

Ett länsgemensamt behandlingshem
(HVB) för personer från 20 år med
beroendeproblematik med
samsjuklighet

Bakgrund

Kommunalförbundet Värmlands läns vårdförbund har uppdraget att inom Värmlands län bedriva HVB-verksamhet och utvecklingsfrågor inom missbruks- och beroendevården. Förbundet driver Flötjen, akut och utredningshem för barn 0-12 år och dess familjer. Tillsammans med Region Värmland driver förbundet Beroendecentrum, abstinensbehandling för vuxna över 18 år samt Riddarnäset, ett HVB hem för unga 13-20 år. Dessutom har förbundet tillsammans med Värmlands 16 kommuner och Region Värmland uppgift att utveckla länets övergripande strategiska arbete gällande skadligt bruk/beroende i Värmland.

Inom ramen för förbundets utvecklingsarbete ingår att hålla sig väl förtrogen med medlemskommunernas behov. I tidigare enkätsvar (2019-2020) från samtliga kommuner och Region Värmland framkom en stor enighet bland länets kommuner att samverkansfrågorna är mycket viktiga för att nå en högre kvalitet på de insatser som ges. Ur de konkreta förslag som presenterades var majoriteten av kommunerna och Region Värmland intresserade av att vidare utreda förutsättningarna för ett länsgemensamt regionalt behandlingshem för vuxna med missbruks- och beroendeproblematik. Målgruppen specificerades till samsjukliga och samverkan med Region Värmland utifrån hälso- och sjukvårdskompetens var önskemål.

I Värmland har finns idag ett omhändertagande av det akuta skedet för personer med missbruk- och beroende och samsjuklighet genom Beroendecentrum. Det är i stegen efter det akuta och stabiliserande skedet som det finns utrymme för förbättringar.

Samsjuklighetsutredningens delbetänkande och slutbetänkande (SOU 2021:93, SOU 2023:5) har genomgripande förslag och rekommendationer som tydliggjorts utifrån målgruppen med samsjuklighet samt övrig vård som gäller alla personer med skadligt bruk och beroende. I detta ska hälso- och sjukvården ha ett tydligt ansvar för målgruppen med skadligt bruk och beroende samt för personer med samsjuklighet. Utredningen föreslår också ändringar i tvångslagstiftning för personer med skadligt bruk och beroende – från LVM vård till LPT vård.

HVB-placeringar föreslås fortfarande vara kommunernas ansvar men att regionernas ansvar för behandling och hälso- och sjukvårdsinsatser förtydligas. I utredningen skattas hälso- och sjukvårdsinsatser (inklusive behandlingsinsatser) på HVB till mellan 20-50 %. Socialtjänst och hälso- och sjukvård uppmanas att genomföra gemensamma upphandlingar vid placering vid HVB, alternativt att de gemensamt själva driver HVB.

Samsjuklighetsutredningen kommer sammanfattningsvis fram till följande förslag till förändringar:

- Hälso- och sjukvården ska ansvara för vård- och behandling, medicinsk och psykosocialt, för personer (oavsett ålder) med skadligt bruk och beroende
- Socialtjänst ska inte bedriva behandlingsinsatser för personer med skadligt bruk och beroende
- Socialtjänst ska, för personer med skadligt bruk och beroende, ansvara för olika stödinsatser – boende, sysselsättning, ekonomi, förebyggande samt olika samtalsstödjande insatser
- Socialtjänst ska fortsättningsvis ha ansvar vid placering vid HVB vid skadligt bruk och beroende. Detta i samråd med hälso- och sjukvård för gemensamma upphandlingar, alternativt driva gemensamma HVB verksamheter. Deltar inte hälso- och sjukvård vid gemensam upphandling, debiteras hälso- och sjukvård 40% av HVB kostnaden av kommunen.

- Hälso- och sjukvården och kommuner ska driva gemensam integrerad öppenvård för personer med skadligt bruk och beroende och samsjuklighet i form av psykisk sjukdom
- Hälso- och sjukvården övertar tvångslagstiftningen, vilket innebär att LVM avvecklas och personer med skadligt bruk och beroende inkluderas i LPT. LPT kan då tillämpas i både psykiatrisk slutenvård och öppenvård.

Beredning av utredningen pågår och allt tyder på att utredningens förslag kommer att bli verklighet. Regeringen kommenterar arbetet i den senaste budgetpropositionen september 2024:

"Beroendevården och insatserna till personer med samsjuklighet ska stärkas. Personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos är en särskilt utsatt grupp som behöver samordnade insatser från flera aktörer och som möter den enskildes hela situation. I enlighet med inriktningen i Tidöavtalet ska beroendevården stärkas. Det innefattar en genomgripande reform av samhällets insatser för personer med samsjuklighet, som också förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och behandling till personer med skadligt bruk eller beroende. Regeringen avser att gå vidare med ett lagstiftningsarbete för att insatser till personer med samsjuklighet ska stärkas."

Konsekvenser av bristande samverkan

Bristande samverkan kan få svåra konsekvenser för personer med skadligt bruk/beroende med samsjuklighet. Det kan leda till att insatser blir försenade eller sker i fel ordning, att ingen tar övergripande ansvar för de enskilda och att den helhetssyn som krävs för att möta deras sammansatta behov saknas. Ofta leder det till att patienten eller brukaren faller mellan stolarna och inte får den vård eller stöd som de behöver, vilket ofta resulterar i nya akuta omhändertagande – inom hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.

Personer med samsjuklighet i form av psykisk sjukdom och beroende kan vara särskilt sårbara för brister i samverkan, eftersom de ofta har behov av samtidiga och samordnade insatser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att komma till rätta med sina problem. När samverkan och samordningen inte fungerar läggs ansvaret för att koordinera insatserna på patienten eller brukaren själv – eller på deras närstående. Också detta kan vara särskilt problematiskt för personer med samsjuklighet, som kan ha kognitiva svårigheter som är kopplade till deras dubbla problematik. När vård- och omsorgssystemet inte är anpassat till deras utsatta situation riskerar de dessutom att tappa motivationen att fortsätta söka hjälp för sitt beroende eller sin psykiska ohälsa. Brister i samverkan och samordning medför även utmaningar för de som arbetar inom vården och omsorgen, vars uppdrag att hjälpa den enskilde försvåras när det saknas förutsättningar för att koordinera insatser med andra verksamheter på ett effektivt sätt. Det finns en frustration bland personalen vid bristande samverkan. Man upplever att vården/omsorgen/stöden inte fungerar optimalt men man har inga mandat att göra något åt det. Ingen äger helheten. Dålig samverkan leder inte sällan till ännu sämre samverkan eftersom slitningar och konflikter uppstår.

Varför ett regionalt behandlingshem

Värmland i form av kommunernas socialtjänst och regionens hälso-och sjukvård står inför stora utmaningar inom området skadligt bruk/beroende. I Samsjuklighetsutredningens förslag ska en verklighet överflyttning av ansvar ske gällande vård/ behandling av skadligt bruk och beroende och därtill ansvar för tvångsvård för enskilda med skadligt bruk och beroende.

När vi pratar om HVB-vistelser kommer regionen ha ett exklusivt ansvar för att vård och behandling av dem med beroendeproblematik kommer till stånd, oavsett vem som är huvudman för HVB-verksamheten. De förändringar som är aviserade gör att länets kommuner och regionen behöver påbörja ett arbete med att förbereda sig inom olika områden.

HVB-vård kan väl bedrivas i samverkan mellan regionen och länets kommuner. Vår gemensamma verksamhet Riddarnäset är ett bra exempel på detta. Om LVM-lagstiftningen avskaffas och därmed lde statliga LVM-hemmen läggs ner ska tvångsvården överflyttas till LPT och blir ett ansvar för regionens hälso-och sjukvård. Genom nedläggningen av LVM-hemmen kan det antas att det kommer att uppstå en viss brist på platser. Därtill kommer förmodligen tiden för tvångsvård inom ramen för LPT bli kortare. Kortare tid under tvångsvård kommer dock inte med automatik innebära att enskilda inte behöver fortsatt vård på ex HVB under frivilliga former.

En gemensam driftsform är för övrigt något som samsjuklighetsutredningen pekar på att vara ett bra sätt att bedriva integrerad vård och behandling av målgruppen, särskilt för de med hög grad av samsjuklighet.

Värt att nämnas i sammanhanget är att det i länet finns en etablerad kunskap om hur integrerad verksamhet kan bedrivas, i form av Beroendecentrum och Riddarnäset. Det finns med andra ord erfarenhet i länet som kan vara hjälpsam i arbetet med att förverkliga delar av samsjuklighetsutredningens intentioner.

Ett gemensamt behandlingshem med båda huvudmännen kan vara ett bra komplement för de patienter/klienter med samsjuklighet som återkommer i vården – de psykiatriska symtomen kan bedömas på ett tydligare sätt, de fysiska sjukdomarna/skadorna kan omhändertas, de psykosociala problemen har möjlighet till stabilisering och planering.

Erfarenheter från Beroendecentrum

Beroendecentrum Värmland har bedrivit abstinensvård sedan 2007 och har en god inblick i beroende och samsjukligheten i länet. Vi vet sedan tidigare undersökning att den psykiska samsjukligheten är hög. I tidigare granskningar av journaler påvisades att 50 % av gruppen hade en psykiatrisk diagnos som inte var en beroendediagnos och inte ställd på en beroendeklinik, en del av övriga 50 % i patientgruppen har sannolikt en psykiatrisk diagnos – de har inte varit föremål för diagnosticering, ofta på grund av mångårigt aktivt missbruk samt den psykiatriska vårdens praxis om längre tids drogfrihet har försvårat möjligheten till att ställa diagnos. I ASI-data jämförelser mellan två femårsperioder påvisas att för de senaste fem åren har en tydlig förändring skett jämfört med tidigare fem år, speciellt vad det gäller målgruppen 18-30 år:

- Våldsutsattheten har ökat
- Tidigare psykiatrisk vårdinsats har ökat
- Tidigare självmordsförsök har ökat

Länets kommuner genom Värmlands läns vårdförbund och Region Värmland driver den första delen i vårdkedjan (Beroendecentrum). Det som saknas är en heldygnsvård som aktiveras efter en abstinensfas. Här finns idag privata aktörer som många gånger ligger långt från individens hemort vilken kan försvåra bland annat möjligheter till en bra utsluss och eftervård.

Till en planerad vårdkedja bör både hälso- och sjukvård och socialtjänst ha ett långsiktigt omhändertagande samt medverka i vården för en god planerad vård för samsjuklighet och en god planerad eftervård.

Fördelar med ett länsgemensamt HVB-hem

- Kommunerna och hälso- och sjukvården har insyn i verksamheten
- HVB-hemmet lokaliseras i länet vilket innebär en nära vårdform
- HVB-hemmet, med integrerad utredning, vård och behandling, ger möjlighet till att planera och påbörja eftervårdsinsatser under pågående utredning- och behandling under HVB-vistelsen. Detta kan exempelvis innebära att psykiatrisk och psykologisk utredning visar på bakomliggande diagnos, vilket underlättar den fortsatta insatsen i hemmiljön och att dessa insatser kan planeras och även aktiveras under pågående HVB-vistelse. Detta gäller även psykosociala resurser.
- Behandlingshemmet kan kopplas till nuvarande Beroendecentrum, för att främja en sammanhållen vårdkedja
- För hälso- och sjukvården avlastar denna typ av vårdform befintliga verksamheter (akutvård, psykiatrisk akutvård, psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård m.m)

Behandlingsmodell

Verksamheten ska bedriva vård enligt nationella riktlinjer. Vid psykiatrisk samsjuklighet ska insatser för båda tillstånden ske. Målgruppen antas även ha en hög grad av fysisk problematik vilket ska omhändertas. Både de psykiatriska och fysiska tillstånden kan innebära externa kontakter/remitter till befintlig hälso- och sjukvård.

Behandlingen ska ses som en del i en behandlingskedja dvs abstinensvård – integrerat HVB-hem – integrerad öppenvård. Det är angeläget att behandlingen ses som en del i vårdkedja. Tillgänglig kunskap inom området slår fast att ett sådant arbetssätt förfaller ge bättre resultat för den enskilde, än att se HVB-behandlingen som en fristående insats.

Innehållet ska vara en strukturerad vård/behandling som gäller alla men med individuellt anpassad vård enligt personers särskilda behov.

Behandlingen på själva HVB ska starkt förenklat indelas i tre faser.

Fas ett:

Kartläggning av personens totala behov vård/behandling och upprättande av en genomförandeplan.

Fas två:

Genomförande de behandlingsinsatser och ev fortsatta kartläggningar/utredningar som framkommer enligt genomförandeplanen.

Fas tre:

Utslussning till fortsatt strukturerad/integrerad eftervård.

Behandlingen ska ta sikte på hög så hög program/aktivitetsintensitet som är möjligt för varje person och med sikte på att placeringen inte blir längre än nödvändigt.

Arbetsmodellen kommer att kräva ett tidigt och nära samarbete med socialtjänst och hälso-och sjukvård för att skapa de bästa möjliga förutsättningar för personen när den lämnar HVB. Arbets sättet kommer att kräva en hög grad av samsyn kring hur arbetet ska bedrivas, framför allt om vad som ska ske efter en utskrivning från HVB.

En närmare precisering av behandlingsinnehåll i de olika faserna får lov att ske i ett senare skede, när erforderliga beslut om att gå vidare med att starta ett gemensamt integrerat HVB i länet.

En framtida dialog med socialtjänst och hälso-och sjukvården är att rekommendera för att närmare definiera målgruppen och vilka mer precisa behov dessa verksamheter tycker sig se och behöver få tillgodosedda. Dessa behov får därmed även styra vilket behandlingsinnehåll som kan vara lämpligt.

Förutsättningar för gemensamt HVB

En förutsättning för både befintliga verksamheter och för ett nytt HVB-hem är att kommunerna väljer att placera på de egenägda verksamheterna i första hand. Naturligtvis efter matchning utifrån den enskildes behov.

Det nya regionala behandlingshemmet behöver idag precis som Beroendecentrum, Riddarnäset och Flöjten finansieras via vårddygnsavgifter. När det kommer till den medicinska kompetensen föreslår förbundet att Region Värmland ska bära samtliga kostnader kopplade till detta, det vill säga personalkostnader, delad kostnad för cheftjänst, kostnader för medicinskt material, procentuell del av driftskostnad samt annat som är kopplat till behov hos den enskilde som har med hälso- och sjukvård att göra.

När det gäller lokalfrågan ser vi att det är av vikt att behandlingshemmet ligger i en lämplig miljö och om möjligt centralt placerat i länet. Detta med tanke på närhet till öppenvård och närhet till hemkommunen med tanke på utslussning och planering för hemgång samt personalbemanning.

Den fortsatta processen

Under den tid som den formella processen med att förankra start av nytt läns-gemensamt HVB för vuxna och nödvändig lokalanskaffning bör ett parallellt arbete med närmare planering. Förslagsvis påbörjas en förstudie med syfte att lägga en plan för att starta HVB för vuxna med skadligt bruk/beroende av alkohol och droger i kombination med samsjuklighet. Förstudien ska närmare belysa om verksamheten ska bedrivas i form av HVB för enbart män eller kvinnor alternativt blandat. Vidare ska verksamhetens innehåll närmare beskrivas och vilken personalkompetens som behövs för att fullgöra uppdraget.

I arbetet med att närmare precisera verksamhetens målgrupp och innehåll ska socialtjänsten och hälso-och sjukvården ges möjlighet att till att beskriva sina behov av vård och behandling av personer med skadligt bruk/beroende som är tänkbara att kunna få ta del av HVB-hemmets verksamhet.

Förstudien ska ta hänsyn till "best practice" och kunskap/evidens. Även bör behovet av robusta former för utslussningen och eftervård särskilt belysas samt nära samarbete med Beroendecentrum.

Förstudien ska ha till syfte att ta fram ett konkret underlag som möjliggör start av ett HVB som till sin konstruktion drivs tillsammans av länets kommuner och Region Värmland.

Förstudien ska ha ett tidsperspektiv på att ett HVB ska kunna vara klart att ta i drift inom ett år från det förstudien startar. Vilket innebär att rekrytering och introduktion av blivande föreståndare av verksamheten behöver ske inom ramen för förstudien.

Värmlands läns vårdförbund 2024-10-23

Peter Gustafsson

Utvecklingsledare