



Upplevelser av beroende- och missbruksvården i länet

Rapport från fokusgruppsintervjuer

Brukardialogberedning 4

Åsa Lundberg
Hälsa- och sjukvårdsgruppen
Ledningsstaben
Hösten 2008



Innehåll

<i>Inledning</i>	2
<i>Sammanfattning</i>	3
<i>Bakgrund och syfte</i>	5
<i>Genomförande</i>	7
Intervjupersoner/urval	7
Metod	7
<i>Resultat</i>	9
Inledning	9
Blandmissbruk i kombination med ADHD-diagnos	9
<i>Diskussion</i>	16
<i>Bilaga</i>	19

Inledning

Brukardialogberedningen vill tacka alla brukare och anhöriga som på ett förtroligt sätt har delgivit oss erfarenheter, upplevelser och tankar kring hur det är att leva med ett beroende eller missbruk och hur sjukvården möter och lever upp till brukares och anhörigas behov. Vi vill också rikta ett stort tack till representanter från verksamheten både inom kommun och landsting, länsstyrelsen och ideella föreningar som vi kommit i kontakt med under arbetets gång. Ni har alla på olika sätt bidragit till resultatet av vårt arbete.

Iréne Langvik (kd) ordförande
Torbjörn Holmqvist (s) vice ordförande
Maria Almersåker (fp)
Efat Saiady (s)
Malin Ekholm (c)
Eva Liljeström (m)
Marie Andersson (mp)
Åsa Lundberg (sekreterare/processtöd)

Sammanfattning

Vägen in är för många krokig. Vem hjälper till vård när man inte har förmågan att söka vården själv? Kontakten med olika myndigheter och vårdgivare kan vara otalig. Ett föräldrapar beskriver sin situation där dottern varit i kontakt med primärvården, olika kliniker, TNE (Tillnyktringsenheten), psykiatrin, socialen, polismyndigheten och HVB-hem (Hem för vård och boende). Ingen har tagit ansvar för behandlingen och uppföljningen, vilket ökar riskerna att falla mellan stolarna, bland olika huvudmän. Sekretessen stjälper i stället för hjälper och inte ens en dom enligt LVU (Lagen om vård av unga) kunde hjälpa föräldrarna att omhänderta deras dotter. Flera brukare beskriver ett långvarigt missbruk med liknande historia. Några påtalar också att hjälpen och vården kom dem till del först när diagnosen ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) var satt.

Bemötandet av vårdsökande inom den här gruppen blir extra viktigt, eftersom beroende- och missbruksproblematik för med sig dålig självkänsla. Att mötas med respekt och medmänsklighet och att inte bara bekräftas som missbrukare utan som människa, är brukarens önskemål. Att bli sedd och veta att någon tror på ens förmåga beskrivs som angeläget. Själva bemötandet kan vara avgörande för om man söker vård igen eller inte.

”Som missbrukare är man alltid i underläge och stämpeln går aldrig ur. Vi skulle önska lite mer av människovärde och att bli behandlade som individer och inte som en klump av missbrukare.”

Brukarna ger dock beröm till den engagerade personalen på beroendeenheterna i länet. Där kunskapen finns verkar bemötandet inte vara något problem.

Väntetiden till LAROS-programmet (Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatmissbruk) skiljer sig åt beroende på var i länet man bor. I centrala delen av länet är 17 brukare i behandling och här finns ingen väntetid. I Norrköping är behovet 100 platser och 42 individer står i kö till behandling. Väntetiden blir därmed mycket längre än den föreskrivna vårdgarantin på tre månader. Enligt brukaren ska det inte vara enkelt att komma in i programmet, eftersom det har hänt att man bluffat sig in för att få gratis knark. Ett annat problem har varit att man hämtat ut sin medicin och trappat ner doserna själv för att kunna sälja överskottet på svarta marknaden. Nu har man bytt ut det attraktiva subutex mot subuxone både i Norrköping och i Linköping. Därmed har den olagliga försäljningen minskat enligt brukarnas uppfattning.

Kompetensen skiljer sig åt i länets olika delar och resurserna till de olika verksamheterna likaså. Beroendeenheterna är uppbyggda på olika sätt, detta till stor del beroende på att behoven ser olika ut. Brukarna har på senare tid upplevt att kompetensnivån sjunkit på grund av hög personalomsättning vid Norrköpings beroendeklinik. I primärvården upplever man att det saknas kompetens, man kanske inte ställer frågan för att man inte vet hur man ska hantera svaret. Det saknas alkoholterapeuter. Önskemål finns också om att ge brukaren bättre redskap mot ångest.

Behovet av kontinuitet är något som återkommer i intervjuerna. Brukarna beskriver vikten av trygghet, tillit och förtroende för vårdpersonalen som en central del i behandlingen. Att ha en ansvarig läkare som håller i behandling och uppföljning av insatt läkemedel kan förhindra

ett läkemedelsberoende. En av brukarna beskriver just en 20-årig kontakt med vården där han hänvisats fram och tillbaka mellan primärvården och psykiatrin och där olika läkare höjt tillvanda doser och därigenom orsakat ett beroende.

Tillgängligheten är god om man behöver akut stöd eller hjälp, däremot är det svårare om man behöver en längre samtalskontakt.

”Det måste finnas någonstans att ta vägen.”

Sätt in resurser i ett tidigt skede när det fortfarande finns möjligheter till vård och behandling, detta påtalas av flera brukare.

”Det är viktigt att man gör något i ett tidigt skede innan problemen vuxit sig alltför stora.”

När man kommit in i ett tyngre missbruk saknas motivationen att komma ur det.

”Man tröttnar först när man nått sin absolut personliga botten.”

När det gäller ungdomar som kommit in i sjukvården på grund av missbruk eller via ett omhändertagande av polisen, är det speciellt viktigt med uppföljning. Anhöriga till alkoholister önskar att man *”ställer frågan”* i primärvården, inte bara en gång utan flera gånger. Vidare finns en önskan om att inte blunda för problemet utan mer frikostigt remittera till beroendeklinikerna.

Eftervården, tiden efter behandlingshemmet, är mycket sårbar. Här behövs ett nätverk för att stötta individen så att han/hon inte faller tillbaka i missbruk. Brukare och anhöriga önskar att man slussas ut, det vill säga en stegvis utskrivning från behandlingshemmet så att omställningen inte blir för stor. Stödet efter avgiftning är inte heller tillräckligt menar flera brukare.

Olika vård i länet är något som flera brukare påtalar. Väntelista till LAROS-programmet finns i Norrköping men inte i Linköping. Antalet avgiftningsplatser och platser på TNE skiljer sig åt. I västra delen av länet hamnar man på avgiftning och tillnyktring på en psykiatrisk avdelning i Motala. Miljön upplevs av brukarna som obekvä, eftersom här också vårdas patienter med grava psykiatriska diagnoser.

Bakgrund och syfte

Sedan 2007 finns nu nationella riktlinjer inom missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna gäller både medicinska och sociala insatser och berör både kommunens socialtjänst och landstingens beroendevård. Initieringen till riktlinjearbetet är att antalet personer med missbruks- och beroendeproblem har ökat, strukturen förändrats och i vården finns stora regionala skillnader. Missbruks- och beroendevården omfattar ett stort verksamhetsfält, där kunskapsnivå, traditioner och arbetssätt är mycket olika och där man saknat en gemensam plattform. Gemensamma begrepp och definitioner har varit en viktig del i arbetet.

Missbruks- och beroendefrågorna spänner över både medicinska, psykologiska och sociala områden. Förutom de två lagstyrda verksamhetsområdena inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns fler intressenter såsom kriminalvården och frivilliga organisationer men också privata och stiftelsedrivna organisationer. På grund av detta finns stora skillnader i traditioner, kompetenser och synsätt. För att underlätta för huvudmännen och säkerställa vården för brukarna behöver gemensamma grunder etableras.(1)

Till stöd för landstinget och länets kommuner startade FINA(följande implementeringen av de nationella riktlinjerna inom beroende och missbruk)-projektet april 2008, läns-SLAKO beviljades projektstöd som godkändes av länsstyrelsen. Syftet med FINA-projektet är att följa implementeringen av de nationella riktlinjerna och ge stöd genom att överföra och sprida erfarenheter mellan de inblandade huvudmännen.

När man talar om missbruk och beroende så finns här en skillnad. Missbruk är mer kopplat till bestämda situationer eller perioder i livet som t ex ökat drickande vid en livskris. Om missbruket fortsätter under en längre tid är risken stor att missbruket utvecklas till ett beroende. Man kan också bli beroende utan att missbruka.

I nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner, 2005/06.30 slås fast att det övergripande målet för narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. Ansvaret för att genomföra politikens olika delar ligger på myndigheter och organisationer på lokal, regional och central nivå. Mellan 300 000-500 000 människor i Sverige har alkoholproblem. Befolkningssenkäten i Östergötland 2006 visar att 21 procent av männen och 7 procent av kvinnorna har ett riskfyllt intensivdrickande beteende.(2)

I Östergötland gjorde länsstyrelsen en kartläggning av narkotikamissbruket (antal *kända* missbrukare) år 2005, ytterligare en kartläggning kommer att göras år 2009.

Av kartläggningen år 2005 framgår att det i Östergötland fanns 2 261 kända narkotikamissbrukare, varav 1 824 män och 437 kvinnor. Utav dessa är 768 personer under 25 år och här är kvinnornas andel större. Cannabismissbrukarna är flest till antalet, 1 479 personer.

Linköping är den kommun som redovisar det största antalet missbrukare, 950 personer, följt av Norrköping med 750 kända missbrukare. Ingen kommun eller annan myndighet har gett uttryck för att missbruket har minskat.

I Finspång framkom att drygt 40 procent av de kända missbrukarna har barn eller lever med barn, ett förhållande som kan antas se likadant ut i länets övriga kommuner.(3)

Under 2007 har brukardialogberedning fyra fått i uppdrag att fördjupa sig inom området missbruks- och beroendevård. Syftet är att göra en fördjupad uppföljning av den reviderade behovsanalysen inom psykisk ohälsa avseende den delen som berör missbruks- och beroendevård och därigenom fånga brukares behov i länet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och dess beredningars grundläggande uppgifter är beskrivna i reglementet. HSN har i sitt styrkort beskrivit beredningarnas uppdrag och vilka frågor man ska fördjupa sig i. Det finns fem beredningar för brukardialog och varje beredning består av sju politiker och en sekreterare/processtöd. Beredningarna för brukardialog har till uppgift att genom dialog med medborgare och brukare bidra med underlag till behovsanalyser och uppdrag. Beredningarnas kunskaper om befolkningens behov och erfarenheter av hälso- och sjukvården utgör således ett viktigt underlag i behovsstyrningen

Denna rapport är en sammanställning av det arbete som brukardialogberedning fyra genomfört utifrån ovan nämnda uppdrag.

Genomförande

Intervjupersoner/urval

Mot bakgrund av HSN:s motivering fick beredningen till uppgift att göra en fördjupad uppföljning av den behovsanalys rörande missbruk och beroende som genomfördes år 2005 och reviderades 2006. (4) Våra tankar i beredningen var att fånga sjukvårdsbehoven från brukare och anhöriga med olika typer av missbruksproblematik och från olika delar av länet.

Beredningen beslöt även att träffa representanter från beroendeklinikerna i Linköping, Norrköping, mobila teamet i Mjölby, bostadsgruppen i Norrköping, länsstyrelsen, FMN, föräldraföreningen mot narkotika och projektansvarig för implementering av de nationella riktlinjerna för att få deras perspektiv på sjukvårdsbehoven inom missbruksvården.

Sekreteraren i beredningen kontaktade ansvariga inom området i professionen verksamhetschefer och vårdenhetschefer på de olika klinikerna. Flera kontakter skapades och olika personer inom verksamheterna hjälpte sedan till att dela ut en skriftlig inbjudan till en intervju enskilt eller i grupp till brukare och anhöriga. På grund av sekretesskäl ombesörjer vårdpersonalen den första kontakten.

Metod

För att få brukarnas och deras anhörigas uppfattning om sjukvårdsbehov användes intervju-metod med en frågeguide som stöd. Det var inte alltid den följdes precist men det har funnits en ambition att beröra alla frågeområden i alla intervjuer (guide se bilaga 1).

Brukardialogberedningen har träffat brukare och anhöriga i grupp eller enskilt. Vi har träffat sammanlagt 26 individer varav 20 st. är brukare och sex anhöriga.

Följande intervjuer har genomförts;

- Öppenvårdsmottagningen Mjölby, blandmissbruk (tre brukare, en intervju)
- Brukare inskrivna i LAROS-programmet (fyra brukare, tre intervjuer)
- Dömnda till rattfällgrupp (åtta brukare, två intervjuer)
- Tablettmissbruk (en brukare)
- Blandmissbruk, ADHD-problematik (två brukare, en intervju)
- Psykiskt funktionshindrade med samtidigt missbruk, Landeryds ängar (två boende)
- Anhöriga (ett föräldrapar)
- Anhöriga, alkoholberoende (fyra anhöriga)

Alla intervjuer är sammanställda med syfte att uppmärksamma behoven inom missbruksvården i länet.

Brukardialogberedningen har i andra möten även träffat professionen för att bilda sig en uppfattning om missbruksvården i länet. Följande möten är genomförda;

- Representanter från FMN, föräldraföreningen mot narkotika
- Teamledare öppenvårdteamet i Mjölby
- Verksamhetschef, numera vårdenhetschef, beroendekliniken Linköping
- Vårdenhetschef, numera verksamhetschef Norrköping
- Verksamhetschef Finspång
- Informationssekreterare ungdomsmottagningen, beroendekliniken Linköping
- Projektledare för FINA-projektet
- Personalen Landeryds ängar

Resultat

Inledning

”som missbrukare är man alltid i underläge och stämpeln går aldrig ur. Vi skulle önska lite mer av människovärde och att bli behandlade som individer och inte som en klump av missbrukare”

Nedan redovisas resultatet av varje respektive intervju. Syftet är inte att dra generella, statistiska slutsatser för en hel befolkning utan snarare urskilja tendenser hos grupper med olika missbruksproblematik.

Blandmissbruk i kombination med ADHD-diagnos

Diagnos och behandling ges av neuropsykiatriska team i de olika delarna i länet.

Erfarenheter vi tagit del av:

Två kvinnor beskriver ett 15-årigt respektive 35-årigt missbruk. Under åren som missbrukare har de kommit i kontakt med olika behandlingshem, TNE, beroendekliniken, olika boenden, behandlingshem, socialen, polisen, LVU, lagen om vård av unga och LVM, lagen om vård av missbrukare. Den långa vägen hit, där de båda befinner sig i dag har varit mycket stökig. Nu finns en kontakt med beroendekliniken där den ena av kvinnorna fick en remiss skriven från en tillnyktringsenhet till beroendekliniken för en ADHD-utredning och den andra kvinnan fick kontakt med beroendekliniken via polisen. Nu har båda kvinnorna en konstaterad ADHD och medicinerar för detta vilket fått dem att må mycket bättre.

”man tröttnar när man till slut nått sin absolut personliga botten”

Kontakten med sjukvården

Kontakten med sjukvården har fungerat mycket bra, båda kvinnorna tillstyrker hur viktigt det är med bemötandet, någon som ser en, någon som bryr sig. Respekt och ömsesidighet är ord som nämns.

Brukarnas övriga reflektioner

- bra med LVM men resurserna sätts in för sent
- mer resurser till ungdomarna
- satsa på eftervården, ”man måste ha något att komma ut till annars åker man dit direkt igen.”
- Om ingen annan tror på en varför ska då jag tro på mig.
- Kvinnojouren mycket viktig
- Det finns för lite resurser till det psykologiska stödet.

Tablettmissbruk

Vård och behandling ges på Beroendekliniken genom ett speciellt tablettnedtrappningsprogram.

Erfarenheter vi tagit del av:

En man i 40-årsåldern beskriver ett 20-årigt missbruk av antidepressiv medicinering. Under alla dessa år upplever han sig ha "bollats" mellan vårdcentral och psykiatri där ingen kunnat erbjuda annan hjälp än medicinering och dubbling av tillvanda doser. Beroendet av tabletterna har hela tiden förstärkts och till slut har han inte vetat vari orsaken ligger till hans ångestproblematik, om det är i hans grundproblem som varit ångest eller om det är ångest framkallade av tabletterna i sig.

Mannen sökte sig själv till beroendekliniken och nedtrappningsprogrammet. Läkaren på psykiatriska enheten kände inte till att det fanns ett sådant program.

Bemötande

Bemötandet är viktigt. Den här personen blev mycket dåligt bemött i receptionen på psykiatriska mottagningen där han blev ifrågasatt varför han själv inte hade några strategier för sin sjukdom eftersom han lidit av den i 16 år.

Mannen bad att få korrigera sin journal där det stod "tablettmissbrukare", svaret han fick var att "det gör väl inte dig något".

Brukarens övriga reflektioner

- Bättre samarbete mellan beroendekliniken och psykiatriska kliniken vore önskvärt.
- Viktigt att man inom psykiatri framhäver det som är friskt.
- Bättre kunskap om vad ångest är
- Unga personer med ångestproblematik som blir hjälpta för en kort period med mediciner är en klar riskgrupp för att utveckla ett beroende. Får de inte hjälp inom sjukvården så söker de sig utanför sjukvården för att få tag på lugnande medicinering.
- Dålig kontinuitet
- Ett stort stöd på beroendekliniken

LAROS, läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatmissbruk.

Långvarigt opiatmissbruk leder till tung missbruksproblematik och kriminalitet. För att få hjälp att kontrollera sitt missbruk kan man få hjälp via LAROS-programmet. Alla får inte den hjälpen, dels på grund av att kriterierna för att komma in i programmet är hårt reglerade via socialstyrelsen men också för att vården i länets olika delar skiljer sig åt.

Erfarenheter vi tagit del av:

Vägen in i LAROS-programmet ser olika ut, väntetiden är 3-4 år i Norrköping men ingen i Linköping. Brukaren kan komma in akut i programmet i vissa fall. En av brukarna följde med sin dåvarande pojkvän till beroendekliniken och fick hjälp på det sättet, hon var trött på livet och det här var ett sätt för henne att komma ifrån sitt destruktiva liv.

"det går inte att sluta om man inte tröttnar själv på sitt missbruk"

Det ska inte vara ”lätt” att komma in i programmet anser brukarna det har hänt att man bluffat sig in i programmet för att få gratis knark. För brukarna är LAROS-programmet en sista utväg. Ett problem som man haft tidigare är att preparatet subutex sålts på svarta marknaden, de som varit med i programmet ett tag trappade själva ner sin medicinering och sålde överskottet på svarta marknaden. I dag har man bytt ut subutex mot ett annat preparat som inte är lika attraktivt på svarta marknaden eftersom det inte går att injicera preparatet. En av brukarna är klart oroad över utvecklingen av subutex vilket medför ett helt annat missbruk för många.

Kontinuitet

Brukarna upplever en betydande försämring vad gäller personalkontinuitet, detta upplevs som mycket negativt eftersom trygghet och förtroende är en viktig del i beroendevården. I dag träffar man olika personer varje gång man kommer till beroendekliniken. Tidigare hade man en kontaktperson där man hade mer personliga samtal. Det beskrivs som besvärligt att ha kontakt på flera olika ställen och att man måste ”blotta” sig för behandlingsassistenter, mottagningspersonal, socialsekreterare och ASI-utredare.

Tillgänglighet

Tillgängligheten är god på så sätt att om man söker akut någon helg eller kväll så finns det alltid någon här, däremot är det betydligt svårare att få en längre samtalskontakt. Brukarna påtalar bristen på platser för avgiftning.

Kompetens

På grund av att personalen ”bytts ut” har kompetensen också försämrats.
”en som tidigare var receptionist här arbetar nu som skötare”

Psykologiskt stöd

I dagsläget finns inget bra stöd på beroendekliniken i Norrköping, vilket brukarna tror beror på hög personalomsättning.

Anhöriga

Att stå bredvid och se på när ens anhörig missbrukar alkohol eller andra droger beskrivs av flera anhöriga som frustrerande och med en känsla av hjälplöshet.

Ett föräldrapar levde under flera år med känslan av att inte kunna göra någonting. Inte heller sjukvården eller samhället i övrigt gjorde något för att rädda deras dotter från att glida allt längre in i ett tyngre missbruk.

Det har varit en lång resa från början när deras dotter gick andra året på gymnasiet och fram till i dag då hon bor hemma, 23 år gammal och drogfri sedan ett år tillbaka. Att brottas mellan att älska sin dotter till att se henne mer död än levande och då också tänka att det vore skönt om hon fick dö är omänskligt. Föräldrarna beskriver en ung flicka som går mellan olika boenden, olika pojkvänner, injicerande, prostituerande, hemlös, avgiftningar, och med en kamp varje dag att få ihop tillräckligt med pengar till sin drog. De beskriver också en ung flicka som har möten med både skolan, vården, socialen, polismyndigheten, HVB- hem, TNE, och psykiatri och som enligt föräldrarna hela tiden ”skyddats” av sekretessen.

En känsla av vanmakt när man inte vet vart man ska vända sig, var ska hjälpen komma ifrån när inte ens en dom enligt LVU, lagen om vård av unga kan hjälpa dem att omhänderta sin dotter.

När deras dotter sedan blev drogfri har hon nu också blivit utredd och fått diagnosen ADHD och i och med det en kontakt på beroendekliniken och medicinering som hjälper henne att hantera sig själv.

Vad kan sjukvården/ samhället göra?

- man kunde gjort någonting tidigare, innan problemen vuxit sig för stora. Viktigt att följa upp när ungdomarna kommer in i sjukvård eller blir omhändertagna av polisen.
- Se till att verkställa LVU när man får en sådan dom.
- Sekretessen ska vara ett stöd och en hjälp för den enskilde individen.
- Placera aldrig någon med missbruksproblematik i ett hem med problematik av samma art.

Berättelser från anhöriga vars make är alkoholist vittnar också om en hjälplöshet, men också om förnekelse och medberoende. Den här gruppen kvinnor behöver mer kunskap och ett stöd för egen del. De beskriver hur viktigt det är att någon sätter ord på deras agerande, att någon lyssnar när man pratar med sina egna ord och att någon kan ta bort deras egen skuld och skam.

Övriga reflektioner

- Stöd till den anhörige har fungerat bra men det är också viktigt att tänka på att det är hela familjen som blir drabbad.
- Våga ställa frågan och ställ den mer än en gång.
- Slussa ut individen från behandlingshemmet och stötta sedan med ett nätverk kring individen.
- När man söker sjukvården måste man också se problemet och remittera till beroendekliniken.
- Makt att på något sätt utöva ”milt tvång”.
- Ge individen redskap för att klar av att hantera svårigheter i vardagen och inte bara lyssna.

Hur kan man arbeta förebyggande?

Sätta in resurser på ett tidigt skede, innan det är för sent. På behandlingshemmen är det viktigt att inte blanda gamla och unga, helst skulle man vara i en miljö där det inte finns andra missbrukare.

Rattfällan

Rattfällan är en behandlingsgrupp vid beroendekliniken i Linköping där beroendekliniken och frivården samverkar. Brukarna i den gruppen är dömda till ett års behandling för rattfylleri.

Erfarenheter vi tagit del av:

De personer vi träffade är tacksamma över sin dom eftersom de själva inte ansåg att de hade så stora bekymmer och med det hade de inte heller tänkt söka vård. De tror också att det är få personer som söker själva utan påtryckning från omgivningen.

”man kanske erkänner att man brukar för stora mängder men det är långt till att man erkänner ett missbruk”

Bemötande

Vården upplevs som bra och bemötandet ”fantastiskt”.

Tillgänglighet

Ett par av brukarna tar bussen till beroendekliniken vilket fungerar alldeles utmärkt. De behöver inte heller komma hit för att hämta antabus utan man kan hämta medicinen på närmaste vårdcentral.

”Öppna ett light S:t Lars. Hindrena att gå till beroendekliniken är för stora, ta bort skylten beroendeklinik”

Övriga reflektioner

- Svårt att fånga ett beroende via pektdator på vårdcentralen eftersom man inte ens är ärlig mot sig själv.
- Ta bort tabu kring beroende.
- Fånga problemen innan de uppstår, anordna frivilliga terapigrupper.
- Satsa resurserna förebyggande.
- Bemanna vårdcentralerna med alkoholterapeuter.
- Man söker inte vård för att man inte vill att ens problematik ska journalföras.

Handtaget

Handtaget är en del av öppenvårdsmottagningen i Mjölby där både landstinget och kommunen samarbetar. Här bedrivs sysselsättning åt brukare med missbruksproblematik som saknar arbete.

Vi träffade tre män som alla deltagit i en motivationsgrupp under en tid men till slut beskriver de ämnet som så uttjatat att man vill någonting mer. Det är viktigt att känna att man har någonting att gå till. För att få vara här på förmiddagen måste man göra nykterhetskontroll. Brukarna går till handtaget under frivillig tvång, det vill säga att de är tvungna att vara här för att få försörjningsstöd. Parallellt med sysselsättningsverksamheten har brukarna en handlingsplan som de lägger upp med sin behandlingsassistent, en av brukarna har kontakt med sjuksköterskan som sköter medicinutdelningen.

Får man bra psykologiskt stöd?

Den av brukarna som har kontakt med sjukvården tycker att han får bra stöd, de andra upplever inte samma stöd.

Får anhöriga stöd?

”Nej inte speciellt”

Övriga reflektioner

- En stor nackdel i västra delen av länet är att alla missbrukare som har ett behov av slutenvård hamnar på en avdelning för psykiskt sjuka.
- ”I kontakten med sjukvården bekräftas man hela tiden som missbrukare.”
- Brukarna saknar delaktigheten i verksamheten.

- Bra och viktigt med sysselsättning.
- ”som missbrukare är man alltid i underläge och stämpeln går aldrig bort, vi skulle önska lite mer människovärde och att bli behandlade som individer och inte som en ”klump” av missbrukare”.
- Samhället generaliserar för mycket, det känns som att våra åsikter inte är lika värdefulla.

Landeryds ängar

Landeryds ängar organiseras under beroendekliniken i Linköping och erbjuder bostäder med service för psykiskt funktionshindrade med samtidig missbruksproblematik. Här finns 13 lägenheter för permanentboende. Samverkansavtal mellan Linköpings kommun och landstinget är upprättat där verksamheten erbjuder stöd och tillsyn med möjlighet till daglig sysselsättning för de boende. Kommunen ansvarar för stöd i boende, personlig omvårdnad, sociala kontakter samt daglig sysselsättning.

Landstinget ansvarar för medicinska insatser, psykologutredningar, funktionsbedömningar samt tillhandahåller en akutplats på avdelning 34.

Målsättningen är att förhindra återfall i droger och stabilisera/förbättra symtom av psykisk ohälsa. Tillgodose basala behov samt att ge den boende en ökad social funktion. För att uppnå detta erbjuds brukarna medicinsk vård, viss missbruksvård, ett tryggt boende och en daglig sysselsättning.

Reflektioner från brukarna

- Massage och akupunktur är mycket uppskattat. Bassängen finns att utnyttja varannan vecka.
- Det har upplevts enkelt att komma hit.
- Vi träffade två av de boende som trivs bra på landeryds ängar. Alla boende har en egen lägenhet och miljön runt i kring är mycket vacker.

Professionens synpunkter

Beroendevården är förlagd till alla delar i länet men ser lite olika ut beroende på olika behov, traditioner och kompetenser.

- Beroendekliniken i Linköping ligger under närsjukvården i centrala länsdelen. Avd 34 har fyra tillnyktringsplatser, fyra avgiftningsplatser och en plats för dubbeldiagnoser. Det finns sex TNE-platser i Linköping.
- Beroendekliniken i Norrköping ligger under närsjukvården i östra länsdelen, sex vårdplatser för avgiftning och tre TNE-platser. En beroendeenhet finns även i Finspång.
- I västra delen av länet ligger beroendevården under psykiatriska kliniken. Här finns två vårdplatser för avgiftning, ett öppenvårdsteam i Mjölby och en öppenvårdsmottagning i Motala.

Just nu pågår aktivitet för att titta på olikheter i länet och samarbetet mellan de olika klinikerna. Ett problem har enligt professionen varit att handskas med gemensamma medel över länet för att tillgodose de olika behoven. Önskvärt vore också gemensamma satsningar mellan kommun och landstinget. Satsningarna i dag görs i stället osynkroniserat mellan kommun och landsting vilket enligt professionen är ”synd”.

I dag finns inom området läkarbrist och över huvud taget finns behov av att stärka kompetensen inom området.

Gemensamt upplevs också att pengarna räcker till utredningar men inte alltid till behandlingar.

Synpunkter från FMM, föräldraföreningen mot missbruk;

- Följ upp behandlingar!
- Arbeta mer långsiktigt och förebyggande.
- Utbilda personal i motivationsteori.
- Det borde finnas en öppen mottagning för missbrukare dygnet runt.
- Behandla missbrukare med värdighet.
- Det brister i utbildning både vid socialhögskolan men också sjuksköterskeutbildningen och läkarutbildning.
- Förebygg tidigt, fokusera mer på anhöriggrupper.
- Anmärkningsvärt med bara tre TNE-platser i Norrköping.

Diskussion

Syftet har varit att göra en fördjupad uppföljning av den reviderade behovsanalysen inom psykisk ohälsa avseende den delen som berör missbruks- och beroendevården och därigenom fånga brukares och anhörigas behov i länet.

Missbruks- och beroendeproblem har ökat, strukturen förändrats och det finns i landet stora regionala skillnader.

Vi beslutade att titta på olika behovsgrupper, olika typer av missbruk och i olika delar av länet. Det var problem att samla brukare till fokusgrupper eftersom skammen över sin sjukdom är påtaglig, det var heller inte enkelt att följa en frågeguide och få en struktur i intervjuandet. Däremot förstod vi redan i initieringen utav arbetet att missbruks- och beroendevården är ett komplext område som berör vården inte bara på de olika beroendemottagningarna i länet utan också inom primärvården och psykiatrin. Brukarna kommer också i kontakt med vården inom de flesta andra kliniker i landstinget.

Landstinget står inte ensam för behandlingar till brukare eller anhöriga inom beroende/missbruk. Samverkan mellan kommun och landsting är en förutsättning för att vård och behandlingar ska fungera optimalt. Detta är ett utvecklingsområde där professionen just nämner att här krävs gemensamma satsningar för att vård och behandling ska kunna effektiviseras. Även samverkan mellan de olika klinikerna i länet skulle förbättra möjligheten till god vård på lika villkor.

Som exempel kan nämnas att det i Norrköping är en väntetid på upp till 4 år för att komma med i LAROS-programmet. Bor man i Linköping och lider av samma problematik, d v s missbrukar opiater, finns ingen väntetid till samma behandling.

Det saknas kunskaper utanför beroendeklinikerna. Redan i grundutbildningen både för läkare, sjuksköterskor och socionomer borde kompetensen höjas med bakgrund av att missbruk och beroende är ett växande problem i samhället och att man som profession möter den här problematiken oberoende av var man sedan kommer att vara yrkesaktiv.

Förutom samverkan, lika vård i länet och behov av kompetenser finns också behov av förebyggande verksamhet, kontinuitet och uppföljning av vården. Brukarna påpekar att hjälpen och vårdens insatser måste sättas in i tidigt skede innan man går in i ett tyngre missbruk då man inte länge är mottaglig för vård. Problemet är mer komplext än så eftersom brukaren måste vara motiverad att gå in i behandling för att behandlingen ska ha någon verkan. Ett mildare tvång eller ett omhändertagande under tvång kanske skulle kunna hjälpa den yngre missbrukaren. Regelverk inom tvångssjukvården försvårar och sekretessen likaså.

När man sedan är inne i vårdapparaten är behovet stort av kontinuitet, någon som ”håller i”, ansvarar för den enskildes behandlingsinsatser och därmed också ansvarar för uppföljningen. Förtroende och trygghet är viktiga delar i beroendevården.

Brukardialogberedningen har också noterat att det är extra viktigt med uppföljning inom en behovsgrupp som behandlas av olika aktörer. Flera av brukarna har påtalat vikten av uppföljning efter en vistelse på behandlingshem. Sjukdomen är livslång och det är mycket lätt att ”halka dit” igen när ingenting tar vid efter behandlingen. Motiverande samtal, trygghet, förtroende och sysselsättning är viktiga grundpelare för att behandlingen ska få lyckat resultat.

Förslag till förbättringar

- Samverkan mellan kommun och landsting
- Samverkan mellan beroendeklinik, primärvård, psykiatri
- Samverkan i länet
- Kompetenshöjande åtgärder
- Mer beroende-, missbrukskunskaper i grundutbildningar
- Förebyggande åtgärder
- Uppföljning av behandling
- Bättre eftervård
- Kontinuitet, ansvarig läkare

Bilaga

Samtalsguide

1. Vad har du för erfarenheter av missbruksvården?
2. Vad var det som fick dig att söka vård?
3. Fick du hjälp första gången du sökte vård eller tog det tid innan du kom till behandling?
4. Får du den hjälp du anser att du behöver?
5. Vet du vad vårdgarantin innebär?
6. Har du någon egen uppfattning om huruvida vården är lika i länet?
7. Beskriv dina upplevelser av tillgängligheten till vården.
8. Vilket bemötande har du fått?
9. Vilka är dina upplevelser kring din egen delaktighet i vården?
10. Upplever du kontinuitet i vården?
11. Vilket psykologiskt stöd behöver man för att lyckas i en behandling, kan sjukvården bidra till stöd i behandlingen i sådana fall hur?
12. Hur tycker du att hälso- och sjukvården tillgodoser dina vårdbehov?
 - i samband med förebyggande insatser
 - i samband med vård och behandling
 - i samband med oro, ångest
 - i samband med uppföljning
13. Tror du att kvinnor respektive män har olika vårdbehov?
14. Beskriv något som är bra respektive dåligt inom missbruksvården.
15. Hur är dina upplevelser kring samverkan mellan olika vårdinstanser?
16. Vad tänker du om framtiden?
17. Vad känns mest angeläget att förmedla?