institutionen för socialt arbete på Mittuniversitetet, utformades ett formulär som underlättade och fokuserade genomläsningen av de 19 aktuella akterna.¹ Dessa data fördes sedan in i SPSS och MS Excel för vidare bearbetning, tillsammans med uppgifter om dödsorsak. Dödsorsaksintyg fick vi från Socialstyrelsen. Tabeller och figurer har gjorts i MS Excel, uträkningar har gjorts i både MS Excel och i SPSS, samt manuellt.

Med *population* menar vi i den här studien befolkningen i Östersunds kommun fördelat i olika åldersintervaller och/eller kön, som till exempel kvinnor i åldrarna 35-44.

$$\text{Förväntat antal avlidna} = \left(\frac{\text{Antal avlidna i populationen}}{\text{Antal i populationen}} \right) \times 100$$

För att få en bild av skillnaden i dödsfall mellan antalet avlidna i beroendegruppen och befolkningen i sin helhet har vi använt oss av beräkningar enligt standardiserade mortalitetskvoter². Jämförelsekurvorna som redovisas i rapporten är inte beräknade enligt SMR (standardiserade mortalitetskvoter) utan är procentuella andelar av de avlidna fördelat på ålder och/eller kön över åren 2005 och 2006³. De befolkningsuppgifter som legat till underlag för beräkandet av olika jämförelsekurvor mellan de avlidna som var inskrivna hos behandlingsenheten och den övriga befolkningen, samt för uträkandet av Standardiserade Mortalitet kvoter (SMR) hämtades från SCB:s befolkningsstatistik.

$$\text{SMR} = \frac{\text{Antal inskrivna vid Beroendecentrum som avlidit}}{\text{Förväntat antal avlidna}}$$

¹ Se bilaga 1

² Se bilaga 2

³ Tillvägagångssätt för beräkning av SMR är hämtat från Möller, Gerdner & Oscarsson 1998

Besök och intervjuer med personal på de olika behandlingsenheterna vid Beroendeenheten i Östersund har genomförts. Syftet med detta var att både få en beskrivning av de olika enheternas verksamheter och personalens uppfattning om hur samverkan mellan enheterna på Beroendecentrum i Östersund fungerar.

Däremot har inga intervjuer genomförts med anhöriga till de avlidna. Detta uteslöts för att vi tyckte att vi fick ett så pass utförligt material att arbeta med utifrån de beskrivna metoderna och dessutom ville vi undvika eventuellt uppslitande intervjuer.

Ett återkopplande och reflekterande möte har genomförts med de handläggande socialsekreterarna på beroendeenheten vid ett tillfälle. Återkopplingar till verksamhetschefen har förekommit spontant vid aktläsningstillfällen på Beroendecentrum och mer formellt vid två tillfällen. Rapporten har redovisats för socialnämnden muntligt vid juni månads sammanträde 2007.

Utöver dessa empiriska studier har en översiktlig genomgång av relevant litteratur genomförts.

Lagar, förordningar och teoretiska utblickar

Denna rapport grundar sig i huvudsak på kommunens insatser via Beroendecentrum till den aktuella målgruppen. Missbruksvården/behandlingen bedrivs dock av tre huvudmän; staten, landstingen och kommunerna, där staten är ansvarig för missbruksvården inom kriminalvården och vid tvångsomhändertagande enligt Lagen om vård till missbrukare (LVM). Landstingen ansvarar i första hand för avgiftning och läkemedelsassisterande behandling för både alkohol- och narkotikamissbruk. Kommunerna har det övergripande ansvaret och bedriver vård och behandling för beroendegrupper både i öppen form och på institution. Den kommunala socialtjänsten ger även stöd i boende, sysselsättning, försörjning och budgetrådgivning (SOU 2005:82 s.27). Kommunerna utgår i sina insatser från socialtjänstlagen (SOL) och i portalparagrafen påvisas att socialtjänsten skall bygga på demokratisk och solidarisk grund. Insatser inom socialtjänsten skall genomföras på ett sådant sätt att enskildas och grupperns egna resurser kan frigöras och utvecklas. Detta för att människor skall kunna få stöd i att finna bättre handlings- och beteendemönster för framtiden (Norström och Thunved 2005 s. 467).

Tvångsvård

Då många individer i studien har omfattats av LVM-insatser och i vissa fall i stor omfattning vill vi kort uppmärksamma intentionerna med denna vård/behandlingsinsats. All text i detta avsnitt refererar till SOU 2004:3

Enligt 3 § LVM är tvångsvårdens syfte att motivera missbrukaren så att denne kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Förutsättningar för att vård med stöd av LVM ska kunna komma i fråga regleras i 4 § LVM, för det första ska det föreligga ett fortgående missbruk och ett vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom tvångsvård. För det andra ska en av de specialindikatorer som räknas upp i bestämmelserna också föreligga för ett beslut om vård (s.134). Specialindikatorerna är *hälsoindikationen*, som kräver att den enskilde till följd av missbruket utsätter sin hälsa för allvarlig fara. Den anknyter alltså direkt till miss-

brukarens hälsotillstånd och faran för att det allvarligt försämras om denne inte får vård. Den *sociala indikationen* säger att beslut om tvångsvård ska tas om någon till följd av missbruket löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv (s.138). Den tredje indikationen, som är *skadeindikationen* handlar om två situationer; dels då missbrukaren kan befaras allvarligt skada sig själv, här åsyftas risken för självmord, eller om missbrukaren kan befaras att allvarligt skada någon närstående. (s.139)

Innan man tillgriper LVM-vård bör alla möjligheter till insatser i samförstånd med klienten ha övervägts och funnits otillräckliga, det ligger dock inte ett krav på att frivillig vård ska ha prövats och misslyckats innan rätten kan besluta om tvångsvård (s.136).

Som tidigare skrivet är tvångsvårdens syfte att motivera missbrukaren så denna kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. I Gerdner och Holmberg (2000) skildras det att social kollaps, dvs. förlust av familj, arbete och bostad inte nödvändigtvis leder till en insikt hos klienten, om behov av förändring. Istället är det de klienter som har kvar en viss social plattform som är mest motiverade. Deras studie visade också att motivation inte är en fråga om mognad eller en fas i missbrukskarriären. Man talar ibland om "hit rock bottom", det vill säga att personer som nått "botten" kommer att få insikter som gör att de själva blir motiverade att ta tag i sin missbruksproblematik. Det har inte visat sig att motivation hos en individ är ett utslag av detta. Man kan därför inte förvänta sig att motivation uppstår av sig själv (s.176).

Undersökningar genomförda i Stockholm bekräftar att missbrukares väg ut ur missbruk med stöd av socialtjänstlagen inte heller nödvändigtvis innebär att den enskilde känner en genuin och stark motivation, utan att valet styrts av vad som i en viss given situation är den *minst* obehagliga konsekvensen (Gerdner & Holmberg s.177). Dessa klienters sociala integration i samhället är i det närmaste obefintlig och man talar om att de har utvecklat en *inlärdd hjälplöshet*. Socialsekreterarens förhållningssätt till klienter som under årens lopp varit med om mängder av förluster och "misslyckanden" blir därför oerhört viktigt.

Öppenvård och förhållningssätt

I SOU 2005: 82 understryker man vikten av ett empatiskt förhållningssätt från personal gentemot personen med beroendeproblematik. Studier har visat att positivt behandlingsutfall i hög grad kan kopplas till hur relationen mellan klient och behandlare ser ut (a.a.). Behandlare som kan närma sig klienten på ett professionellt emotionellt sätt skapar en tillit och trygghet som medverkar till att klienten bättre tar emot behandlingsinsatser och vågar försöka pröva nya vägval i livet (Holm 1995/2005).

Det emotionella arbetet byggs upp genom relationer mellan människor. Att bygga upp dessa relationer tar tid. Tillräckligt med tid ger möjligheten att känna tillit. Tillit ger modet att våga försöka igen. Att våga försöka igen, tillsammans med någon som ger det stöd som Du behöver skapar känslan av växt. Att växa är att få nya kunskaper och erfarenheter. Nya kunskaper och erfarenheter ger möjligheter att göra nya val. För detta krävs det mod och tillit både till sig själv och till andra (Westring Nordh 2002/2007).

På samma sätt har studier visat att konfrontativa behandlingsstilar ger sämre behandlingsutfall (SOU 2005:82 s 44).

I ovanstående betänkande poängteras det att socialtjänstens och andra myndigheters behandlingsinsatser skall utgå från individens behov och att individen själv ska vara med i planering av behandlingen.

Komplexitet, individualitet och flexibilitet

Det komplexa samspelet mellan behov, insatser och behandlare är som påpekats oerhört viktiga. I SOU 2005:82 påvisas tre grundförutsättningar för en god ”vårdprocess”. Den grundförutsättning som utredningen bedömer som viktigast är *personkontinuitet* vilket innebär långvarig kontakt med en ansvarig behandlare. För övrigt pekar utredningen på *den enskildes individens unikum*, vilket innebär att beslutande och behandlande personal skall finna individuella och flexibla insatser i samverkan med kli-

enten. Slutligen poängteras att olika *insatser* från flera vårdgivare *bör ske samtidigt och integrerat* istället för efter varandra (a.a. s.17). Här har andra studier påvisat brister i samordnade och/eller integrerade behandlingsinsatser. Framför allt har psykiatrisk problematik i kombination med beroendeproblematik fokuserats. Där har det påvisats att personer med dubbeldiagnos ofta bollas mellan vårdgivare och även blir utan behandling då ingen tar ansvar för densamma (Tärnegård 2000)⁴.

Faktorer som brukar- och frivilligorganisationer pekar på för goda behandlingsresultat är behovet av *snabba insatser* när den beroende visar en vilja till förändring. Detta menar man är viktigt då det har visat sig att motivationen hos missbrukande personer ofta är väldigt flyktig. Brukar- och frivilligorganisationerna pekar även på behovet av varierade och individuellt önskade insatser. Behandlingar skall vara långsiktiga med ett tillåtande förhållningssätt som inberäknar förekomsten av återfall (SOU 2005:82).

Verksamhetsansvariga och företrädare för huvudmännen pekar på behovet av ömsesidighet i byggandet av ett systematiskt planerings/dokumentations/utvärderingssystem och en långsiktig förvaltning och utveckling av instrumentet. När det gäller individens specifika behov vill de att ett helhetsperspektiv utifrån livssituationen skall vara vägledande för beslut. Här skall den beroendes eget boende, familj, och övriga nätverk, likväl som somatisk och psykiska hälsa lyftas in. Även denna grupp poängterar vikten av långsiktighet och tålamod i behandlingsinsatser. Verksamhetsansvariga ser en planerad eftervård som avgörande för att intensiva behandlingsinsatser skall ge det resultat som önskats. De pekar vidare på behovet av många olika behandlings- och rehabiliteringsinsatser för att kunna möta upp individuella behov i större omfattning än idag (SOU 2005:82). Kompetensutveckling hos personal och möjlighet till könssegregerade behandlingsformer för kvinnor, i vissa fall, är andra viktiga områden som de menar måste beaktas i framtiden (a.a. s.20).

Forskning har påvisat positiva effekter av professionell långsiktig eftervård, likväl som av delaktighet i olika former av självhjälpsgrupper under och/eller efter behandling (Möller, Gerdner & Oscarsson 1998, Gerdner

⁴ För fördjupning se vidare i Tärnegård 2000 som har studerat denna problematik i Östersund.

2005). Med integrerade behandlingsformer och professionellt empatiska förhållningssätt, där individen får möjlighet till inflytande, kan invanda mönster brytas (Holm 2005, SOU 2005:82).

Tydlighet och nätverksarbete

Skuld och skam är känslor som är tätt sammanknippade med individens beroende till drogen. Många människor med beroendeproblematik ”beskriver sin situation som *fängelseliknande, förnedrande, nedvärderande, omyndigförklarande, bestraffande, frihetsberövande*” (Arlebrink 2005 s.159). Dessa känslor upplevs i relation till beroendet självt och förändras inte under vistelsen på institution. Detta innebär att klienten under lång tid upplever sin autonomi begränsad och sin integritet kränkt (a.a.).

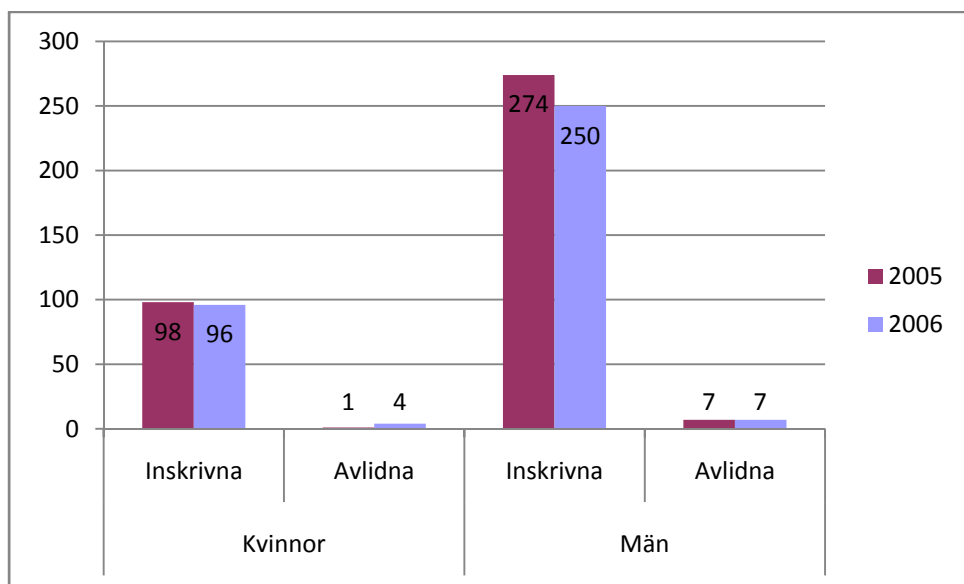
Vägen ut ur ett missbruk är lång och sällan rätlinjig (SOU 2005:82). För att människor skall kunna hantera olika situationer som uppstår i livet är deras förmåga att förstå och känna en känsla av sammanhang viktig (Antonovski 1987). Denna känsla av sammanhang ligger till grund för begreppet KASAM. De begrepp som kopplas till KASAM och interagerar med varandra är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. För att något skall bli begripligt måste individen kunna se en sammanhängande struktur i det som händer och sker, inom och utom henne/honom som person. Hanterbarheten är kopplad till de resurser som individen har för att ta hand om, härbärgera de händelser som uppstår i vardagslivet och de känslor som dessa väcker. Meningsfullheten i sin tur är kopplad till att man som individ har tillgång till yttre och inre resurser som ger möjlighet till någon form av delaktighet eller påverkansmöjlighet i det som sker. Ju högre känslan av sammanhang är, desto bättre blir förmågan att lösa olika problemsituationer. Personer med beroendeproblematik har i skilda studier som genomförts, både inom tvångsvården som öppenvården, uppvisat låga värden på KASAM (Arlebrink 2005 s.165).

Begreppet salutogenes är tätt sammankopplat med KASAM och innebär att man skall se till det friska och utvecklingsbara hos individer och grupper istället för det sjuka, det patogena och statiska. För att bidra till en känsla av sammanhang i olika vård- och behandlingssituationer är det viktigt med en tydlig och uttalad arbetsgång från första kontakten till avslut.

För professionen är det avgörande att inte ta över ansvar från de människor som de skall stödja. På samma sätt är det viktigt för personal att veta vilka förutsättningarna är och vad som förväntas av dem i samband med olika förändrings- och utvecklingsarbeten inom organisationen. Så även här kan KASAM och ett salutogena förhållningssättet vara av stor betydelse (Mårtensson 2005, Westring Nordh 2007).

Information från studierna

Totalt 372 personer var inskrivna vid Beroendecentrum under 2005, och 2006 var det 346 personer. Av dessa var 98 respektive 96 kvinnor och 274 respektive 250 män. Under 2005 avled åtta av de inskrivna vid beroendeenheten, en kvinna och sju män. 2006 var det elva personer som avled, fyra kvinnor och sju män.



Figur 1 Totalt antal inskrivna samt avlidna vid Beroendecentrum fördelat på kön

Antalet årstjänster för handläggande socialsekreterare var under dessa två år 7,5 tjänster för 2005 och 8,5 (våren) respektive 9,5 (hösten) 2006. Slår man ut antalet inskrivna på Beroendecentrum på antalet årstjänster innebär det närmare 50 ärenden per årstjänst år 2005. Under våren 2006 blir förhållandet cirka 40 inskrivna och under hösten samma år cirka 37 inskrivna per årstjänst.

I de handläggande socialsekreterarnas arbetsuppgifter ligger att göra en utredning som skall ligga till grund för kommande insatser/beslut. De skall i detta arbete motivera individerna till olika frivilliga behandlingsin-

satser. De har även ett uppföljningsansvar för individerna och de insatser som det beslutas om.

Behandlingsalternativ

De olika behandlingsinsatser i öppenvård som vi genom aktstudierna har konstaterat erbjudits de nitton personer som avlidit under de studerade åren är

- *Rådgivningsbyrån* (2 kommunpersonal + 1 personal från lands-tinget), Hit kan alla vända sig som behöver stöd, hjälp och/eller information om olika behandlingsmöjligheter. Det krävs ingen utredning för kontakt med teamet. Däremot kan teamet vara bryggan över till de handläggande socialsekreterarna eftersom vissa behandlingsinsatser kräver att utredning genomförs och beslut tas kring specifik insats. Man genomför kartläggningar och bedömningar av problemets art. Det finns ett haschprogram och öronakupunktur kan ges som kompletterande behandling.
- *Blå dörren* (2 personal), är en enhet som arbetar med individens hela livssituation. Hit kan man söka på egen hand, men behandlingen kan även föreslås efter att en utredning genomförts på Beroendeenheten. För alla som är boende i Östersunds kommun är behandlingen gratis. Teamet arbetar med lösningsfokuserat förändringsarbete. Detta innebär lösningsfokuserade samtal som utgår ifrån ett salutogent förhållningssätt och tar sin utgångspunkt i individens egna tankar om behov, väg och mål. Det finns ingen tidsgräns för insatsen. Man vänder sig till såväl individen, familjen och/eller par. Teamet kan även finnas till konsultativt för olika grupper.
- *Steg* (2 personal), är en strukturerad gruppbehandling i öppenvård som utgår ifrån traditionellt 12 -stegsprogram i kombination med moderna tankar om motivation och förändringsarbete. För att få tillgång till insatsen krävs utredning och beslut från handläggande socialsekreterare. Behandlingen är uppdelad i primärbehandling på heltid i fem veckor och eftervård under 20 veckor, två timmar i veckan. Eftervården innehåller återfallsprevention

vilken utgår ifrån kognitiv beteendeterapi. Till detta erbjuder teamet även stöd och hjälp till anhöriga till personer med beroendeproblematik. Detta anhörigprogram pågår i fem veckor, två timmar i veckan. Målsättningen med denna gruppbehandling är att den anhörige skall må bättre, inte att lösa den beroendes problem.

- *Brytpunkten, (1,5 personal)* här finns det sysselsättning av olika slag att tillgå. Bland annat finns det möjligheter att jobba i kök med alla de sysslor som där förekommer. Det finns en kafeteria i anslutning där även lunch serveras. Olika former av hantverk och renovering av en båt är andra projekt som finns vid Brytpunkten. Syftet med insatsen är att skapa dagliga rutiner, skapa en förståelse för att gruppen är viktig och att ge dagen ett innehåll som kan bidra till fortsatt motivation till ett liv utan droger.
- *Boendestöd* förekommer i olika former, allt ifrån barackboende till stöd i egen lägenhet. I barackboendet finns det inga drogfrihetskrav. Däremot har man tillsyn dagligen av personal. Det finns ett akutboende med sex platser där man kan bo mellan 21.30-08.00. Man får en smörgås på kvällen och frukost på morgonen. Det finns möjligheter att tvätta sig själv och sina kläder. Det andra alternativet, Boendebasen, är en form av "fast" boende i korridor med tillgång till gemensamt kök. Här ställs det krav på drogfrihet och någon form av sysselsättning. Vid återfall är man välkommen tillbaka efter tillnyktring.
- *Uppsökare (Boendestödjarna, 2 personal)* som finns knutna till enheten har både en kontrollfunktion samt ett individuellt stödjande arbetsinnehåll som bygger på ett motiverande förhållningsätt gentemot dem som har beviljats insatsen. "Vi gör allt utom att städa".
- *Ekonomiskt stöd*, ofta i form av egna medel hantering, vilket innebär att socialtjänsten har hand om individens medel och fördelar dem så att de räcker månaden ut.

Aktstudier

Den undersökningsmall som vi har använt oss av i samband med aktstudierna visar på ett flertal faktorer som kan ha påverkat och bidragit till de levnadsöden som de nu avlidna individerna haft. Vi kommer inte att redovisa alla faktorer i numerära tal. Däremot kommer de som har haft större betydelse för utvecklingen i individernas liv att föras in i den kommande slutdiskussionen.

Hos de individer som har avlidit under de aktuella åren så kan vi, där uppgifter finns registrerade, konstatera att den vanligaste debutåldern är vid 14-16 års ålder. Det finns dock fall där debuten sker så tidigt som vid 10-11 års ålder. Det i dessa båda debutåldersgrupper som vi kan se är en snabb utveckling till tungt drogberoende och ett drog beteende som individerna inte lyckas bryta.

Åtta (43,1 %) av individerna som har avlidit under 2005/2006 hade eller hade haft tidigare kontakter med psykiatri. Den behandling som de hade genomgått var i form av frivillig psykiatrisk slutenvård och/eller psykiatrisk öppenvårdskontakt.

Totalt sex stycken av de nitton individer som avled under 2005 och 2006 hade tvångsvårdats på institution (LVM). Efter den första januari 2005 hade fyra tvångsomhändertagits enligt LVM och av dessa hade tre tvångsvårdats vid olika tillfällen även före 2005. Det vi reagerar på i journalanteckningarna är att behandlingstiderna i de flesta fall är mycket korta, i vissa fall endast ett par till tre veckor. Det finns sällan några anteckningar eller indicier om planerad efterbehandling.

Av de 19 individer som avled under 2005 och 2006 har 16 haft någon slags öppenvårdsbehandling för sitt missbruk. De tre som inte har haft insatser riktade till beroendeproblematik har, utifrån vad vi kunnat utläsa, enbart haft ekonomiskt stöd i form av egna medel hantering.

Totalt elva har fått frivillig missbruksvård på institution någon gång eller vid upprepade tillfällen under livet. I vissa fall har denna vård initierats och bekostats av arbetsgivare. Fem av individerna fick denna form av insats från Beroendecentrum efter första januari 2005. Av dessa har tre vårdats frivilligt på institution före detta datumet. Fyra individer har varit

placerade i familjehem, varav en av dessa placeringar har skett efter januari 2005.

Bistånd i form av samtalskontakt finns registrerat för tio av personerna varav sju har haft denna kontakt efter den första januari 2005. Tre av dessa individer har haft detta bistånd före detta datum. Tretton individer har fått öppenvård i annan form som exempelvis hos Blå Dörren eller Steget och sex stycken av dem har fått det efter den första januari 2005. Kontakt med socialsekreterare som behandlingsform har noteras för sex stycken av individerna varav fem stycken efter januari 2005. En individ har haft kontaktperson som behandlingsinsats och ytterligare en annan har i samband med avtjänat fängelsestraff haft kontakt med skyddskonsulent. Fem stycken av de avlidna personerna har haft kontakt med frivilligorganisation/er och en av dem hade denna form av kontakt efter första januari 2005.

Utav de nitton nu avlidna personer som rapporten handlar om kan vi av journalanteckningarna konstatera att sex av personerna i olika omgångar har varit bostadslösa, sex personer har haft återkommande insatser genom livet av olika former av boendestöd. Totalt två personer har haft behandlingsstöd i form av boende under 2005, varav en även efter första januari 2006.

När det gäller bistånd i form av sysselsättning på Beroendecentrum har åtta av de nitton avlidna personerna haft denna form av insats vid flera tillfällen i livet. Efter första januari 2005 är det en av dem som haft insatsen.

Tabell 1 Typ och mängd av behandlingar

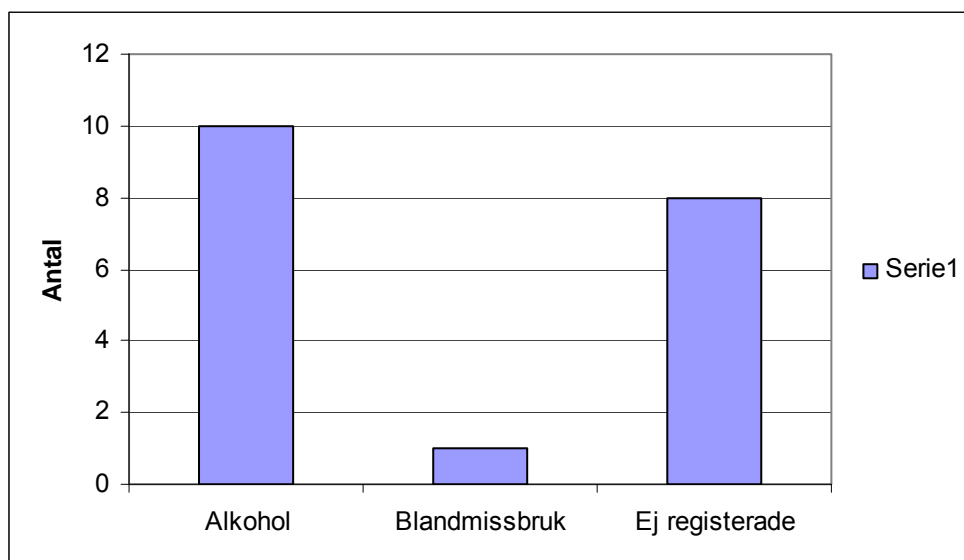
Behandlingsinsats	Totalt	Efter 20050101
Frivillig vård på institution	11	5
Tvångsvård på institution	6	4
Familjehemsplacering	4	1
Samtalskontakt	10	7
Öppenvård - annan	13	6
Tät kontakt med handläggare	6	5
Kontakt med frivilligorganisation	5	1
Boende/boendestöd	6	2
Sysselsättning	8	1
Kontaktperson	1	1
Annat	1	

Fyra av individerna som avled under 2005 och 2006 tog själv kontakt med beroendeenheten för att få hjälp med sitt missbruk, två av dem tog kontakt under 2005 och två under 2004. En av individerna hade haft en första kontakt 2001, med påföljande frivillig institutionsbehandling, för att åter vara aktuell 2004. Efter 2004 har de fått behandling i form av öppenvård genom Steget, Rådgivningsbyrån och/eller Blå Dörren. Två av dem har fått beviljat missbruksvård på institution (frivillig). En av klienterna blev nekad samma insats trots ett klart uttalat önskemål om denna behandlingsform.

För sju individer som avled under 2005 och 2006 ser vi ett intensivt livslångt mönster av återkommande behandlingsinsatser både genom tvång (LVM) som frivillighet på institution (SoL) och olika former av öppenvård.

Registrerad dödsorsak

Drygt hälften (11) av de individer som har varit inskrivna på Beroendecentrum och som avlidit under 2005 och 2006 har i dödsorsaksintygen angivits avlidit till följd av kroniskt missbruk. I de elva fall som av läkare har markerats som missbruksrelaterat dödsfall är tio alkoholrelaterade, ett är relaterat till blandmissbruk. Ett så högt antal som åtta personer av de avlidna hade ingen registrerad alkohol- eller drogrelaterad markering i dödsorsaksintyget. Detta trots att slutlig angiven dödsorsak i något fall kan indikerade detta.

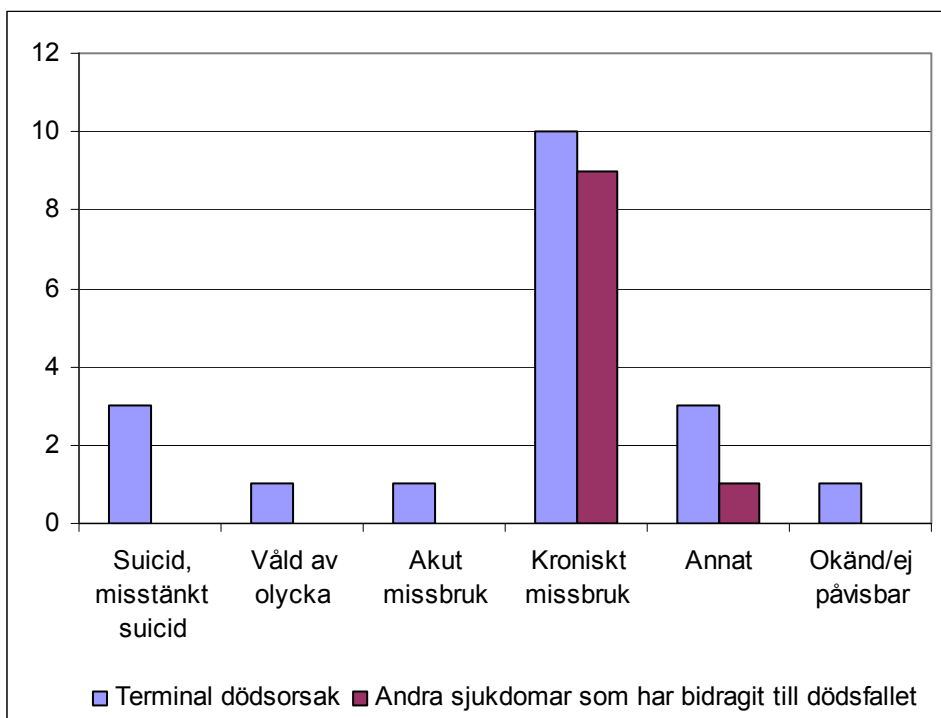


Figur 2 Typ av drog vid dödsfall markerade av läkare som missbruksrelaterat, redovisat i antal.

Slutliga dödsorsaker som angivits i dödsorsaksintygen som en följd av kroniskt missbruk är levercirros (skrumplever), leverencefalopati (leverkoma, ett neurologiskt och psykiatriskt tillstånd som ses i samband med nedsatt leverfunktion), pankreatit (bukspottkörtelinflammation), esofagusvaricer (vidgade vener i matstrupen, har brösttit och därmed orsakat död), gastrointestinal blödning (blödning i mage, magsäck och tarmsystem) samt hepatit (leverinflammation).

Bland de åtta som inte har angivits som alkohol- eller drogrelaterade har en avlidit av levercirros (skrumplever), en av akut koldioxidförgiftning, en av skottskada i huvudet och ytterligare en av blödning i huvudet (subduralblödning). För en person har man varken kunnat ange datum för dödsfallet eller dödsorsak. Tre personer har avlidit till följd av andra sjukdomar som cancer, hjärtinfarkt och cirkulatorisk svikt.

De tre personer som har begått självmord har alla blivit inskrivna vid Beroendecentrum efter 2003.



Figur 3 Terminal och sekundär dödsorsak redovisat i antal.

För mer specificerade figurer med uppdelningar på respektive sjukdom eller annan angiven dödsorsak för de som avled under 2005 och 2006, se bilaga 3.

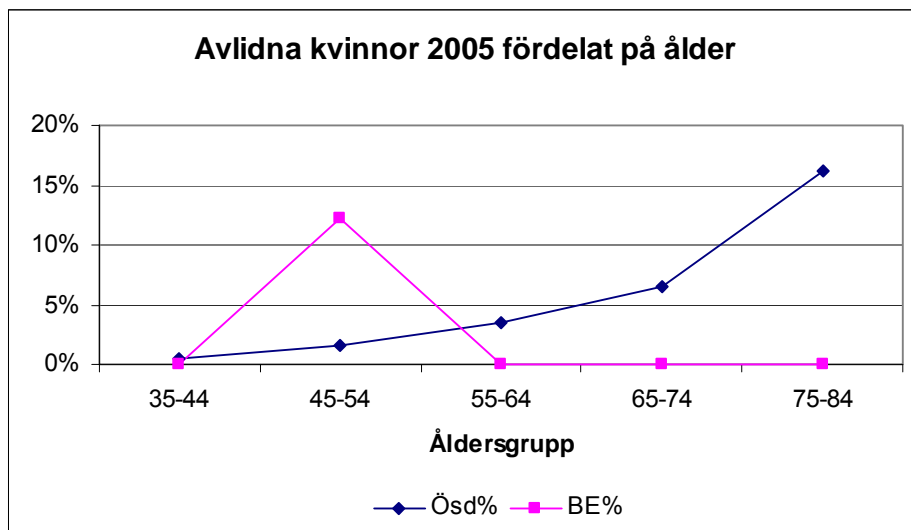
Reflektioner utifrån aktstudier

I de aktstudier som vi har genomfört kan vi se att de avlidna personerna har en annan beroendeproblematik än det som framkommer i dödsorsaksintygen. Elva av individerna hade ett rent alkoholmissbruk, två använde opiater och sex av individerna hade ett blandmissbruk. Vardera en person av de avlidna under 2005 och 2006 missbrukade enbart opiater. I de sex fall som det förekommer ett blandmissbruk är det alkohol tillsammans med lugnande läkemedel och/eller cannabis, centralstimulerande medel och inhalerade droger som förekommer.

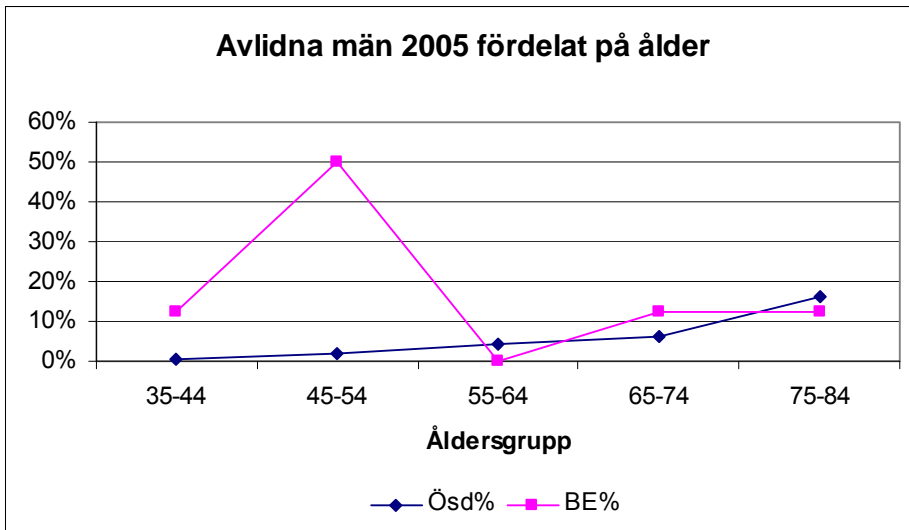
Jämförelsekurvor med normalbefolkningen

Tittar man på andelen avlidna under de aktuella åren så ser man att individerna inskrivna på beroendeenheten avlider i en yngre ålder än normalbefolkningen. Över hälften av de avlidna vid beroendeenheten under åren 2005 och 2006, ligger i åldersgruppen 45-54 år.

Figurerna nedan visar den procentuella andelen avlidna vid beroendeenheten i jämförelse med den procentuella andelen avlidna i normalpopulationen i Östersund under året 2005, fördelade på åldersgrupper och kön.

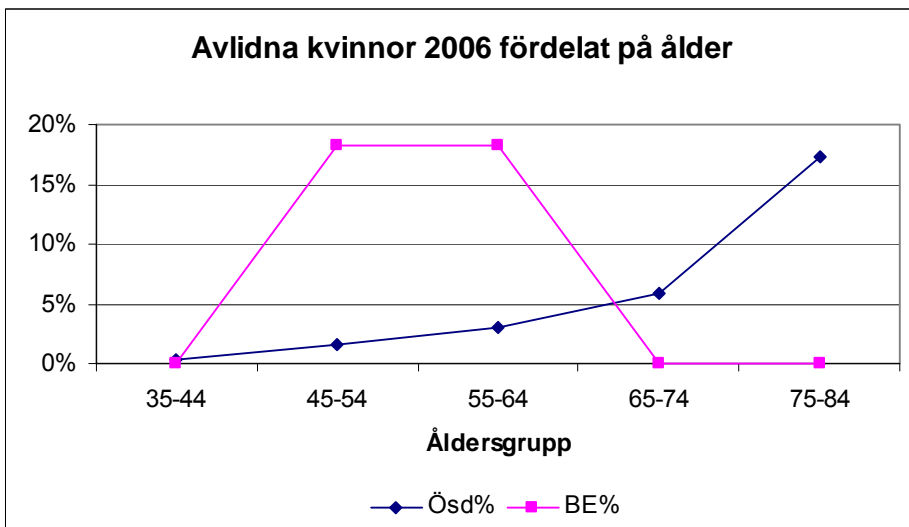


Figur 4 Jämförelsekurvor avlidna kvinnor 2005

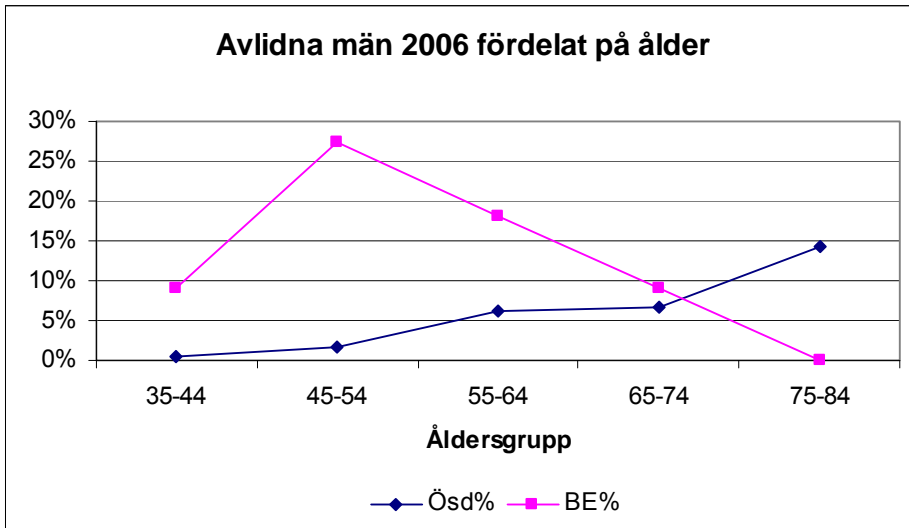


Figur 5 Jämförelsekurvor avlidna män 2005

Figuren nedan visar den procentuella andelen avlidna inskrivna hos beroendeenheten jämfört med den procentuella andelen avlidna i normalpopulationen i Östersund under år 2006, fördelat på åldersgrupp och kön.



Figur 6 Jämförelsekurvor avlidna kvinnor 2006



Figur 7 Jämförelsekurvor avlidna män 2006

SMR för de nitton avlidna som varit inskrivna vid Beroendecentrum, dvs. både män och kvinnor, är 1,22. Det betyder att de har en dödlighet som är något högre än resten av befolkningen. Skulle man utesluta de två äldsta grupperna skulle man få SMR för Beroendecentrums avlidna på 7,96 vilket innebär en dödlighet som är nästan åtta gånger högre än hos normalbefolkningen. Nedanstående tabell visar dödligheten mer specifikt för de olika åldersgrupperna. Här framgår det då med tydlighet att avlidna personer vid Beroendecentrum i åldersgruppen 35-44 år har tretton gånger så hög dödlighet och åldersgruppen 45-54 har drygt arton gånger så hög dödlighet jämfört med normalpopulationen. För SMR-kvoter för varje år uppdelat på ålder och kön se bilaga 2.

Tabell 2 Standardiserade mortalitetskvoter för 2005 och 2006

Standardiserade mortalitetskvoter för 2005 och 2006			
Åldersgrupp	Förväntat antal	Antal BE	SMR BE
35-44	0,15	2	13,33
45-54	0,54	10	18,52
55-64	1,32	4	3,03
65-74	3,2	2	0,63
75-84	10,37	1	0,10
Totalt	15,58	19	1,22

Analys och diskussion

Det material som vi har haft som underlag för denna studie av avlidna personer under 2005 och 2006 inskrivna vid beroendecentrum i Östersund har visat att en klar majoritet, tretton stycken, var födda under 1950-1960-talet. Tre var födda under 1940-talets senare del och de övriga tre före 1940. Detta innebär att majoriteten av de avlidna befann sig i en ålder mellan 45-65 år. I våra studier av deras personakter har det utkristalliserats sig sex olika typer av klienter, vi kallar dem i vår genomgång här nedan för profiler.

Profiler och behovet av individuella lösningar

Profil 1

Person som har varit i kontakt med socialtjänsten under en lång period och som har genomgått mängder av behandlingar i form av tvångsvård på institution (LVM), frivillig vård på institution, öppenvård, familjehemsplaceringar, samtalskontakt osv. De flesta har dokumenterad kontakt med psykiatrin. Kan ha kriminell belastning. Dödsorsak är kroniskt missbruk eller relaterat till kroniskt missbruk. (31,6 %, 6 personer)

Profil 2

Person som har varit i kontakt med socialtjänsten under en lång period och som har genomgått mängder av behandlingar i form av frivillig vård enligt socialtjänstlagen (SoL). Vård och behandling kan ha genomförts på institution, i öppenvård, familjehemsplaceringar, samtalskontakt med mera. Personen kan ha dokumenterad kontakt med psykiatrin och kan ha kriminell belastning. Dödsorsak är kroniskt missbruk. (26,3 %, 5 personer)

Profil 3

Personerna i denna profil kan ha varit i kontakt med socialtjänsten under en lång period. De har enbart haft ekonomiskt bistånd. Det finns ett dokumenterat missbruk, men de har inte genomgått behandling för detta genom socialtjänsten. Det är ofta äldre personer och dödsorsaker angivna

i dödsorsaksintygen är inte direkt relaterade till kroniskt missbruk. I den här gruppen finns suicid som dödsorsak. (15,8 % , 3 personer)

Profil 4

Denna profil består av ensamstående personer, med kvarvarande socialt kontaktnät bestående av föräldrar, syskon och/eller barn. De har ofta nyktra vänner. Har vid första kontakt med socialtjänst ordnat boende, tar egen kontakt för hjälp med missbruk och/eller ekonomiskt bistånd. Profil 4-personer kan ha haft tidigare kontakt med socialtjänst för att få bistånd till behandling för att sedan inte varit aktuella under en längre tid. Senaste kontakten med socialtjänsten har tagits tidigast två år före dödsfall. Någon har haft kontakt med psykiatrin. Kan ha kriminell belastning, då i form av domar gällande rattfylleri. Behandlingar för missbruk har skett genom frivillig vård på institution, öppenvården, frivilligorganisationer som AA och/eller genom samtalskontakt. Dödsorsak är akut- eller kroniskt missbruk. (15,8 % , 3 personer)

Profil 5

Person med ordnade familjeförhållanden, självförsörjande utan ekonomisk bistånd från socialtjänsten. Har tidigare genomgått behandling för sitt missbruk, dock ej med inblandning från socialtjänsten. Har tagit egen kontakt eller anhörigkontakt med socialtjänsten för att få hjälp med sitt missbruk, har beviljats bistånd genom öppenvårdsbehandling. Det är inte längre än två år mellan första kontakt med socialtjänst och dödsfallet. Dödsorsak är suicid. (10,5 % , 2 personer)

Dessa olika profiler påvisar med tydlighet komplexiteten i missbruks- och beroendebehandlingen. De visar på en spridning i åldrar, kön och levnadsförhållanden som stöder tidigare utredningars och forsknings krav på individuella lösningar. Detta ställer i sin tur stora krav på personalens professionalism i bemötande, vid förslag och dialog kring behandlingsalternativ. För att respektive handläggare och behandlingsarbetare skall kunna genomföra ett gott arbete krävs det kontinuerlig kompetensutveckling och tid för reflektion. Detta förutsätter resurser som möjliggör en medveten fördelning av ärenden och att kontinuerligt stöd i form av handledning och kompetensutveckling kommer till stånd. Handledning bör i detta fall innehålla både process- som ärendehandledning och kunna ske både individuellt och i grupp.

Vid krissituationer som vi har uppmärksammat i denna studie där suicer och många av de övriga avlidna har handlagts av en och samma handläggare (52,6 %) behöver särskild uppmärksamhet riktas. Här kan extra handledning vara en möjlighet för handläggaren att få ytterligare stöd och/eller möjlighet till bearbetning. Andra bakomliggande faktorer behöver också prövas, som exempelvis ärendebelastning. Möjligheter till kontinuerlig reflektion kring olika behandlings- och terapeutiska förhållningssätt är ytterligare en möjlighet att hålla igång en gemensam dialog kring det dagliga arbetet som utförs på Beroendecentrum och dess olika enheter.

Åldersfördelning och grav beroendeproblematik

I resultatet av vår studie framgår det med tydlighet att de stora topparna när det gäller dödsfall inom beroendegruppen hamnar i åldersspannet 45-55 år. Majoriteten av dessa har en registrerad låg debutålder. Av journalanteckningarna framgår det att det finns en komplex social problematik som kan tänkas ha bidragit till att det påbörjade drog beteendet inte fått den uppmärksamhet som hade behövts. En annan orsak till att inte rätt nivå på insatsen satts in i ett tidigare skede kan ha varit att man fram till 1981 arbetade efter den gamla socialtjänstlagen som var en regelstyrd lag. Detta innebar att insatser följde en bestämd ordning. Denna ordning började med milda insatser som övergick i mer och mer restriktiva. Då insatser var bundna till individen tappades ofta övriga familjemedlemmar och/eller sociala kontakter bort.

När man som i vårt fall får en sammanfattande överblick över en persons kontakter med socialtjänsten framgår det med tydlighet hur viktigt det är med tidiga insatser riktade mot drog beteendet. Utifrån de aktuella akterna ser vi en snabb process från låg debutålder till ett gravt missbruk och beroende, som personerna egentligen aldrig lyckas bryta trots olika former av behandlingar. När det gäller denna grupp är det framför allt profil 1 och 2 som omfattas och efter genomläsning av deras akter är det mer förvånande att de överlevt till den ålder som de gjort. De har i många fall levt ett hårt liv som omfattat både kriminalitet, våld och bostadslöshet i långa perioder.

Den tidiga debutålder och de insatser som gjordes eller inte gjordes är inget som berörda handläggare inom nuvarande studerade organisation har kunnat göra något åt. De har i stället fått arbeta med konsekvenserna av det förhållningssätt som då rådde. Att vi påpekar dessa omständigheter med tyngd i denna rapport, är för att ansvariga politiker, förvaltningsledning, berörda arbetsgrupper som barn- och familjegrupper och grupper som arbetar med unga vuxna (16-25 år) inom socialtjänsten skall förstå värdet och vikten av riktat och tidigt insatt stöd och behandling för denna grupp. Detta innefattar även stöd till barn som lever i missbruksmiljöer.

Det vi kan se är en viss ”uppgivenhet” i kontakten med klienterna från profil 1 och 2, som resulterar i att ärenden avskrivs för att åter öppnas inom kort tid. I dessa fall har handläggande socialsekreterare tydligt uttalat i journalanteckningarna att de upplever en risk för att klienten kommer att avbryta ingående och pågående behandlingsavtal av olika orsaker. Däremot finns det inga anteckningar om intensifierat motiveringsarbete med berörda klienter. Den händelse som socialsekreteraren har befarat inträffar och konsekvensen för klienten blir avskrivning och/eller utbliven behandlingsinsats.

I andra fall kan vi se att en lång tid av motivationsarbete leder till att klienten slutligen ställer sig positiv till föreslagen behandlingsinsats, men det görs då ingen omedelbar verkställighet, vilket medför att klienten hinner ändra sig. Här har vi sett exempel på hur en helg har räckt för att motivationen och behandlingsinsatsen skulle stupa. I detta fall fanns det en behandlingsinstans som stod öppen och väntade. Omedelbar verkställighet är särskilt viktig i de tyngre ärendena. De har en mångårig problematik och måste fångas upp i stundens motivation. Detta kan återkopplas till tidigare nämnda utredning, SOU 2005:82, där flera av de tillfrågade referensgrupperna just poängterar vikten av snabba insatser, då motivationen hos den missbrukande/beroende är flyktig.

Det finns en rundgång i öppenvårdssystemet. Med ordet rundgång åsyftar vi att ”samma” erbjudande om behandlingsform återkommer vid flertal tillfällen på varandra. Efter kontakter med de olika behandlingseenheterna på Beroendecentrum i Östersund kan vi förstå att vissa behandlingar innebär att återkomst inte behöver betyda att individen startar om från noll utan den nya kontakten innebär en start från en mer medveten nivå än tidigare. Utifrån de akter som vi har studerat kan vi dock se att detta inte gäller för alla, utan ett flertal av de tyngre missbrukarna erbjuds behand-

lingsinsatser som de egentligen inte tar något eget beslut om. De genomför behandlingen för att inte riskera att andra insatser skall dras in.

Vi tycker oss också se en viss diskrepans i bemötande och förhållningssätt mellan olika klienter i det studerade materialet. De ytterlighetsexempel som framkommit är kravet på klienten att vara nykter för att inte bli fråntagen insatsen. Medan den andra ytterligheten är att klienten beviljas ekonomiskt bistånd under långa perioder utan att det ställs några som helst krav på behandlingsinsatser för en aktualiserad missbruksproblematik. I ett fall motiveras detta förhållningssätt med att klienten är så gammal så det inte är någon mening med att gå in med behandlingsinsatser.

Behov av särskild lyhördhet

Två av de tre personer som omfattas i profil 4 är inte i dödsintygen angivna som suicider, men omständigheter kring deras dödsfall gör att de för oss framstår som misstänka suicider. En av personerna har ansökt om specifikt stöd som denna blivit nekad, trots att personen själv vid tidigare behandlingsinsats bidragit med 50 procent av kostnaden för behandlingen. Den tidigare behandlingsinsatsen på institution kan anses ha åstadkommit ett gott resultat då personen inte har varit aktuell hos socialtjänsten under tre år därefter. I samband med återfall och efter att ha provat föreslagen öppenvårdsinsats bad klienten i fråga om att få tillgång till samma behandling som denne hade erfarenhet av som funktionell. Men istället för behandlingshem blev klienten erbjuden samma öppenvårdsinsats som provats tidigare och som denne inte ansåg hjälpte. Trots upprepade önsknings om behandlingshem fick personen avslag med hänvisning till öppenvården. Detta resulterade i kontakter utan kontinuitet och överkonsumtion av alkohol som bidrog till dödsfallet.

Den andra personen i denna profilgrupp hade som sista kontakt med socialtjänsten ett avslag på överklagan om beslut om ekonomiskt bistånd. Ett dylikt beslut/avslag för klienten i fråga, kan medföra en uppgivenhet och förtvivlan över hela dess livssituation. Denna person hittades avliden i akut alkoholförgiftning.

För att motverka eventuell suicidrisk bör det i dessa sammanhang kunna sättas in ett intensivt stöd i direkt anslutning till avslaget. I båda dessa fall

finns det ”fungerande” sociala relationer i form av familj, vuxna barn och/eller nyktra vänner. Ett utvecklat nätverksarbete och lyhördhet för personens behov och stöd i beslut som går emot individens egna förslag och/eller tankar om behövda insatser, kan behöva stärkas upp.

För personer i profil 5 som registrerats som suicider förstärks det som ordats om här ovan. Betydelse och förståelsen för individens känslor av ångest, skuld och skam måste sättas i centrum när personer som tidigare inte finns registrerade hos de sociala myndigheterna aktualiseras på Beroendecentrum. De har i denna studie ordnade sociala förhållanden och alla har egna barn. Här är förhållningssättet hos tjänstemännen vid första kontakt extra viktigt. Det är viktigt att handläggaren i denna kontakt gör personen medveten om vilka processer som sätts igång inom individen och vilka olika stödåtgärder som finns för akut behov av stöd och hjälp. Detta för att individen skall kunna bygga upp en förståelse för de känslorstormar och svängningar som detta erkännande medför och därmed få möjligheter att få en känsla av sammanhang och förståelse för det som händer i personens inre. Ett professionellt emotionellt förhållningssätt och en tydlighet i vilka extra stöd som kan finnas både internt och externt, kan i dessa situationer medverka till att individen tar sig igenom den första krisreaktionen på ett bättre sätt. Här kan upparbetade kontakter med psykiatrin vara av stort värde.

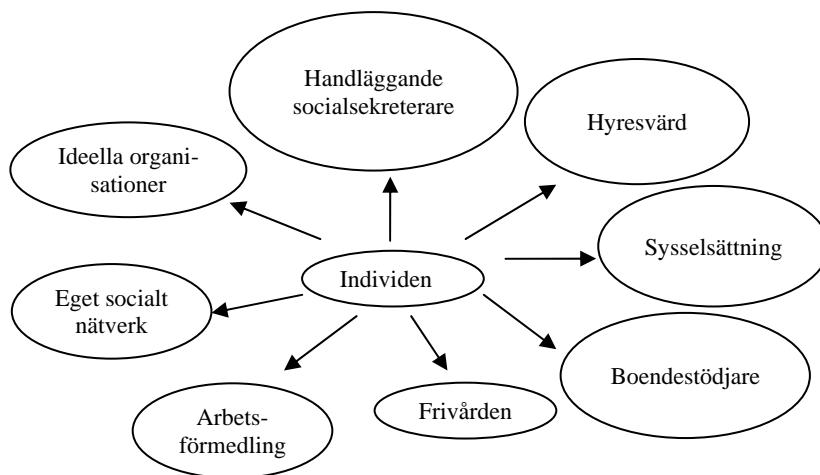
Av de team som finns på Beroendecentrum skulle Blå Dörren eller Rådgivningsbyrån kunna vara kontakter som etableras redan vid första träff med dessa klienter. Detta kan göras genom att bjuda in denna personal för att presentera det ytterligare stöd som de kan ge. I vissa fall kan det vara så att en första kontakt redan har funnits med Rådgivningsbyrån och då kan denna individkännedom vara avgörande för att man skall orka/våga ta en eventuell akutkontakt.

I dessa ärenden kan det vara av stor vikt att involvera det egna sociala nätverket. De kan i detta skede vara i behov av eget stöd för att i sin tur kunna finnas som stödjande resurser för personen som sökt hjälp för sitt missbruk. Det finns inte någon anteckning om behandling för hela familjen eller familjens del i behandling i de akter som här är aktuella.

Kontinuitet i kontakter

För att kontakter mellan handläggande socialsekreterare och klient och därpå överenskommen behandling skall bli så effektiva som möjligt är det viktigt att klienterna får möta samma person/personer över tid. Under förutsättning att denna kontakt är god skapar detta en känsla av tillit, då klienten slipper upprepa sin historia från gång till gång. I de akter som denna studie grundar sig på kan vi se att det finns en god kontinuitet när det gäller omfattning på handläggande socialsekreterare. Det är i stort sett endast vid semestrar som nya handläggare kommer in. I de fall som handläggande socialsekreterare har slutat har den nya handläggaren presenterats för klienten eller varit känd sedan tidigare.

Klienten befinner sig hela tiden i olika livssituationer och behandlingsinsatser som innebär en mängd samtidiga kontakter. De kan ha en samtalskontakt under samma period som de har kontakt med boendestödjare, personal och övriga gruppdeltagare i Steget och/eller frivilligorganisationer. Utöver detta kan det tillkomma kontakter med exempelvis hyresvärd, arbetsförmedling och/eller försäkringskassa.



Figur 8 Individens olika kontakter som kan vara aktiva under samma period

Det som är viktigt att komma ihåg när man tittar på ovanstående figur är att många av dessa kontakter ofta är turbulenta och konfliktfyllda för individen. Det innebär att personerna är i olika behov av stöd för att orka hålla i kontakterna och på sikt kunna förändra sitt eget agerande och förhållningssätt. Detta innebär att det är viktigt med gemensamma och reflekterade förhållningssätt gentemot individen för att ett professionellt och integrerat arbete skall kunna genomföras. Dessa professionella relationer kan ligga till grund för ett positivt nätverksarbete med klienten/individen i centrum.

Samverkan

För att komma tillrätta med missbruk- och beroendeproblematik behöver alla krafter finnas med i en ömsesidig samverkan. Detta kan förhoppningsvis leda till att vård- och behandlingskontakter hålls aktiva genom hela vård- och behandlingskedjan, så att exempel som vi har sett i akterna kan undvikas. Vi har sett fall där behandlande institution har genomfört en svår och problematisk avgiftning från beroendeframkallande läkemedel under institutionsvistelse, där individen vid utskrivning omedelbart har fått läkemedlet föreskrivet från hälsocentralens läkare.

Vi har vidare uppmärksammats på att många institutionsvistelser och då framför allt placeringar enligt LVM är extremt korta med tanke på de grava förhållanden som har legat till grund för beslutet. Det framgår inte att det i någon större utsträckning finns ett strukturerat samarbete mellan LVM-institutionerna och Beroendecentrum. Detta har medfört att personer som varit omhändertagna enligt LVM släpps ut, ibland efter endast en vecka, utan något strukturerat överlämnande till Beroendecentrum eller annan öppenvård. Detta har inneburit att individerna har lämnat tvångsvården utan någon individuell uppföljnings- och/eller behandlingsplan. Dessa förhållanden har ofta resulterat i att personen omedelbart i samband med den avslutade LVM-vården återgått till sitt missbruksbeteende i full eller utökad styrka.

Personal på Beroendecentrum har upplevt hur synsättet på LVM/tvångsvård har förändrats över tid. Framför allt har diskussionerna rört sig om tvångsvårdens effekter. De förändrade inställningarna kan till stora delar ses relaterade till samhällsnormer som förskjutits. Detta har i

sin tur påverkat inställningen till tvångsvård i mer restriktiv eller öppen riktning. Personal kopplar dessa svängningar till arbetsledningen eftersom det är de som formellt skriver en eventuell ansökan om LVM. Själva kan de omfatta en annan inställning än den som är rådande.

När det gäller samverkan med psykiatrin, länssjukvården, primärvården och statens institutioner för LVM - behandling finns det mycket kvar att göra. Här ställer man i 2007 års *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*, för första gången gemensamt riktade krav till alla parter.

Det finns nu pågående utvecklings- och nätverksarbeten av olika slag i Östersund och Jämtland mellan de olika vård- och behandlingsaktörerna, som förhoppnings kan leda till att de målgrupper som vi här har fokuserat kan få en tidig sammanhållen och medveten vård- och behandlingsinsats så att de snabbare kan komma tillbaka till ett fullvärdigt liv.

Internt samarbete

Vi kan inte utläsa något tydligt eller utvecklat samarbete mellan de olika enheterna som finns samlade på beroendeenheten. Detta bekräftas i flera fall vid de besök och intervjuer som genomförts med personal på de olika enheterna. Det har varit svårt att få någon klar bild över de gemensamma månadsmötenas betydelse för samverkansarbetet internt. Klart är att här finns mycket att göra för att till fullo använda den mångfasetterade och gedigna kunskap som finns samlad i Beroendecentrumets olika verksamheter.

Behandlingsarbetet av olika slag vid Beroendecentrum befinner sig i en ständigt pågående utveckling. Under 2007 har olika delar byggts ut och vidareutvecklats, däribland *uppsökarna (4 personal)*. Deras verksamhet bygger på en form av fältarbete där de genom uppsökande verksamhet får en uppfattning om hur drogmissbruket ser ut i kommunen. Målgruppen för deras arbete är innevånare i kommunen som är över 18 år. De har ett nära samarbete med polisen, Unga vuxna och fältarbetsgruppen (upp till 18 år). Uppsökarna skall arbeta med att motivera dem som de finner i behov av behandlingsinsatser för de samma. *Boendestödet*, håller på att förbättras och byggas ut i flera steg. En viktig del i synsättet framöver är att boendet skall vara fredat, i detta lägger man skilda boenden för män och kvinnor. Boendebasen skall utökas och kombineras med ett stöd- och

utslussningsboende, som innebär boende i egen lägenhet i annan del av samma fastighet.

Med dessa exempel vill vi avsluta vår rapport kring mortaliteten i missbruksgruppen under åren 2005 och 2006 med att återigen tacka personal och ledning som har ställt upp och servat oss och svarat på alla möjliga och omöjliga frågor som vi ställt. Det är också roligt att veta att denna rapport kommer att användas aktivt i ett fortsatt utvecklingsarbete på Beroendecentrum i Östersund.

Referenser

- Antonovski, A (1987) *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur och Kultur
- Arlebrink, J (2005) Upplevelser av och reaktioner på tvångsvård, i J, Arlebrink & M, Larsson Kronberg (red), *Tvångsvård vid missbruk, LVM i teori och praktik (pp149-170)*, Lund: Studentlitteratur
- Gerdner, A (2005) Tvångsvårdens utfall och effekt, i, J, Arlebrink & M, Larsson Kronberg (red), *Tvångsvård vid missbruk, LVM i teori och praktik (pp217-231)*, Lund: Studentlitteratur
- Holm, U (1995) *Empati i läkar-patientrelationen*, Doktorsavhandling, Uppsala: Uppsala Universitet, Uppsala Studies in Education 24
- Holm, U (2005) Förhållningssätt bland personalen på institutioner, i J, Arlebrink & M, Larsson Kronberg (red), *Tvångsvård vid missbruk, LVM i teori och praktik (pp171-196)*, Lund: Studentlitteratur
- Mårtensson, M (2005) *Att hjälpas åt; implementering av öppenvårdsprojektet Familjekraft i Krokoms Kommuns socialtjänstorganisation*, D-uppsats, Östersund: Mittuniversitetet, institutionen för socialt arbete
- Möller, K; Gerdner, A & Oscarsson, A (1998) *Rällsögården*, Stockholm: Statens institutionsstyrelse
- Norström, C & Thunved, A (2005/2006) *Nya sociallagarna*, Stockholm: Norstedts Juridik
- SCB:s befolkningsregister – Folkmängd efter region, civilstånd, ålder, kön och tid. 2380 Östersund för åren 2005 och 2006. www.scb.se
- SOU 2004:3 *Tvång och förändring - Rättsäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*, betänkande av LVM-utredningen, Stockholm:Fritzes
- SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling*, Stockholm: Fritzes

Tärnegård, A (2000) *Socialtjänstens hantering av klienter med psykiatrisk komorbiditet – en aktstudie vid missbruksenheten i Östersund*, C-uppsats, Östersund: Mittuniversitetet, Institutionen för socialt arbete,

Westring Nordh, M (2002) *Participatory interactive research as a method of creating knowledge in the field of social care*. Paper presenterat vid Women, Work and Health - konferensen Stockholm 2002

Westring Nordh, M (2007) *Det är inte "bara" att lägga schema, implementeringsprocesser vid in- och genomförandet av flexibla arbetstidsmodeller i kommunala sociala omsorgsverksamheter*, Akademisk avhandling, Luleå: Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för arbetsvetenskap, avdelningen för genus, människa och maskin

Formulär – Mortalitätsstudien

F-nr [] 4-sista [] Namn _____

Man [] Kvinna []

Social status och boende

Social status

- Ensamstående
- Gift/sambo
- Skild

Barn

- Ja antal []
- Nej

Bostad

- Egen hyreslägenhet med första handskontrakt
- Egen bostadsrätt
- Egen villa
- Andra hand
- Inneboende var och när? _____
- Hos föräldrar när? _____
- Annat boende, ange vad: _____

Socialt kontaktnät

- Föräldrar
- Syskon
- Drogrelaterade vänner
- Nyktra vänner

Utbildning, arbete och inkomst

Högsta utbildningsnivå:

- Grundskola
- Gymnasie 2-årig
- Gymnasie 3-årig
- Högskola/Universitet < 20p
- Högskola/Universitet 20-40 p
- Högskola/Universitet 40-80 p
- Högskola/Universitet 80-120 p
- Högskola/Universitet 120-160 p
- Högskola/Universitet >160 p

Vilken är den dominerande inkomstkällan?

- Kompletterande socialbidrag
- Självförsörjande genom studiemedel
- Självförsörjande genom sjukpenning
- Självförsörjande genom ålderspension
- Självförsörjande genom lön
- Självförsörjande genom A-kassa
- Självförsörjande genom tidsbegränsad sjukersättning, förtidspension
- Vet ej

Har klienten fått extra ekonomiskt bidrag?

- Nej
- Ja, ange till vad _____

Vilken är personens huvudsakliga sysselsättning?

- Arbete
- Praktik
- Studier
- Annan arbetsmarknadsåtgärd
- Vet ej
- Annat

Har arbetsförhållanden förändrats under tiden klienten har varit aktuell hos beroendeenheten?

- Nej
- Ja – Hur? _____

Om personen saknar sysselsättning. Han/hon är:

- Arbetslös
- Pensionerad
- Sjukskriven
- Vet ej
- Annat

(Estimerad) tidpunkt när klienten första gången blev arbetslös _____

Vilka av följande insatser har klienten haft för sin arbetslöshet?

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Praktik | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Arbetsträning | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Annan arbetsmarknadsåtgärd | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Vet ej | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Annat _____ | Antal gånger _____ |

Har klienten ekonomiska skulder?

Ja, ange vad _____ Nej Vet ej

(Uppskattad) tidpunkt när problemen uppstod _____

Vilken av följande insatser har klienten haft för sina skulder?

- Skuldsanering
- Budgetrådgivning
- Förmedling via socialtjänsten av dennes egna medel
- Annat _____

Myndighetskontakter

Kontakt med socialtjänsten sedan datum []

Antal gånger ärendet avskrivits []

Antal handläggare inom socialtjänstens: Ekonomienhet []
Beroendenhet []
Boendenhet []
Sysselsättningsenhet []

Senaste handläggare _____

Övriga kontakter

- Hälsocentral
- Somatisk sjukhusvård
- AF
- FK

Har klienten kriminell belastning?

- Ja
- Nej

Missbruk och behandling

Aktuell för missbruk sedan []

- Drogtyp [] Alkohol
- Opiater; specifikt _____
 - Centralstimulerande, specifikt _____
 - Cannabis, specifikt _____
 - Lugnande läkemedel, specifikt _____
 - Inhalerande, specifikt _____
 - Annat, specifikt _____

Huvuddrog: _____

Missbruk i familjen

[] Mor, specifikt _____

[] Far, specifikt _____

[] Syskon, specifikt _____

Debutålder för missbruk _____

Uppskattad tidpunkt för missbruksdebut []

Vilka av följande insatser har klienten haft för sitt missbruk sen första kontakt med kommunens beroendeenhet?

[] Missbrukarvård
– frivillig på institution Antal gånger _____

[] Missbrukarvård
– tvång på institution Antal gånger _____

[] Familjehemsplacering Antal gånger _____

[] Missbrukarvård öppenvård
– samtalskontakt Antal gånger _____

[] Missbrukarvård öppenvård Antal gånger _____

[] Kontakt med frivilligorganisation Antal gånger _____

[] Kontakt med socialsekreterare Antal gånger _____

[] Gruppboende Antal gånger _____

[] Sysselsättning Antal gånger _____

[] Annat _____ Antal gånger _____

Vilka av följande insatser har klienten haft för sitt missbruk sedan 20050101?

[] Missbrukarvård
– frivillig på institution Antal gånger _____

[] Missbrukarvård
– tvång på institution Antal gånger _____

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Familjehemsplacering | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Missbrukarvård öppenvård
– samtalskontakt | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Missbrukarvård öppenvård | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontakt med frivilligorganisation | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontakt med socialsekreterare | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Gruppboende | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Sysselsättning | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Annat _____ | Antal gånger _____ |

Psykiska problem

Har klienten haft psykiska problem?

- Ja Nej Vet ej

(Uppskattad) tidpunkt när problemen uppstod _____

Vilka av följande insatser har klienten haft för sina psykiska problem?

- | | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Psykiatrisk tvångsvård | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Psykiatrisk öppenvårdskontakt | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Psykiatrisk slutenvård, frivillig | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Psykiatrisk slutenvård, tvång | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Stöd ifrån frivillig organisation | Antal gånger _____ |
| <input type="checkbox"/> Annat _____ | Antal gånger _____ |

Dödsfall

Tidpunkt för dödsfall _____

Terminal dödsorsak:

- Suicid och misstänkt suicid
 Våld av övergrepp
 Våld av olycka
 Akut missbruk⁵
 Kroniskt missbruk⁶

⁵ Överdoser, etylalkoholförgiftning

- Annat _____
- Okänd/ej påvisbar

Andra sjukdomar som har bidragit till dödsfallet:

- Våld av övergrepp
- Våld av olycka
- Akut missbruk ⁷
- Kroniskt missbruk ⁸
- Annat _____
- Okänd/ej påvisbar

Vid missbruksrelaterat dödsfall ange typ av drog/droger:

- Alkohol
- Narkotika
- Läkemedel
- Annat

⁶ Levercirros, leverencefalopati, pankreatit, esophagusvaricer, gastrointestinal blödning, hepatit, ascites

⁷ Överdoser, etylalkoholförgiftning

⁸ Levercirros, leverencefalopati, pankreatit, esophagusvaricer, gastrointestinal blödning, hepatit, ascites

Bilaga 2

Tabellen nedan visar SMR-kvoterna för kvinnor och män vid Beroendecentrum som avlidit under 2005. Den totala SMR-kvoten anser vi bli något missvisande då antalet personer över 64 år som är inskrivna hos beroendeenheten inte är särskilt högt. Exkluderar man de två äldsta åldersgrupperna får man en total SMR-kvot för kvinnor på 1,11, respektive 4,55 för män och totalt för båda könen på 6,12.

Tabell 3 SMR- kvoter för 2005

SMR för 2005									
Ålder- sgrupp	Förvä ntat antal	Antal	SMR	Förvä ntat antal	Antal	SMR	Förvä ntat antal	Antal	SMR totalt
	♀			♂			♂		
35-44	0,1	0		0,1	1	10	0,09	1	11,1 1
45-54	0,3	1	3,33	0,3	4	13,3 3	0,29	5	17,2 4
55-64	0,5	0		0,7	0	0	0,6	0	0
65-74	1,5	0		1,7	1	0,59	1,61	1	0,62
75-84	4,2	0		6,7	1	0,14 9	5,19	1	0,19
Totalt	6,6	1	0,15	9,5	7	0,74	7,78	8	1,03

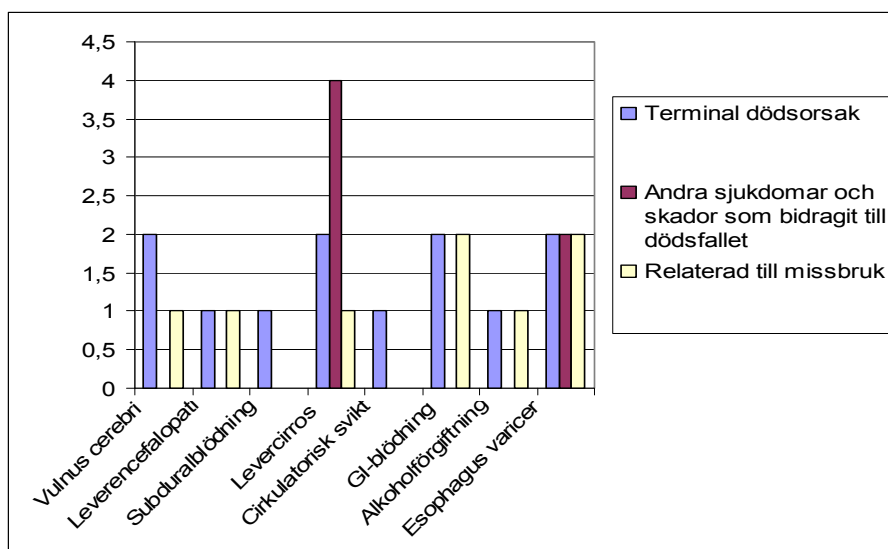
Tabellen nedan visar SMR-kvoterna för kvinnor och män inskrivna vid beroendeenheten 2006. Den totala SMR-kvoten anser vi bli något missvisande då antalet personer över 64 år som är inskrivna hos beroendeenheten inte är särskilt högt. Exkluderar man de två äldsta åldersgrupperna får man en total SMR-kvot för kvinnor på 6,57, för män 3,79 och totalt 9,71.

Tabell 4 SMR-kvoter för 2006

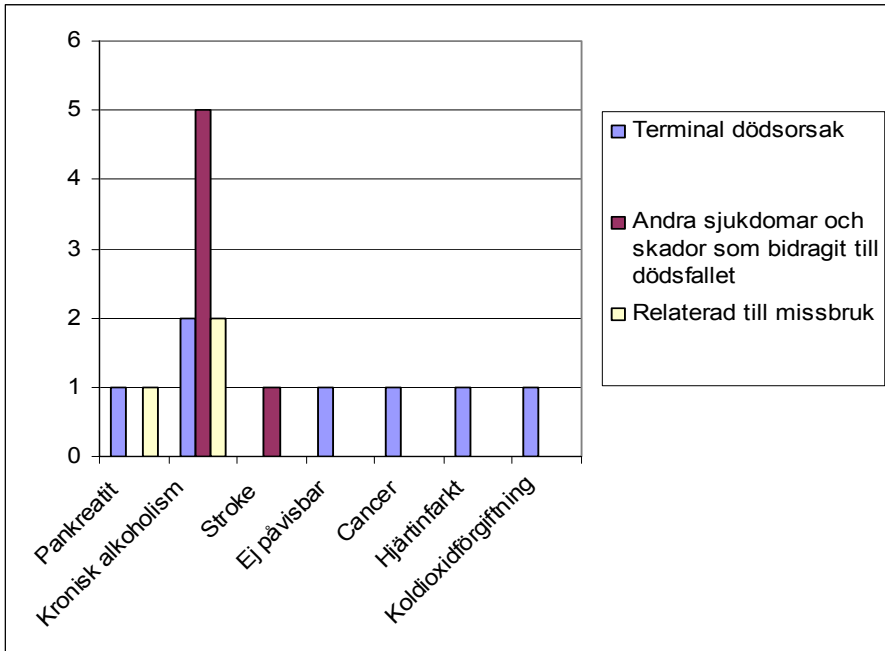
SMR 2006									
Ålder- sgrupp	Förvä ntat antal ♀	Antal ♀	SMR ♀	Förvä ntat antal ♂	Antal ♂	SMR ♂	Förvä ntat antal totalt	Antal totalt	SMR totalt
35-44	0,05	0	0	0,08	1	12,5 0	0,06	1	16,6 7
45-54	0,25	2	8	0,26	3	11,5 4	0,25	5	20
55-64	0,46	2	4,34	0,98	2	2,04	0,72	4	5,55
65-74	1,36	0	0	1,87	1	0,53	1,59	1	0,63
75-84	4,71	0	0	5,88	0	0	5,18	0	0
	6,83	4	0,58	9,07	7	0,77	7,8	11	1,41

Bilaga 3

Figurerna nedan visar antalet individer inskrivna vid beroendeenheten som avled av respektive specifik dödsorsak under åren 2005 och 2006. De ljusgrå staplarna visar det som av läkare ifyllts som terminal dödsorsak. De mörkgrå staplarna visar det som av läkare ifyllts som andra sjukdomar och skador som bidragit till dödsfallet och de vita staplarna visar vilka individer med vilka terminala dödsorsaker som markerats, av läkare, som dödsfall relaterade till missbruk.



Figur 9 Dödsorsaker 2005



Figur 10 Dödsorsaker 2006

FoU-Jämt är kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län

Information om FoU-Jämt finns på hemsidan
fou.jamtland.net

Rapporter ur FoU-Jämts rapportserie kan beställas via post eller e-post

ISSN 1651-7253

FoU-Jämt · Mittuniversitet · 831 25 Östersund
foujamt@miun.se