

Rundgång i vårdkedjan

— en fallstudie om tio missbrukspatienter

Kerstin Möller

Ethel Östlund

Fallstudien om vården av tio missbrukare ger antydningar om att det brister i vårdplaneringen. Den väcker också frågor om vårdens innehåll och kvalitet.

Författarna, Ethel Östlund, socionom, och Kerstin Möller, kanslist, på socialförvaltningen inom Örebro läns landsting har genom sitt arbete på olika håll i landstinget noterat att patienter med missbruksproblematik återfunnits på flera olika vårdenheter. Det var upprinnelsen till studien.

Inledning

Det finns en utbredd uppfattning att vården av missbrukare fungerar enligt den s k svängdörrsmodellen, dvs att en stor grupp av missbrukare skrivs in och ut från olika behandlingsinstitutioner efter korta och ofta återkommande vårdtillfällen.

Syftet med denna undersökning är att göra fallbeskrivningar av några klienter med missbruksproblematik och att beskriva cirkulationen mellan olika missbruksrelaterade vårdinstitutioner inom Örebro läns landsting (ÖLL) och Örebro kommun (ÖK).

Definitionen av en klient med missbruksproblematik sammanfaller med det sätt på vilket urvalet skett. Klienterna har hämtats ur institutionsstyrelsens arkiv och kan definieras: klient som tvångsvårdats enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall

(LVM), och fått vårdtiden förlängd ytterligare högst två månader enligt beslut av Institutionsstyrelsen.

Metod

Vi fick tillstånd att besöka sammanlagt sju olika Hem för vård eller boende (HvB) och fem kliniker vid Regionsjukhuset i Örebro och Mellringeklinikerna, för att samla data ur klienternas akter eller journaler. Undersökta vårdtillfällen har skett endast inom den slutna medicinska vården. Man kan anta att cirkulationen mellan öppna vårdformer och tex socialtjänsten är ännu vanligare. Under den tid vi följt klienten har alla vårdbesök räknats med.

Sammanlagt har vi följt tio klienter bosatta i Örebro, från utskrivningsdagen från LVM-vården ett visst antal månader framåt. Vi var tvungna att sätta stoppdatum i juni månad 1985, och det innebär att vi har följt fem av klienterna i 12 månader, och de övriga fem har något olika lång uppföljningstid.

Här redovisas endast tre s k typfall.

I redovisningen används följande begrepp:

LVM-tid:	tidsperiod då klienten tvångsvårdats enligt LVM mellan två till fyra månader
Uppföljningstid:	de närmast följande 12 månaderna efter utskrivningen från LVM-vården
Odefinierad tid:	den tidsperiod då klienten vistats utanför de institutioner vi undersökt och som vi inte vet något om.

För att grafiskt kunna illustrera cirkulationen

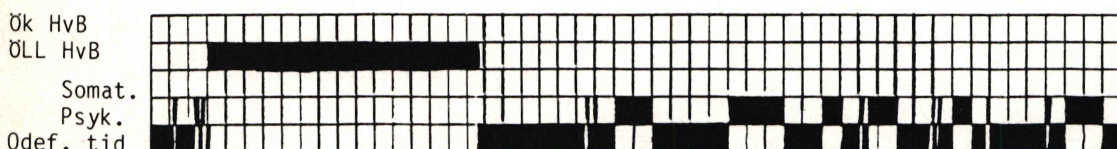
konstruerades ett flödesschema. Rutorna motsvarar veckor. Den översta raden visar besök vid Örebro kommuns HvB, därefter följer HvB med ÖLL som huvudman. På den tredje raden visas vård inom den somatiska vården, och fjärde raden visar vårdtid inom den psykiatriska vården inklusive alkohol-enheten vid Mellringe-klinikerna: avd 119 och 120. Den femte raden illustrerar den odefinierade tiden

då klienten inte vistats på någon av de enheter som ingått i undersökningen. Klienten kan vara sjukskriven, i arbete, vårdad av någon annan huvudman eller vårdad av annan vårdenhets hos de huvudmän som ingår i undersökningen.

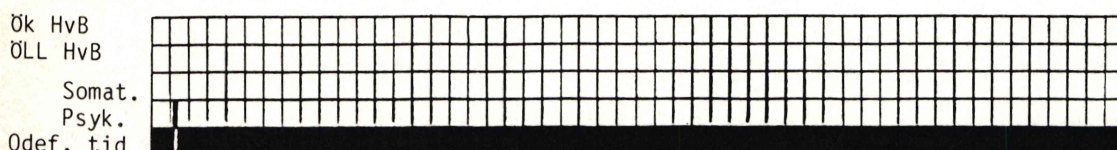
Efter genomgången av vårdenhets och vårdtid var det även möjligt att räkna fram vårddagkostnader.

FALLBESKRIVNINGAR AV VÅRD EFTER LMV

KLIENT 1



KLIENT 2



KLIENT 3



Kommentar till klient 1:

Drygt en vecka efter LVM-tiden kommer klienten till avd 119 för tillnyktring. Därefter hinner avd 119 passeras ytterligare ett par gånger innan det är dags för ny intagning på behandlingshem. Denna gång kommer klienten till Åsbrohemmet och stannar där i tre månader. Efter utskrivningen försvinner klienten ur sikte ca en månad och sedan börjar en karusell med flera återkommande vistelser på avd 119 ibland åtföljda av någon veckas avgiftning på avd 120.

LVM-tid: 117 dygn = 52 281,45 kr (per dygn 446,85 kr)

Uppföljningstid: 177 dygn = 122 486,85 kr (per dygn 692,01 kr)

Kommentar till klient 2:

Bara en enda gång efter LVM-vården återkommer klienten. Efter ca en vecka besöker klienten avd 119. Vi har kontrollerat att klienten inte avled eller avflyttade under uppföljningstiden.

I en undersökning av missbrukare inom psykiatrisk vård säger forskarna att man inte okritiskt bör godta den på sina håll utbredda uppfattningen att vården av missbrukare huvudsakligen fungerar enligt en så kallad "svängdörrsmodell". "Det finns i själva verket ett stort antal personer som inte åter-

kommer till psykiatrisk vård sedan de skrivits ut med diagnoser som alkoholpsykos, alkoholism eller narkomani.”¹

LVM-tid: 120 dygn = 53 622 kr (per dygn 446,85 kr)
Uppföljningstid: 1 dygn = 1 240 kr (per dygn 1 240 kr)

Kommentar till klient 3:

Under de åtta månader vi följer klienten uppvisas en fullkomlig vårdkarusell: Avdelning 119, psyk mottagningen, avdelningen 119, avdelning 120, avdelning 119, Åsbrohemmet, avdelning 119, avdelning 119, avdelning 119, medicinmottagningen, psyk mottagningen, avdelning 119, avdelning 119, Rällsögården, Åsbrohemmet.

Den senare intagningen på Åsbrohemmet föregås av tillnyktring på avdelning 119.

I hela studien föregås bara 7 av 29 intagningar på behandlingshem av tillnyktring på avd 119 eller avgiftning på avd 120. Detta trots att det egentligen förutsätts att klienten skall vara avgiftad vid intagningen på behandlingshemmen.

LVM-tid: 123 dygn = 71 996,82 kr (per dygn 585,34 kr)

Uppföljningstid: 123 dygn = 89 360,34 kr (per dygn 770,34 kr)

Sammanlagda kostnader

Sammanlagd kostnad för alla 10 klienters LVM-tid var 587 614,31 kr.

Sammanlagd kostnad för alla 10 klienters vård under uppföljningstiden var 641 410,75 kr.

Sammanlagd kostnad för alla 10 klienter under både LVM-tid och uppföljningstid var 1 229 025,06 kr.

Avslutning

Socialberedningens förslag att vård med stöd av LVM skall ges normalt högst två månader har varit och är mycket omdiskuterat. I Allmänna råd från socialstyrelsen (2) framförs tre syften med vården:

- att bryta en destruktiv utveckling
- att ge klienten motivation till fortsatt vård i frivilliga former
- att ge klienten möjlighet att själv fortsätta att arbeta med vissa problem.

Resultatet från vår studie ger inte belägg för om dessa mål förverkligas, men väcker frågor om tex vårdtidens längd, vårdens innehåll och kvalitet. Resultaten ger antydningar om att det brister i vårdplaneringen; den vårdplan som skall visa på vilket sätt LVM-vården ingår som ett led i det individuellt utformade vårdprogrammet.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen redovisar nr 4/85 sid 6
2. Allmänna råd från socialstyrelsen 1982: 6, LVM sid 32