

Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning

Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-6-7442

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2021

Förord

Socialstyrelsen fick 2019 i uppdrag av regeringen att kartlägga akutmottagningarnas och berörda vårdavdelningars rutiner för planering av fortsatt vård, behandling och uppföljning för patienter med narkotikarelaterad förgiftning. Socialstyrelsen ska också identifiera brister i vårdprocessen och ge förslag på hur berörda aktörer tillsammans kan bli bättre på att motivera patientgruppen till vård och behandling.

Uppdraget har anpassats till covid-19-pandemin genom att tidpunkten för rapportering har skjutits fram och den temadag som fanns med i det ursprungliga uppdraget har utgått. Som stöd och inspiration för utveckling av vård och omsorg för den aktuella målgruppen återges utvecklingsområden tillsammans med goda exempel och förbättringsförslag, som framkommit i intervjuer med företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Rapporten riktar sig till såväl tjänstemän i regioner, kommuner och i staten som till yrkesverksamma i hälso- sjukvård och socialtjänst. Inledningsvis i rapporten återfinns en kortversion, medan kapitlen 2 till 7 innehåller rapporten i sin helhet.

Ett stort antal utredare och sakkunniga har deltagit i arbetet. Emma Lindgren har varit projektledare till februari 2021. Frida Lundgren har ansvarat för registerstudien. Erika Budh och Sara Tolf har slutfört arbetet och skrivit rapporten. Ansvarig enhetschef för det avslutande arbetet har varit Elisabeth Wärnberg Gerdin.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Kortversion	7
En heterogen population där samsjuklighet är största subpopulationen	7
Fragmenterade vårdprocesser och bristande kommunikation	8
En gemensam bild av brister och lösningar	11
Inledning	14
Uppdraget	14
Syfte	15
Avgränsningar	16
Utgångspunkter	16
Metod och genomförande	18
Rapportens disposition	20
En heterogen population	21
Samsjuklighet är den största subpopulationen	21
En majoritet män i subpopulationen substansrelaterade diagnoser	22
Flest kvinnor, många av dem unga, i subpopulationen psykiatriska tillstånd	23
Fler män än kvinnor i subpopulationen samsjuklighet	24
Blandade åldrar och färre vårdkontakter i subpopulationen övriga	24
En majoritet flickor i åldersgruppen yngre än 18 år	25
Mångbesökare på akuten	26
Vanligast med en narkotikarelaterad dödsorsak bland män med samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser	28
Vårdprocesser för personer med narkotikarelaterad förgiftning	30
Insatser på akuten	31
Några patienter lämnade sjukhuset direkt från akuten	33
Insatser på medicinska vårdavdelningar	34
Insatser i psykiatrisk slutenvård	38
Planerad psykiatrisk vård	41
Vanligare med beslut om tvångsvård enligt LPT än enligt LVM	42
Brister i vårdprocesserna	45
Brist på kompetens på rätt plats, i rätt tid	45
Fragmenterade vårdprocesser	48
Brist på personcentrering på individ- och systemnivå	52

Förbättringsförslag och goda exempel	56
Rätt kompetens, på rätt plats, i rätt tid	56
Personcentrerad vård på såväl individ- som systemnivå.....	58
Tydligare, snabbare och säker övergång till annan vård och omsorg..	61
Kommentarer och förslag till fortsatt arbete.....	66
Referenser	68
Bilageförteckning	69
Bilaga 1. Registerstudien	69
Bilaga 2. Intervjuguider till intervjustudien	69

Kortversion

Den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige är hög och en narkotikarelaterad förgiftning har visat sig vara en riskfaktor för en ny förgiftning. Bland personer som vårdats för substansrelaterade diagnoser är även psykiatriska tillstånd (samsjuklighet) vanligt förekommande och många av dem besöker akuten ofta. På akuten är dock patienter med narkotikarelaterad förgiftning en relativt liten grupp i ett omfattande patientflöde, 2017 utgjorde dessa drygt en halv procent av samtliga akutbesök.

För att patienter som kommer till akuten med narkotikarelaterad förgiftning ska få adekvat vård och stöd krävs ett nära samarbete mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänst. För att förbättra vården för patientgruppen har regeringen givit Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga akutmottagningars rutiner för planering av fortsatt vård, behandling och uppföljning vid narkotikarelaterad förgiftning. Socialstyrelsen ska dessutom identifiera brister i vårdprocesserna och goda exempel på hur berörda aktörer tillsammans kan bli bättre på att motivera patienterna till fortsatt vård och behandling efter behov. Slutligen ska Socialstyrelsen sprida kunskapen från denna kartläggning till relevanta aktörer.

Inom uppdraget har Socialstyrelsen gjort en registerstudie och en intervjustudie. Registerstudien baseras på data från Patientregistret, Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall och Dödsorsaksregistret. Intervjustudien belyser akutmottagningarnas och berörda vårdavdelningars rutiner för planering av fortsatt vård, behandling och uppföljning vid narkotikarelaterad förgiftning. Goda exempel och förbättringsförslag som framkommit i intervjuerna, återges som stöd och inspiration för utveckling av vård och omsorg för den aktuella målgruppen. Studien omfattar 52 intervjuer och två skriftliga svar på motsvarande frågor. Informanterna representerar akuten, intensivvårdsavdelningar, medicinska akutvårdsavdelningar, psykiatriska vårdavdelningar, beroendecentrum, psykiatrisk öppenvård, socialtjänst och brukarorganisationer.

En heterogen population där samsjuklighet är största subpopulationen

I registerstudien identifierades en population på 11 856 unika personer som vid minst ett tillfälle 2017 besökte en akutmottagning på grund av att de blivit förgiftade av narkotikaklassade läkemedel, illegal narkotika eller blandningar av båda delar. Populationen bestod av lika många män (51 procent) som kvinnor (49 procent), och drygt varannan (62 procent) var yngre än 40 år vid akutbesöket. Den största åldersgruppen var 20 till 29 år, bland både kvinnor (28 procent) och män (31 procent).

Populationen indelades i fyra, varandra uteslutande subpopulationer. Den största subpopulationen (41 procent) var personer med samsjuklighet i form av substansrelaterade diagnoser och psykiatriska tillstånd. Färre (10 procent)

utgjorde subpopulationen substansrelaterade diagnoser. I subpopulationerna samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser var en majoritet män (58 respektive 76 procent).

En fjärdedel (25 procent) av populationen ingick i subpopulationen psykiatriska tillstånd och lika många i subpopulationen övriga (24 procent). I subpopulationen psykiatriska tillstånd var majoriteten kvinnor (69 procent) och varannan kvinna (51 procent) var yngre än 30 år vid akutbesöket 2017.

Flest narkotikarelaterade dödsfall bland män med substansrelaterade diagnoser och samsjuklighet

Att ha blivit narkotikaförgiftad är en riskfaktor för en ny narkotikarelaterad förgiftning. I subpopulationerna samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser återkom 44 respektive 34 procent till akuten med narkotikarelaterade förgiftningar under tolv månadersperioden efter det första akutbesöket 2017.

Under en treårsperiod från akutbesöket avled drygt 350 personer (3 procent) i populationen med en narkotikarelaterad dödsorsak, en majoritet av dem var män. Bland män i subpopulationerna substansrelaterade diagnoser och samsjuklighet avled 7 respektive 6 procent med en narkotikarelaterad dödsorsak inom tre år från det första akutbesöket 2017.

Subpopulationen övriga hade en hög andel avlidna, men en låg andel av de avlidna hade en narkotikarelaterad dödsorsak, och högst medianålder bland de avlidna. Lågst andel avlidna fanns i subpopulationen psykiatriska tillstånd och en låg andel av dem hade en narkotikarelaterad dödsorsak.

Fragmenterade vårdprocesser och bristande kommunikation

Att motivera en person som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning till fortsatt vård och behandling, handlar dels om arbetssätt för personal i vården i mötet med patienten, dels om rutiner för kommunikation och samverkan mellan berörda aktörer för att dessa tillsammans ska följa upp att personen erbjuds fortsatt vård och behandling efter behov. Med kommunikation avses exempelvis informationsdelning från akutmottagningar och berörda vårdavdelningar till övertagande enheter i öppenvård och ibland socialtjänst. Planeringsprocessen för patienter som slutenvårdas regleras i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, som trädde i kraft 2018.

Var tredje lämnade sjukhuset direkt från akuten

Var tredje (32 procent) vuxen i populationen lämnade sjukhuset direkt från akuten. Några av dem vårdades medicinskt på akuten på grund av brist på slutenvårdsplatser. Informanter beskrev att det ofta handlar om en somatiskt ofarlig förgiftning, hos en patient som inte uppfyller kriterierna för tvångsvård och som får nyktra till på akuten. Andelen som lämnade sjukhuset från akuten varierade mellan regionerna, från ungefär 20 procent till 40 procent.

Informanter från akuten beskrev att det förekommer att en patient, som är vaken och relativt medicinskt stabil, får en psykiatrisk bedömning på akuten.

Bedömningen avser om patienten ska skrivas in för psykiatrisk slutenvård eller behöver insatser från psykiatrisk öppenvård. Om läkare på akuten bedömer att förgiftningen är, eller skulle kunna vara, ett medvetet suicidförsök konsulteras alltid psykiatriker för en suicidriskbedömning.

Om patienten bedöms behöva uppföljning i öppenvård och samtycker till frivillig vård skickas en remiss för uppföljning, till specialiserad psykiatri eller till primärvården.

Flertalet informanter från akuten uppgav att socialtjänsten sällan informeras. Om patienten har barn skickas en orosanmälan om barnen till socialtjänsten.

Var tredje skrevs ut efter medicinsk slutenvård

Nästan var tredje (30 procent) i populationen skrevs ut efter medicinsk slutenvård. Flera informanter uppgav att det förekommer att patienter, som behöver psykiatrisk slutenvård, skrivs ut för att de inte vill till en beroendeenhet eller psykiatrisk vårdavdelning och inte uppfyller kriterierna för tvångsvård.

Intervjustudien visar att medicinska vårdavdelningar sällan skickar in-skrivningsmeddelanden i gemensamma IT-kommunikationssystem¹ till övertagande enheter för en patient som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning.

Flera informanter från medicinska vårdavdelningar lyfte att samverkan ofta brister i beslut om patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning. Dessutom arbetar de medicinska vårdavdelningarna sällan systematiskt med att motivera patienten till fortsatt vård och behandling.

Var tredje fick psykiatrisk slutenvård

Drygt var tredje (35 procent) vuxen som kom till akuten på grund av narkotikarelaterad förgiftning 2017 fick psykiatrisk slutenvård (vilket även inkluderar beroendevård); 14 procent slutenvårdades först medicinskt och sedan psykiatriskt, resterande (21 procent) gick direkt från akuten till psykiatrisk slutenvård. Andelen patienter som fick psykiatrisk slutenvård i samband med narkotikarelaterad förgiftning varierade mellan regionerna, från 16 procent till 46 procent.

Informanterna på de psykiatriska vårdavdelningarna uppgav att de vanligtvis informerar socialtjänst och specialiserad psykiatrisk öppenvård, ibland även primärvården, när en patient vårdas i samband med narkotikarelaterad förgiftning. Informanterna från socialtjänsten uppfattade dock att de ofta blir informerade för sent för personer utan etablerad kontakt med socialtjänsten. På de psykiatriska vårdavdelningarna beskrevs de motiverande insatserna som en del av vården, med exempelvis motiverande samtal, kontakt med öppenvård under slutenvårdtiden eller samarbete med brukarorganisationer som arbetar för att stödja personer med beroende eller psykiatriska tillstånd.

¹ Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården har medfört att gemensamma IT-kommunikationssystem införts för att underlätta kommunikationen mellan slutenvård, öppenvård och socialtjänst.

Skör länk från akuten och medicinska vårdavdelningar till öppenvård och socialtjänst, särskilt för personer med samsjuklighet

Kommunikationen från akutmottagningar och medicinska vårdavdelningar till öppenvården är ofta beroende av att en psykiatriker har konsulterats för att bedöma patienten och att psykiatrikern har rapporterat vidare.

Registerstudien visade att patienter som lämnade sjukhuset direkt från akuten, eller efter medicinsk slutenvård, ofta väntade längre på planerad psykiatrisk vård, än personer som fick psykiatrisk slutenvård i vårdprocessen i samband med narkotikarelaterad förgiftning. Dessutom hade nästan varannan patient som lämnade sjukhuset direkt från akuten, eller som enbart slutenvårdats medicinskt, inget planerat vårdtillfälle i psykiatrisk vård under året efter akutbesöket (43 respektive 40 procent). I intervjustudien framkom flera möjliga förklaringar, som att alla inte har behov av psykiatrisk vård, att specialiserad öppenvård för personer med beroende eller samsjuklighet saknas i några regioner, liksom att några patienter inte ville ha eller av olika orsaker uteblev från fortsatt vård. Andelen patienter som inte hade någon planerad psykiatrisk vård under året efter narkotikaförgiftningen 2017 varierade från 24 procent till 44 procent mellan regionerna.

Informanterna påtalade risker med vårdövergångar. Särskilt sårbara – i ett system som inte är anpassat till personens behov och förutsättningar – är personer med samsjuklighet, som ska ha kontakt med många instanser, platser och personer i vården. Flera informanter resonerade att ju mer av samordningen som läggs på patienten, desto större blir bortfallet i planerad vård. Flera betonade att patienter som har behov av psykiatrisk öppenvård, men inte redan har en etablerad kontakt, löper större risk att ”tappas bort”.

Om akuten och medicinska vårdavdelningar informerar socialtjänsten så sker det med tidsfördröjning

Några informanter från akuten uppgav att de informerar socialtjänsten när en patient som vårdas på akuten uppfattas vara hemlös eller ha andra behov av insatser från socialtjänsten. Flertalet informanter beskrev att läkare på akuten kan skriva en anmälan enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och ett par uppgav att LVM oftast hanteras av psykiatriker.

Informanter från socialtjänsten uppgav att socialtjänsten sällan för information om förgiftningen under vårdtiden, om en patient enbart slutenvårdats medicinskt. Informanterna uppgav också att socialtjänsten med varierande regelbundenhet får LVM-anmälningar från akuten när en person vårdats för narkotikarelaterad förgiftning. Oftast skrivs LVM-anmälan efter att en patient vårdats för upprepade narkotikaförgiftningar. Det förekommer att anmälningarna skickas med posten och kommer till socialtjänsten några dagar efter att patienten lämnat sjukhuset, vilket uppfattades som en försvårande omständighet för att socialtjänsten ska kunna bidra i att motivera personen till fortsatt vård och behandling.

En gemensam bild av brister och lösningar

En god vård och omsorg kännetecknas av att den är personcentrerad, jämlik och säker. Denna kartläggning visar – återigen – att personer som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning ofta har behov som befintliga vårdprocesser inte tillgodoser, det gäller framför allt för personer med samsjuklighet i form av substansrelaterade diagnoser och psykiatriska tillstånd.

Genom analyser av intervjustudiens kvalitativa data har Socialstyrelsen identifierat tre utvecklingsområden för att personer som kommer till akuten med narkotikarelaterad förgiftning i högre utsträckning ska få den vård och behandling de behöver:

- Rätt kompetens, på rätt plats, i rätt tid
- Tydligare, snabbare och säker övergång till annan vård och omsorg
- Personcentrerad vård på såväl individ- som systemnivå

Informanterna tillfrågades om vad de uppfattar som välfungerande arbetssätt (goda exempel) och vad som behöver göras för att komma till rätta med återstående brister (förbättringsförslag). Som stöd och inspiration för utveckling av vård och omsorg för den aktuella målgruppen återges många goda exempel och förbättringsförslag i rapporten. Dock behöver goda exempel oftast betraktas i en lokal kontext och kan sällan generaliseras till vårdprocesser överlag. Dessutom återger Socialstyrelsen informanternas uppfattningar utan värdering av exempel och förbättringsförslag i förhållande till eventuella brister eller bedömning av huruvida exemplen har bevisad effekt.

Rätt kompetens, på rätt plats, i rätt tid

På akuten och medicinska vårdavdelningar är patientens medicinska vårdbehov i fokus. I intervjustudien lyftes att kompetens inom beroende och samsjuklighet behövs tidigt i vårdprocessen, både för att fånga upp patienter med en lång historia av beroende och för att förhindra att patienter med ett riskbruk utvecklar ett beroende.

I intervjuerna finns utsagor om att psykiatriker alltid konsulteras för att bedöma patienten om intoxikationen är, eller misstänks vara, avsiktlig. Flera informanter uttryckte uppfattningen att fler patienter egentligen behöver en psykiatrisk bedömning. En informant från brukarorganisationerna förklarade att en förgiftning utan suicidsyfte kan vara ett uttryck för en mycket destruktiv livsföring, som innebär ett lidande för patienten och hans närstående, och att patienten har ett vårdbehov.

Informanterna betonade att motiverande insatser måste göras rätt i tiden, när patienten är mottaglig. Beroende på patientens tillstånd och förutsättningar är några mottagliga på medicinsk vårdavdelning och andra senare i vårdprocessen. Ett återkommande tema i intervjuerna var att lyhördhet ger förutsättningar för att fånga upp patienter och motivera i rätt tid.

Tydligare, snabbare och säker övergång till annan vård och omsorg

Flera informanter betonade att planeringen för fortsatt vård behöver vara konkret, exempelvis att patienten går ifrån avdelningen med en bokad tid för uppföljning i öppenvården. En informant från akuten berättade att de utarbetat ett arbetssätt där de erbjuder samtal hos kurator i primärvården redan dagen efter akutbesöket för patienter med en mildare narkotikarelaterad förgiftning, som inte bedömts vara ett suicidförsök. En representant från psykiatrisk slutenvård beskrev att de infört team som efter utskrivning håller kontakten med patienter, som inte har en etablerad kontakt i den öppna psykiatriska vården, tills patienten har ett besök i öppenvården.

Flera informanter från socialtjänsten beskrev möjligheter att utveckla samverkan, som att informera socialtjänsten i samband med att en person med narkotikarelaterad förgiftning kommer till akuten, eller vid inskrivning i slutenvård, och att socialtjänsten bjuds in som part som arbetar tillsammans med hälso- och sjukvården. En informant från socialtjänsten önskade att kommunikationen i det gemensamma IT-kommunikationssystemet skulle utvecklas.

Personcentrerad vård på såväl individ- som systemnivå

Intervjustudien bekräftar tidigare kända brister i vården för patienter med narkotikarelaterad förgiftning och visar att det akuta omhändertagandet är en möjlighet som kan nyttjas bättre för att fånga upp personen.

Bemötandet i det akuta skedet är centralt. Såväl vårdrepresentanter som representanter för brukarorganisationer uppfattade att det förekommer att personer med narkotikarelaterad förgiftning behandlas annorlunda, ibland med mindre respekt, än andra patienter på akuten. Flera informanter betonade hur viktigt det personliga bemötandet är för att öka patientens tillit.

I intervjustudien framkom en strävan hos olika aktörer att hitta ett mer personcentrerat arbetssätt och att tillföra fler kompetenser i ett tidigt skede. En medicinsk vårdavdelning har alkohol- och drogsköterskor anställda. De är utbildade i motiverande samtal och de försöker motivera patienterna att själva söka det stöd de behöver. Inom beroendevården har några avdelningar anställda som stödjer patienterna utifrån sina egna erfarenheter (peer support), medan andra samverkar med brukarorganisationer som besöker patienter under vårdtiden och fångar upp personer vid utskrivning.

Intervjustudien visar att personcentrering inte stannar vid själva mötet mellan vården och patienten utan behövs på systemnivå för att skapa en sammanhållen vård utifrån personens behov. Samarbete med anhöriga och brukarorganisationer i verksamhetsutveckling, och i det dagliga arbetet, lyftes som viktigt för att skapa en lyhörd vård, som kan anpassas utifrån olika personers förutsättningar.

För att stödja perspektivskiftet till en mer personcentrerad vård behövs bättre sätt att samverka i gemensamma processer och ökad uppmärksamhet på de tillfällen när patienten riskerar att falla mellan stolarna. Generella kunskaper om vårdprocesser från denna rapport kan användas för att förtydliga

och utveckla vårdprocesser på regional nivå utifrån varje regions förutsättningar.

Inledning

Den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige är hög i jämförelse med andra europeiska länder. Omkring 630 personer dog 2017 med narkotikarelaterad förgiftning som dödsorsak, alternativt substansrelaterade diagnoser eller beroendesyndrom som underliggande dödsorsak². Narkotikarelaterad förgiftning kan orsakas av illegal narkotika, oklassade droger och narkotikaklassade läkemedel, inte sällan i olika kombinationer.

En narkotikarelaterad förgiftning har visat sig vara en riskfaktor för en ny förgiftning och många i den heterogena patientgruppen är återkommande besökare på akuten. På akuten är dock patienter med narkotikarelaterad förgiftning en relativt liten grupp i ett omfattande patientflöde, 2017 utgjorde dessa drygt en halv procent av samtliga akutbesök. För att patientgruppen ska få adekvat vård och stöd krävs ett nära samarbete mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänst.

Uppdraget

Baserat på en förstudie [1], som Socialstyrelsen genomförde under hösten 2018, fick Socialstyrelsen i april 2019 i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning av akutmottagningars rutiner för planering av fortsatt vård, behandling och uppföljning vid narkotikarelaterad överdos (S2017/059940/FS). I uppdraget ingick följande delar:

- öka kunskapen om hur akutmottagningar arbetar under vårdtiden på sjukhus och inför utskrivning för att motivera till och planera för fortsatt vård, behandling och uppföljning för de personer som kommit på grund av en narkotikarelaterad förgiftning
- öka kunskapen om hur samverkan med andra berörda aktörer inom region och kommun sker
- identifiera eventuella brister i vården och vårdkedjan
- identifiera goda exempel och utifrån dessa ge förslag på hur berörda aktörer tillsammans kan bli bättre på att motivera den aktuella patientgruppen till vård och behandling
- sprida kunskapen till relevanta aktörer.

I förstudien föreslog Socialstyrelsen en registerstudie på nationell nivå, en intervjustudie samt en temadag för att sprida goda exempel och återkoppla resultat [1]. Allt detta omfattades av det ursprungliga uppdraget.

Mot bakgrund av det ansträngda läget i hälso- och sjukvården beslutade regeringen att förändra uppdraget så att Socialstyrelsen inte behöver genomföra en temadag för att återkoppla resultat och sprida goda exempel (2021-04-08 beslut S2021/03340).

² Uppgifterna baseras på data hämtat från dödsorsaksregistret och omfattar dödsfall enligt EMCDDAs definition av narkotikarelaterade dödsfall. Definition, se <http://www.emcdda.europa.eu/stats07/DRD/methods>

Syfte

Rapportens övergripande syfte är att bidra med kunskap som i förlängningen kan bidra till att minska den narkotikarelaterade dödligheten, genom att studera vårdprocesser, vilket inbegriper rutiner, insatser och samverkan, för patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning. För att svara mot det övergripande syftet och de fyra första punkterna i uppdraget har tre delsyften definierats:

1. utifrån diagnoser, och kontakter med specialiserad vård beskriva patientgruppen som under ett specifikt år (2017) kom till akuten med narkotikarelaterad förgiftning
2. kartlägga vårdprocesser och hur akutmottagningar under vårdtiden arbetar för att personer som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning ska motiveras till samt erbjudas fortsatt vård och behandling
3. identifiera brister och utvecklingsområden i vårdprocesserna vid narkotikarelaterad förgiftning samt goda exempel på hur berörda aktörer tillsammans kan bli bättre på att motivera personer som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning till, och erbjuda, fortsatt vård och behandling efter behov.

Det första och andra syftet svarar mot det två första punkterna i uppdraget, medan det tredje syftet svarar mot punkterna tre och fyra i uppdraget. Socialstyrelsens tolkning av uppdraget att kartlägga akutmottagningarnas rutiner omfattar det akuta omhändertagandet på sjukhus, det vill säga akutmottagningar och berörda slutenvårdavdelningar. Tolkningen görs mot bakgrund av att akutmottagningar dels är öppenvård, det vill säga patienten skrivs in på vårdavdelning på sjukhuset, dels inte arbetar med att motivera patienten till eller planera för fortsatt vård och behandling efter inskrivning i slutenvården.

Den femte punkten i uppdraget, om att sprida kunskapen till relevanta aktörer, besvaras i rapporten genom bland annat en beskrivning av goda exempel och förbättringsförslag, som framkommit i intervjuerna. Vidare beaktas detta i andra aktiviteter inom Socialstyrelsens olika uppdrag.

Narkotikarelaterad förgiftning är ett omfattande begrepp

Begreppet narkotikarelaterad förgiftning omfattar här intoxication med narkotiska substanser, såsom illegal narkotika och narkotikaklassade läkemedel, nya oklassade droger samt otaliga blandningar av dessa. Förgiftningarna kan beskrivas som ett spektrum från endast läkemedel som inte är narkotikaklassade via ett antal steg med kombinationer av ej narkotikaklassade och narkotikaklassade substanser, till fall där illegala droger utan medicinsk användning orsakat förgiftningen.

Denna kartläggning omfattar såväl oavsiktlig narkotikaförgiftning som narkotikaförgiftning med oklar avsikt och med suicidavsikt.

Motivation skapas genom insatser på olika nivåer

För att en person ska kunna förändra sitt beteende och sin livsföring behöver hen vara motiverad för uppgiften. Socialstyrelsens utgångspunkt i denna

kartläggning är att insatser för att motivera en person till fortsatt vård och behandling efter en narkotikarelaterad förgiftning handlar om såväl arbetssätt för personal i vården och bemötandet i mötet med personen som kommunikation mellan berörda aktörer för att dessa tillsammans ska följa upp personen. Kommunikation är exempelvis informationsdelning från akuten och berörda vårdavdelningar till övertagande enheter i regional öppenvård eller socialtjänst, då akutmottagningar aldrig ansvarar för uppföljning eller fortsatt vård och behandling. I det akuta skedet kan även exempelvis personens sociala situation behöva ses över för att skapa förutsättningar för att personen ska kunna vara mottaglig och motiverad för vård och behandling framöver.

Planeringsprocessen för patienter som slutenvårdas regleras i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

Avgränsningar

Kartläggningen omfattar rutiner, insatser och samverkan, men inte den medicinska vården av patienter med narkotikarelaterad förgiftning eller förebyggande insatser, som exempelvis utbildning om naloxon³.

Enligt det ursprungliga uppdraget skulle en temadag genomföras för att sprida kunskapen till relevanta aktörer. Temadagen har utgått ur uppdraget och Socialstyrelsen har inte genomfört andra insatser inom för att sprida kunskapen till relevanta aktörer under uppdragstiden.

Utgångspunkter

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Socialstyrelsen bidrar till genomförandet av Agenda 2030, de nya globala utvecklingsmål som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015. De globala målens ledord är *Leave No One Behind*.

Det akuta omhändertagandet av personer som kommer till sjukhus med narkotikarelaterad förgiftning berör främst målet *Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar* med följande delmål:

- Delmål 3.5. Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholmissbruk.
- Delmål 3.4. Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Populationen berörs även av målet om att *Minska ojämlikheten inom och mellan länder*. Målet belyser vikten av att verka för ett samhälle där ingen lämnas utanför i utvecklingen.

- Delmål 10.2 Främja social, ekonomisk och politisk inkludering.
- Delmål 10.3 Säkerställa lika rättigheter för alla och utrota diskriminering.

³ Naloxon är ett läkemedel som kan rädda liv vid opioidöverdos genom att andningsstillestånd, som kan leda till hjärtstopp och död, undviks temporärt i väntan på ambulans och sjukhus vård. Läkemedlet (1177. se) Informationsmaterial om naloxon - Socialstyrelsen

Jämlik vård

I 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges följande:

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Möjligheten att vid behov få vård får inte påverkas av förhållanden såsom ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet [3].

Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården

Den 1 januari 2018 trädde lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Syftet med lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården.

Lagen gäller all slutna vård och alla patientgrupper som efter utskrivning behöver insatser antingen från socialtjänsten eller från kommunal hälso- och sjukvård eller regionens öppenvård.

Det viktigt att skilja på den egna planeringen som övertagande enheter ska göra och den gemensamma planering som ska göras i vissa fall. Alltså ska de olika delarna i planeringsprocessen inte alltid tillämpas.

Bedöms patienten behöva insatser efter slutenvårdtiden ska inskrivningsmeddelande skickas ...

Planeringsprocessens första steg är att den slutenvårdsavdelning som skriver in patienten skickar ett inskrivningsmeddelande i gemensamma IT-kommunikationssystem. Inskrivningsmeddelandet skickas till övertagande enheter inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården, om den behandlande läkaren bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från dessa enheter efter utskrivning.

Denna del av planeringsprocessen innebär att den slutna vården alltid ska skicka ett inskrivningsmeddelande till den övertagande enheten. I förarbetena för lagen nämns dock att om patienten efter utskrivning från slutenvården endast behöver enklare åtgärder från öppenvården, som exempelvis att ta bort stygn på vårdcentralen, behöver inskrivningsmeddelande inte skickas.

... för att underlätta egen planering hos personens fasta vårdkontakt

Syftet med inskrivningsmeddelandet är att den enhet eller de enheter som ska stå för insatser efter att patienten skrivits ut från den slutna vården tidigt ska börja sin egen planering av de insatser de ska stå för.

Lagen anger att inskrivningsmeddelandet innebär att övertagande enhet har ansvaret för att vara fast vårdkontakt för personen, efter slutenvårdtiden. I 2 kap. 5 § i lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården anges att:

När en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.

Den regionfinansierade öppna vården är specialiserad vård och primärvård.

Samordnad individuell planering (SIP) för patienter som behöver insatser från både region och kommun

Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både kommunen och regionen, ska en samordnad individuell planering (SIP) göras. Det är alltså en gemensam planering som ska göras för att samordna insatserna från både kommunen och regionen. Om patienten enbart bedöms ha behov av antingen socialtjänstinsatser eller insatser från den regionfinansierade öppna vården efter utskrivning, behöver inte SIP göras.

Tidigare regeringsuppdrag till Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har haft ett uppdrag från regeringen om att ta fram och sprida utbildningsmaterial om bemötande i hälso- och sjukvården av patienter med psykisk ohälsa. Uppdraget resulterade i olika utbildningsmaterial för att stödja hälso- och sjukvårdspersonal *Bemötande av personer med psykisk ohälsa: Det vi inte ser* [4].

Socialstyrelsen genomförde 2019 en kartläggning av förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik [2]. Rapporten *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik* ger en beskrivning av gällande rätt inom området psykisk ohälsa och missbruk- och beroendevård. I uppdraget analyserades även hur samverkan mellan vården och omsorgen fungerar och ett antal förslag till en förbättrad samverkan presenterades.

Metod och genomförande

För att ge en övergripande bild av det akuta omhändertagandet av personer med narkotikarelaterad förgiftning samt kommunikation och samverkan mellan berörda aktörer i vårdprocesserna har Socialstyrelsen genomfört en registerstudie och en intervjustudie.

Registerstudie

Registerstudien ger en övergripande kunskap om patientgruppen som kom till akuten med narkotikarelaterad förgiftning, vårdprocesser samt personernas kontakter med specialiserad vård under tolv månadersperioderna före respektive efter akutbesöket. Registerstudien omfattar även en regional jämförelse av några statistiska mått. Registerstudien bygger på data från Patientregistret, Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall och Dödsorsaksregistret. En utförlig metodbeskrivning och samtliga resultat finns i bilaga 1.

Intervjustudie

Intervjustudien belyser akutmottagningarnas och berörda vårdavdelningars rutiner för planering av fortsatt vård, behandling och uppföljning vid narkotikarelaterad förgiftning. Det omfattar arbetssätt, kommunikation och samverkan. Kommunikation och samverkan under vårdtiden, liksom tillämpningen av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, kartläggs även genom intervjuer med öppenvård och socialtjänst.

I intervjustudien tillfrågades informanterna även om brister i vårdprocesserna. Socialstyrelsen identifierade övergripande teman av särskilt framträdande brister genom att granska svaren i respektive aktörsgrupp. Bristerna sammanställdes inom respektive aktörsgrupp till kategorier och kategorierna sorterades till övergripande teman, som samtidigt pekar på var utvecklingsområden finns.

Dessutom tillfrågades informanterna om vad de uppfattar som välfungerande arbetssätt (goda exempel) och vad som behöver göras för att komma till rätta med återstående brister (förbättringsförslag). Som stöd och inspiration för utveckling av vård och omsorg för den aktuella målgruppen återges många exempel och förbättringsförslag i rapporten. Dock behöver goda exempel oftast betraktas i en lokal kontext och kan sällan generaliseras till vårdprocesser överlag. Dessutom återger Socialstyrelsen informanternas uppfattningar utan värdering av exempel och förbättringsförslag i förhållande till eventuella brister eller bedömning av huruvida exemplen har bevisad effekt.

Informanter

Intervjustudien följer vårdprocessen på åtta sjukhus i olika regioner. I urvalet av sjukhus har Socialstyrelsen strävat efter en geografisk och storleksmässig spridning mellan olika delar av landet. Då antalet fall av narkotikarelaterade förgiftningar är högst i storstadsregioner inkluderades ett sjukhus från var och en av dessa tre regioner.

På varje sjukhus har intervjuer genomförts med företrädare för akutmottagning (akuten), intensivvårdsavdelning (IVA), internmedicinsk eller kardiologisk vårdavdelning som här benämns medicinska akutvårdsavdelningar (MAVA), barn- och ungdomsmedicinsk vårdavdelning (BUM) samt psykiatrisk vårdavdelning och slutna beroendevård, som här benämns beroendecentrum. I några av de kommuner där sjukhuset ingår i intervjustudien har specialiserad regional öppenvård och socialtjänst intervjuats. Dessutom har företrädare för några av civilsamhällets organisationer som är inriktade på att erbjuda stöd och hjälp till personer med narkotikaberoende och deras anhöriga medverkat. Kvalitativa data har insamlats i 52 intervjuer och två skriftliga svar. Samtliga intervjuguider finns i bilaga 2.

Tabell 1. Informanter i intervjustudien

Aktörer i vårdprocessen	Benämns här	Antal
Akutmottagning	Akuten	8 intervjuer
Intensivvårdsavdelning	IVA	8 intervjuer
Intermedicinsk och kardiologisk vårdavdelning	MAVA	8 intervjuer
Barn- och ungdomsmedicinsk vårdavdelning	BUM	7 intervjuer
Psykiatrisk vårdavdelning	Psykiatriska vårdavdelningar	6 intervjuer
Sluten beroendevård	Beroendecentrum	4 intervjuer
Specialiserad region öppen vård	Öppenvård	4 intervjuer
Socialtjänst	Socialtjänst	4 intervjuer
Civilsamhällets organisationer	Brukarorganisationer	3 intervjuer och 2 skriftliga svar

Rapportens disposition

I den här rapporten sammanfattas de viktigaste resultaten av registerstudien och intervjustudien. I föregående kapitel presenterades en kortversion av rapporten.

Rapporten i sin helhet inleds i detta kapitel. Kapitel 3 svarar mot rapportens första syfte och beskriver populationen och subpopulationer av personer som kom till en akutmottagning med narkotikarelaterad förgiftning samt dessa personers kontakter med specialiserad vård. Kapitel 4 svarar mot rapportens andra syfte. Kapitlet beskriver vårdprocesser samt hur akutmottagningar och berörda vårdavdelningar arbetar under vårdtiden för att motivera patienten och kommunicera med andra aktörer för att planera för att patienten ska följas upp.

Kapitel 5 och 6 svarar mot rapportens tredje syfte. I kapitel 5 finns en samlad analys av brister i vårdprocesserna som resulterar i utvecklingsområden. I kapitel 6 presenteras förbättringsförslag och goda exempel på hur berörda aktörer tillsammans kan bli bättre på att motivera den aktuella patientgruppen till vård och behandling.

I det sista kapitlet finns Socialstyrelsens avslutande kommentarer och förslag till fortsatt arbete för att sprida kunskapen från kartläggningen till relevanta aktörer.

En heterogen population

Under 2017 kom 11 856 personer till en akutmottagning på grund av en förgiftning som orsakats av narkotikaklassade läkemedel, illegal narkotika eller blandningar av dessa. Populationen bestod av lika många män (51 procent) som kvinnor (49 procent). Mer än varannan (61 procent) var yngre än 40 år vid akutbesöket 2017 och den största åldersgruppen var 20 till 29 år, bland både kvinnor (28 procent) och män (31 procent).

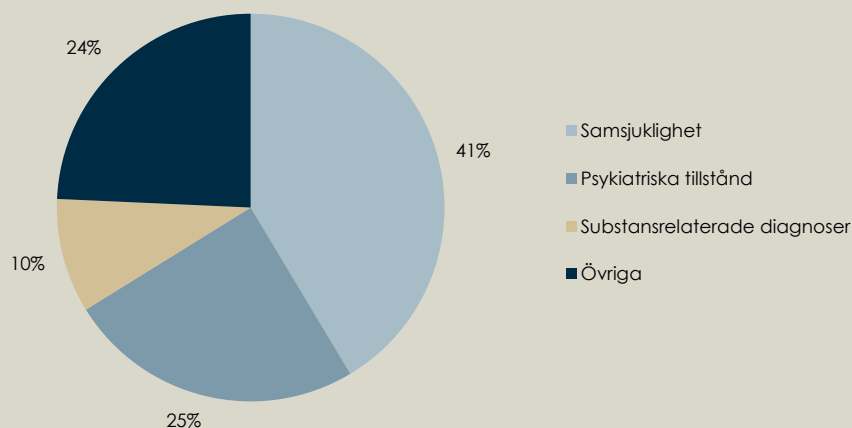
I registerstudien indelades populationen i subpopulationer, som även de är heterogena. Samsjuklighet kan förstås med olika förklaringsmodeller, som exempelvis att skadligt bruk eller beroende samexisterar med andra psykiatriska tillstånd på grund av gemensamma riskfaktorer, alternativt kan skadligt bruk eller beroende vara en konsekvens av andra psykiatriska tillstånd [2]. Liksom psykiatriska tillstånd orsakar psykiska besvär lidande för personen själv eller för omgivningen, men psykiska besvär är mindre komplexa och används som begrepp för psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda [5].

Samsjuklighet är den största subpopulationen

Av figur 1 framgår att 41 procent av populationen utgör subpopulationen samsjuklighet. Betydligt färre (10 procent) utgör subpopulationen substansrelaterade diagnoser. Alltså hade varannan i populationen tidigare vårdats för substansrelaterade diagnoser och de flesta av dessa även för psykiatriska tillstånd. En fjärdedel vardera av populationen utgör subpopulationerna psykiatriska tillstånd (25 procent) och övriga (24 procent). Subpopulationerna är varandra uteslutande, en person kan alltså endast tillhöra en subpopulation.

Figur 1. Procentuell fördelningen mellan subpopulationerna

Andelen som upp till 5 år innan akutillfället 2017 hade vårdats för substansrelaterade diagnoser, psykiatriska tillstånd eller både (samsjuklighet) samt övriga som varken hade vårdats för substansrelaterade diagnoser eller psykiatriska tillstånd.



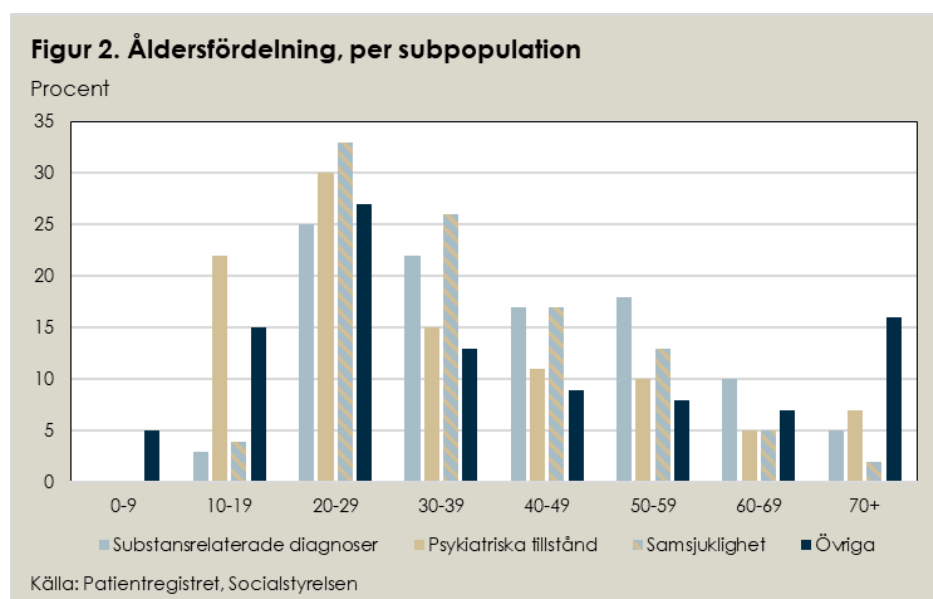
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

För ungefär var femte (20 procent) person i populationen är diagnoskodningen av förgiftningen vid akutbesöket 2017 sådan att det varken kan säkerställas eller uteslutas att förgiftningen var narkotikarelaterad. Om samtliga dessa personer exkluderas från populationen ökar subpopulationerna samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser marginellt, medan subpopulationerna psykiatriska tillstånd och övriga minskar marginellt. Det betyder att andelen osäkra fall var lägre bland dem som tidigare vårdats för substansrelaterade diagnoser, med eller utan samsjuklighet.

Unga vuxna är den största åldersgruppen

I samtliga subpopulationer var den största åldersgruppen 20 till 29 år. Flest unga personer fanns i subpopulationen psykiatriska tillstånd, där varannan (51 procent) var yngre än 30 år. Subpopulationen övriga hade högst andel (17 procent) personer 70 år och äldre, vilket kan förklaras av läkemedelsförgiftningar.

Figur 2 visar att åldersgruppen 20 till 29 år var den enskilt största åldersgruppen i samtliga subpopulationer, från var fjärde person (25 procent) i subpopulationen substansrelaterade diagnoser till var tredje (32 procent) i subpopulationen samsjuklighet.



En majoritet män i subpopulationen substansrelaterade diagnoser

Subpopulationen substansrelaterade diagnoser omfattade 1131 personer, varav 76 procent var män. Varannan man (52 procent) var yngre än 40 år, lika många i åldersgruppen 20 till 29 år som i åldersgruppen 30 till 39 år.

Många hade blandintoxikationer vid akutbesöket 2017. Varannan (50 procent) fick diagnosen *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser, akut intoxication (F190)* och var femte (19 procent) diagnosen *förgiftningar med andra och icke specificerade droger, läkemedel och biologiska substanser (T509)*.

Många hade vårdats för störningar orsakade av droger och alkohol under året före akutbesöket

En övervägande majoritet (89 procent) i subpopulationen substansrelaterade diagnoser vårdades i specialiserad vård under året före akutbesöket 2017. Varannan (54 procent) vårdades inom både öppen och sluten specialiserad vård, vid 6 vårdtillfällen (medianvärde).

Dock hade var femte man (20 procent) i åldern 20 till 29 år ingen kontakt alls med specialiserad vård under tolv månadersperioden före akuttillfället 2017, men tillhörde subpopulationen eftersom de vårdats för substansrelaterade diagnoser perioden ett till fem år före narkotikaförgiftningen 2017.

Vid de vårdtillfällen som personerna i subpopulationen substansrelaterade diagnoser hade i den specialiserade vården året före akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning 2017 var de vanligaste diagnoserna⁴ *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser* (38 procent av samtliga personer i subpopulationen), *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol* (31 procent) och *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater* (25 procent).

Flest kvinnor, många av dem unga, i subpopulationen psykiatriska tillstånd

I subpopulationen *psykiatriska tillstånd* fanns 2 936 personer, varav 69 procent var kvinnor. Varannan kvinna (53 procent) var yngre än 30 år vid akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning 2017.

Många hade blandintoxikationer vid akutbesöket 2017. Varannan (49 procent) fick diagnosen *förgiftningar med andra och icke specificerade droger, läkemedel och biologiska substanser* (T509) och var femte (20 procent) diagnosen *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser, akut intoxication* (F190).

Många hade vårdats för ångest, depression och/eller adhd under året före akutbesöket 2017

92 procent i subpopulationen psykiatriska tillstånd vårdades inom specialiserad vård under året före akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning 2017 och 42 procent vårdades inom både öppen och sluten specialiserad vård, vid 4 vårdtillfällen (medianvärde). De vanligaste diagnoserna⁵ som personer i subpopulationen psykiatriska tillstånd vårdades för, under året före akutbesöket 2017, var *andra ångestsyndrom* (35 procent av samtliga i subpopulationen), *depressiv episod* (26 procent), *adhd* (19 procent) samt *anpassningsstörningar och reaktion på svår stress* (18 procent).

⁴ En person kan ha mer än en diagnos per vårdtillfälle

⁵ En person kan ha mer än en diagnos per vårdtillfälle

Fler män än kvinnor i subpopulationen samsjuklighet

Subpopulationen *samsjuklighet* omfattade 4 909 personer, fler män (58 procent) än kvinnor (42 procent). Drygt varannan (58 procent) var i åldersgruppen 20 till 39 år, bland både kvinnor och män.

Vid akutbesöket 2017 fick nästan varannan (43 procent) diagnosen *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser, akut intoxication (F190)* och drygt var fjärde (28 procent) diagnosen *förgiftningar med andra och icke specificerade droger, läkemedel och biologiska substanser (T509)*.

Många vårdades för störningar orsakade av droger och alkohol och/eller ångest under året före akutbesöket

Merparten (96 procent) av personerna i subpopulationen samsjuklighet vårdades i specialiserad vård under året före akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning 2017. En majoritet (71 procent) hade vårdats inom både öppen och slutet specialiserad vård, vid 10 vårdtillfällen (medianvärde) under året.

De vanligaste diagnoserna som personerna i subpopulationen samsjuklighet vårdades för i specialiserad vård under året före den narkotikarelaterade förgiftningen 2017 var *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser* (46 procent av samtliga personer i subpopulationen), *andra ångestsyndrom* (35 procent), *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol* (31 procent), *hyperaktivitetsstörningar* (28 procent) och *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater* (20 procent).

Substansrelaterade diagnoser är olika allvarliga, exempelvis är beroende en allvarligare diagnos än skadligt bruk, och olika personer i subpopulationen samsjuklighet kan ha olika grad av komplexa vårdbehov. I intervjustudien beskrev en brukarorganisation att många personer som kommer till akuten för narkotikarelaterad förgiftning har en komplex problematik:

Självd destruktiviteten stiger ju sämre en person mår och ju hopplösare ens situation är. Bland drogberoende kvinnor har jag under 35 år i gruppen, både privat och professionellt, inte mött en enda kvinna utan erfarenheter av våld och sexuella övergrepp.

[Brukarorganisation]

Blandade åldrar och färre vårdkontakter i subpopulationen övriga

Subpopulationen övriga var de personer i populationen som inte ingick i subpopulationerna substansrelaterade diagnoser, psykiatriska tillstånd eller samsjuklighet. Subpopulationen *övriga* omfattade 2 880 personer jämnt fördelade mellan kvinnor (51 procent) och män (49 procent).

Subpopulationen övriga hade högst andel i åldersgruppen 70 år och äldre (17 procent), 18 procent av kvinnorna och 15 procent av männen. Samtidigt var nästan hälften (45 procent) yngre än 30 år vid besöket på akuten 2017.

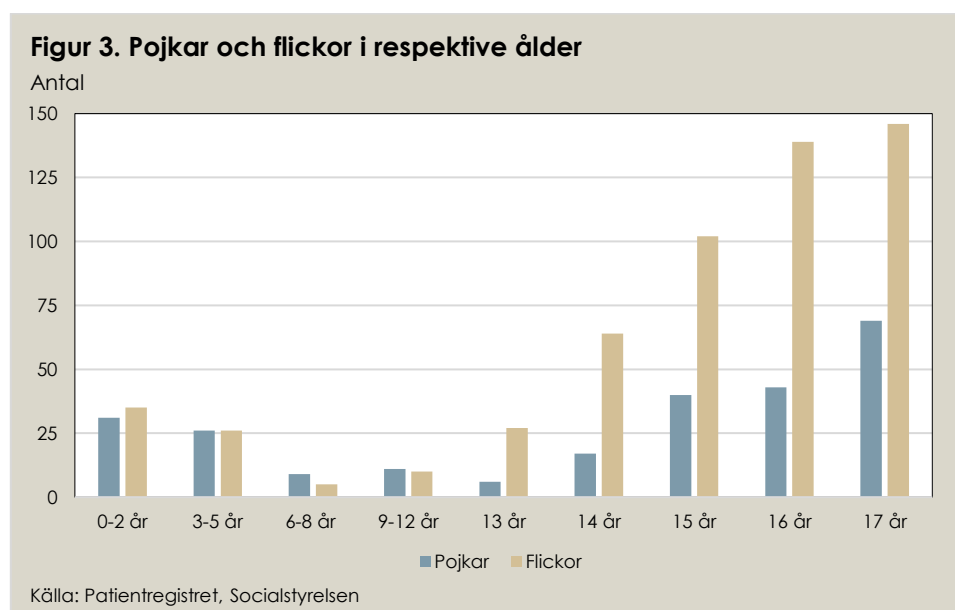
Osäkerheten om huruvida förgiftningen vid akutbesöket 2017 var narkotikarelaterad var lite större i subpopulationen övriga liksom i subpopulationen psykiatriska tillstånd. Vid akutbesöket 2017 fick varannan (49 procent) diagnosen *förgiftningar med andra och icke specificerade droger, läkemedel och biologiska substanser (T509)* och var femte (19 procent) diagnosen *psykiatriska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser, akut intoxikation (F190)*.

Några vårdades för somatiska diagnoser under året före akutbesöket 2017

Drygt varannan (58 procent) vårdades i specialiserad vård under tolv månadersperioden före akutbesöket 2017. Var femte (18 procent) hade vårdats i både öppen och slutet specialiserad vård, vid 5 vårdtillfällen (medianvärde). De vanligaste diagnoserna vid dessa vårdtillfällen var *smärtor från buk och bäcken* (sju procent av samtliga i subpopulationen), *essentiell hypertoni* (högt blodtryck utan känd orsak (sex procent) och *medicinsk observation och bedömning för misstänkta sjukdomar och tillstånd* (sex procent).

En majoritet flickor i åldersgruppen yngre än 18 år

I populationen fanns 831 personer som var yngre än 18 år när de kom till akuten med narkotikarelaterad förgiftning 2017. En övervägande majoritet (69 procent) av dem var flickor. Antalet flickor och pojkar yngre än 13 år var likvärdigt, men i åldrarna från 13 år och uppåt är flickorna mer än dubbelt så många som antalet pojkar (figur 3). Det går dock inte att utesluta att förgiftning för några av flickorna var med icke-narkotikaklassade läkemedel.



Enligt intervjustudien kommer ett mycket begränsat antal barn till akuten för narkotikarelaterad förgiftning. Informanterna uppfattade det som avsevärt vanligare att flickor gjort medvetna förgiftningar med läkemedel som inte är narkotikaklassade och att många av dessa flickor har kontakt med psykiatri.

I intervjustudien beskrevs vården för personer under 18 år som mer sammanhållen än för vuxna på grund av att regelverket är striktare, bland annat kopplas socialtjänsten in som rutin om en person under 18 år kommer till akuten med narkotikarelaterad förgiftning och en anmälan enligt Lag om vård av unga (LVU) görs alltid. Registerstudien innehåller statistik om vårdprocesser för personer under 18 år i samband med narkotikarelaterad förgiftning samt vårdkontakter året före och efter akut besöket.

Mångbesökare på akuten

I intervjustudien beskrev informanterna från akuten en variation i hur många personer med narkotikarelaterad förgiftning de möter i sin vardag. Några informanter uppgav att de har färre än ett fall per vecka, andra hade mellan fem till sju fall per månad. Några informanter, på större sjukhus, uppgav att de varje månad vårdar upp till 50 personer med narkotikarelaterad förgiftning. I ett omfattande patientflöde på en akutmottagning uppfattas alltså patienter med narkotikarelaterad förgiftning vara en liten grupp.

Populationen utgör en promille av befolkningen och står för drygt en halv procent av besöken på akuten. Många (78 procent) i populationen gjorde minst ett återkommande besök på akuten under tolv månadersperioden efter akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning 2017 och mer än hälften (59 procent) gjorde flera besök på akuten. En informant från akuten beskrev hur dessa patienter, oftare än andra patienter i samma åldersgrupp, återkommer med olika besvär och ibland nya narkotikarelaterade förgiftningar:

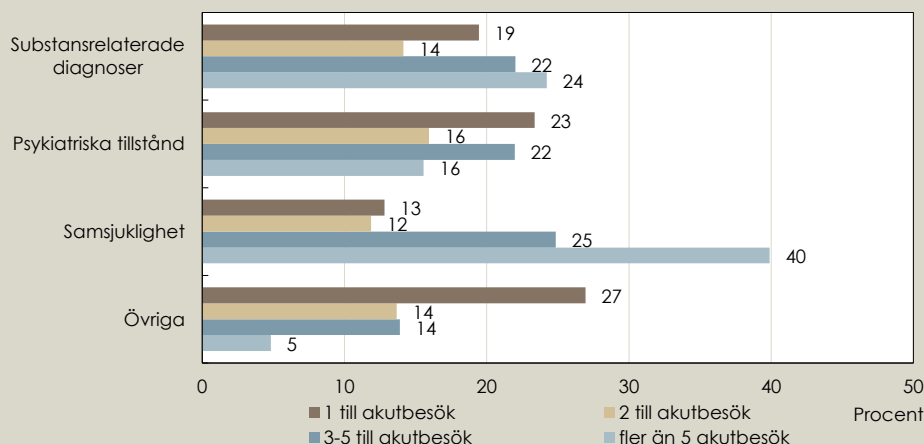
... de blir frekventa besökare när de väl har börjat rulla in.

[Akuten, verksamhetschef]

Flest mångbesökare på akuten finns i subpopulationen samsjuklighet. Figur 4 visar att nästan alla (90 procent) i subpopulationen samsjuklighet gjorde minst ett ytterligare besök på akuten under tolv månadersperioden efter akutbesöket 2017 för narkotikarelaterad förgiftning. Nästan varannan (40 procent) gjorde fler än fem besök på akuten.

Figur 4. Andel som återkom med nya besök på akuten, oavsett diagnos, under året efter första akutbesöket 2017

Andel inom respektive subpopulation



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

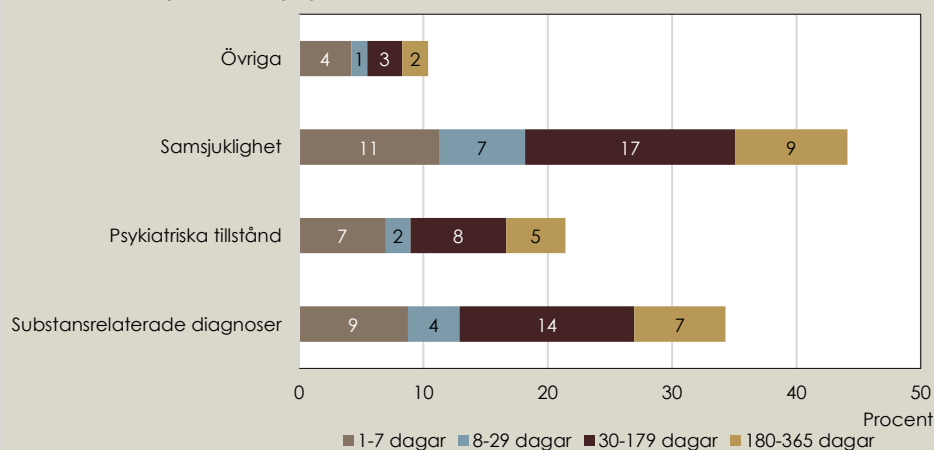
Varannan med samsjuklighet återkom till akuten för narkotikaförgiftning

Nästan var tredje (30 procent) person i populationen återkom till akuten med narkotikarelaterad förgiftning under tolv månadersperioden efter den första förgiftningen 2017. I subpopulationerna samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser återkom 44 procent respektive 34 procent med minst en ny narkotikarelaterad förgiftning under året efter den första förgiftningen 2017.

Figur 5 visar andelen av populationen och respektive subpopulation som återkom till akuten med narkotikarelaterad förgiftning inom en vecka, inom en till fyra veckor, inom en till tre månader och inom tre till tolv månader.

Figur 5. Andel med olika antal dagar till ett nytt akutbesök med diagnos narkotikaförgiftning, per subpopulation

Andel inom respektive subpopulation



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Vanligast med en narkotikarelaterad dödsorsak bland män med samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser

Under året efter det första akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning 2017 avled fyra procent av populationen, fem procent av männen och tre procent av kvinnorna. Drygt 170 personer (1,5 procent) av populationen avled med en narkotikarelaterad underliggande eller bidragande dödsorsak, vilket var signifikant vanligare bland männen än bland kvinnorna. Tre av fyra (74 procent) av de avlidna med en narkotikarelaterad dödsorsak var män. Notera att könsfördelningen i populationen var jämn, 51 procent män och 49 procent kvinnor.

Som tabell 2 visar var andelen bland de avlidna som hade en narkotikarelaterad underliggande eller bidragande dödsorsak signifikant högre i subpopulationerna samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser, än i subpopulationerna psykiatriska tillstånd och övriga. Subpopulationen samsjuklighet utgjorde 41 procent av populationen, men 64 procent av de avlidna med en narkotikarelaterad dödsorsak tillhörde subpopulationen samsjuklighet.

Subpopulationen övriga hade en hög andel avlidna, men en låg andel avlidna med en narkotikarelaterad underliggande eller bidragande dödsorsak. Subpopulationen övriga hade också högre andel i åldersgruppen 60 år och äldre än de andra subpopulationerna och högst ålder bland samtliga döda (figur 6). Det betyder att ålder kan förklara de relativt höga dödstalerna i subpopulationen övriga.

I subpopulationen samsjuklighet avled fyra procent inom ett år efter akut-tillfället 2017 och i hälften av fallen var dödsorsaken narkotikarelaterad (tabell 2). I subpopulationen substansrelaterade diagnoser avled drygt fem procent inom ett år och ungefär varannan hade en narkotikarelaterad underliggande eller bidragande dödsorsak.

Tabell 2. Antal och andel personer som avlidit inom ett år efter första akutbesöket 2017, efter subpopulation

Subpopulation	Antal personer	Avlidit inom ett år efter akutillfället 2017		Andel, bland de avlidna, med narkotikarelaterad underliggande eller bidragande dödsorsak
		Antal	%	% (95-% konfidensintervall)
Substansrelaterade diagnoser	1131	55	4,9	49,1 (36,4–61,9)
Psykiatriska tillstånd	2936	89	3,0	19,1 (12,3–28,5)
Samsjuklighet	4909	185	3,8	59,5 (52,3–66,3)
Övriga	2880	144	5,0	11,8 (7,5–18,1)

Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Under en treårsperiod från akutbesöket 2017 ökar andelen avlidna med en narkotikarelaterad dödsorsak till tre procent i populationen (tabell 3), vilket motsvarar 254 män och 99 kvinnor. Tabell 3 visar även att i samtliga subpopulation är andelen män som avlidit med en narkotikarelaterad dödsorsak

högre än motsvarande andel kvinnor. Bland män i subpopulationerna substansrelaterade diagnoser och samsjuklighet avled 7 respektive 6 procent med en narkotikarelaterad dödsorsak inom tre år från det första akutbesöket 2017. Bland kvinnor var andelen avlidna med en med en narkotikarelaterad dödsorsak inom tre år från det första akutbesöket 2017 högst i subpopulationen samsjuklighet (3 procent).

Tabell 3. Andel avlidna med en narkotikarelaterad dödsorsak inom tre år från akutbesöket 2017, efter kön och subpopulation

Subpopulation	Kvinnor %	Män %	Samtliga %
Substansrelaterade diagnoser	*	6,6	5,4
Psykiatriska tillstånd	0,8	1,6	1,1
Samsjuklighet	3,1	5,8	4,7
Övriga	0,9	1,3	1,1
Populationen	1,7	4,2	3,0

* Småtal

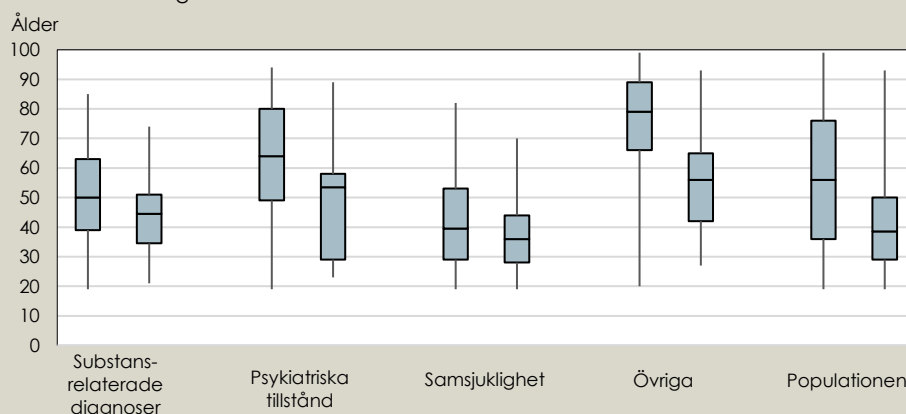
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

I subpopulationen samsjuklighet var medianålder bland de som avled inom ett år från det första akutbesöket 2017 lägre än i de andra subpopulationerna, både bland samtliga avlidna och bland avlidna med en narkotikarelaterad dödsorsak (figur 6). Medianåldern bland de avlidna med en narkotikarelaterad dödsorsak i subpopulationen samsjuklighet var yngre än 40 år.

Subpopulationen övriga hade högst medianålder bland de avlidna. Som tidigare beskrivits hade subpopulationen övriga även högst andel (17 procent) personer i åldersgruppen 70 år och äldre.

Figur 6. Medianålder bland samtliga avlidna och bland dem som avled med narkotikarelaterad dödsorsak, året efter akutbesöket

Medianålder för samtliga avlidna till vänster och för dem med narkotikarelaterad dödsorsak till höger



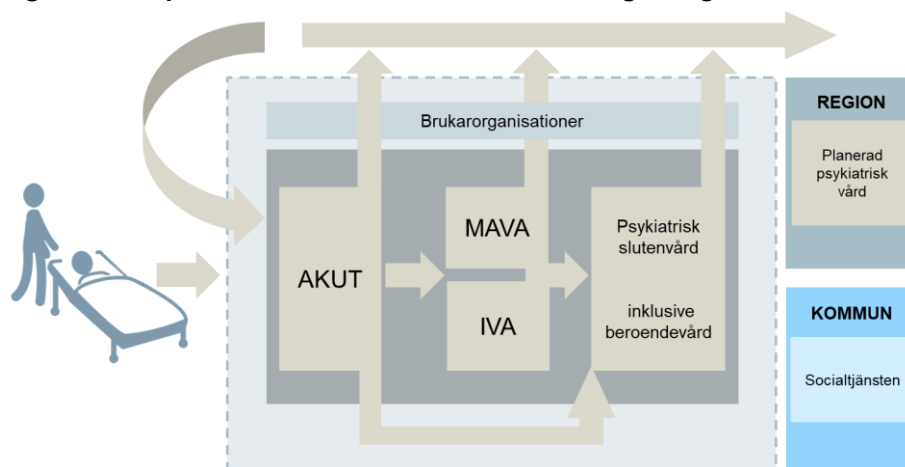
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Vårdprocesser för personer med narkotikarelaterad förgiftning

I detta kapitel beskrivs vårdprocesser – som inbegriper rutiner, insatser och samverkan för patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning – från akutmottagning (akuten) och medicinska akutvårdsavdelningar (MAVA och IVA), via vård i psykiatrisk slutenvård (som inkluderar beroendevård), till första planerade vårdtillfälle i specialiserad psykiatrisk vård efter att patienten lämnat sjukhuset från akuten eller skrivits ut från slutenvården. Några personer har även kontakt med socialtjänsten.

Figur 7 visualiserar vårdprocesserna och kapitlets struktur. Samtliga intervjuade aktörgrupper visas i figuren i form av boxar och pilarna symboliserar patientflöden från och till de olika aktörerna. Integrerat i beskrivningen av de olika leden i vårdprocesserna belyses hur akuten och medicinska akutvårdsavdelningar under vårdtiden skapar förutsättningar för att motivera patienten till fortsatt vård samt hur de kommunicerar med andra aktörer för att patienten ska få fortsatt vård och behandling efter behov.

Figur 7. Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning



För populationen som kom till akuten med narkotikarelaterad förgiftning 2017 visade registerstudien att:

- var tredje (33 procent) lämnade sjukhuset direkt från akuten
- nästan var tredje (30 procent) fick medicinsk slutenvård och skrevs därefter ut
- drygt var tredje (35 procent) fick psykiatrisk slutenvård, de flesta (21 procent) direkt från akuten och resterande (14 procent) fick först medicinsk slutenvård.

En något högre andel kvinnor (69 procent) än män (65 procent) slutenvårdades. Det fanns även en viss skillnad mellan subpopulationerna. Något fler (72 procent) slutenvårdades i subpopulationen samsjuklighet, än i subpopulationen övriga (58 procent).

Insatser på akuten

När en patient kommer till en akutmottagning⁶ tillgodoses det mest akuta vårdbehovet först. För många patienter med narkotikarelaterad förgiftning innebär det att vården initialt inriktas på det medicinska tillståndet, som kan variera från livshotande, medvetandesänkt och kraftigt påverkad till relativt stabil. För att bedöma behovet av medicinsk övervakning och eventuellt kunna sätta in rätt antidot⁷ försöker läkare på akuten ta reda på vad patienten har tagit. En informant beskrev hur de bedömer symptom och ibland testar lite, för att patienten kan återhämta sig på några sekunder om de hittar rätt antidot. Andra informanter uppgav att blandintoxikationer är vanliga och att antidoter då sällan har effekt.

... det är ganska mycket "fulknark", alltså smugglade tabletter. Vi har ganska lite rent heroin. Det är mycket vanligare att det är opiater eller internetdroger kombinerat med spice. Mycket blandintoxer. Det är sällan som vi ser att antidoter har någon effekt, för oftast har de tagit flera olika saker.

[Akuten, läkarenhetschef]

Vistelsetiden på akuten kan bero på vårdbehov och tillgång på vårdplatser

Hur länge en patient vistas på akutmottagningen beror enligt informanterna från patientens medicinska tillstånd i förhållande till vårdbehoven hos andra patienter som väntar på akuten och tillgång på vårdplatser på sjukhusets vårdavdelningar. Vistelsetiden kan variera från några minuter för en patient som snabbt flyttas för medicinsk slutenvård, till många timmar för medicinskt stabila patienter.

Enligt informanterna bedömer läkare på akuten patientens medicinska tillstånd och på vilken vårdnivå som det medicinska vårdbehovet ska tas om hand. Patienter som är medvetslösa och inte andas själva flyttas snabbt till IVA, medan sovande eller kraftigt medvetandesänkta patienter med behov av medicinsk övervakning skrivs in för vård på MAVA. För patienter som skrivs in för slutenvård skriver läkare på akuten en remiss för bedömning av psykiatriker som görs på vårdavdelningen när patienten är vaken och stabil.

Dessutom förekommer att patienter övervakas och vårdas medicinskt under några timmar på akutmottagningen. Flera informanter från akuten uppfattade att fler av dem som är relativt medicinskt stabila egentligen skulle behöva läggas in för slutenvård, men brist på vårdplatser måste vägas in i bedömningen. En informant från akuten beskrev förloppet så här:

Det kan vara mer stillsamma intoxicationer som vi bara följer med en syresättning. Om man inte är särskilt påverkad kan man få beslutet att "ligga till sig" och att vi observerar på akuten. Men då är det på grund av

⁶ Mindre sjukhus har ofta en akutmottagning för alla patienter, medan större sjukhus kan ha flera akutmottagningar; som somatisk akut, psykiatriakut och beroendekut.

⁷ Motgift mot förgiftningen

vårdplatsbrist.

[Akuten, verksamhetschef]

Hur läkare uppfattar orsaken till förgiftningen avgör vårdprocessen för de medicinskt stabila

Patienter som bedöms vara medicinskt stabila kan vårdas längre tid på akuten. Enligt informanterna gör då läkare på akuten en första bedömning av om förgiftningen var avsiktlig och patientens psykiska mående i övrigt.

De försöker även ta reda på om patienten tidigare har haft narkotikarelaterade förgiftningar, försökt ta sitt liv, behandlas för någon sjukdom, har kontakt med socialtjänsten med mera. Några informanter uppgav att de kan hämta information om patientens kontakter med olika vårdgivare från patientens journal, medan andra beskrev det som en svårighet att olika vårdgivare har olika journalsystem. Flera beskrev även att om patienten är vaken, eller har någon annan person med sig, pratar de om dessa frågor.

Psykiatrisk konsult kan kontaktas

Informanter från akuten beskrev att det förekommer, för en patient som är vaken och relativt medicinskt stabil, att en psykiatrisk konsult bedömer om hen behöver insatser från psykiatri. Rutinen beskrevs som att läkare på akuten kontaktar psykiatri för att en psykiatrisk konsult ska bedöma huruvida patienten ska skrivas in i psykiatrisk slutenvård (beroendevård sorterar under psykiatri). Ibland behöver psykiatriker träffa patienten för att göra bedömningen och ibland inte.

Informanterna från beroendecentrum hade olika uppfattningar om hur vanligt det är att läkaren på akuten begär en psykiatrisk bedömning av om patienter med en narkotikarelaterad förgiftning behöver exempelvis avgiftning eller abstinensbehandling.

Om läkare på akuten bedömer att förgiftningen är, eller skulle kunna vara, ett medvetet suicidförsök konsulteras alltid psykiatriker för en suicidriskbedömning. Flera informanter från akuten uppgav även att patienter som gjort ett, misstänkt eller bekräftat, suicidförsök alltid läggs in för slutenvård.

Motiverar nya patienter genom allvarliga samtal

Flera informanter uppgav att läkare på akuten har utbildning i motiverande samtal, men några poängterade att det inte är meningsfullt att ha motiverande samtal med en patient som inte är nykter eller halvsover. Informanter från akuten beskrev att det förekommer att de har ett allvarligare samtal om hur livet kan bli med patienter som kommit in för sin första narkotikaförgiftning.

Såväl informanter från akuten som från brukarorganisationer uppfattade att bemötandet av återkommande patienter kan variera. Någon informant från akuten beskrev hur de pratar allmänt om det inträffade med återkommande patienter. Företrädare för brukarorganisationer uppfattade att vårdpersonal inte alltid bemöter personer med återkommande narkotikaförgiftning med samma respekt som andra svårt sjuka patienter. De beskrev att det förekommer att personer med beroendesjukdom upplever dömande attityder och att tillståndet ibland ses som självförvållat av personal i vården.

Anhöriga kontaktas för patienter yngre än 18 år och för vuxna som ger sin tillåtelse eller riskerar att avlida

Flera informanter från akuten uppgav att om patienten är minderårig kontaktas alltid patientens anhöriga. För vuxna patienter kontaktas anhöriga om patienten ger sitt samtycke. Flera informanter beskrev det som vanligt förekommande att patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning inte vill att anhöriga kontaktas.

Flera uppgav dock att de förutsätter att anhöriga får kontaktas om patienten är medvetslös eller om det finns en risk att hen inte överlever, alltså på samma sätt som de hanterar kontakten med anhöriga för alla andra patienter som vårdas för allvarliga tillstånd.

Några patienter lämnade sjukhuset direkt från akuten

Var tredje (32 procent) vuxen lämnade sjukhuset direkt från akuten, något fler i subpopulationerna övriga och substansrelaterade diagnoser (42 och 36 procent). Andelen som lämnade sjukhuset direkt från akuten varierade mellan regionerna, från ungefär 20 procent till 40 procent.

En informant från akuten beskrev att de som lämnar sjukhuset från akuten ofta har en mildare förgiftning och vill hem, ibland finns anhöriga som har kontroll på situationen. Flera andra informanter från akuten uppfattade att patienter som lämnar sjukhuset från akuten ofta är välkända. Patienten får sova av sig sitt rus på akuten, om det inte finns någon akut medicinsk fara för patientens liv.

Akuten är öppenvård. Patienter som lämnar sjukhuset från akuten skrivs aldrig in i slutenvård och omfattas alltså inte av de krav som finns reglerade i lag om samverkan vid utskrivning. Akuten har ingen uppföljning i form av återbesök, istället kan patienten remitteras till öppenvården för bedömning av fortsatt behov av vård och behandling.

Flera informanter från akuten uppgav att de remitterar patienter som inte skrivs in för slutenvård för uppföljning i specialiserad psykiatrisk öppenvård eller primärvård. Dock beskrev flera att det förekommer att patienter motsätter sig uppföljning efter en narkotikarelaterad förgiftning. En informant beskrev en situation så här:

Jag tänker framför allt på unga vuxna, en 24-åring som kommer in för tredje gången till akuten. Då känner man att det här är ett riskbeteende som man skulle vilja ha hjälp att fånga upp. Men säger patienten nej så kan vi inte remittera om hen inte uppfyller kraven för tvångsvård.

[Akuten, överläkare akutsjukvård]

Det förekommer att psykiatrisk konsult informerar öppenvården, men inte som rutin

Samtliga informanter i öppenvården uppfattade att de i regel inte blir informerade om att en person vårdats på akuten i samband med narkotikarelaterad

förgiftning. Två av informanterna tillade att när de blir informerade har patienten fått en bedömning av psykiatrisk konsult, som rapporterat vidare till öppenvården eller skickat en remiss.

Fördröjd information till socialtjänsten

Några informanter från akuten uppgav att de informerar socialtjänsten när en patient vårdas på akuten, vanligen om patienten uppfattas vara hemlös eller ha andra behov av insatser från socialtjänsten.

Informanterna från socialtjänsten, i tre av de fyra medverkande kommunerna, uppgav att det förekommer med varierande regelbundenhet att socialtjänsten får LVM-anmälan från akuten när en person har vårdats för narkotikarelaterad förgiftning. Informanterna från socialtjänsten påpekade att anmälningarna ofta skickas med posten och därför kommer till socialtjänsten några dagar efter att patienten lämnat sjukhuset. Fördröjningen beskrevs av informanterna som en försvårande omständighet för att socialtjänsten ska kunna motivera personen till fortsatt vård och behandling.

Polis tillkallas om en person som uppfyller kriterierna för tvångsvård avviker

Flera informanter beskrev att det förekommer att patienter avviker från akuten trots att läkare bedömer att de behöver slutenvårdas. Företrädare för brukarorganisationer beskrev att personer med beroendesjukdom som vaknar upp med abstinens, eller rädsla för abstinens, kan avvika.

Flera informanter från akuten beskrev att det ibland är svårt att övervaka patienter och att de inte har rätt att fysiskt hålla kvar en patient. Det förekommer att personal på akuten kontakter vakter eller försöker övertala patienter som vill avvika att stanna kvar.

Om en patient som uppfyller kriterierna för tvångsvård vill lämna eller avviker kontaktas Polisen. Någon tillade att det är komplicerat att bedöma behovet av tvångsvård om patienten avvikit innan hen träffat en läkare. Ett par informanter uppgav att de informerar socialtjänsten om en patient avviker mot läkares inrådan även om patienten inte uppfyller kriterier för tvångsvård.

Insatser på medicinska vårdavdelningar

Patienter som behöver övervakning av vitala funktioner såsom hjärta och blodtryck vårdas på MAVA. Patienten med narkotikarelaterad förgiftning kan ha en sänkt medvetandegrad och många sover en stor del av vårdtiden. Patienter som exempelvis behöver respiratorvård vårdas på IVA, dock är dessa inskrivna på MAVA och ansvarig läkare finns på MAVA. På mindre sjukhus förekommer att patienter vars medicinska vårdbehov motsvarar MAVA vårdas på IVA, om patienten behöver övervakning exempelvis efter ett allvarligt suicidförsök eller är väldigt utåtagerande.

Nästan varannan (44 procent) vuxen slutenvårdades medicinskt i samband med narkotikarelaterad förgiftning och nästan var tredje (30 procent) vuxen skrevs sedan ut. Flera informanter från MAVA beskrev det som vanligt förekommande att patienter skrivs ut efter att ha vårdats medicinskt eftersom de inte vill vårdas på en beroendeenhet eller annan psykiatrisk vårdavdelning.

Vårdintyg enligt LPT förekommer liksom LVM-anmälan

Om förgiftningen är ett misstänkt eller bekräftat suicidförsök, av en patient med en underliggande psykiatrisk störning och som motsätter sig frivillig vård, utfärdar läkare på akuten ett vårdintyg enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och psykiatrin tar över ansvaret för patienten.

Uppfattningarna varierade om huruvida läkare på akuten skriver en LVM-anmälan. De flesta informanterna från akuten beskrev att läkare på akuten kan skriva en LVM-anmälan till socialtjänsten, men ett par uppfattade att LVM-anmälan oftast hanteras av psykiatriker.

Liten patientgrupp med korta vårdtider

I intervjuerna med representanter från MAVA framkom en variation i hur många patienter med narkotikarelaterad förgiftning som vårdas, från mindre än en patient i veckan, två till tre patienter i veckan på flera sjukhus till fem till tio patienter i veckan. Variationen beror på sjukhusens olika storlek, men i förhållande till det totala inflödet av patient är antalet patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning förhållandevis litet.

Enligt registerstudien är medianvårdtiden på MAVA två dygn. Hälften av de inskrivna vårdades mellan ett och två dygn, en fjärdedel vårdades kortare än ett dygn och lika många längre än två dygn. Då patienter som vårdas på IVA är inskrivna på MAVA avser medianvårdtiden båda vårdavdelningarna.

Psykiatrisk bedömning vid misstanke om suicidförsök

För patienter som skrivits in för slutenvård medvetlösa eller sovande skriver läkare på akuten en konsultremiss till psykiatrin för att de ska bedöma patienten när hen är vaken och medicinskt stabil.

Flertalet informanter från IVA uppgav att patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning får träffa en psykiatriker när det medicinska tillståndet har stabiliserats och patienten vaknat. Psykiatrikern bedömer om patienten är suicidal, psykiatrisk status eller om hen är psykotisk, vilka insatser som patienten behöver från psykiatrin samt om hen har behov av avgiftning och abstinensbehandling.

Flera informanter från MAVA uppgav att läkare på MAVA gör en första bedömning av patientens psykiatriska tillstånd. Om förgiftningen var ett suicidförsök, eller det finns en osäkerhet om huruvida förgiftningen var avsiktlig, görs alltid en bedömning av psykiatriker. Alla patienter bedöms inte av psykiatriker. En informant på MAVA förklarade att det inte är meningsfullt att begära en psykiatrisk bedömning för en patient med beroendesjukdom som tydligt uttrycker att förgiftningen var oavsiktlig.

Några patienter avviker

Flera informanter från MAVA beskrev att det förekommer att patienter avviker från avdelningen när de har vaknat och att enbart de som uppfyller kriterierna för LPT efterlyses.

För att få tillbaka en patient som avvikit krävs ett vårdintyg enligt LPT och handräckning från Polisen, som återför patienten till MAVA. Flertalet informanter från MAVA uppgav att de sällan begär handräckning från Polisen. En informant uppgav att de aldrig begärt handräckning av Polisen för att hämta tillbaka en patient som avvikit.

Oftare akut LPT än akut LVM

Det förekommer att läkare på MAVA skriver en LVM-anmälan till socialtjänsten för patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning. Några informanter berättade att de är mer benägna att skicka en LVM-anmälan till socialtjänsten om patienten har kommit in för upprepade förgiftningar. En informant uppgav att de nästan alltid skriver en LVM-anmälan för en myndig ung vuxen som har haft sin första missbruksperiod. Flera informanter uppfattade det som ovanligt med beslut om akut omhändertagande enligt LVM.

Av intervjuerna framgick en variation mellan sjukhusen i hur MAVA förhåller sig till LPT och möjligheten att skriva vårdintyg för omedelbart omhändertagande enligt LPT. En informant från MAVA uppgav att de skriver vårdintyg enligt LPT om patienten är uppenbart psykotisk eller suicidal och att endast ett fåtal får vårdintyg enligt LPT.

En annan informant beskrev att det skett en förändring och att läkargruppen allt oftare skriver vårdintyg enligt LPT när det finns en fara för patienten eller någon annan person. Det beror enligt informanten på en större medvetenhet om att det kan gå snett för patienter som kanske inte alltid fattar rationella beslut.

Variation i motiverande insatser

Enligt några informanter förekommer det att läkare eller annan vårdpersonal, under vårdtiden på medicinska vårdavdelningar, på olika sätt försöker motivera patienten, dock inte som rutin eller med någon specifik metod. En informant från IVA beskrev ett typiskt samtal med en yngre patient så här:

... tonåringarna eller de unga vuxna som köper något på nätet och så blir det inte som de har tänkt sig. Där kan man ju ha en diskussion, inser du vad du gör. Du har inte någon aning om vad du har beställt, du har inte möjlighet att dosera det, du kan få precis vad som helst. Gör du så här så kommer det sluta med att du dör av det. Och det är väl en form av motivation även om det är skrämselfvägen.

[IVA, verksamhetschef]

Flera informanter uppgav att MAVA har tillgång till kurator på avdelningen. Även för patienter som vårdas på IVA finns möjlighet till kuratorkontakt, ibland via MAVA där patienten är inskriven. Det är alltid frivilligt för patienten att träffa kuratorn.

På ett sjukhus får alla patienter med ett riskbruk möjlighet att träffa alkohol- och drogsköterskor, som är anställda på medicinsk vårdavdelning. De är utbildade i motiverande samtal och de försöker motivera patienterna att själva söka det stöd som de behöver. Alkohol- och drogsköterskorna besk-

revs ha nära kontakt med sjukhusets alkohol- och drogtagning, vilket enligt informanten bidrar till en fungerande samverkan mellan de medicinska vårdavdelningarna och psykiatri, socialtjänst och Polis.

Otydliga rutiner för kommunikationen med öppenvård och socialtjänst

Flertalet informanter från MAVA uppgav att de inte har som rutin att skicka inskrivningsmeddelande i gemensamma IT-kommunikationssystem till öppenvård eller socialtjänst när en patient skrivs in för narkotikarelaterad förgiftning. En informant från MAVA uppgav att inskrivningsmeddelande skickas till öppenvård och socialtjänst under förutsättning att patienten har en pågående kontakt och godkänner att informationen delas.

Informanterna från socialtjänsten bekräftade att de medicinska vårdavdelningarna sällan använder gemensamma IT-kommunikationssystem för att skicka inskrivningsmeddelanden för en patient med narkotikarelaterad förgiftning. En informant från öppenvården uppgav att de regelbundet får inskrivningsmeddelanden från MAVA för patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning, medan resterande informanter från öppenvården uppgav att de i princip aldrig får inskrivningsmeddelanden från MAVA för denna patientgrupp.

Det förekommer att öppenvården får kännedom via psykiatrisk konsult, oftare för kända patienter

Några informanter i öppenvården uppgav att det förekommer att de får kännedom om att en patient vårdas för narkotikarelaterad förgiftning på MAVA om patienten fått en bedömning av psykiatrisk konsult och bedömts vara i behov av specialiserad psykiatrisk vård. Två beskrev att de oftare får kännedom via konsultremiss till psykiatri om patienten är känd sedan tidigare. En uppgav att det är vanligt förekommande att öppenvården informeras först efter att en person kommit in för upprepade förgiftningar. Om en person utan tidigare kontakt i öppenvården vårdas medicinskt för narkotikarelaterad förgiftning och inte får en psykiatrisk bedömning, får öppenvården ingen information. En informant konstaterade dock att alla patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning inte behöver specialiserad psykiatrisk vård och att primärvården kan ta över när patienten skrivs ut.

Variation i systematik i kommunikationen med socialtjänsten

Socialtjänsten i en av de fyra kommunerna uppgav att MAVA regelbundet skickar inskrivningsmeddelanden i gemensamma IT-kommunikationssystem. Informanten i en annan kommun förklarade att de kan få information på olika sätt från medicinska vårdavdelningar, oftast för personer med en redan etablerad kontakt med socialtjänsten. Ytterligare en informant i socialtjänsten uppgav att information oftast kommer som en LVM-anmälan.

Anhöriga kontaktas sällan för en vuxen patient

Några informanter från IVA uppgav att de i regel inte kontaktar anhöriga om patienten är myndig, medan andra uppgav att de säkerställer att anhöriga

känner till att patienten vårdas på IVA för att ge anhöriga möjligheten att få information.

En informant uppgav att det förekommer att anhöriga som fått kännedom om att personen är inlagd kontaktar vårdavdelningen, men informanten beto- nade att patienterna ofta inte vill att vårdavdelningen kontaktar anhöriga.

En annan informant uppgav att det förekommer att de hänvisar anhöriga som behöver stöd i en krissituation till sjukhuskyrkan.

Insatser i psykiatrisk slutenvård

Beroendevården finns organisatoriskt inom psykiatrin. I registerstudien är det inte är möjligt att särredovisa vilka patienter som fått sluten beroendevård re- spektive annan psykiatrisk slutenvård eller båda delar.

Drygt var tredje (35 procent) vuxen som kom till akuten på grund av nar- kotikarelaterad förgiftning 2017 fick psykiatrisk slutenvård; 14 procent slu- tenvårdades först medicinskt och sedan psykiatriskt, resterande (21 procent) gick direkt från akuten till psykiatrisk slutenvård. I subpopulationerna sub- stansrelaterade diagnoser och samsjuklighet skrevs var fjärde (27 procent) patient in för psykiatrisk slutenvård direkt från akuten. Andelen patienter som fick psykiatrisk slutenvård i samband med narkotikarelaterad förgiftning varierade mellan regionerna, från 16 procent till 46 procent.

Flera av informanterna hade svårigheter att uppskatta hur många patienter som vårdas hos dem efter en narkotikarelaterad förgiftning. Någon bedömde att det handlar om en till tre patienter i månaden och andra uppskattade att de vårdar ett par patienter i veckan. Två informanter från beroendecentrum upp- gav att de flesta patienter med narkotikarelaterad förgiftning aldrig kommer till dem utan skrivs ut när de är medicinskt färdigbehandlade. Medan en an- nan informant från beroendecentrum uppgav att de flesta patienter med nar- kotikarelaterad förgiftning kommer till dem när de är medicinskt färdigbe- handlade, vilket informanten förklarade med att de medicinska vårdavdel- ningarna kontaktar beroendecentrum i samband med att patienten skrivs in.

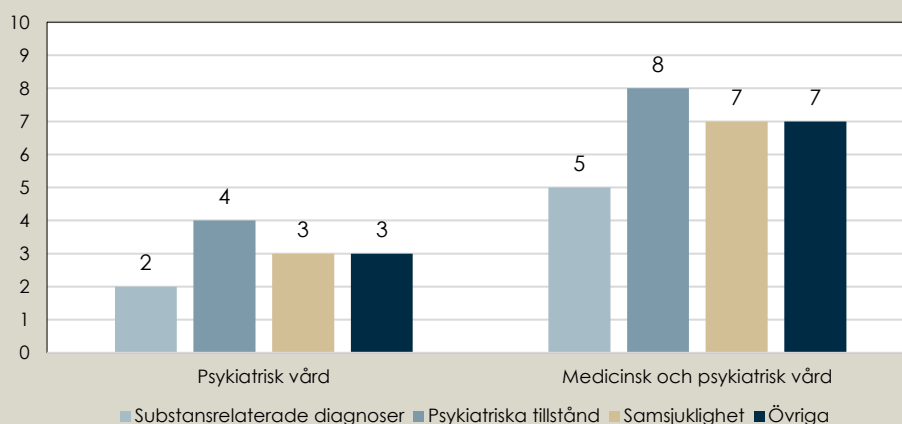
Längst vårdtid i subpopulationen psykiatriska tillstånd

Medianvårdtiden var längst för personer i subpopulationen psykiatriska till- stånd, både bland dem som skrevs in för psykiatrisk vård direkt från akuten och bland dem som fick medicinsk och psykiatrisk slutenvård i samband med narkotikarelaterad förgiftning 2017 (figur 8).

Medianvårdtiden i subpopulationen substansrelaterade diagnoser var kor- tare än medianvårdtiden i de andra populationerna.

Figur 8. Medianvårdtid för patienter som slutenvårdats för narkotikarelaterad förgiftning, per subpopulation

Antal vårddygn



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Motiverande insatser är en del av vården

Motiverande samtal

Personalen inom psykiatri och beroendevård är utbildade i motiverande samtal och många är vana att arbeta med motiverande samtal. Flera informanter beskrev att motiverande samtal är en del av vården och att de arbetar med att motivera patienter som har behov av fortsatt vård och behandling.

Kontakt med öppenvården för att motivera till fortsatt vård

Det förekommer att personal från öppenvård besöker patienten medan hen slutenvårdas, vilket uppfattades bidra till ökad motivation för patienten.

Patienter som fått kontakt med öppenvården under slutenvårdtiden har en större motivation att fortsätta i öppenvården, med en fast vårdkontakt i praktiken. Jag är ganska övertygad om att det är avgörande för patientens motivation att gå på besök i öppenvården.

[Beroendecentrum, områdeschef]

Även besök från socialtjänsten förekommer under vårdtiden.

Stöd från personer med egen erfarenhet

Några beroendecentrum har personer anställda för att de ska bidra med sitt stöd utifrån egna erfarenheter (peer support). Informanter från flera sjukhus uppgav att de har ett samarbete med brukarorganisationer som arbetar för att stödja personer med beroende eller psykiatriska tillstånd. Fyra informanter berättade att avdelningen har brukarråd där företrädare för olika brukarorganisationer ingår och att företrädare för olika organisationer också kan besöka inläggande patienter.

Flera informanter från beroendecentrum uppfattade det som värdefullt för patienten att träffa personer som själva upplevt det hen går igenom.

Framför allt uppfattar vi dem som ett bra stöd efter utskrivning. Patienten känner sig sedd och mindre ensam, om de fångar upp patienten efter utskrivning. De gör stor nytta. Det är personer som varit i samma situation

som patienten och de förstår varandra väl.
[Beroendecentrum, verksamhetschef]

Kommunikation med öppenvården

Informanterna inom psykiatrisk slutenvård och beroendevård gav en ganska samstämmig bild av att lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården har medfört tydligare rutiner och arbetssätt inför utskrivning av patienter som har vårdats för narkotikarelaterad förgiftning. Endast en informant uppgav att lagen inte givit avtryck i arbetssättet. En informant uppfattade att kommunikationen blivit bättre, men var tveksam till om det verkligen blivit någon skillnad för denna patientgrupp.

Inskrivningsmeddelanden skickas i regel till öppenvården

Flertalet informanter från psykiatrisk slutenvård och beroendecentrum uppgav att inskrivningsmeddelande skickas i gemensamma IT-kommunikationssystem till berörda aktörer. Vanligtvis informeras socialtjänst och specialiserad psykiatrisk öppenvård, ibland även primärvården.

Två informanter från öppenvården uppgav att de vanligtvis får inskrivningsmeddelanden när en person skrivs in i psykiatrisk slutenvård eller beroendevård och de uppfattade att kommunikationen fungerar kring patienter som behöver specialiserad psykiatrisk öppenvård efter utskrivning. En annan informant från öppenvården uppgav att de enbart får inskrivningsmeddelanden för patienter som har en kontakt med socialtjänsten, vilket uppfattades bero på att slutenvården har en samordnare som jobbar mot kommunen för personer med beroendesjukdom.

Samlokalisering underlättar kommunikation och samverkan

En informant från öppenvården, vars uppdrag omfattar samsjuklighet, beskrev att de inte får information i samband med att patienten skrivs in, men att sluten- och öppenvården är samlokaliserade och har en fungerande kommunikation under vårdtiden på flera andra sätt. Informanten uppgav att öppenvården relativt snabbt har kontroll på vilka patienter som är inskrivna och att de ser till att patienten vid utskrivningen får ett bokat återbesök för uppföljning i öppenvården.

Vidare beskrev informanten att öppenvården tar över när slutenvården signalerar att patienten är på väg att skrivas ut och att signalen vanligtvis är ett utskrivningsmeddelande i det gemensamma IT-kommunikationssystemet, där även ett planeringsunderlag för öppenvården finns.

Socialtjänsten informeras om redan kända personer, men det tar längre tid för nya personer

Informanter från psykiatriska vårdavdelningar och sluten beroendevård både uppgav och uppfattades, av informanter från socialtjänsten, informera socialtjänsten i högre utsträckning än medicinska vårdavdelningar, när en person vårdas för narkotikarelaterad förgiftning.

I intervjuer med socialtjänsten framkom dock en variation i hur socialtjänsten får information. Det beskrevs vara via ett inskrivningsmeddelande i gemensamma IT-kommunikationssystem, en LVM-anmälan via fax eller brev, eller på telefon. Två informanter från socialtjänsten uppgav att de oftare

får inskrivningsmeddelande för personer som är välkända. Informanterna från socialtjänsten uppfattade att de ofta blir inkopplade sent för personer utan etablerad kontakt med socialtjänsten.

Två informanter från socialtjänsten uppgav att samarbetet med beroendevård och psykiatri utvecklas generellt, vilket i båda fallen uppfattades bero på att regionerna infört sociala samordnare som samverkar med socialtjänsten kring patientgruppen. Inrättandet av dessa tjänster sammanföll i tiden med lagen om samverkan vid utskrivning, men uppfattades ha andra orsaker som exempelvis att minska antalet ofta återkommande patienter inom psykiatri. En informant tillade att kontakt och kommunikation med sjukvården generellt har blivit smidigare sedan lagen trädde i kraft eftersom gemensamma IT-kommunikationssystem medfört att alla får samma information.

En informant från socialtjänsten uppgav att de sedan en längre tid har en kontinuerlig kommunikation och samverkan med beroendevården, till skillnad från med medicinska vårdavdelningar som de inte har någon etablerad samverkan med.

Planerad psykiatrisk vård

Var tredje (36 procent) i populationen hade ett planerat vårdtillfälle i psykiatrisk vård inom en månad efter att de lämnat eller skrivits ut från sjukhuset (tabell 4). Motsvarande andel dem som slutenvårdats i psykiatrisk vård i samband med narkotikarelaterad förgiftning var 52 procent (tabell 4).

Nästan var femte (17 procent) i populationen, och var fjärde (24 procent) av dem som fick psykiatrisk slutenvård i samband med narkotikarelaterad förgiftning, fick planerad psykiatrisk vård inom en vecka efter att hen lämnat sjukhuset. Dock kan inte säkerställas att vårdtillfället var del i vårdprocessen för narkotikarelaterad förgiftning. Många i populationen hade frekventa vårdkontakter före akutbesöket, planerade vårdtillfällen därefter kan därför ha varit bokade redan före akutbesöket och avse något annat än förgiftningen. Patientregistret omfattar inte primärvård och socialtjänst, eventuella kontakter med primärvård eller socialtjänst framgår därför inte här.

Tabell 4. Procentuell fördelning mellan antal dagar till första planerade vårdtillfället i specialiserad psykiatrisk vård (öppen eller sluten) efter att patienten lämnat eller skrivits ut från sjukhuset, populationen*

Avrundningar innebär att raderna inte alltid summerar till 100 procent

Vårdprocess	Inom 1 vecka	Inom 1 till 4 veckor	Inom 1 till 2 mån	Inom 2 till 6 mån	Inom 6 till 12 mån	Ingen planerad vård
Ej inskriven	14	14	9	13	8	43
Medicinsk vård	14	17	10	12	8	40
Psykiatrisk vård	24	26	14	14	6	16
Populationen	17	19	11	13	7	33

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

* Avlidna exkluderade

Var tredje hade ingen planerad psykiatrisk vård under året efter förgiftningen 2017

Var tredje i populationen (33 procent) hade ingen planerad psykiatrisk vård under året efter att de lämnat eller skrivits ut från sjukhuset (tabell 4). Nästan varannan person som inte fick psykiatrisk slutenvård hade ingen planerad psykiatrisk vård under året efter akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning (43 procent av ej inskrivna och 40 procent av dem som endast fick medicinsk slutenvård).

Två informanter i öppenvården beskrev att den egna regionen saknar regional öppenvård för beroende, vilket uppfattades av informanterna som att personer med samsjuklighet måste vara drogfria innan samtalsbehandling inleds i psykiatrisk öppenvård. En av informanterna konstaterade att personer med beroende eller samsjuklighet ofta behöver mycket stöd och att öppenvård psykiatri inte har tillräckliga resurser för denna patientgrupp. I registerstudien framkom en regional variation i andel personer utan planerad psykiatrisk vård under året efter narkotikaförgiftningen 2017, från 24 procent till 44 procent.

Nästan varannan i subpopulationerna samsjuklighet och psykiatriska tillstånd hade ett planerat vårdtillfälle i psykiatri inom en månad

Nästan varannan i subpopulationerna samsjuklighet och psykiatriska tillstånd hade ett planerat vårdtillfälle i psykiatri inom en månad efter att hen lämnat sjukhuset från akuten eller skrivits ut från slutenvården (47 respektive 43 procent). Motsvarande andel i subpopulationerna substansrelaterade diagnoser och övriga var 27 procent respektive 14 procent.

Var tredje (33 procent) i populationen hade inget planerat vårdtillfälle i psykiatri under året efter att hen lämnat eller skrivits ut från sjukhuset, färre i subpopulationen samsjuklighet (16 procent) och flest i subpopulationerna övriga (72 procent).

Vanligare med beslut om tvångsvård enligt LPT än enligt LVM

Drygt fyra procent i populationen fick beslut om tvångsvård enligt LVM under tolv månadersperioden efter akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning och betydligt fler (14 procent) fick beslut om tvångsvård enligt LPT.

Tvångsvård enligt LVM var något vanligare bland männen (sex procent) än bland kvinnorna (tre procent). Tvångsvård enligt LPT var något vanligare bland kvinnorna (15 procent) än bland männen (tolv procent). En informant från beroendecentrum beskrev resultatet av tvångsvård enligt LVM så här:

Tvångsvård fungerar sådär, men patienterna överlever under den tiden och man har längre tid på sig att motivera till frivilliga insatser. Påtvungad drogfrihet innebär ofta att när tvånget upphör så fortsätter missbruket. Så det fungerar kanske inte som behandling.

[Öppenvård beroende, enhetschef]

Knappt var tionde i subpopulationen samsjuklighet fick beslut om tvångsvård enligt LVM

Hälften av dem som fick beslut om tvångsvård enligt LVM (två procent) fick beslutet inom 90 dagar från akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning, tre procent av männen och drygt en procent av kvinnorna.

Beslut om tvångsvård enligt LVM var något vanligare bland yngre personer. Drygt fem procent i åldersgruppen 18 till 29 år och sju procent i åldersgruppen 30 till 39 år fick beslut om tvångsvård enligt LVM under året efter akutbesöket. Motsvarande andelar i åldersgrupperna 60 till 69 år och 70 år eller äldre var en respektive noll procent.

Beslut om tvångsvård enligt LVM var vanligast i subpopulationen samsjuklighet (tabell 5), där fick åtta procent beslut under tolv månadersperioden efter det första akutbesöket för narkotikarelaterad förgiftning 2017. Var tionde man (nio procent) i subpopulationen samsjuklighet fick beslut om tvångsvård enligt LVM.

I subpopulationen substansrelaterade diagnoser fick sex procent beslut om tvångsvård enligt LVM inom samma tidsperiod. I båda dessa subpopulationer fick fler män än kvinnor beslut om tvångsvård enligt LVM.

Tabell 5. Antal och andel personer* som fick beslut om tvångsvård enligt LVM under året efter akutbesöket 2017, efter subpopulation och kön

	Substansrelaterade diagnoser		Psykiatriska tillstånd		Samsjuklighet		Övriga	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Män	54	6,7	3	0,0	251	9,3	7	0,6
Kvinnor	12	4,6	5	0,3	118	6,0	3	0,3
Båda könen	66	6,2	8	0,3	369	7,9	10	0,4

Källa: Patientregistret och registret över tvångsvård av missbrukare i vissa fall, Socialstyrelsen

*Personer som var 18 år eller äldre år 2017. Avlidna exkluderade

Var femte i subpopulationen samsjuklighet fick beslut om tvångsvård enligt LPT

Beslut om tvångsvård enligt LPT var vanligast i åldersgruppen 20 till 29 år (17 procent) och minst vanligt bland personer 70 år och äldre (sex procent).

Som tabell 6 visar fick var femte (21 procent) i subpopulationen samsjuklighet beslut om tvångsvård enligt LPT under tolv månadersperioden efter den första narkotikarelaterade förgiftningen 2017. Var fjärde (25 procent) kvinna i subpopulationen samsjuklighet fick beslut om tvångsvård enligt LPT under året efter akutbesöket 2017. I intervjustudien beskrev flera informanter inom psykiatrisk slutenvård medvetna läkemedelsförgiftningar i suicidsyfte som vanligare förekommande bland kvinnor än bland män.

Tabell 6. Antal och andel med beslut om psykiatrisk tvångsvård enligt LPT under året efter akutbesöket 2017, efter subpopulation och kön*

	Substans relaterade diagnoser		Psykiatriska tillstånd		Samsjuklighet		Övriga	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Män	49	6,0	114	12,8	478	17,7	63	4,7
Kvinnor	16	6,1	275	14,0	505	25,0	56	4,0
Båda könen	65	6,0	389	13,7	983	20,8	119	4,4

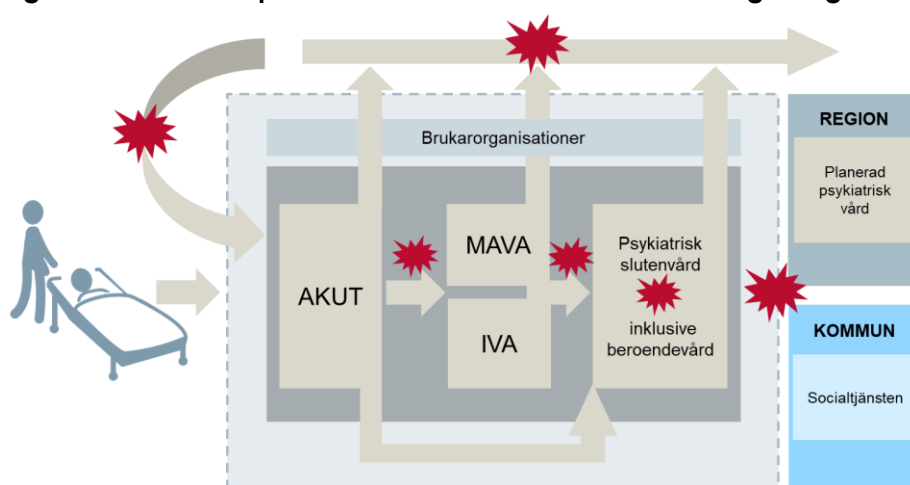
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.*Avlidna exkluderade

Brister i vårdprocesserna

Genom en analysprocess i tre steg identifierades övergripande teman av särskilt framträdande brister i vårdprocesserna. Först granskades samtliga utsagor om brister i respektive aktörsgrupp. Sedan sammanställdes bristerna inom respektive aktörsgrupp till kategorier. Slutligen sorterades dessa kategorier av brister från samtliga aktörer till övergripande teman.

Analysen av brister påvisade tre övergripande teman som rör kompetens, fragmenterade vårdprocesser och personcentrering. I figur 9 visualiseras var i vårdprocesserna de främsta bristerna har identifierats.

Figur 9. Brister i vårdprocesserna för narkotikarelaterad förgiftning



Brist på kompetens på rätt plats, i rätt tid

Flera informanter påpekade att den kunskap om beroende, psykiatri och samsjuklighet, som finns hos aktörer senare i vårdprocessen, ofta saknas eller är svårtillgänglig i den tidigare delen av vårdprocessen, på akuten och medicinska akutvårdsavdelningar. Bristen innebär att patientens samlade vårdbehov riskerar att underskattas och att de inte fångas upp i rätt tid. Detta perspektiv lyftes av flera informanter, främst från MAVA, psykiatrisk slutenvård, öppenvården och brukarorganisationerna.

Fönstret för att fånga upp patienten missas

Registerstudien visade att nästan varannan (44 procent) i subpopulationen samsjuklighet och var tredje (34 procent) i subpopulationen substansrelaterade diagnoser återkom till akuten med narkotikaförgiftning. Några återkom med flera narkotikaförgiftningar under året efter akutbesöket 2017.

Utsagor från flera informanter kan tolkas som att återkommande förgiftningar delvis kan bero på motiverande insatser inte görs vid rätt tillfälle och inte tillräckligt bra. Beroende på patientens tillstånd och förutsättningar varierar det när hen är mest mottaglig. Några patienter kan vara mottagliga redan

på medicinsk vårdavdelning och andra senare i vårdprocessen. Ett återkommande tema i intervjuerna är att lyhördhet ger förutsättningar för att fånga upp och motivera i rätt tid. En informant från socialtjänsten beskrev den outnyttjade möjligheten att fånga upp patienten så här:

... sjukhusen har en så bra möjlighet att motivera personerna att våga ta kontakt med socialtjänsten och jag tänker att det är viktigt att de har med sig det. Att arbeta mycket med att motivera och hjälpa personer att ansöka till oss. Vi känner ju att i den bästa av världar vill vi arbeta parallellt med sjukvården, att vi hjälps åt för att hitta de brister som finns idag så att det blir en smidigare vård

[Socialtjänsten, socialsekreterare]

En brukarrepresentant uttryckte att läkare på akuten fokuserar på den medicinska bedömningen av hur allvarlig förgiftningen är och hur farlig substansen är, men riskerar att missa upptrappningsbeteende till ett allvarligt suicidförsök.

Min erfarenhet är också att den här typen av händelser lätt trappas upp. Att det kan börja med handlingar som att "bara" samla piller, att ta piller och spotta ut dem, att ta mindre och "ofarliga" doser till att ta större doser med farligare substanser. Det är så viktigt att fånga upp sådana tidiga handlingar även fast de rent somatiskt sett kan betraktas som ofarliga. Min erfarenhet är att läkare lätt missar de här bitarna och stirrar sig blinda på om dosen var skadlig eller om substansen farlig.

[Brukarorganisation, brukarinflytandesamordnare psykiatrin]

Fler har behov av en psykiatrisk bedömning i samband med en narkotikarelaterad förgiftning

I intervjuerna lyftes det att för få av patienterna får en psykiatrisk bedömning i det akuta omhändertagandet. Informanter från både IVA och MAVA beskrev att det kan ta tid att få kontakt med en psykiatriker och att väntetid ibland innebär att det krävs resurser för övervakning av patienten. Lång väntan på psykiatriker kan även innebära att eventuell motivation hos patienten – på grund av det inträffade – dalar och att hen då väljer att avvika utan att ha fått en psykiatrisk bedömning.

En informant från ett beroendecentrum på ett mindre sjukhus en brist i samarbetet och uttryckte en önskan om ett bättre samarbete med de medicinska vårdavdelningarna direkt när en patient skrivs in för en narkotikarelaterad förgiftning, för att fånga upp patienten.

Riskerar fokus på suicid att tränga undan andra vårdbehov?

I intervjuerna finns utsagor om att när det handlar om avsiktliga intoxicationer så kommer en psykiatrisk konsult alltid, men det finns oklara fall.

Alla patienter ska träffa psykiatriker om det finns minsta misstanke om att det var ett suicidförsök. Ansvaret för denna kontakt ligger på patientansvarig läkare på medicinsk vårdavdelning. Men vi måste ofta aktivt gå in

och säkerställa att det skrivs en sådan remiss. Sen finns det unika situationer där det är helt uppenbart att det inte är ett suicidförsök, som en 22-åring som har köpt någon rekreativ drog på nätet. Då kanske man inte kopplar in psykiatrin. Men som regel kan man säga att de ska träffa psykiatriker innan de lämnar IVA, för hos har de hela tiden ögon på sig och vi har mycket personal. På en medicinavdelning kan de lämnas ensamma.
[IVA, verksamhetschef]

En informant från brukarorganisationerna betonade att det finns en bristande kunskap om att en narkotikaförgiftning kan ha olika, lika farliga, orsaker. Även om det inte finns ett uttalat suicidsyfte kan en förgiftning ändå vara ett uttryck för en mycket destruktiv livsföring, som innebär ett lidande för patienten och patientens närstående, samt att patienten har ett vårdbehov.

En informant från MAVA beskrev ett dilemma i att vården i grunden är frivillig, som blir särskilt tydligt kring personer med beroende. Hen beskrev skillnaden i möjligheter att sätta in tvångsvård för beroende vid upprepade narkotikaförgiftningar och för ett psykiatriskt tillstånd.

... det är frustrerande när man ser hur lätt det är att med tvång få in en patient med en psykiatrisk sjukdom och att det är helt omöjligt att hjälpa en patient med missbruk. Vi har ju ibland anhöriga, som vet att patienten har kommit in, som ringer och skriker i luren att vi måste göra något. Men om socialtjänsten inte tycker att det är ett fall för akut omhändertagande så vi kan inte göra något utan måste skicka hem patienten, även om vi vet att det inte kommer bli bra. Hade patienten varit psykiatrisk sjuk istället hade vi bara kunnat skriva ett papper på tio minuter och ringa Polisen.
[MAVA, sektionschef]

Brist på kompetens om LVM i hälso- och sjukvården

Flera informanter från socialtjänsten uppfattade att de regelbundet får LVM-anmälningar från sjukvården, två av dem beskrev att LVM-anmälningar vanligtvis görs sammanfattande efter att en person kommit in flera gånger för narkotikarelaterad förgiftning. Informanterna uppgav också att LVM-anmälningar oftast kommer från beroendevården eller psykiatrin och mer sällan från de somatiska vårdavdelningarna. Även en informant från beroendevården konstaterade att det finns en kunskapsbrist om LVM inom den somatiska vården. Några informanter beskrev att de uppfattar processen vid en LVM-anmälan som krångligare än för ett LPT-intyg och att processen tar mycket resurser i anspråk. En informant beskrev kompetensbehovet såhär:

Det behövs ett kunskapslyft om i vilken form man ska anmäla och till vem man ska anmäla. Kunskaperna brister på akuten, IVA och MAVA. Man bör ha en grundkunskap om LVM för det är så vanligt förekommande på dessa vårdavdelningar. Det är information som är helt avgörande för att vi ska kunna göra vårt jobb.

[Socialtjänsten, socialsekreterare]

En annan problematik med LVM som fram i intervjuerna är att anmälningarna skickas med post, istället för digitalt, och kommer till socialtjänsten efter att patienten lämnat sjukhuset

Det kan ju vara så att personen inte vill ha kontakt med oss under slutenvårdsperioden, men att vi i efterhand får en väldigt allvarlig LVM-anmälan som gör att vi vill inleda en utredning. Då hade vi kunnat träffa personen under vårdsperioden med hänvisning till att det pågår en utredning om tvångsvård. Men LVM-anmälan kommer ofta först efter utskrivning.

[Socialtjänsten, socialsekreterare]

Brist på kompetens om samsjuklighet

Flera informanter, inom både psykiatrisk slutenvård och öppenvård, betonade att det finns brister i kompetensen vad gäller samsjuklighet, det vill säga hur personer med både beroende och ett psykiatriskt tillstånd ska behandlas. En informant från psykiatrisk slutenvård påpekade att kompetens för att behandla samsjuklighet är något annat än att bara addera kompetens om beroendevård med kompetens om psykiatriska tillstånd. I fall där både behoven finns behövs ett tredje perspektiv där samsjukligheten tas i beaktande utifrån att det just är en dubbelproblematik som behöver behandlas samtidigt, inte uppdelat på olika vårdaktörer. Informanter beskrev en tendens till att kompetens om beroende och psykiatriska tillstånd sorteras in i respektive område där personer med behov av vård för båda tillstånden får vård för det behov som är mest överhängande eller vård sekventiellt.

Det som är svårt är patienter som har en samsjuklighet, att få hjälp med sin psykiatriska problematik i psykiatrin när man samtidigt har ett beroende. Det är här vi ser ett behov av en beroendemottagning, en organiserad verksamhet som inte räds beroendeproblematiken. Man är duktig på depression, man är duktig på bipolära tillstånd, men när man samtidigt har ett beroende så blir det ofta väldigt svårt. Då tänker man att den här patienten måste nog bli drogfri först, innan jag kan göra något, och så hänvisar man till socialtjänsten.

[Psykiatri, verksamhetsutvecklare]

Fragmenterade vårdprocesser

Intervjustudien visar hur isolerade uppdrag, som exempelvis innebär att medicinska vårdavdelningar tar hand om patientens medicinska vårdbehov och de psykiatriska vårdavdelningarna andra vårdbehov, i kombination med brister i kommunikationen mellan olika aktörer skapar fragmenterade vårdprocesser. Informanter i samtliga aktörsgrupper berörde svårigheter med att skapa en sömlös väg genom vården som svarar mot de olika behov som en patient med narkotikarelaterad förgiftning kan ha. Aktörernas fokus på olika vårdbehov och brist på helhetssyn var faktorer som belystes ur olika perspektiv. En informant beskrev en fragmenterad vård där varje aktör fokuserar på det egna och eventuellt närmaste liggande uppdrag, men inte på helheten för patienten:

Det är just att vi har det här glappet. Vi tar hand om det medicinskt akuta, de kroppsliga besvären. Sen blir det ett glapp till missbruksenheten och omhändertagandet i nästa steg, som egentligen är viktigare för att förhindra att det ska hända igen. Men där har vi ingen upparbetad kanal.

Ibland är det även jättesvårt att få tag i kontaktpersonerna på socialtjänsten. Det finns ingen upparbetad struktur kring hur vi ska arbeta med de här patienterna eller nästa steg. Vi gör vår grej och sedan händer något annat i andra änden som vi inte har koll på riktigt.

[MAVA, sektionschef intermedicin]

Flera informanter från akuten och MAVA uttryckte en frustration över att de inte har kunskap om vårdprocesserna för patienter med narkotikarelaterad förgiftning som de möter. En informant från akuten lyfte att det är svårt att få en helhetsbild av patientens sjukdomsbild då olika aktörer använder olika journalsystem.

På MAVA uttryckte flera informanter en oro över huruvida en patient som skrivs ut verkligen fångas upp av någon och en osäkerhet kring vem som gör vad beskrevs. En informant beskrev en situation, när hen agerar rätt utifrån avdelningens uppdrag, men är osäker på om det är rätt för patienten:

Sen har det varit fall där vi inte har fått någon tvångsvård, men där vi har upplevt att om den här patienten nu går från avdelningen kommer han eller hon bara gå hem och fortsätta för att sedan komma tillbaka om två dygn. Är det ingen som fångar upp den här människan? Det är det som jag tycker är intressant med det här samtalet. För där är vi nu. Vem ska göra vad och vad har vi för rättigheter och skyldigheter? För de behöver ju ändå hjälp. Ibland kan vi uppleva att ”ja men nu är hon vaken och vill hon gå hem, då får hon väl gå då”. Fast vi ändå har en känsla av att det inte går, vi kan ju inte bara låta henne återgå i ett missbruk. Men tydligen kan vi ju det.

[MAVA, enhetschef]

Den akuta vården beskrevs som fokuserad på medicinska vårdbehov och flera informanter från MAVA lyfte att samverkan brister i beslut om patienter som vårdas för narkotikarelaterad förgiftning. Även informanterna från socialtjänsten uppfattade brister i kommunikation med de medicinska vårdavdelningarna. En informant i socialtjänsten reflekterade så här kring kommunikationen med medicinska vårdavdelningar:

Jag tror att de på IVA och MAVA tänker att det här är beroendecentrums business. Det är en kommunikationsmiss inom vården. Alla tror att någon annan avdelning eller socialtjänsten hanterar personen och situationen.

[Socialtjänsten, socialsekreterare]

Samtliga informanter i socialtjänsten uppgav att det är ovanligt att socialtjänsten planerar för utskrivning från medicinsk slutenvård för en person som vårdats för narkotikarelaterad förgiftning, eftersom socialtjänsten sällan känner till att personen är inlagd. De beskrev också att anmälningar ofta skickas med posten och kommer fram efter att patienten skrivits ut.

Uppdelning i slutenvård för beroende och för övrig psykiatri tillstånd försvårar för de med samsjuklighet. Registerstudien visade att samsjuklighet är den största subpopulationen (41 procent). I intervjuerna beskrevs att uppdelningen i psykiatrisk vård och beroendevård innebär särskilda svårigheter för patienter med samsjuklighet, som har behov av båda vårdformerna. Olika uppfattningar om var patienter med samsjuklighet bör vårdas framkom. En informant uttryckte att fler patienter med samsjuklighet borde vårdas på beroendecentrum istället för inom psykiatrin, som hen uppfattade fokusera på psykisk ohälsa men inte beroende. En annan informant uppfattade att patienter med övervägande psykiatriska tillstånd och en mindre beroendeproblematik för ofta hänvisas till beroendecentrum.

Flera informanter bekräftade att det finns en tydlig uppdelning mellan slutenvård för beroende och för psykiatriska tillstånd, vilket gör det svårt att hitta bra vårdprocesser för patienter som har behov av båda delar. Även en informant från MAVA påpekade att det krävs ett tvärprofessionellt samarbete med specialister på beroendeproblematik eftersom psykiatrin inte ser det som sin uppgift att vårda personer med beroendeproblematik. En informant i psykiatrin beskrev problematiken så här:

Patienter med svårare problematik skulle egentligen behöva en vårdkontakt som kan hantera både psykiatri och beroende. Egentligen kan man säga att beroendevården ska kunna det. Det finns ju psykiatriker på beroendevården som kan förskriva läkemedel för exempelvis bipolär sjukdom, men det är en sorts ansvarsfördelning som finns. Det kan vara oklart vem som har huvuduppdraget för dessa patienter
[Psykiatri, medicinskt ansvarig överläkare]

Skör länk från slutenvård till öppenvård och socialtjänst

Flera informanter betonade att tiden från det att patienten lämnar sjukhuset till det att patienten får kontakt med en annan aktör är väldigt kritisk. Flera beskrev att det finns en risk att fortsatt vård inte blir av eller drar ut på tiden om planeringen är otydlig. En otydlig planering beskrevs av några informanter vara särskilt riskfyllt för personer som inte redan har en etablerad kontakt med öppenvårdspsykiatrin eller socialtjänsten, de löper större risk att inte enkelt får tillgång till efterföljande vård och omsorg.

Överlag fungerar samverkan med socialtjänsten ganska bra. Det är de nya patienterna utan kontakt, då känner man ibland att det går för långsamt
[Psykiatri, avdelningschef]

Även informanter från såväl öppenvården som socialtjänsten betonade att de ser brister i kommunikationen från slutenvård.

Meddelanden i vårt gemensamma IT-kommunikationssystem är viktigt för att göra oss varse om att en person är inlagd. När vi vet det kan vi ta kontakt med sjukvården. Men om patienten inte blir inskriven i systemet eller

inte vill ha kontakt med oss i det skedet. Då blir det svårt.

[Socialtjänsten, socialsekreterare]

Övergången särskilt riskfylld för personer med samsjuklighet och de utan etablerad kontakt med öppenvårdspsykiatri
Många beskrev även stora svårigheter i övergången till öppenvården för personer som har en samsjuklighet. Personer med samsjuklighet kan ha kontakter med många instanser, platser och personer i vården samtidigt. Om en person skickas hem med endast en uppmaning om att söka en annan vårdinstans kan steget att ta kontakt vara för långt för patienten. Flera informanter resonerade kring att bortfallet av patienter i planerad vård efter en narkotikarelaterad förgiftning blir större ju större glappet är mellan vårdmomenten och ju mer av logistiken för att samordna vården som läggs på patienten.

Flera informanter påpekade att man försöker undvika är att patienten kommer ut till ”ingenting”, när patienten egentligen behöver en konkret hjälp med övergången i någon form mellan medicinsk slutenvård och hemmet. En informant från öppenvården beskrev dock att det saknas en öppenvårdsmottagning kopplad till slutenvården, där patienter med samsjuklighet vårdas:

Gruppen missbruk och beroende saknar öppenvård. De andra grupperna har vi bättre koll på och mer resurser för. Det vore önskvärt att ha dem snabbare i öppenvården och att de får tid hos oss direkt vid utskrivning från slutenvården, men vi har ingen akutverksamhet.

[Öppenvården, enhetschef]

En informant från en brukarorganisation beskrev sårbarheten när en patient som blir utskriven utan att ha någon som kan möta upp och stödja hen i livet. Samma brist beskrevs av en informant från psykiatri, som lyfte att det behövs någon som möter upp patienten i samband med utskrivning.

Socialtjänsten är en sak men jag skulle gärna få bättre samarbete med anhörigföreningarna och brukarföreningarna. Det vore bra om man kunde få det ungefär som det fungerar när kriminella lämnar fängelset. Att man får en kontakt som möter upp och som de har kontakt med. Några som kan vara ett stöd i livet och som också vet vad de pratar om.

[Psykiatri, verksamhetschef]

Lag om samverkan vid utskrivning uppfattas inte ha påverkat vården för patienter med narkotikarelaterad förgiftning

De olika delarna i planeringsprocessen vid utskrivning från slutenvården beskrivs i kapitel 2. De vårdavdelningar som berörs av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården är MAVAs⁸ samt slutna psykiatriska vård, inklusive beroende. Akutmottagningen är öppen vård och patienterna skrivs inte in på akuten.

Utöver tydligheten i att ansvaret för att kalla till SIP-numera ligger på öppenvården var flera informanter tveksamma till att lagen skulle ha inneburit några väsentliga förbättringar för patienter med narkotikarelaterad förgiftning. Några nämnde att kommunikationen blivit säkrare genom införandet av

⁸ Patienter som vårdas på IVA är inskrivna på MAVAs

gemensamma IT-kommunikationssystem. Som ovan konstaterats skickar dock medicinska vårdavdelningar sällan inskrivningsmeddelanden för patienter med narkotikarelaterad förgiftning. Informanterna i öppenvården beskrev att ansvaret för att kalla till SIP även ger begränsningar, som exempelvis att öppenvården kallar till SIP för en person som de inte träffat och har mycket begränsad kännedom om.

Olika huvudmannaskap skapar hinder

Flera informanter, främst från beroendevården och socialtjänsten, lyfte svårigheter med att den fortsatta vården för patientgruppen ges av två olika huvudmän, region och kommun. Faktorer såsom budgetansvar, lagstiftning samt olika perspektiv lyftes som försvårande i processen för att planera fortsatt sammanhållen vård för patienterna. Det finns olika syn på vad som är vård för de här personerna mellan vården och den sociala omsorgen.

Det är två olika grundsyner i att ge och leverera vård samtidigt som vi är helt beroende av varandras kompetenser. En läkare gör sin medicinska bedömning av när personen är färdigbehandlad, medan vi har personens hela sociala situation och hur dess liv fungerar. Vi har olika uppdrag och fokus, olika kompetenser, och beskriver därmed vårdbehovet på olika sätt.
[Socialtjänsten, enhetschef]

En informant från ett beroendecentrum beskrev att uppdelningen är till nackdel för patienterna och att den samverkan som krävs för att få samsyn och smidiga övergångar mellan huvudmännen tar onödig tid från den faktiska vården. Uppdelningen i huvudmannaskap innebär enligt en informant från beroendecentrum att det, trots goda ambitioner att samverka och bedriva integrerad vård med gemensamma mål, inte går att organisera för en sammanhållen vård. Hen uppfattade att det ibland är otydligt vem som ska göra vad. Uppdelningen bidrar även till fragmentiseringen av vårdprocessen:

... när personen ska föras över från region till kommun och byta vårdgivare då blir det ett glapp. Så länge vi har det systemet att det ska bytas vårdgivare så kommer det bli ett glapp och i det glappet så kommer det här fönstret att hinna slås igen för en del. För andra hinner vi in i mellan och får fatt på dem medan den här motivationen fortfarande är påtaglig.
[Socialtjänsten, socialsekreterare]

Brist på personcentrering på individ- och systemnivå

Dåligt bemötande i det akuta skedet kan förstärka bristen på tillit

Informanter från både vårdaktörer och brukarorganisationer betonade att de uppfattar att det ibland finns ett bristfälligt bemötande gentemot personer med narkotikarelaterad förgiftning. En informant konstaterade att:

Psykiskt sjuka och beroende är väl de patienter som har sämst anseende i vården generellt. Det finns mycket fördomar om dem. Man tänker kanske

fel kring dem, att de lätt hänvisas till oss även om de kanske inte har så mycket beroende.

[Beroendecentrum, verksamhetschef]

Fyra av fem av informanterna från brukarorganisationer betonade problemen med ett mindre respektfullt bemötande. Två informanter beskrev att det händer att vårdpersonal bemöter personer med narkotikaförgiftning med dömande attityder om att tillståndet är självförvållat. En annan representant från en brukarorganisation beskrev att det förekommer att vårdpersonal möter patienter med narkotikarelaterad förgiftning med suckar och kommentarer som ”är du här nu igen”. En informant beskrev hur en sådan attityd riskerar att minska tilliten till vården hos personen. En annan informant uppfattade att det finns en tillitsbrist från båda håll, från patient gentemot vårdgivare och från vårdgivare gentemot patient. En informant från beroendevården framhöll att det är viktigt att se patienterna som människor, vilket indirekt kan betyda att motsatsen förekommer:

Det är väldigt viktigt för mig och mina chefer som jobbar här, att se de här patienterna som människor. Det finns patienter som har en anti-social personlighetsstörning åt det psykopatiska hållet som kan vara jättejobbiga för personalen, de hotar och är våldsamma. Dem har vi också ett sätt att hantera. Men vi skuldbelägger inte.

[Beroendecentrum, områdeschef]

Samarbete med anhöriga och personer med egen erfarenhet kan stärkas

För barn och unga är det en rutin att kontakta anhörig, men när en vuxna vårdas för narkotikarelaterad förgiftning visar intervjustudien att anhöriga inte rutinmässigt kontaktas.

Vi kan ju kontakta anhöriga om vi tror att det är en fara för patientens liv. Annars har vi ju ingen regelmässig sådan kontakt.

[IVA, verksamhetsområdeschef]

Några informanter uppgav att de ibland försöker få kontakt med anhöriga till vuxna men att det är vanligt förekommande att patienten motsätter sig det eller saknar någon nära anhörig som kan kontaktas. En informant beskrev att anhöriga, som fått kännedom om att patienten slutenvårdas, ibland ringer och är mycket upprörda över att inte tillräckligt mycket görs för att fånga upp personen.

En informant från psykiatrin beskrev bristande samarbetet med anhörig- och brukarorganisationer som allvarligt eftersom dessa kan ge personen något annat än vårdpersonal. Informanten beskrev att personer med egna erfarenheter (peer support) har en insikt i hur livet kan vara och kan möta personen på ett helt annat sätt.

Vi har ett papper att dela ut, men där har vi någon som kan prata med patienten och som kan prata om sina egna erfarenheter.

[Psykiatrin, sektionschef]

Brist på ordnat boende minskar möjligheten att motiveras till vård och behandling

Informanter i såväl psykiatrisk slutenvård som från socialtjänsten konstaterade att ha ett boende är en avgörande förutsättning för att kunna motiveras till fortsatt vård och behandling, eftersom hemlöshet inte är ovanligt i gruppen. Ett flertal informanter beskrev dock att situationen kan vara komplicerad även för personer som har boende.

Många av våra patienter som gör de här återkommande intoxerna klarar sig egentligen inte hemma. De skulle behöva ett stödboende dygnet runt. De är ensamma och de klarar inte sin vardag riktigt. Ena gången har de skurit sig, nästa gång har de tagit en intox och ligger på intensiv. De behöver tät uppslutning kring sig och det finns inte nog med platser på gruppboenden och stödboenden. Boendena är fulla så de får vänta en massa år. Under tiden de väntar kan de hinna ta en intox som de faktiskt inte överlever.

[Psykiatri, enhetschef]

Informanten påpekade även att det är hårda krav för att komma till de gruppboenden som finns och berättade att det är frustrerande att inte kunna skicka patienter vidare till ett boende.

En informant från ett beroendecentrum beskrev att personer som inte har ett boende ibland stannar länge på beroendecentrum, då de inte ser någon annan möjlighet än att behålla patienten för att undvika att hen ska fara illa. Medan en informant i socialtjänsten beskrev de korta vårdtiderna i slutenvårdtiden som ett generellt problem, både för personer som har beslut om att de ska vidare till behandlingshem och för personer som socialtjänsten behöver utreda.

Slutenvården anser personerna färdigbehandlade, men de har inte alltid hunnit återhämta sig och då måste vi hantera det. Under utredningstiden, om personen har en livssituation som är kaotisk eller direkt ogynnsam, har vi möjlighet att erbjuda stödboendelösningar där vi kan placera för att köpa tid för att utreda behoven. Men det är ekonomiskt kärvare där också, hyfsat ofta så blir det ett glapp och personen hänvisas till akuta boendelösningar utan personalstöd. När vi inte har något att gå på, då måste vi låta utredningen ha sin gång för att vi ska kunna motivera de beslut som behövs för personen. Vi har vårt härbärge som ett alternativ som vi hänvisar till för dem som är helt socialt utslagna.

[Socialtjänsten, socialsekreterare]

Brist på individanpassad vård

Flera informanter, främst representanter från brukarorganisationerna, beskrev hur bristen på individanpassad vård försvårar för patienter att hamna rätt och kunna motiveras till fortsatt vård utifrån sina egna förutsättningar och behov.

Jag upplever generellt att patienter som är aktiva i missbruk utesluts från vård som andra har rätt till, de får exempelvis inte sin ADHD-medicin. Gruppen diskrimineras på det sättet att de kan uteslutas från vård som de

har ett dokumenterat behov av. En person som varit drogfri 6 månader på ett behandlingshem, skött sig och gjort det jättebra kan sedan behöva provtas i 3 månader i sjukvården för att bevisa sin drogfrihet innan hen kan få exempelvis ADHD-medicinering. Vården saknar ofta tillit till att personer med missbrukarstämpel behöver annan viktig vård.

[Socialtjänsten, socialsekreterare specialist samverkan].

I intervjuerna beskrevs även att patienter ibland får bedömningar och insatser utifrån hur vården är uppbyggd istället för utifrån sina egna förutsättningar, där ett konkret exempel är att män och kvinnor ofta vårdas på gemensamma avdelningar och mottagningar.

Brist på könsuppdelade mottagningar

Flera informanter från brukarorganisationer uppfattade det som vanligt förekommande att kvinnor har särskilda behov på grund av tidigare utsatthet i våldsamma relationer. På blandade mottagningar kan kvinnorna behöva förhålla sig till männen i gruppen istället för att fokusera på sin egen fortsatta vård och behandling. Därför behövs könsuppdelade mottagningar och behandlingar.

Förbättringsförslag och goda exempel

Av föregående kapitel framgick att både registerstudien och intervjustudien bekräftar kända brister i vårdprocesserna för patienter med narkotikarelaterad förgiftning. Dock pekar de identifierade bristerna även på var utvecklingsområden finns. Informanterna tillfrågades om vad de uppfattar som välfungerande arbetssätt (goda exempel) och vad som behöver göras för att komma till rätta med återstående brister (förbättringsförslag).

Som stöd och inspiration för utveckling av vård och omsorg för den aktuella målgruppen återges många goda exempel och förbättringsförslag i detta kapitel. Dock behöver goda exempel oftast betraktas i en lokal kontext och kan sällan generaliseras till vårdprocesser överlag. Dessutom återger Socialstyrelsen informanternas uppfattningar utan värdering av exempel och förbättringsförslag i förhållande till eventuella brister eller bedömning av huruvida exemplen har bevisad effekt.

Rätt kompetens, på rätt plats, i rätt tid

Rätt kompetens, på rätt plats i rätt tid handlar om att integrera kompetens över professions- och organisationsgränser. Intervjustudien visar att kompetens inom beroende och samsjuklighet uppfattas behövas redan i det akuta skedet för att fånga upp personer som behöver bedömning och fortsatt behandling, såväl för personer med en lång historia av beroende som för att förhindra att patienter med ett riskbruk utvecklar ett beroende.

Flera informanter på akuten och vårdavdelningarna föreslog ett närmare samarbete med professioner som har kunskap om psykiatri och beroende från slutenvården, men även från öppenvården och socialtjänst. Några gav exempel på hur de redan arbetade i nära samarbete.

Samverkansgrupp mellan berörda aktörer i vårdprocessen. Exempel från akuten

En informant från en akutmottagning beskrev att de har en samverkansgrupp över professionsgränserna där de informerar samt diskuterar hur de ska arbeta. I gruppen ingår akuten, ambulansen, Polisen, socialtjänsten, öppenvård psykiatri och kommunens öppenvårdsmottagning för vuxna med missbruk. De träffas minst tre gånger per år. Informanten beskrev hur det har bidragit till att de har lärt känna varandra, vilket hen upplever ha lett till att det är enkelt att ta kontakt och finna lösningar samt att arbeta proaktivt.

Socialtjänsten har t.ex. varit med på APT och berättat om LVM-anmälan. Vi har sett att läkare gör fler LVM-anmälningar för att de vet vad som händer. Polisen kommer någon gång per år och informerar om olika droger som finns. Vi har haft psykiatrin här som har berättat om självskadeteende. Allt det här har kommit från den här samverkansgruppen. Och samverkansgruppen kan också arbeta lite förebyggande eftersom vi får in-

formation om vilka droger som används nu, vilket gör att vi kan ha ett proaktivt arbete, t.ex. med att informera allmänhet och på föräldramöten.

[Akuten, verksamhetschef]

Alkohol- och drogsköterskor på vårdavdelningar.

Exempel från MAVA

Ett av sjukhusen har alkohol- och drogsköterskor på vårdavdelningarna. Patienter som bedöms ha ett riskbruk, eller vara i början av ett riskbruk, får ett samtal med en alkohol- och drogsköterska som har nära kontakt med alkohol- och drogmottagningen. Utifrån samtalen bedömer de hur de kan stötta patienten för vidare vård. Informanten beskrev att de är stolta över att ha alkohol- och drogsköterskor och förklarade att de även arbetar med prevention samt samverkar med andra aktörer såsom socialtjänst, psykiatri och Polis.

Geografisk närhet mellan vårdavdelningar, psykiatri och beroende underlättar samarbete. Exempel från MAVA

En informant från en akutvårdsavdelning beskrev att det är en stor fördel om psykiatri och beroende är belägna i närheten till vårdavdelningen, då det blir lättare att gå till varandra och ha en dialog.

Proaktiv öppenvård på medicinska vårdavdelningar.

Förbättringsförslag från öppenvården

En informant från öppen beroendevård beskrev hur de ”i den bästa av världar” skulle ha en kontaktperson på de medicinska vårdavdelningarna, som promotar öppenvårdens verksamhet när patienten finns där och visar vad öppenvården kan hjälpa till med.

I stället för att få en lapp i handen, du kanske skulle söka upp de här. Att vi skulle vara lite mer proaktiva. Vi vet att patientgruppen är väldigt motivationsberoende och man måste fånga dem när motivationen finns där.

[Öppenvården, enhetschef]

Nära samarbete mellan socialtjänsten och akuten.

Exempel från socialtjänsten och akuten

En informant från socialtjänsten berättade om den öppenvårdsmottagning för vuxna i missbruk som de bedriver i egen regi. Mottagningen, som har drogterapeuter, socialtjänst och kbt-terapeuter, kan också ta emot prover och har stödjande anhörigrupper. En informant från akuten i samma kommun berättar att de har ett nära samarbete med socialtjänstens öppenvårdsmottagning och att akuten ofta hänvisar patienter dit genom samtal, visitkort och informationsfoldrar.

Personer har rätt till tre anonyma samtal på socialtjänstens öppenvårdsmottagning, innan de börjar föra journal. Det tror vi gör att personerna nappar lite lättare. Att de kan ringa och prata utan att någon skriver något. Även för anhöriga kan det vara skönt att den här möjligheten finns, för det kan vara lite känsligt det här.

[Akuten, verksamhetschef]

En informant från en annan akutmottagning beskrev hur de har en välfungerande kontakt med beroendevården och att en liknande kontakt med socialtjänsten skulle vara värdefull:

Man kanske skulle behöva ringa socialtjänsten ibland, fråga vad de har för plan för patienten, mer rådgivningstelefon. När vi ringer dem är det verkligen en akut händelse, något som måste fixas akut. Det skulle vara bra att ha någon form för att diskutera mer med varandra hur man kan lösa situationen på bästa sätt. Med beroendevården gör vi ju det. Jag brukar alltid ringa dem när jag skriver en remiss. Det gör man ju läkare emellan. Men med kontakterna utanför sjukvården så är det annorlunda.

[Chef, Akuten]

Integrerade mottagningar för att möta behoven hos personer med samsjuklighet. Förbättringsförslag från brukarorganisation

En informant från en brukarorganisation betonade vikten av integrerade mottagningar där beroendevård, psykiatri, socialtjänst och frivilligorganisationer, brukarrådsrepresentanter samverkar och finns på plats. Även andra utsagor visar på en önskan om fler vårdinstanser där samsjuklighet är primärt i fokus.

En informant i öppenvården lyfte att det finns behov av öppenvård som är nära kopplad till slutenvården där patienter med samsjuklighet vårdas.

Personcentrerad vård på såväl individ- som systemnivå

I intervjustudien framkom en ambition och strävan från aktörerna att i högre utsträckning kunna anpassa vården utifrån patientens behov och förutsättningar, genom det personliga bemötandet men också genom bättre samverkan, istället för att patienten ska passas in i ett förutbestämt system.

Genom att utgå från patientens behov, tycks aktörerna sträva efter ett personcentrerat förhållningssätt som kan underlätta att hjälpa personen där, när och hur hen behöver det.

Utvecklat bemötande för att skapa tillit.

Förbättringsförslag från brukarorganisationerna

Flera informanter från brukarorganisationerna betonade vikten av att vårdpersonal på akuten utvecklar kompetens kring det personliga bemötandet för att öka patienternas tillit:

Det handlar mycket om bemötande för att visa intresse, förstå och bygga upp tillit. Behöver behandla personer med narkotikanarkotikarelaterad förgiftning med respekt och som alla andra (patienter). Möta dem på deras villkor.

[Brukarorganisation, verksamhetsansvarig]

Förhållningsätt att aldrig ge upp. Exempel från beroendecentrum

En informant från en brukarorganisation lyfte att sjukvårdspersonal också behöver handledning och kunskap för att inte ge upp när en person återkommer med narkotikarelaterad förgiftning. En informant från ett beroendecentrum beskrev hur de bemöter patienter som återkommer flera gånger och hur det påverkar deras arbetssätt:

Ja, man får tänka att någon gång lyckas vi. Det finns en grupp patienter som vi kanske lyckas med tionde gången. Vi får bara vara positiva och glada. Vi kan inte tänka, nej är du här nu igen. Vi har inte det förhållningsättet.

[Beroendecentrum, områdeschef]

Gör patienten delaktig i sin egen vård. Förbättringsförslag från brukarorganisationerna

Informanter från brukarorganisationerna beskrev hur patienten själv kan göras delaktig i sin vård genom att bli lyssnad på och respekterad för vad hen vill, inte vill och vad hen orkar med i stunden. En annan informant beskrev att det behövs olika alternativ för patienterna, och att de ges möjlighet att pröva olika varianter av behandling.

Det behövs olika alternativ. Locka in personer i en vårdmiljö som är så pass välkomnande och bra att personerna vill stanna där, att de får se och uppleva ett alternativ. Möjlighet att få "pröva på". Ofta skapas sedan motivation under resans gång.

[Brukarorganisation]

Förstå personens förutsättningar att motiveras. Förbättringsförslag från en brukarorganisation

För att motivera en patient till fortsatt behandling beskrevs vikten av att förstå personens förutsättningar att motiveras. En informant vikten av att personalen frågar *Vad är viktigt för dig?* med människan i fokus, inte drogerna.

En informant från en brukarorganisation beskrev att motivationen inte är en personlig egenskap, motivation beror av många olika faktorer i patientens liv och kan uppstå i samspel med andra människor. Vårdpersonal behöver därför hitta saker som är viktig för patienten och hjälpa hen att föreställa sig en framtid.

Sätt kortsiktiga mål och uppmärksamma små framsteg. Förbättringsförslag från en brukarorganisation

En informant beskrev vikten av kortsiktiga konkreta mål, att uppmärksamma små framsteg och samtidigt förstå att bakslag inte innebär att patienten startar om från noll, utan att uppnådda framsteg ändå finns kvar.

Personer med egen erfarenhet kan vara mer trovärdig för patienten. Exempel från psykiatri

En informant från psykiatrien beskrev hur en person med egen erfarenhet blir mer trovärdig och har möjlighet att nå patienten. De beskrev att de har en

person anställd (peer support) som har egen erfarenhet av psykiatrisk problematik och beroende, men som tillfrisknat.

Hon kan motivera, de behöver inte hålla den där imagen. När man har en avdelning med många beroendepatienter, kanske några som är ganska unga, då kan det också bli ett spel. Man har kompiserna där och utanför sjukhusets väggar är man den som är farlig, den som är frän eller vad det nu må vara. Då måste man upprätthålla den här imagen när man kommer in på avdelning. Den här personen kan ta udden av det litegrann och balansera det här. Och sen naturligtvis att hon stöttar dem som har det svårt och jobbigt, att hon kan ge hopp, att det blir bättre. Hon vet att det blir bättre.

[Psykiatrin, verksamhetsutvecklare]

Brukarråd vid fasta tider etablerar kontakt med patienter. Exempel från beroendecentrum

Ett beroendecentrum har ett brukarråd sedan många år tillbaka. Brukarrådet omfattar tolv organisationer och är ett stadigt inslag i klinikens arbete. Några av organisationerna har fasta tider när de är på vårdavdelningen, de informerar och etablerar kontakt med patienterna, dock inte under pandemin. Under slutenvårdtiden försöker de visa patienterna vägen till dessa organisationer, om det finns ett intresse hos patienten:

Framför allt uppfattar vi det som ett bra stöd efter utskrivning. Patienter känner sig sedda och mindre ensamma, om de "fångar upp" patienten efter utskrivning. De gör stor nytta. Det är personer som varit i samma situation som patienten och de förstår varandra väl

[Beroendecentrum, verksamhetschef]

Verksamhetsutveckling ur ett patientperspektiv. Exempel från psykiatrin

Några informanter från psykiatrin lyfte vikten av hur ledning och verksamhetsutveckling som fokuserar på patientens behov kan bidra till en utveckling och förbättring av hur personal bemöter patienter utifrån deras behov t.ex. genom att använda sig av sig av patientupplevd kvalitet i vården vid utvärderingar. En informant lyfte också att det är betydande för verksamheterna och dess arbetsplatskultur att ledningen värnar om patientgruppen och att de strävar efter att sprida kunskap om hur man möter och betraktar patienter och där värdegrundsarbete är ständigt närvarande.

Nytt psykiatrihus i samverkan med brukarorganisationer. Exempel från psykiatrin

I en region byggs ett nytt psykiatrihus där brukarorganisationerna har fått ett eget rum i anslutning till ingången där de kan ta emot patienter. Brukarorganisationerna har även fått vara med i planeringen av huset.

De har fått vara med och bestämma vad som ska stå på skyltar, se alla skisser, hur vi har planerat huset etc. och komma med åsikter som vi har lyssnat på. Vi har även bjudit in brukarorganisationer på chefsdagar och på förbättringsdagar för att få höra dem berätta om deras organisation

och deras tidigare upplevelser inom vården
[Psykiatri, enhetschef]

Särskilda vårdplatser för utåtagerande patienter.

Förbättringsförslag från MAVA

Två informanter från MAVA önskade att det fanns fler platser särskilt för patienter som kommer in för en narkotikarelaterad förgiftning och som är utåtagerande eller behöver övervakning och som inte gärna ska vårdas tillsammans med andra patienter.

Tydligare, snabbare och säker övergång till annan vård och omsorg

Flera informanter betonade behovet av att förstärka övergången från akuten eller slutenvård till övrig vård och omsorg. En informant från en brukarorganisation beskrev sårbarheten för en patient som blir utskriven utan att ha någon som kan möta upp och stödja hen i livet. En informant från psykiatrin lyfte att det behövs någon som möter upp patienten i samband med utskrivning, som ett förbättringsförslag:

Socialtjänsten är en sak, men jag skulle gärna få bättre samarbete med anhörigföreningarna och brukarföreningarna. Det vore bra om man kunde få det ungefär som det fungerar när kriminella lämnar fängelset. Att man får en kontakt som möter upp och som de har kontakt med. Några som kan vara ett stöd i livet och som också vet vad de pratar om.

[Psykiatrin, verksamhetschef]

Uppföljande samtal med kurator dagen efter.

Exempel från akuten

En informant från akuten berättade att de utarbetat ett arbetssätt där de erbjuder samtal hos kurator i primärvården, för patienter som kommit till akuten med en narkotikarelaterad förgiftning som inte bedömts vara ett suicidförsök.

Vi har det samarbetet med fem vårdcentraler, som kallas kuratorvårdscentral med en samordnande kurator. Kurator har som ambition att ringa upp patienterna nästföljande dag och komma överens om samtal. De kommer ofta in på kvällar och nätter, då mejlar vi kuratorvårdscentralen. Kuratorn ringer upp på morgonen och får kontaktuppgifter med namn och telefonnummer. Sedan ringer kuratorn till patienten när patienten kommit hem.

[Akuten, verksamhetschef]

Trygg Vårdövergång. Exempel från psykiatrin

En psykiatrisk slutenvårdsklinik har infört team för Trygg vårdövergång (TVG). Teamen följer upp patienter efter utskrivning, som inte redan har en etablerad kontakt i den öppna psykiatriska vården. Syftet är att undvika att det uppstår ett glapp i vårdkedjan för dessa patienter:

Det är en av våra skötare som följer upp patienten om det dröjer innan de får en tid för uppföljning inom öppenvården. Han kan ringa patienten

varje dag om det behövs. Innan pandemin gjorde vi även hembesök. Så vi inom slutenvården följer upp patienten efter utskrivning innan öppenvårdspsykiatri tar över [Psykiatri, enhetschef]

Öppenvårdsteam kopplat till beroendecentrum.

Förbättringsförslag från öppenvården

En informant från öppenvård psykiatri ansåg att de borde ha ett öppenvårdsteam, som är kopplat till beroendecentrum, med fokus på missbruksproblematik.

Som kan vara uppsökande och inte bara sitta på sina rum och ringa, för om patienten inte svarar på telefon: Hur ska vi då jobba med motivation? Hur fångar vi upp patienten den första tiden efter en utskrivning, då det är enklare med motivation och patienten går att nå? Kanske skulle de inrikta sig på de unga, för att förhindra inkörning i ett tyngre missbruk [Öppenvård, psykiatri, processledare].

Uppsökande verksamhet en kort tid efter utskrivning.

Förbättringsförslag från öppenvården

En annan informant från öppenvården önskade att det skulle finnas en uppsökande verksamhet en kort tid efter att patienterna varit inlagda, och fråga om de vill ha kontakt med öppenvården.

De som först har sagt nej. För de blir ju inte kallade till SIP. Om patienten har avböjt kontakt med oss så kan vi ju inte fortsätta tränga oss på. Men de som har kännedom om att patienten har varit inlagda hade kanske kunnat ta kontakt med patienten kort tid efteråt för att försöka fånga den [Öppenvården, enhetschef]

Fast vårdkontakt i öppenvården finns med under slutenvårdtiden. Exempel från öppenvården

En informant i öppenvården uppgav att de relativt snabbt har koll på vilka patienter som är inskrivna i slutenvården. Personal från öppenvården besöker kända patienter under vårdtiden i slutna psykiatriskvård (inklusive beroendevård) och för nya patienter försöker öppenvården etablera en kontakt innan patienten skrivs ut. Informanten betonade att patientens öppenvård inte avslutas för att patienten är inlagd och att öppenvården finns med hela tiden i planeringen och i kontakt med patienten. De stämmer av att patienten får ett bokat återbesök i samband med utskrivningen för att hen ska få rätt uppföljning. Vidare beskrev informanten att öppenvården tar över när slutenvården signalerar att patienten är på väg att skrivas ut och signalen är vanligtvis ett utskrivningsmeddelande i det gemensamma IT-kommunikationssystemet, där även ett planeringsunderlag för öppenvården finns.

Direktkoppling till vårdkontakt. Förbättringsförslag från brukarorganisation

Flera informanter från brukarorganisationer betonade vikten av att tiden till återbesök i öppenvården är kort och att det behövs möjligheter att starta vårdprocessen i öppenvården direkt efter en narkotikarelaterad förgiftning:

Jag skulle önska att patienten kunde kopplas upp direkt med en vårdkontakt. Idealet vore om man lämnar akuten/medicinsk vårdenhet med en bokad tid i hand hos en namngiven person inom psykiatrin, drömmen skulle också vara att den bokade tiden är nära inpå. Om namngiven person inte är möjligt så åtminstone en namngiven enhet. Eller att någon på den medicinska instansen behåller ett formellt ansvar för personen/ patienten tills hen konkret sitter på den nya enheten, så att patienten inte blir lämnad förrän någon annan rent konkret tagit över. Och då menar jag verkligen tagit an sig patienten, inte att remiss är skickad eller liknande.
[Brukarorganisation, brukarinflytandesamordnare psykiatri]

Möjlighet för patienten att direkt få tid i öppenvård. Förbättringsförslag från öppenvården

En informant från öppenvården beskrev ett behov av att få in patienter snabbare in i öppenvården. Hen önskade att det fanns möjlighet att ge patienterna en tid hos dem direkt vid utskrivning från slutenvården, men beskrev att ansvaret var uppdelat annorlunda och de inte har någon akutverksamhet.

Möjliggör för socialtjänsten att komma in i ett tidigare skede. Förbättringsförslag från socialtjänsten

Flera informanter från socialtjänsten uppgav att sjukvården har en bra möjlighet att fånga upp personerna och hade ett flertal förbättringsförslag för att förbättra kommunikation och samverkan.

... om vi får komma in i ett tidigare skede och får vetskap om att den här personen vårdas. Att vi blir inbjudna som en part som tillsammans med hälso- och sjukvården för att göra det bästa för den här brukaren, att vi pratar och jobbar i samarbete, dvs. inte bara informationsgivande fram och tillbaka. Då kommer vi röja de bristerna till stor del. Men så länge det inte handlar om samarbete, där vi jobbar tillsammans för att hjälpa brukaren, då kommer de här hindren att finnas
[Socialtjänsten, enhetschef]

Vårdplaneringssamordnare. Exempel från psykiatrin

En annan framgångsfaktor för samverkan beskrivs av en informant vara anställning av en vårdplaneringssamordnare som har till uppgift att brygga över socialtjänst och sjukvård, som kallar till vårdplanering och exempelvis följer med patienten till studiebesök på behandlingshem.

Gemensam remissgrupp. Exempel från öppenvården

En informant från öppenvården beskrev att de har startat upp en gemensam remissgrupp i länet inom allmänpsykiatrin och beroendecentrum för att öka patientsäkerheten:

Vi kör gemensamma remissgrupper en gång i månaden, för att vi inte ska skicka personerna oss emellan och istället komma överens om vem som ska göra vad. Om vi får remisser och har frågeställningar kan vi konsultera varandra en gång per månad. Vi diskuterar direkt med varandra hur

vi ska göra eller om vi kan dela på uppdraget, särskilt kring personer med samsjuklighet. Det har fallit väldigt väl ut
[Öppenvården, enhetschef].

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården har satt ljus på patientgruppen.

Exempel från psykiatri

En informant beskrev att lagen om samverkan som trädde i kraft 2018 har bidragit till att psykiatri sätter ljus på gruppen med narkotikarelaterad förgiftning och lagen gör det mer uttalat att de ska säkerställa gruppens behov. Hen uppgav att samordnad planering görs oftare efter införandet av lagen. Ökat fokus på patientgruppen har enligt informanten bidragit till tydliggörandet av vårdprocesser och därmed har statusen för att arbeta med patienter med skadligt bruk och beroende höjts.

Gemensamma IT- kommunikationssystem och vårdplaneringsamordnare underlättar samverkan.

Exempel från psykiatri

Enligt en informant från psykiatri har en framgångsfaktor för bättre samverkan varit införandet av nytt gemensamt IT-stöd mellan slutenvård, öppenvård och kommunerna med en särskild utskrivningsmodul. De uppfattar att de genom detta har blivit mer noggranna inför utskrivningar. Det har lett till att färre med skadligt bruk är okända inom öppenspsykiatri och att de genom modulen kan kommunicera bättre med socialtjänsten och oftare ha en plan klar innan utskrivning.

Kommunicera mera med sjukvården. Förbättringsförslag från socialtjänsten

Precis som aktörer från akuten beskrev ett behov av närmare kontakt med socialtjänsten beskrev informanter från socialtjänsten att de också har behov av en närmare och bättre kommunikation med sjukvården.

Ett förbättringsområde är att kommunicera i det gemensamma systemet med regionen. Vi på missbrukssidan är ju långt ifrån bäst på det inom socialtjänsten, hur vi ska hantera systemen på bästa sätt när patienten redan är inskriven och hur vi ska hantera planeringsunderlag etc för att förenkla för sjukvården. Både vi och beroendecentrum har lite att jobba på när det gäller verksamhetssystemet. Vi skulle kunna skriva lite mer om vad vi har pratat med klienten om, vad hen har för insatser sedan tidigare. Att vi ger mer information. Vi tycker att vi behöver bli bättre på att kommunicera i systemet, som en gemensam bas för en så bra planering som möjligt.

[Socialsekreterare, Socialtjänsten]

Analysera nya möjligheter till tvångsvård för beroende. Förbättringsförslag från MAVÄ

En informant konstaterade att för några patienter med upprepade narkotikarelaterade förgiftningar behövs ett verktyg motsvarande LPT, det vill säga att

läkare på plats bedömer behovet av tvångsvård för missbruk och ett omedelbart omhändertagande. Informanten uttryckte en önskan om att den möjligheten skulle analyseras för att utveckla omhändertagandet av patienter som förstör sina liv genom substansanvändning. Hen resonerar om att dessa personer innerst inne nog inte vill förstöra sina liv med droger, utan vill ha hjälp och att vården inte ges möjlighet att fånga upp dem med ett ingrepp motsvarande LPT. Hen summerade sitt resonemang så här:

Man skulle ju kunna säga: Om man vill ta livet av sig, varför får man inte göra det? Men där har man sagt att det ska man inte få göra. Men man får suppa eller knarka ihjäl sig.

[MAVA, sektionschef]

Olika informanter i intervjustudien uppgav att de aldrig eller mycket sällan upplevt ett akut omhändertagande enligt LVM. En av dessa lämnade förbättringsförslaget som ovan beskrivits.

Kommentarer och förslag till fortsatt arbete

En god vård och omsorg kännetecknas av att den är personcentrerad, jämlik och säker. Denna kartläggning visar – återigen – att personer som kommer till akuten med narkotikarelaterad förgiftning ofta har behov som befintliga vårdprocesser inte tillgodoser, det gäller framför allt personer med samsjuklighet i form av substansrelaterade diagnoser och psykiatriska tillstånd. Med utgångspunkt i resultaten från kartläggningen gör Socialstyrelsen bedömningen att vården för personer som kommer till akuten med narkotikarelaterad förgiftning riskerar att inte leva upp till kriterierna för en god vård.

För att berörda aktörer tillsammans ska bli bättre på att motivera patienterna till, och erbjuda, fortsatt vård och behandling efter behov har Socialstyrelsen identifierat dels en rad goda exempel och förbättringsförslag, dels följande utvecklingsområden:

- Rätt kompetens, på rätt plats, i rätt tid
- Tydligare, snabbare och säker övergång till annan vård och omsorg
- Personcentrerad vård på såväl individ- som systemnivå

För närvarande pågår en bred utveckling inom området. Utredningen Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (Samsjuklighetsutredningen) ska i november 2021 föreslå samordnade insatser vid samsjuklighet [6]. Dessutom har Socialstyrelsen tidigare presenterat en rad förbättringsförslag för personer med samsjuklighet i *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik* [2]. Socialstyrelsen har även presenterat en tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT⁹-arbetet och spel om pengar i rapporten *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar* [7].

Ytterligare exempel på områdets aktualitet är regeringsuppdrag dels till Folkhälsomyndigheten om att implementera ett nationellt varningssystem för att motverka narkotikarelaterade dödsfall (2021-06-03 beslut 2021/04815) dels till Folkhälsomyndigheten, Läke medelsverket, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen om att sammanställa, analysera och presentera statistik avseende dödsfall till följd av läke medels- och narkotikaförgiftningar (2021-06-03 beslut 2021/04814).

För att utveckla arbetet med att fånga upp patienter som kommer till akuten för narkotikarelaterad förgiftning kommer resultaten från denna kartläggning kommuniceras till andra aktörer, som ovan beskrivna pågående utredningar, Nationellt programområde psykisk hälsa inom regionernas gemensamma system för styrning med kunskap liksom kommunernas system för nationell kunskapsstyrning av socialtjänsten.

⁹ Alkohol, narkotika, dopning och tobak

Resultaten beaktas i andra aktiviteter inom myndighetens uppdrag

Stödja genomförandet av ANDTS-strategin

I Socialstyrelsens långsiktiga regeringsuppdrag om att stödja genomförandet av en förnyad ANDTS-strategi 2021–2025 kommer resultatet av denna kartläggning att kunna beaktas (2021-04-08 beslut S2021/03341).

Länsseminarier för vård och omsorg

Det finns skillnader i vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning mellan olika regioner, beroende på varierande förutsättningar. Detta innebär att olika typer av insatser, inom olika utvecklingsområden, behövs i olika regioner. Kunskapen från denna kartläggning kan användas för att stimulera det regionala och lokala arbetet med personcentrerad vård och omsorg genom att bidra till att åskådliggöra vårdprocesser, inklusive de akuta insatserna, för att berörda aktörer ska bli bättre på att tillsammans motivera den aktuella patientgruppen till vård och behandling efter behov.

I Socialstyrelsens tidigare rapport *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik* [2] övervägde Socialstyrelsen att genomföra en serie länsseminarier med vården och omsorgen, med syftet att implementera och stimulera det regionala och lokala arbetet med personcentrerad vård och omsorg. Länsseminarierna bedömdes också kunna kombineras med presentation av en utvärdering av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Idag finns all anledning att avvakta förslagen från Samsjuklighetsutredningen innan länsseminarier genomförs. Om de genomförs kan de även användas för att återkoppla resultaten från både denna kartläggning och Socialstyrelsens uppföljning av ANDTS-arbetet. Även Socialstyrelsens kommande LVM-handbok till socialtjänsten kan uppmärksammas, i syfte att öka kunskaperna i hälso- och sjukvården om hur lagstiftningen fungerar och när en LVM-anmälan ska göras.

Beakta samsjuklighet i pågående och kommande arbete med nationella riktlinjer

Kunskaperna från denna kartläggning kring brister i vården av patienter med samsjuklighet är viktiga och kommer, i den mån det är möjligt och relevant, att beaktas i såväl pågående som kommande arbete med nationella riktlinjer.

Utvärdering av nationella riktlinjer för missbruk och beroende

Mot bakgrund av att personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp finns ett avsnitt om vård och stöd för personer med samsjuklighet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Denna kartläggning ger indikationer på lokala variationer i tillämpningen av riktlinjerna för personer med samsjuklighet.

Utvärdering av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende är planerade och kommer att beaktas i kommande verksamhetsplanering. Denna kartläggning visar på vikten av att vården av personer med samsjuklighet särskilt uppmärksammas i utvärderingen.

Referenser

1. Socialstyrelsen, 2018. Förslag till kartläggning av akutmottagningars rutiner för planering av fortsatt vård, behandling och uppföljning vid narkotikarelaterad överdos: Socialstyrelsen 2018-12-04. Dnr. 5.7-30747/2018.
2. Socialstyrelsen, 2019. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Rapport 2019-11-6481.
3. Om hälso- och sjukvårdslag, mm. Proposition 1981/82:97.
4. Socialstyrelsen, 2019. Bemötande av personer med psykisk ohälsa –Det vi inte ser. Slutredovisning av uppdrag att ta fram och sprida utbildningsmaterial om bemötande i hälso- och sjukvården av patienter med psykisk ohälsa. <https://www.socialstyrelsen.se/det-vi-inte-ser/>
5. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR, 2020. Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020.
6. Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Kommitédirektiv 2020:68.
7. Socialstyrelsen, 2021. Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. Rapport 2021-4-7277.

Bilageförteckning

Bilaga 1. Registerstudien

Bilaga 2. Intervjuguider till intervjustudien