
Revisionsrapport

Granskning av missbruks- och beroendevården

Övertorneå kommun

*Fredrik Markstedt,
Jan-Erik Wuolo,
Christina Karlsson och
Jenny Krispinsson
November 2012*



Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	2
2.	Inledning	5
2.1.	Bakgrund	5
2.2.	Revisionsfrågor och tillhörande kontrollmål	5
2.3.	Metod och avgränsning	6
3.	Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård	8
3.1.	Kunskap till praktik.....	9
4.	Organisation	10
5.	Granskningsresultat	11
5.1.	Mål och uppdrag.....	11
5.1.1.	Länet	11
5.1.2.	Övertorneå kommun.....	12
5.2.	Ansvarsfördelning mellan kommunen och landstinget	12
5.2.1.	Övergripande ansvarsfördelning.....	13
5.2.2.	Landstingets syn på ansvarsfördelningen.....	14
5.2.3.	Kommunernas syn på ansvarsfördelningen	14
5.2.4.	Övertorneå kommuns syn på ansvarsfördelningen	15
5.3.	Rutiner för samverkan	16
5.3.1.	Samverkan mellan kommunerna och landstinget.....	16
5.3.2.	Övertorneå kommuns syn på samverkan	18
5.4.	Kompetens och fortbildning.....	19
5.4.1.	Kompetens och fortbildning i länet.....	19
5.4.2.	Kompetens- och fortbildning i Övertorneå kommun.....	20
5.5.	Tillgång till insatser	20
5.5.1.	Tillgång till insatser i länet	20
5.5.2.	Tillgång till insatser i Övertorneå kommun.....	21
5.6.	Uppföljning.....	22
5.6.1.	Verksamhetsövergripande uppföljning.....	22
5.6.2.	Uppföljning på individnivå	22

Bilagor

Bilaga 1 Sammanställning av enkätsvar

Bilaga 2 Förklaring av förkortningar

1. Sammanfattande bedömning

På uppdrag av revisorerna i Övertorneå kommun har PwC genomfört en granskning avseende missbruks- och beroendevården i kommunen. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning. Denna granskning har genomförts i samverkan mellan Övertorneå kommuns revisorer och revisorerna i sex andra kommuner: Boden, Kalix, Jokkmokk, Gällivare, Kiruna och Pajala samt med revisorerna i Norrbottens läns landsting.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden till viss del bedriver en ändamålsenlig missbruks- och beroendevård men att den interna kontrollen inte är tillräcklig. Den sammanfattande bedömningen baseras på följande iakttagelser:

Mål och uppdrag

Vår bedömning är att det i Övertorneå saknas specifika mål och ett tydligt uppdrag för missbruks- och beroendevården i kommunen. De mål som finns, och som är antagna av socialnämnden, är på övergripande nivå och gäller för hela socialförvaltningen. Förutom dessa mål finns en Folkhälsoplan i Övertorneå kommun där mål som ett minskat bruk av alkohol samt ett samhälle fritt från narkotika framkommer.

Vår bedömning är att det finns behov av att förtydliga missbruks- och beroendevårdens uppdrag i kommunen. Vi bedömer även att det finns behov av att identifiera och upprätta relevanta mål för den verksamhet som arbetar med missbruk och beroendevård samt att implementera dessa hos berörd personal.

Ansvarsfördelning mellan kommunen och landstinget

Vår bedömning är att socialnämnden genom *Länsstrategin* har inlett ett förtydligande av ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen. Framtagande av ett samverkansavtal mellan socialförvaltningen i Övertorneå och primärvården har påbörjats. Avtalet är således inte färdigställt och har ännu inte antagits av nämnden. I och med detta dokument finns möjlighet att ytterligare betona och klargöra ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget gällande missbruks- och beroendevården.

Vår bedömning är att det förekommer brister i ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget gällande missbruks- och beroendevården i Övertorneå och då oftast kring abstinensvård. Det uppges ibland vara oklart vem inom landstinget som ansvarar för abstinensvården och det händer att kommunen får stå för kostnaden vid abstinensvård, som då sker via behandlingshem.

Rutiner för samverkan

Vår bedömning är att det samverkansavtal som håller på att tas fram mellan socialförvaltningen och primärvården inom landstinget, i sin färdiga form ger möjlighet till ökade förutsättningar för samverkan mellan huvudmännen. Det är inte bara dokumentet i sig som kan underlätta eventuella gränsdragningsproblem utan även arbetet med att ta fram avtalet, vilket möjliggör en större förståelse och insikt i varandras professioner. Vår bedömning är att samverkan mellan socialnämnden och primärvården inom landstinget gällande missbruks- och beroendefrågor på individnivå överlag fungerar relativt bra i Övertorneå. I dagsläget finns dock behov av att slutföra arbetet med samverkansavtalet och få det antaget av nämnden.

Kompetens- och fortbildning

Vår bedömning är att socialnämnden via den nationella satsningen *Kunskap till praktik* i vissa hänseenden säkerställt en grundläggande kompetensnivå för de medarbetare som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik. Förutom kommunförbundets utbildningar har personalen inte deltagit i några kompetenshöjande insatser de senaste åren. Resurs- och tidsbrist anges som orsaker till varför personalen sällan har möjlighet att gå utbildningar.

Att beakta är även vikten av kontinuerlig kompetensutveckling kring nya droger hos personalen. Det för att säkerställa tillräcklig kunskap för att kunna identifiera nya droger, bemöta brukare av dessa samt erbjuda rätt insats.

Tillgång till insatser

Vår bedömning är att det i Övertorneå finns behov av att ytterligare utveckla öppenvården i kommunen. I dagsläget är tillgången till öppenvårdsinsatser begränsad i kommunen, till viss del erbjuds stöd i hemmet via motiverande samtal samt stödsamtal hos socialsekreterare inom IFO. Diskussioner pågår i kommunen om hur öppenvården ska kunna utvecklas. Vid behov köps även platser vid behandlingshem, brukarens behov styr i valet av behandlingshem.

Vår bedömning är att det finns potential att utveckla konceptet med öppenvård ytterligare i Övertorneå kommun för att säkerställa att de individer som är i ett missbruk och/eller beroende får den hjälp de har rätt till och i behov av.

Uppföljning

Vår bedömning är att uppföljningen och utvärderingen av missbruks- och beroendevården på övergripande nivå inte är tillräcklig. I dagsläget följs nyckeltal såsom antal individer som varit i kontakt med missbruks- och beroendevården i Övertorneå upp samt hur det ser ut i samhället, hur många individer som verkar vara på väg in i riskbruk, missbruk eller beroende i kommunen. Enligt vår bedömning saknas sammanställningar och analys på övergripande nivå över vilka insatser som fungerar utifrån de olika målgrupperna. Vi ser även brister i den strukturerade uppföljningen efter genomförda placeringar.

Även på individnivå ser vi brister i uppföljning av planer för brukarna. Socialsekreterarna upprättar en plan för brukaren och uppföljningar görs i mån av tid. Personal inom öppenvården gör inga planer och enligt vår bedömning känner de ej heller till de planer som socialsekreterarna gör för brukarna. Vår bedömning är att uppföljningar på såväl övergripande nivå som individuell nivå är områden med utvecklingspotential i Övertorneå.

Rekommendationer

Granskningen visar att nämnden i en del avseenden redan är medveten om flertalet av de utvecklingsområden som uppmärksammats i granskningen. Beaktat detta **lämnas följande rekommendationer** för att ytterligare utveckla socialnämndens styrning och interna kontroll av missbruks- och beroendevården, att nämnden;

- Identifierar, upprättar och implementerar mål för missbruks- och beroendevårdens verksamhet samt förtydligar dess uppdrag
- Utreder varför brister i ansvarsfördelningen mellan socialnämnden och primärvården inom landstinget ibland uppstår kring abstinensvården samt verkar för att denna ansvarsfördelning ytterligare förtydligas och att parterna efterlever den
- Säkerställer att samverkansavtalet som socialförvaltningen håller på att ta fram tillsammans med landstinget blir färdigställt och att nämnden sedan antar detta dokument
- Utreder behov och möjlighet för ytterligare utveckling av öppenvården i kommunen
- Säkerställer en strukturerad och samordnad uppföljning och utvärdering av missbruks- och beroendevården utifrån uppdrag, via lämpliga indikatorer. Exempelvis kan detta ske via någon av de tre metoder som sprids inom *Kunskap till praktik*
- Säkerställer en tillräcklig uppföljning av brukarnas planer på individnivå samt tillser att dessa planer är kända hos öppenvårdspersonalen

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Missbruks- och beroendevården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. Ny kunskap om vård- och behandlingsformer, behoven av samverkan och samarbete mellan kommun och landsting samt värdet av att sätta individen i centrum ställer krav på organisering som förmår att skapa goda förutsättningar för en önskvärd utveckling. För att uppnå önskad effekt och bättre resultat är det således viktigt att det finns utvecklade strukturer för samarbete över huvudmannaskapsgränserna och att olika professioners arbete synkroniseras.

Sedan år 2007 finns det nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Dessa är en vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Att arbeta enligt de nationella riktlinjerna bör innebära att kommunen/landstinget har en missbruks- och beroendevård som är den bästa utifrån aktuell kunskap inom området.

Enligt socialtjänstlagen har kommunen skyldighet att erbjuda missbrukare vård och behandling. Kommunen har också ansvar för att förebygga missbruk. Socialtjänstlagen betonar vikten av att insatserna också ska vara lättillgängliga och av god kvalitet. Socialstyrelsen har i sin tillsyn konstaterat att det i många verksamheter inom missbruks- och beroendevården saknas en tydlig styrning och uppföljning.

I hälso- och sjukvårdlagen (och NLL:s landstingsplan 2012-2014) framhålls bland annat att vård ska finnas tillgänglig på kvalitativt lika villkor.

Personer med missbruk eller beroendeproblematik utgör ingen homogen grupp. Många olika problembilder ställer krav på olika insatser och kombinationer av insatser. Det finns risk för att vårdkedjan på lokal- och länsnivå inte fungerar optimalt och konsekvenser för individer av en vårdkedja som inte fungerar kan vara såväl hälsorelaterade som sociala och ibland både och.

2.2. Revisionsfrågor och tillhörande kontrollmål

Granskningens revisionsfrågor är om socialnämnden säkerställer att missbruksvården bedrivs på ett ändamålsenligt sätt och med en tillräcklig intern kontroll?

För att besvara de övergripande revisionsfrågorna har följande kontrollmål granskats:

- Det finns övergripande mål och tydliga uppdrag som styr missbruks- och beroendevården i kommunen och länet
- Det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan kommun och landsting avseende missbruks- och beroendevården
- Rutiner finns för samverkan såväl internt inom kommunen som mellan kommunen och landstinget
- Kompetens- och fortbildning av personal inom området sker systematiskt
- Det finns tillgång till insatser som tillgodoser behov av missbruksvård
- Systematisk uppföljning sker i enlighet med fastställda direktiv på såväl verksamhets- som individnivå

2.3. Metod och avgränsning

Granskningen av missbruks- och beroendevården har gjorts i samverkan mellan Övertorneå kommuns revisorer och revisorerna i sex andra kommuner; Jokkmokk, Kalix, Gällivare, Boden, Kiruna och Pajala samt med revisorerna i Norrbottens läns landsting.

Granskningen inleddes med en webbenkät som i maj 2012 skickades ut till 15 utvalda befattningar/personer, de flesta med någon form av ledningsfunktion i samtliga medverkande kommuner, se bilaga 1 för mer utförlig beskrivning. En enkät med liknande frågor skickades samtidigt ut till 25 personer inom divisionerna Primärvård, Vuxenpsykiatri och Medicinska specialiteter inom landstinget. Totalt har 27 respondenter svarat vilket innebär ett bortfall på 12 svarande. Se Bilaga 1 för en sammanställning av de båda enkäterna.

I kommunerna och landstinget har sammanlagt 79 personer intervjuats. Inom kommunerna intervjuades totalt 47 personer fördelat på funktionerna socialchef, chef för Individ- och familjeomsorgen (IFO) eller motsvarande, enhetschef/arbetsledare för missbruksvården, socialsekreterare som handlägger missbruksärenden samt öppenvårdsbehandlare och CM-personal intervjuats. För landstingets del har intervjuer genomförts med personer som arbetar inom området missbruks- och beroendevård; divisionschefer, länschefer, verksamhetschefer, läkare, sjuksköterskor, skötare och verksamhetsstrateg. Intervjuer har även genomförts med representant för Länsstyrgruppen¹, Kommunförbundet Norrbotten och brukarorganisationen LEVA. Totalt har granskningen för landstingets del omfattat 32 intervjupersoner.

¹ Länsstyrgruppen består av ett antal socialchefer och skolchefer som representerar olika delar av norrbotten, divisionschefer från landstinget samt landstings hälso- och sjukvårdsdirektör.

I Övertorneå har följande fyra personer intervjuats för denna granskning; socialchef, socialsekreterare och två öppenvårdsbehandlare.

I dokumentgranskning har för Övertorneå och övriga kommuners del bland annat *Länsstrategin*, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser ingått liksom rutindokument och riktlinjer, handlingsöverenskommelser, organisationsskisser samt tidigare uppföljningar av nyckeltal som exempelvis antal placeringar. Förutom dessa lokala och regionala dokument har även de *Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård*, som utkom 2007, ingått som underlag i granskningen. I Bilaga 2 framgår förklaringar till de förkortningar (exempelvis ASI, Dudit, CRA) som nämns i denna rapport.

Granskningen har avgränsats till insatser riktade mot vuxna missbrukare över 18 år och omfattar även personer med samsjuklighet d.v.s. personer med både missbruks- och/eller beroendeproblematik samt psykiskt funktionshinder.

3. *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*

De senaste åren har Socialstyrelsen uppmärksammat en ökning av antalet individer med missbruks- och beroendeproblem i landet, liksom stora regionala skillnader vad gäller missbruks- och beroendevården. Till följd av detta har Socialstyrelsen 2007 tagit fram nationella riktlinjer för området med syfte att göra vården tydligare, mer enhetlig samt ge huvudmännen en grund för hur missbruks- och beroendevårdens resurser kan användas på ett rationellt sätt. Riktlinjerna, eller rekommendationerna som Socialstyrelsen även valt att benämna dem, gäller både sociala och medicinska insatser som ges inom socialtjänsten i kommunerna samt inom beroendevården i landstingen.

I Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård redovisas rekommendationer och vägledning för specifika interventioner och åtgärder såsom behandlingsmetoder och tekniker gällande missbruks- och beroendevård. Dessa berör sex olika huvudområden såsom

- Bedömningsinstrument och dokumentation
- Upptäckt och rådgivning
- Behandling vid missbruk och beroende av narkotika
- Behandling vid missbruk och beroende av alkohol
- Missbruk och beroende under graviditet
- Samsjuklighet mellan missbruk och beroende samt psykisk och somatisk sjukdom

För varje rekommendation inom respektive huvudområde redovisas effekt, evidens och ekonomisk bedömning samt en kommentar till interventionen och dess målgrupper. Inom huvudområdet Bedömningsinstrument och dokumentation finns exempelvis rekommendationer om frågeformuläret AUDIT som används för att identifiera alkoholproblem hos personer i rikzon eller med ett redan utvecklat beroende. Här beskrivs även vilka olika laboratorietest som kan tas på personer med misstänkt eller identifierat missbruk och beroende.

För huvudområdet Upptäckt och rådgivning rekommenderas bland annat hur uppsökande verksamhet ska ske bland grupper med risk för utveckling av alkohol- och narkotikaproblem. Här framkommer även vilken slags rådgivning som kan vara aktuell vid exempelvis patienter i primärvård som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.

Det tredje huvudområdet Behandling vid missbruk och beroende av narkotika tar upp de olika behandlingsmetoder och läkemedel som rekommenderas vid olika typer av narkotikamissbruk. Inom huvudområdet Behandling vid missbruk och beroende av alkohol tas motsvarande behandlingsmetoder och läkemedel för alkoholrelaterat beroende och missbruk upp.

Huvudområdet Missbruk och beroende under graviditet redovisar rekommendationer kring alkoholkonsumtion under graviditeten samt hur behandling för gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblem ska utformas.

Det sjätte huvudområdet berör Samsjuklighet mellan missbruk och beroende samt psykisk och/eller somatisk sjukdom. Här beskrivs bland annat hur personer med samsjuklighet eller misstänkt samsjuklighet ska behandlas och vem som bär ansvaret för bedömning och vård samt vilka praxis som denna vård ska följa.

I Nationella riktlinjer för missbruksvård diskuteras även implementering av rekommendationerna samt vilka konsekvenser riktlinjerna kan få med fokus på organisation, kompetensutveckling och ekonomi. Här tas bland annat samverkan mellan mindre kommuner upp liksom samverkan mellan kommuner och landsting, mellan olika vårdgivare samt samarbete med självhjälpsorganisationer.

3.1. Kunskap till praktik

För att öka förutsättningarna att lyckas med implementering av de nationella riktlinjerna pågår en nationell satsning, *Kunskap till praktik*. Satsningen är resultatet av en överenskommelse mellan Regeringen och Sveriges kommuner och landsting, där SKL har åtagit sig att ta tillvara och utveckla den kompetens som finns lokalt och regionalt samt att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för att sprida kunskap. Den bärande idén i överenskommelsen är att kommuner och landsting ska ta ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården.

SKL har utifrån detta samarbetat med kommunförbund/regionförbund och landsting/regioner för att bedriva ett utvecklingsarbete med syfte att utveckla och förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. De regionala parterna har åtagit sig bland annat att tillsätta en styrgrupp med cheftjänstemän från socialtjänst och hälso- och sjukvård och att styrgruppen tar ansvar för att utarbeta gemensamma styrdokument.

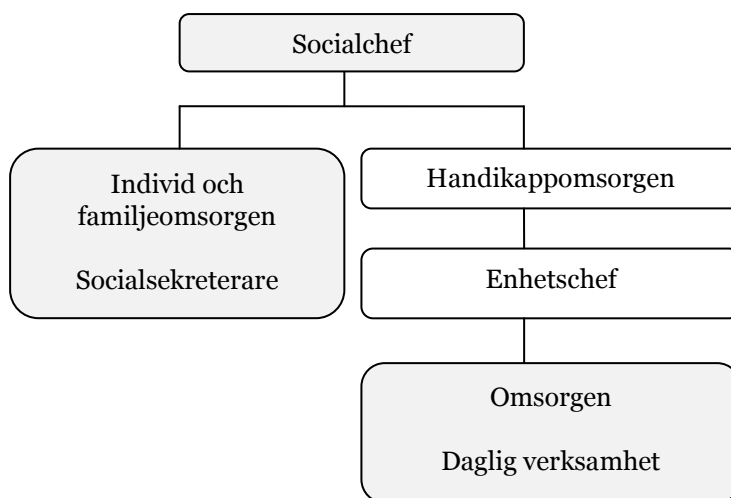
På lokal nivå har de kommunala parterna åtagit sig att bland annat tillsätta en styrgrupp i vilken cheftjänstemän från socialtjänst och hälso- och sjukvård på lokal nivå ingår samt att initiera arbetet med en gemensam samverkansöverenskommelse som tydliggör vårdkedjan, de olika aktörernas ansvar och hur samverkan ska organiseras. I Norrbotten har det länsövergripande dokumentet *Länsstrategi för missbruks- och beroendevården i Norrbotten (2011)* tagits fram.

4. Organisation

Missbruksvården i Övertorneå är organiserad inom Socialförvaltningen och under Individ och familjeomsorgen (IFO). Inom IFO arbetar fyra socialsekreterare med ärenden som gäller ekonomiskt stöd, vård och behandling av barn och ungdomar samt alkohol- och/eller narkotikamissbruk, råd och stöd, handläggning av familjerättsliga frågor samt familjerådgivning. Missbruks- och beroendefrågor handläggs främst av en socialsekreterare som även till viss del arbetar verkställande med exempelvis motiverande samtal, råd och stöd riktat mot brukare. Den öppenvård som erbjuds i kommunen sker via socialpsykiatrin och är begränsad till veckliga hembesök hos ett antal kroniker.

Nedan visas organisation för IFO samt socialpsykiatrin, de boxar som är gråmarkerade är de som främst rör missbruksvården i kommunen:

Figur 1. Organisation för missbruksvården inom IFO och socialpsykiatrin



5. Granskningsresultat

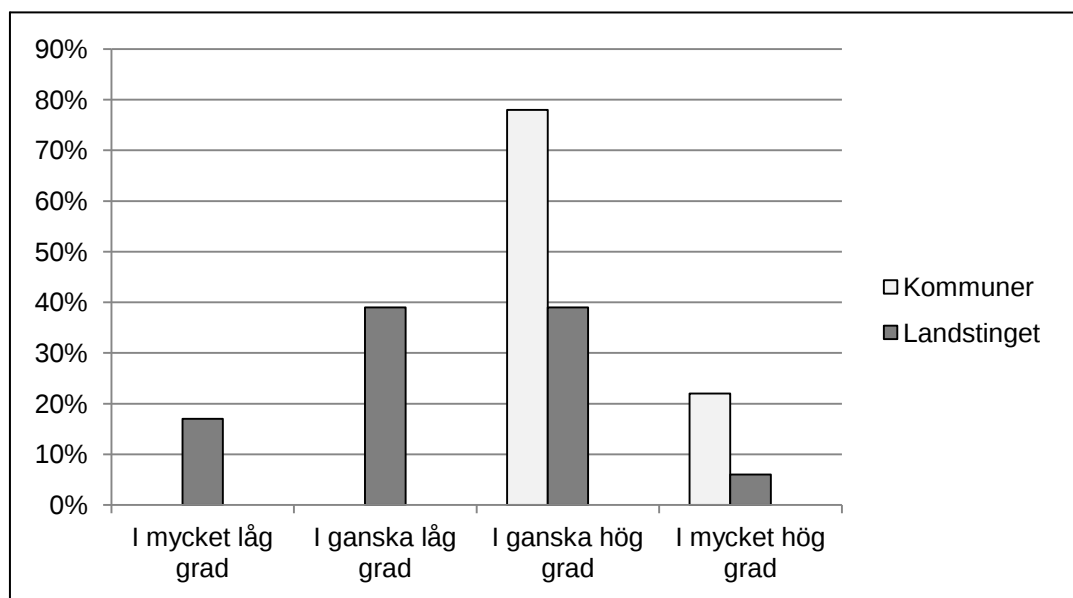
5.1. Mål och uppdrag

5.1.1. Länet

Den grundläggande styrningen av missbruks- och beroendevården utgörs för kommunernas del främst av *Socialtjänstlagen* och för landstingets insatser främst av *Hälso- och sjukvårdslagen*. I samband med tvångsvård gäller *Lagen om vård av missbrukare i vissa fall* (LVM) samt *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* (LPT).

Länets kommuner och landstinget har, på uppdrag av Länsstyrgruppen, gemensamt antagit en *Länsstrategi för missbruks- och beroendevården i Norrbotten (2011)*. Där konstateras att landstinget och kommunerna har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården och att det krävs en långtgående samverkan mellan huvudmännen i det förebyggande arbetet. Strategin innebär även att de ovan nämnda *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* ska implementeras. Kommunerna och landstinget har kommit överens om att följa och tillämpa de inriktningar som anges i länsstrategin. Samtidigt är länsstrategin en målinriktning med flera områden som huvudmännen menar måste ”utvecklas, förstärkas och tydliggöras” innan de kan leva upp till strategins avsikter.

Figur 2. Anser du att det inom din organisation (kommun/landstinget) finns tydliga mål/uppdrag för missbruks- och beroendevården?



I Figur 2 ovan framgår att de svarande från kommunerna i högre grad än de svarande från landstinget anser att det finns tydliga mål/uppdrag för missbruks- och beroendevården i den egna organisationen. 100 % av de svarande i kommunerna anser att det i ganska eller mycket hög grad finns tydliga mål/uppdrag i den egna kommunen. 56 % av de svarande inom landstinget tycker

att det i mycket eller ganska låg grad finns tydliga mål och uppdrag inom den egna organisationen. Samtidigt är det viktigt att beakta att enkäten besvarats av individer i ledande position inom kommunerna och landstinget. Enligt de intervjuer som gjorts i framförallt kommunerna framkommer en annan bild gällande förekomsten av tydliga mål och uppdrag.

5.1.2. Övertorneå kommun

Socialnämnden i Övertorneå har antagit övergripande mål för verksamheten 2012-2013 och två av dessa mål är:

- Människor som söker kontakt med socialtjänstens verksamheter ska behandlas med värdighet och respekt samt erbjudas snabb handläggning av sina ärenden.
- Utredning, vård, omsorg, rehabilitering och behandling skall bygga på evidens och säkerställda rutiner

I socialnämndens måldokument finns ett antal mål för IFO och även de är förhållandevis övergripande. Inga nedbrutna och specifika mål för missbruks- och beroendevården i kommunen framgår i dokumentet.

I Övertorneå kommun finns en folkhälsoplan för 2012- 2014 som utgår från de nationella folkhälsomålen. Ett av målen innebär ett minskat bruk av tobak och alkohol i kommunen, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande. Ett uttalat men ej fastställt mål är att unga ska prioriteras. Under 2013 planeras en satsning på öppenvårdsresurser men det är i dagsläget inte klart hur det arbetet kommer se ut. I övrigt uppger de intervjuade att det inte finns några mål för missbruks- och beroendevården i kommunen och personal som arbetar med missbruks- och beroendefrågor inom IFO efterlyser ett tydligare uppdrag.

5.2. Ansvarsfördelning mellan kommunen och landstinget

I Tabell 1 nedan framgår följande beskrivning från *Länsstrategin* som översiktligt visar huvudmännens ansvar i vårdkedjan:

Tabell 1. Ansvarsfördelning enligt länsstrategin

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig prevention	Upptäckt och tidig prevention
Tillnyktring	Tillnyktring
---	Abstinensvård
Psykosocial behandling Socialt stöd: boende, sysselsättning, försörjning	Medicinsk diagnos och behandling
Utredning, bedömning, planering, uppföljning (egen, ibland samordnad)	Utredning, bedömning, planering, uppföljning (egen, ibland samordnad)

5.2.1. Övergripande ansvarsfördelning

Tidig upptäckt och intervention kan ske inom såväl kommun som landsting. I kommunen ofta inom socialtjänst och skola och inom landstinget genom primärvård, mödravård, psykiatri och somatisk sjukvård.

Tillnyktring sker för det mesta i hemmet utan medverkan från landsting och kommuner. I vissa fall behövs omvårdnad och medicinsk beredskap vilket kan tillgodoses på vårdcentral, inom vuxenpsykiatri eller enhet inom internmedicin på sjukhus. Tillnyktring av t ex våldsamma personer kan via *Lagen om tillfälligt omhändertagande av berusade personer* (LOB) ske hos polisen. Abstinensvården är landstingets ansvar och kan ske i öppenvård samt vid svårare fall via ”haldygnsvård” under medicinskt kontrollerade former. Det finns således ett flertal vård- och behandlingsformer vid tillnyktring och abstinensvård.

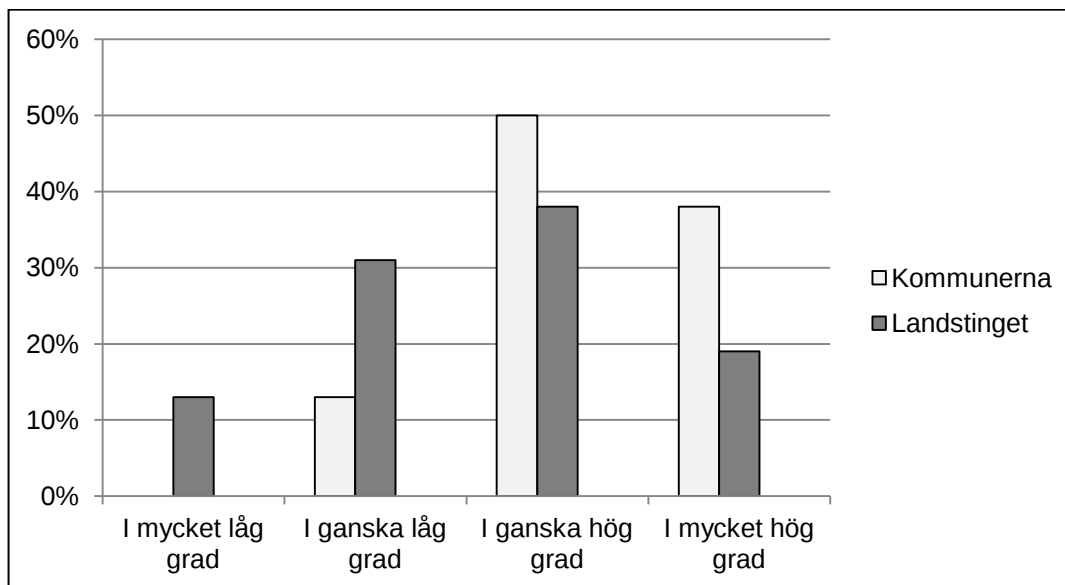
Långsiktig behandling kan ske via t ex läkemedelsbehandling, substitutionsbehandling², medicinsk omvårdnad, psykosocial behandling samt kognitiv beteendeterapi. Grundprincipen är att kommunen ansvarar för psykosocial behandling och landstinget för medicinsk behandling. Behandling kan även ske vid hem för vård eller boende (HVB-hem) och då via bistånd från socialtjänsten.

Ansaret för utredning, bedömning, planering och uppföljning ligger både på socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det handlar om att beskriva individens problem, bedöma behov och önskemål, planera insatserna och följa upp effekterna av insatserna.

I enkäten som skickades ut ställdes frågan om kommunernas och landstingets ansvarsområden avseende vårdkedjan för missbruks- och beroendevård är tydliga? Enligt de svarande i kommunerna fungerar ansvarsfördelningen relativt bra. Via Figur 3 nedan framgår att 13 % av de svarande anser att ansvarsområdena mellan kommunerna och landstinget avseende vårdkedjan för missbruks- och beroendefrågor i ganska låg grad är tydliga medan 88 % anser att dessa områden i ganska hög grad eller mycket hög grad är tydliga. Inom landstinget är de svarande något mer kritiska till om ansvarsområdena är tydliga. 43 % anser att dessa i mycket låg grad eller ganska låg grad är tydliga medan 57 % anser att dessa i ganska eller mycket hög grad är tydliga, se Figur 3 nedan.

² Substitutionsbehandling innebär att i behandlingssyfte ersätta narkotika med ett legalförskrivet narkotikaklassat läkemedel till människor med ett problematiskt bruk av illegala preparat. Läkemedel som förskrivs till opiat/opioidanvändare är, buprenorfine (Subutex, Suboxone) eller Metadon.

Figur 3. Är kommunernas och landstingets ansvarsområden avseende vårdkedjan för missbruks- och beroendevården tydliga?



5.2.2. Landstingets syn på ansvarsfördelningen

Från primärvårdens sida uttrycker flera av de intervjuade att internmedicins ansvarstagande för abstinensbehandling är oklar samt att vuxenpsykiatrien sviktar i sitt ansvarstagande. Till exempel nämns negativa effekter av att vuxenpsykiatrien i Gällivare sagt upp CM-överenskommelsen med berörda kommuner. Vid Kalix vårdcentral märker personalen tydligt de positiva effekterna av kommunens och vuxenpsykiatriens samarbete via Case Management.

Inom primärvården i Gällivare anses inte vuxenpsykiatrien vara en aktör att räkna med inom missbruksvården, exempelvis när det gäller poliklinisk abstinensbehandling. I Kiruna identifieras en stor osäkerhet kring vad vuxenpsykiatrien kan och vill bidra med avseende missbruksvården. Flera personer inom både kommunerna och landstinget menar att det inte råder en jämlig missbruks- och beroendevård i länet, bland annat på grund av att vuxenpsykiatriens resurser är alltför ojämnt fördelade.

Det finns en genomgående uppfattning, inom främst primärvården i Luleå och Boden, att missbruks- och beroendeenheten i Luleå är en väl fungerade resurs. Flera andra vårdcentraler i länet uttrycker, för sitt upptagningsområde, behov av och önskemål om de insatser som missbruks- och beroendeenheten erbjuder.

5.2.3. Kommunernas syn på ansvarsfördelningen

Flertalet kommuner som deltagit i granskningen uttrycker genom de intervjuer som gjorts oklarhet avseende i första hand ansvarsfördelningen mellan såväl kommun och landsting som inom landstinget gällande abstinensvården. Gällivare kommun och Kalix kommun uppger att de för det mesta inte har något större bekymmer med frågan om kostnadsansvar kring abstinensvården. Om det någon gång brister gäller det narkotika eller blandmissbruk. I övriga fem kommuner är det inte ovanligt att

kommunen går in och tar kostnaden för en brukares abstinensvård eftersom det i slutändan är kommunens medborgare som blir lidande. Kommunerna säger sig vara medvetna om att abstinensvården är landstingets ansvar men upplever att de ofta inte har något annat val än att ta kostnaden och skicka en brukare till ett behandlingshem med möjlighet till abstinensvård. Ansvarsfrågan kring detta område uppges vara något som länge dividerats mellan kommunerna och landstinget och en del av kommunerna anser sig ”ha gett upp”.

Samtliga kommuner uttrycker att de känner att det även inom landstingets organisation är oklart vem som har ansvaret för abstinensvården, främst när det gäller bland- och narkotikamissbrukare. Kommunerna upplever okunskap gällande länsstrategin och att ansvarsfördelningen brister inom landstinget. Det är inte ovanligt enligt flera av de intervjuade i kommunerna att en patient skickas mellan olika divisioner, avdelningar och sjukhus för att sedan skickas hem utan att vara färdigbehandlad. Ibland med förklaringen att en patient inte är behandlingsbar. Av några intervjuade framkommer även att individer som blåser över tre promille inte är välkomna på någon av landstingets avdelningar trots att de ofta befinner sig i ett livshotande tillstånd. Landstinget tar i dessa fall inte ansvar för tillnyktringen enligt de intervjuade.

Våra kommentarer kring ansvarsfördelningen i länet

Samtliga kommuner uttrycker brister i ansvarsfördelningen med landstinget och inom landstingets olika divisioner. Vanligast är brister gällande ansvarsfördelningen kring abstinensvård. Några kommuner, exempelvis Gällivare och Kalix har satt ned foten och vägrar betala för abstinensvården medan ett antal kommuner ”gett upp” och skickar brukare i behov av avgiftning till behandlingshem. Bodens kommun har löst det genom att gå in och medfinansiera denna verksamhet trots att det är landstingets ansvar Därmed bekostar kommunerna verksamheter som landstinget ska stå för enligt *Länsstrategin*.

En del kommuner upplever även att ansvarsfördelningen kring individer med samsjuklighet är oklar, speciellt sedan vuxenpsykiatrien på Gällivare sjukhus sagt upp CM-avtalet som landstinget hade tillsammans med Gällivare, Kiruna, Jokkmokk och Pajala. Genom intervjuerna anses övrig ansvarsfördelning gällande missbruks- och beroendevården fungera relativt bra i länet.

5.2.4. Övertorneå kommuns syn på ansvarsfördelningen

De intervjuade i Övertorneå anser att det finns brister i ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget. Det finns bland annat oklarheter kring ansvarsfördelningen gällande abstinensvård både mellan både kommunen och landstinget samt inom landstinget upplever de intervjuade. I dagsläget sker abstinensvården för brukare i Övertorneå antingen på vårdcentralens obs-platser i mån av plats eller på behandlingshem via bistånd från IFO. De intervjuade tycker att det är oklart vart inom landstinget en person ska skickas för abstinensvård, vem som har ansvaret och vem som ska betala. I de fall abstinensvård sker på behandlingshem står kommunen för kostnaden. I svårare fall av abstinensvård skulle det vara önskvärt med ett kompetenscentrum i länet, något som liknar Mob:en i Luleå/Boden anser intervjuad personal.

På vårdcentralen i Övertorneå arbetar flera stafettläkare och de vill helst inte ta i LVM-frågor vilket ibland kan innebära problem, enligt de intervjuade.

En överenskommelse med vårdcentralen håller på att utformas, i denna kommer förhoppningsvis ansvarsområdena gällande missbruks- och beroendevården i kommunen att förtydligas tror intervjuad socialsekreterare. Inom kommunen upplevs att det ibland brister i spridningen av information inom landstinget, exempelvis från divisionsledningen till respektive vårdcentral.

5.3. Rutiner för samverkan

I *Länsstrategin* poängteras att det krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och landstinget för att klara att förebygga och tillgodose patienternas/klienterna behov.

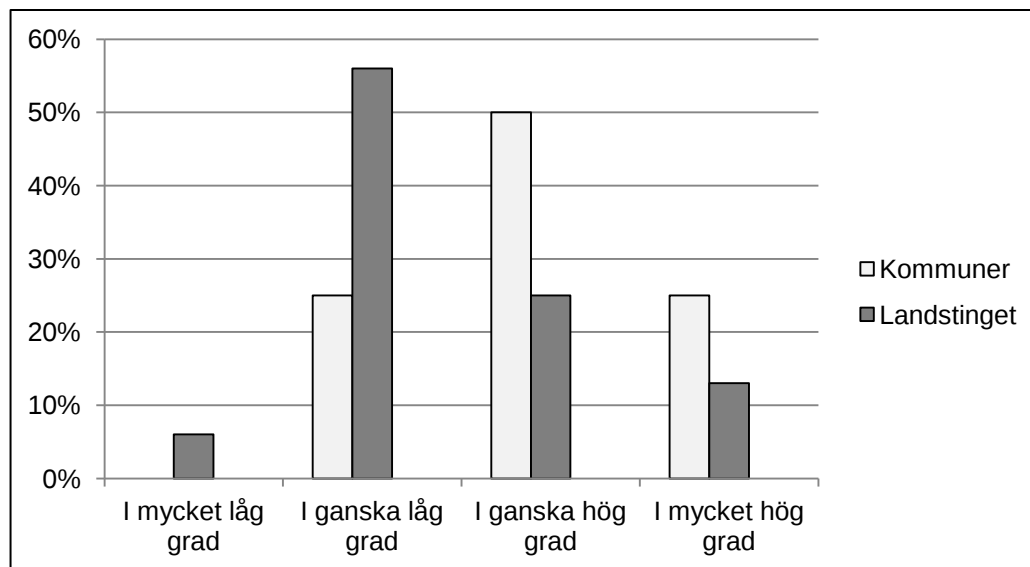
5.3.1. Samverkan mellan kommunerna och landstinget

Genom de intervjuer som gjorts inom denna granskning framgår att samtliga kommuner har antagna eller påbörjade samverkansavtal med landstinget. I första hand är dessa avtal tecknade med primärvården i respektive kommun men ibland även med vuxenpsykiatri. I en del av kommunerna är samverkansavtalet fortfarande under konstruktion och/eller revidering medan det i andra kommuner är underskrivet av chefer för kommunen i fråga samt landstinget. Ambitionen hos kommunerna är att dokumentet ska antas av socialnämnden vilket redan har skett i Gällivare och Pajala.

Samarbetet mellan landstinget, då främst primärvården, och kommunerna fungerar enligt de intervjuade olika bra i olika kommuner. I en del kommuner, exempelvis Gällivare förekommer regelbundna träffar inom samverkansgruppen medan samverkan i några andra kommuner bara finns på papper enligt de intervjuade. Hos samtliga kommuner utom Jokkmokk, Kiruna och Övertorneå är psykiatri med i samverkansgrupperna.

Kalix och Boden är de enda kommunerna i granskningen som i dagsläget bedriver samverkan med landstingets vuxenpsykiatri gällande samsjuklighet. I Kalix arbetar två CM-utbildade från kommunen tillsammans med två CM-utbildade från landstinget. I Boden finns en CM-utbildad som arbetar tillsammans med CM-utbildad personal i Luleå samt psykiatri i Sunderbyn och primärvården i de båda kommunerna.

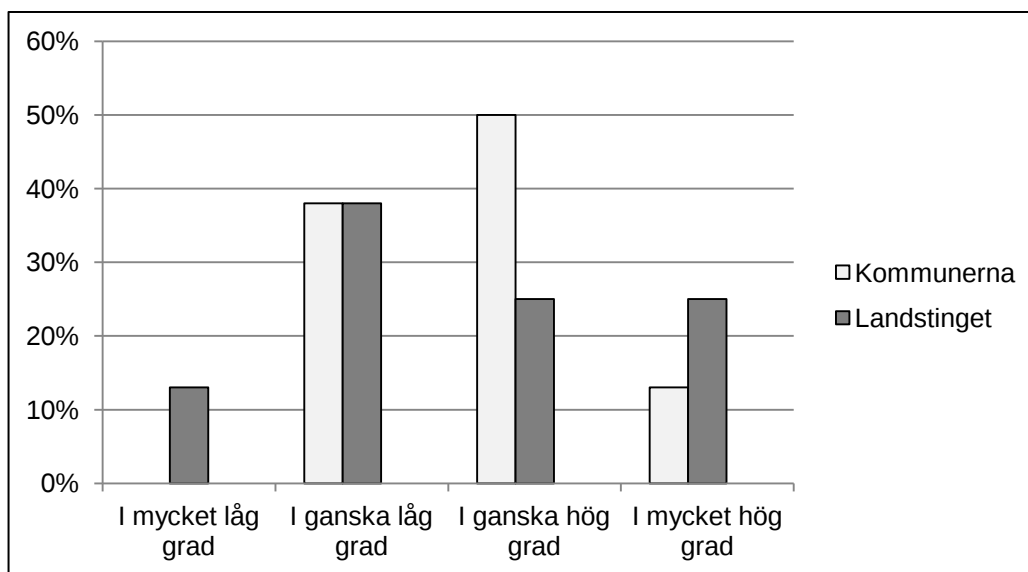
Figur 4. Finns det fungerande forum för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och landsting på övergripande nivå avseende missbruks- och beroendevården?



Enligt Figur 4 ovan framkommer att kommunerna i högre grad än landstinget anser att det finns fungerande forum för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och landsting på övergripande nivå avseende missbruks- och beroendevården. 75 % av de svarande från kommunerna anser att det i ganska eller mycket hög grad finns fungerande samverkansforum medan 25 % anser att det finns i ganska låg grad. 62 % av de svarande inom landstinget uppger att det i mycket eller ganska låg grad finns fungerande samverkansforum medan 38 % anser att det finns sådana forum i ganska eller mycket hög grad.

På frågan om det finns fungerande forum mellan kommun och landstinget avseende samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare (Figur 5 nedan) anser 38 % av de svarande i kommunerna såväl som i landstinget att det i ganska låg grad finns fungerande samverkansforum inom detta område. 50 % av de svarande i kommunerna anser att det i ganska hög grad finns sådana forum, 25 % av landstingets svarande håller med om det. 13 % av kommunernas svarande och 25 % av landstingets svarande anser att det i mycket hög grad finns fungerande samverkansforum kring enskilda patienter/brukare. 13 % av de svarande inom landstinget håller inte alls med om detta och anser att det i mycket liten grad finns fungerande samverkansforum för dessa frågor.

Figur 5. Finns det fungerande forum mellan kommunen och landstinget avseende samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare?



Våra kommentarer kring samverkan i länet

Samtliga kommuner har påbörjat ett arbete kring ett samverkansavtal med primärvården och ibland även vuxenpsykiatri. I en del kommuner är dokumentet fortfarande under konstruktion medan det i andra kommuner är antaget av socialnämnden. Samverkansavtalet anses vara en bra grund för ett fortsatt samarbete mellan huvudmännen, inte minst för att parterna genom framtagande av avtalet fått insikt i varandras arbete. Detta, liksom tydlig ansvarsfördelning och tydliga förväntningar, är viktigt för att ett fungerande samarbete.

Av vikt är att samarbetet inte stannar vid en färdig pappersprodukt utan att parterna även fortsättningsvis arbetar för en fungerande samverkan genom exempelvis regelbundna träffar. Att samverkansavtalet hålls levande genom utvärdering och revidering är en annan parameter som kan föra samverkan mellan de båda huvudmännen framåt.

Vidare kan nämnas att Boden och Kalix är de enda kommunerna i granskningen som i dagsläget bedriver samverkan med landstingets vuxenpsykiatri gällande samsjuklighet via CM-verksamhet. Samverkan kring denna målgrupp ses av många som ett bra komplement till övrig missbruks- och beroendevård i kommunen.

5.3.2. Övertorneå kommuns syn på samverkan

Tillsammans med representanter från primärvården har personal från IFO i Övertorneå som tidigare nämnt påbörjat arbetet med ett samverkansavtal. Det är dock inte färdigställt ännu enligt de intervjuade och det finns inget bestämt datum för när det ska vara klart. Tanken är att socialnämnden ska anta dokumentet när det anses som färdigt. Arbetet med att ta fram samverkansdokumentet har varit bra, inte minst för att förstå varandras arbete menar den inom IFO som är ansvarig för dokumentets framtagande.

Kring gruppen samsjuka i Övertorneå finns inget fungerande samarbete mellan kommunen och landstinget. På individnivå fungerar annars samarbetet med primärvården bättre än tidigare uppger de intervjuade.

Samverkan med polisen i Övertorneå fungerar bra, ett samverkansavtal finns och det kallas *Ett tryggare Övertorneå*. Socialtjänsten uppger att de har möten med polisen, och skolan en gång i månaden. Ibland sker även träffar med kommunens fritidsgård. Vid riskhelger där ungdomar ofta dricker alkohol, exempelvis Lucia och valborgsmässoafton säger de intervjuade att de inom kommunen försöker anordna drogfria alternativ samt vara ute och röra sig bland ungdomarna.

Övertorneå försöker samarbeta med andra kommuner i Östra Norrbotten men detta är något som de intervjuade anser kan förbättras och utvecklas.

5.4. *Kompetens och fortbildning*

Länsstrategin lyfter fram att ”de insatser som erbjuds ska utgå från evidensbaserad praktik, vilket innebär att bästa tillgängliga kunskap utifrån forskning, praktikens beprövade erfarenhet och brukarens erfarenheter och förväntningar vägs samman”.

5.4.1. *Kompetens och fortbildning i länet*

Genom den nationella satsningen *Kunskap till praktik* har Norrbottens kommuner och landstinget erbjudits ett antal utbildningsinsatser via Kommunförbundet i Norrbotten. Exempel på utbildningar är Audit, Dudit, MI, ASI samt utbildning inom ÅP (se bilaga 2 för förklaringar av förkortningarna ovan). I början var dessa utbildningar gratis och många kommuner passade då på att utbilda den personal som arbetar inom missbruks- och beroendevården. I nuläget ges utbildningarna till självkostnadspris. Enligt Kommunförbundet i Norrbotten har kommunerna stått för 75 % av deltagandet medan landstinget, och då främst psykiatrin, stått för 25 %.

I samtliga kommuner framkommer enligt intervjuerna behov av utbildning inom nya droger och framförallt såkallade nätdroger. Nya droger uppkommer ständigt och vikten av att hålla sig ajour poängteras i många av intervjuerna. Hos de flesta kommunerna finns tid ej avsatt under arbetsdagen till att uppdatera sig inom området. Det är istället något som flera av de intervjuade gör hemma under kvällstid.

Våra kommentarer kring kompetens och fortbildning i länet

Förutom de utbildningar som Kommunförbundet erbjudit via *Kunskap till praktik* är det få inom kommunerna som gått någon utbildning de senaste åren. Detta uppges bero på såväl tidsbrist som utbildnings-/kostnadsstopp. I samtliga kommuner efterfrågas ökad kunskap kring nya droger och i några kommuner även kunskap kring hur kvinnliga missbrukare lättare upptäcks och hur de ska bemötas. Inom andra kommuner efterfrågas ökad kunskap om missbruk hos unga.

De flesta kommuner som deltar i granskningen har någon form av handledning för den personal som arbetar med missbruks- och beroendevård. Extern handledning anses vara att föredra och i flertalet kommuner, exempel Pajala och Kalix anser de

intervjuade att handledningen är tillräcklig. Ett fåtal kommuner, exempelvis Jokkmokk har intern handledning medan Boden inte fullt ut hittat formerna för handledning i dagsläget.

5.4.2. *Kompetens- och fortbildning i Övertorneå kommun*

Även i Övertorneå har personal till viss del deltagit i de utbildningar som Kommunförbundet i Norrbotten erbjuder via *Kunskap till praktik*. Överlag upplever personal som arbetar inom missbruks- och beroendevården i kommunen att de inte har möjlighet att delta i utbildningar i samma utsträckning som andra kommuner i länet. Resurs- och tidbrist anges som orsaker till varför personalen sällan kommer iväg på utbildningar och andra fortbildningsinsatser.

Den personal som arbetar med öppenvård i kommunen säger sig ha gått utbildning i MI och önskar nu ökad kompetens inom återfallsprevention.

5.5. *Tillgång till insatser*

Via *Länsstrategin* framgår att varje kommun tillsammans med landstinget måste analysera vilka insatser som krävs för att leva upp till strategins intentioner. Vidare tydliggör länsstrategin att insatser för personer med missbruks- och beroendeproblematik ska ha utgångspunkt i den enskildes behov vare sig det gäller riskbruk, skadligt bruk eller beroende och bygga på evidensbaserade metoder.

5.5.1. *Tillgång till insatser i länet*

Mellan länets kommuner skiljer sig vårdutbud, befolkningsstruktur, behov och andra förhållanden. I dessa olika avseende finns skillnader mellan kommunerna som innebär att frågan om det finns en likvärdig missbruks- och beroendevård är relevant att ställa.

Representanter från samtliga kommuner anser att det tidiga och förebyggande arbetet i olika grad behöver utvecklas för att minska risken att unga vuxna hamnar i missbruk och/eller beroende. I en del kommuner uppges detta vara ett uttalat mål från politiken. Inom missbruks- och beroendevården i Kalix, Pajala och Boden finns det möjlighet att genom en servicefunktion prata med behandlingspersonal några gånger innan det blir ett ärende som journalförs. De intervjuade i dessa tre kommuner upplever att de på så sätt har möjlighet att komma i kontakt med individer som har missbruks- och/eller beroendeproblem i ett tidigare stadium. Upptäckt och tidig intervention sker både hos kommunerna och inom landstinget, då främst primärvården.

Tillnyktring kan vid medicinskt svåra fall ske inom slutenvård men vanligtvis sker detta i hemmet. Avgiftning är landstingets ansvar men enligt flertalet av de intervjuade i kommunerna kan det ibland vara svårt att få tillgång till den insatsen. Detta gäller främst bland- eller narkotikamissbrukare. Boden har löst det problemet genom den gemensamma Mob:en där tillgång till specialist och slutenvård finns. Övriga kommuner uppger att de förlitar sig på landstinget eller köper in avgiftning via behandlingshem.

Genom intervjuerna framgår att öppenvårdsinsatser erbjuds i varierande grad hos de kommuner som ingår i granskningen. Flertalet kommuner, och då framförallt de lite större, har en välfungerande öppenvård där olika program samt utrednings- och behandlingsmetoder erbjuds. Exempel på dessa kan vara Audit, Dudit, ASI, CRA, ÅP, MI samt haschprogrammet. (se Bilaga 2 för förkortningsförklaringar) Dessa behandlingar och program utförs hos de flesta kommuner av behandlare eller behandlingsassistenter. Hos några kommuner finns fältarbetare som arbetar mer ute i samhället och hemma hos brukarna med bland annat stödinsatser.

I de flesta kommuner finns uttalat att öppenvård generellt ska prioriteras och prövas fullt ut innan det blir aktuellt med frivillig- eller tvångsplaceringar på behandlingshem. Detta för att hålla kostnaderna för missbruks- och beroendevården under kontroll. Om behandlingshem blir aktuellt väljs detta ofta ut tillsammans med brukaren och behoven styr till vilket behandlingshem personen i fråga skickas.

CM-insatser för samsjuklighet går i dagsläget att få i Boden och Kalix där ett fungerande samarbete finns mellan socialtjänsten i kommunen och vuxenpsykiatri inom landstinget. Även Pajala, Gällivare och Kiruna har utbildad CM-personal men de har svårt att erbjuda dessa insatser sedan vuxenpsykiatri i Gällivare brutit samverkansavtalet.

Våra kommentarer kring insatser i länet

I de flesta kommuner framgår att öppenvård ska prioriteras och vikten av att brukarna i första hand får hjälp på hemmaplan lyfts fram. Många av kommunerna har under senare år haft ett ökat antal placeringar och förhoppningar finns om att dessa ska minska i och med ökad öppenvård. De insatser som erbjuds varierar mellan kommunerna, vilket delvis är förståeligt med tanke på kommunernas storlek och befolkningsstruktur. I flera av kommunerna, exempelvis Boden och Kalix finns en väl utbyggd öppenvård medan andra kommuner inte erbjuder öppenvårdsinsatser i samma utsträckning. Även möjligheten till slutenvård, exempelvis abstinensvård, inom landstingets verksamhet skiljer sig åt mellan olika delar av länet. Detta leder till frågor om likvärdig vård erbjuds alla medborgare i Norrbotten?

Även tillgång till insatser för individer med samsjuklighet skiljer sig åt i länet. Boden och Kalix som tillsammans med landstinget har fungerande CM-verksamhet har större möjlighet än övriga kommer att nå och hjälpa målgruppen samsjuka.

5.5.2. Tillgång till insatser i Övertorneå kommun

De intervjuade uppger att det i Övertorneå finns dåligt med öppenvårdsinsatser att tillgå i kommunen. Den öppenvård som erbjuds är genom socialpsykiatri, cirka tio timmar i veckan ägnar denna enhet åt att besöka individer med missbruks- och beroendeproblem i deras hem. Till viss del erbjuder de motiverande samtal, tipsar om myndighetskontakter och ser till att brukaren har en dräglig tillvaro. Även hos de socialsekreterare som arbetar med missbruk och beroende finns möjlighet till stödsamtal uppger personal inom IFO. Diskussioner pågår i kommunen hur öppenvården ska kunna utvecklas, enligt några av de intervjuade kan det ske genom

att fler öppenvårdsinsatser köps in, att kommunen samverkar med andra kommuner eller att kommunen utvecklar den egna öppenvården.

Vid behov köper kommunen idag platser vid behandlingshem, brukarens behov styr vilket behandlingshem som anlitas.

5.6. Uppföljning

I *Länsstrategin* framgår att med uppföljningar avses främst aktiviteter som görs för att ta reda på hur förloppet utvecklar sig och om de vidtagna insatserna är tillräckliga. Ibland kan det vara aktuellt med samordning av uppföljningar mellan kommun och landsting medan det ibland räcker att den ena huvudmannen gör uppföljningar.

5.6.1. Verksamhetsövergripande uppföljning

På länsnivå skiljer sig inte det sammantagna resultatet mellan olika delar av Norrbotten och mellan kommunerna. I stort sett görs ingen gemensam uppföljning mellan kommun och landsting på övergripande nivå. På Missbruks- och beroendeenheten som landstinget driver tillsammans med Boden och Luleå görs övergripande uppföljningar genom verksamhetsrapporter som innehåller statistik gällande den vård som ges vid enheten. I övrigt görs inga övergripande uppföljningar inom landsting gällande missbruks- och beroendevård.

I kommunerna uppges att det på verksamhetsnivå görs en del uppföljningar. Detta skiljer sig åt mellan kommunerna men där uppföljningar görs gäller det ofta nyckeltal såsom placeringar och kostnader samt vård dygn. Detta rapporteras till nämnden. Generellt görs inga övergripande uppföljningar av grupper av missbrukare eller de insatser som erbjuds inom öppenvården hos kommunerna.

I Övertorneå rapporterar socialchefen övergripande uppföljningar om hur verksamheten går liksom hur det ser i samhället, hur många individer som verkar vara i riskbruk, missbruk eller beroende till nämnden. Någon gång då och då kommer socialsekreterare till nämnden och drar fall som rör missbruks- och beroendevården i kommunen. Nationella riktlinjer följs upp genom "Öppna jämförelser" som Socialstyrelsen gör. I övrigt görs inga uppföljningar av missbruks- och beroendevården på övergripande nivå i kommunen, de intervjuade ser detta som ett område med utvecklingspotential.

5.6.2. Uppföljning på individnivå

Avseende uppföljningar på individnivå framkommer inte heller här några större skillnader på länsnivå eller på kommunnivå. Mellan landstinget och kommunerna görs få gemensamma uppföljningar på individnivå, oavsett del av länet. Genom de intervjuer som gjorts framgår det även att landstinget själva inte gör några direkta uppföljningar på individnivå förutom på Missbruks- och beroendeenheten.

Hos kommunerna upprättas i regel en arbetsplan (kan ibland kallas vårdplan) av socialsekreterarna och hos de flesta kommuner görs sedan en genomförandeplan av öppenvårdspersonalen. Dessa planer följs upp med jämna mellanrum, var tredje till var sjätte månad eller vid behov är vanligast.

Socialsekreterarna inom IFO i Övertorneå upprättar en plan för brukarna, uppföljningar görs i mån av tid, detta är något som personal inom IFO anser behöver förbättras. Personal inom öppenvården gör inga planer och uppger att de inte känner till om de brukare de träffar har några vård- eller genomförandeplaner.

November 2012

Fredrik Markstedt, Projektledare



Hans Forsström, Uppdragsledare

Bilaga 1 Sammanställning av enkäter

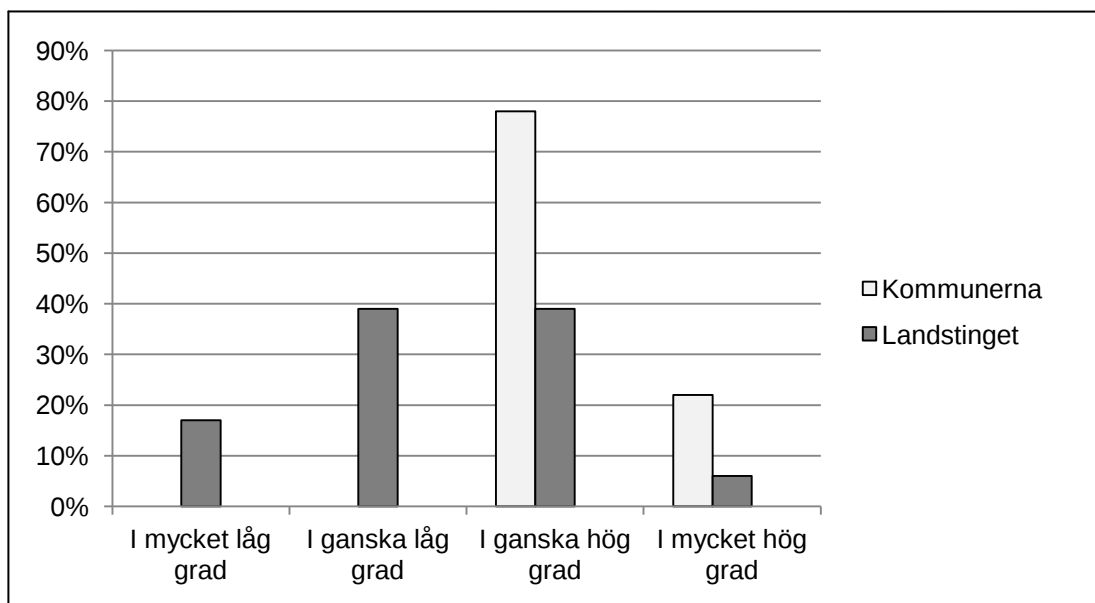
Missbruksvård i sju av Norrbottens kommuner samt Norrbottens läns landsting

I maj skickades två enkäter gällande missbruks- och beroendevården ut. En enkät gick till de i granskningen deltagande kommunerna Boden, Gällivare, Jokkmokk, Kalix, Kiruna, Pajala och Övertorneå. Den andra enkäten gick ut till personal inom landstinget i Norrbotten. Svarsfrekvensen hos kommunerna varierade mellan åtta till nio personer av totalt 15 tillfrågade och är besvarad av socialchefer, IFO-chefer eller motsvarande samt enhetschefer och arbetsledare. Inom Norrbottens läns landsting svarade mellan 16 och 18 personer av 24 tillfrågade på enkäten, dessa arbetar antingen som divisionschefer, länschefer, verksamhetschefer, enhetschefer samt läkare. Totalt svarade 27 personer på enkäterna.

I denna bilaga har resultaten från de båda enkäterna slagits samman till ett resultat vilket ger en samlad bild från de båda huvudmännen, kommuner och landsting, över situationen gällande missbruks- och beroendevården i länet.

1. Anser du att det inom din organisation finns tydliga mål/uppdrag för missbruks- och beroendevården?

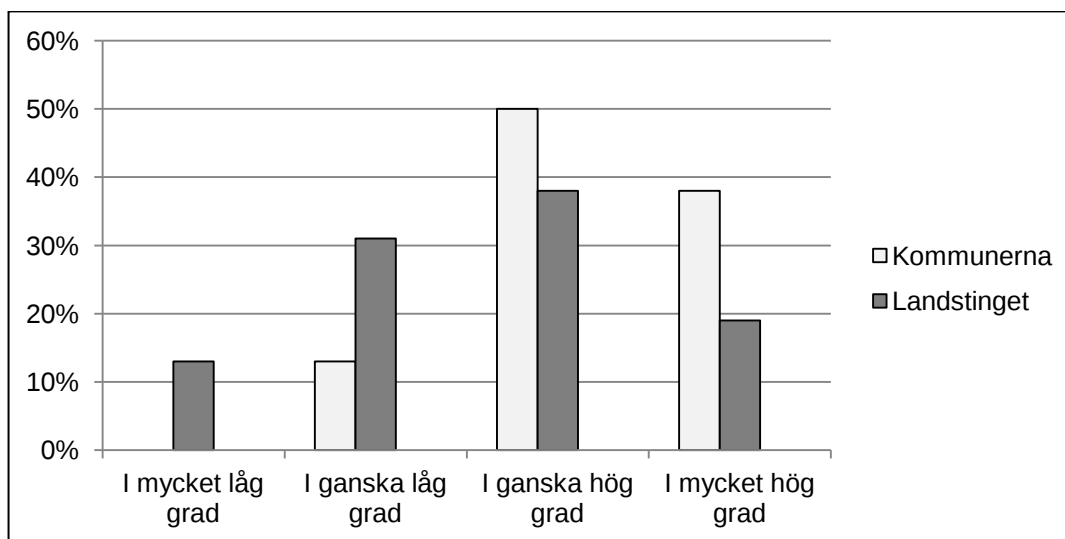
Antal svarande: 27 st (kommunerna 9 landstinget 18)



Kommentar: Diagrammet visar att kommunerna i större utsträckning än de svarande inom landstinget anser att det inom sin organisation finns tydliga mål/uppdrag för missbruks- och beroendevården

2. Är kommunernas och landstingets ansvarsområden avseende vårdkedjan för missbruks- och beroendevård tydliga?

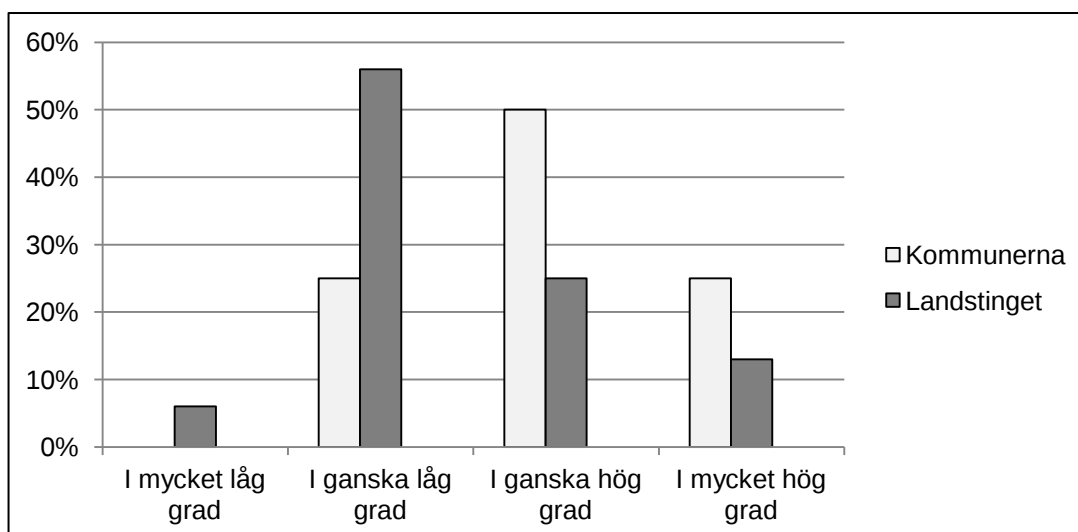
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: Enligt diagrammet anser kommunerna att ansvarsområdena avseende vårdkedjan för missbruks- och beroendevården i något högre grad är tydliga än vad landstingets svarande anser. 88% av de svarande från kommunerna anse att ansvarskedjan är ganska eller mycket tydlig.

3. Finns det fungerande forum för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och landsting på övergripande nivå avseende missbruks- och beroendevården?

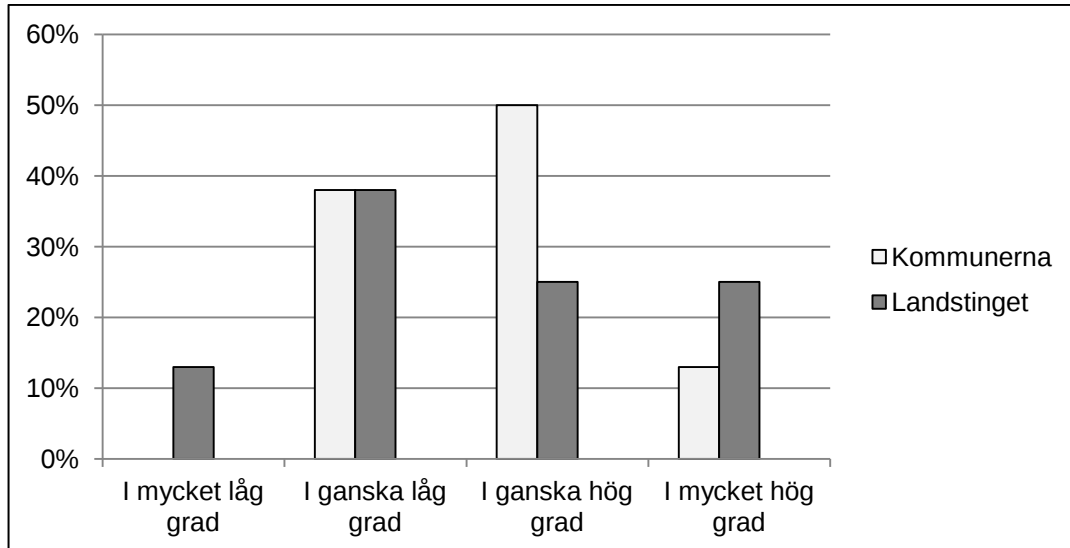
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: Huvuddelen, 50 % av de svarande i kommunen anser att de i ganska hög grad finns fungerande forum för samverkan och informationsutbyte på övergripande nivå avseende missbruks- och beroendevården. Huvuddelen, 56 % av de svarande i landstinget anser att det finns i ganska låg grad.

4. Finns det fungerande forum mellan kommunen och landstinget avseende samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare?

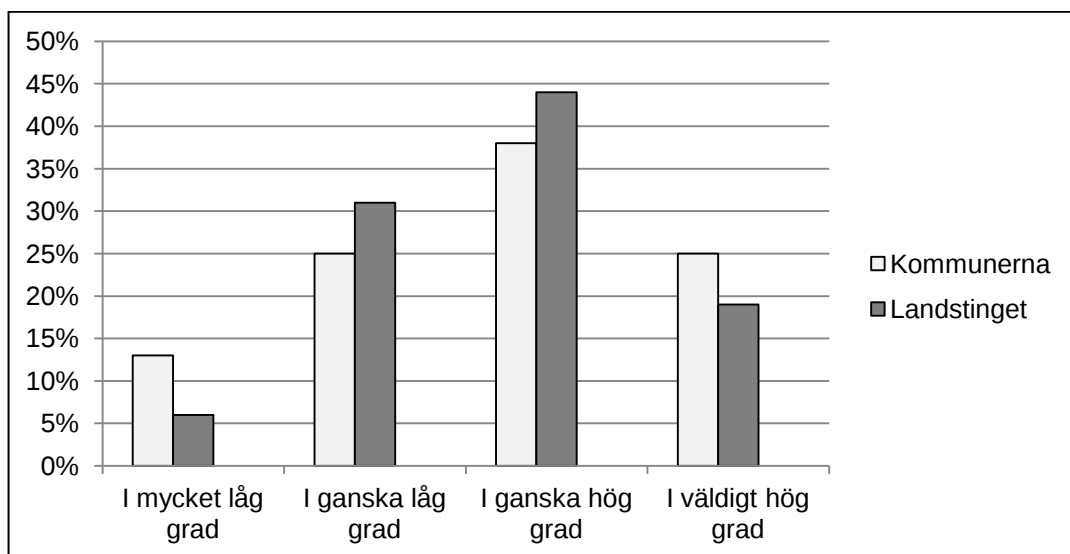
Antal svarande: 24 (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: Svaren inom främst landstinget men även kommunerna är relativt spridda. Hälften av kommunerna, anser att det i ganska hög grad finns fungerande forum för samverkan kring enskilda patienter/brukare, 38 % av landstingets svarande och kommunens svarande anser att det i ganska låg grad finns fungerande forum.

5. Finns gemensamma insatser från kommunerna och landstinget för personer med samsjuklighet, ex missbruk eller beroende och psykisk sjukdom eller störning?

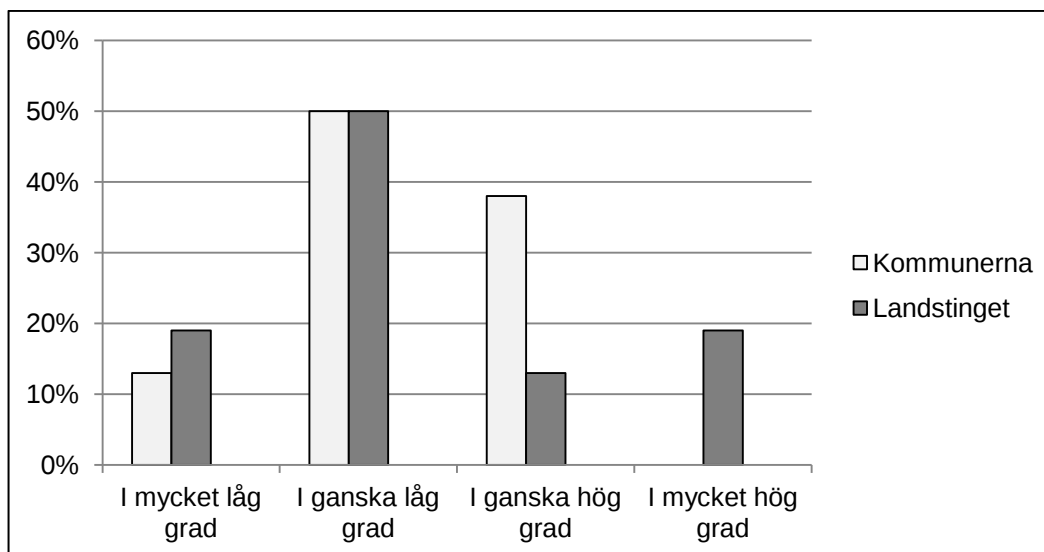
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: Svaren är spridda såväl inom landstinget som hos kommunerna. Flest anser att det i ganska hög grad finns gemensamma insatser från kommunerna och landstinget för personer med samsjuklighet.

6. Finns gemensamma insatser från kommunerna och landstinget för missbruk eller beroende (bortsett från samsjuklighet)?

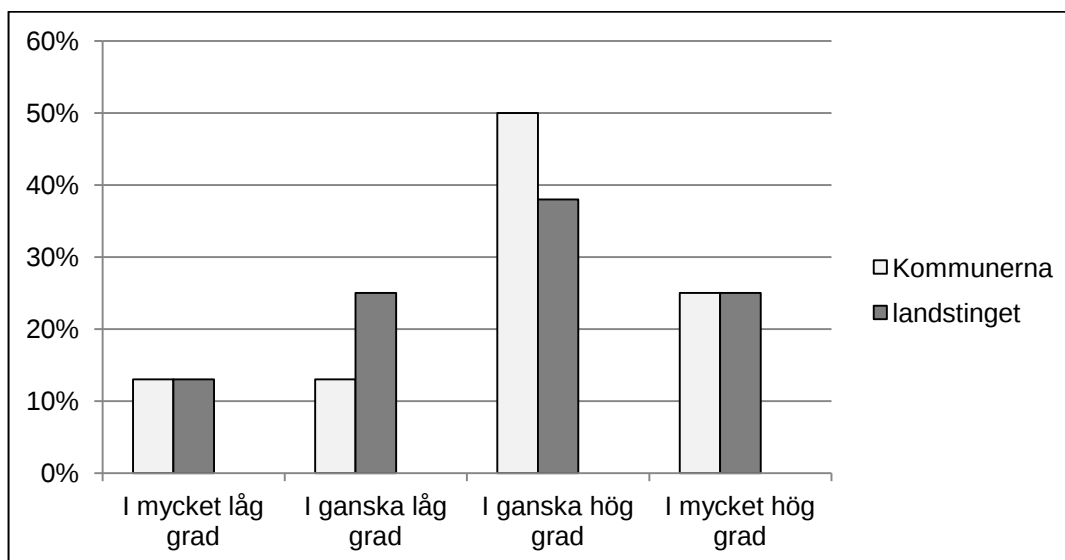
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: 50 % inom landstinget och kommunerna anser att det i ganska låg grad finns gemensamma insatser från kommuner och landsting för missbruk- och beroende bortsett från samsjuklighet. 38 % inom kommunerna anser att det finns i ganska hög grad.

7. Finns det tillräcklig tillgång till abstinensvård (avgiftning) som ett led i planerad behandling?

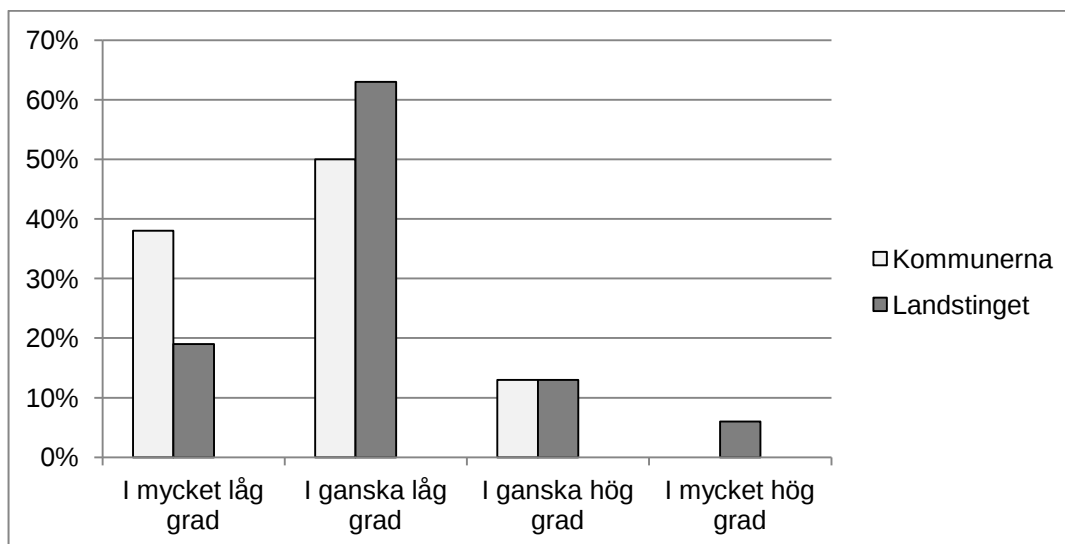
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: Svaren från både kommuner och landsting är spridda. Inom kommunerna anser 50 % att det i ganska hög grad finns tillräcklig tillgång till abstinensvård och inom landstinget är siffran 38 %.

8. Utförs det gemensamt mellan kommunen och landstinget övergripande uppföljningar av insatser avseende personer med missbruks- och beroendeproblematik?

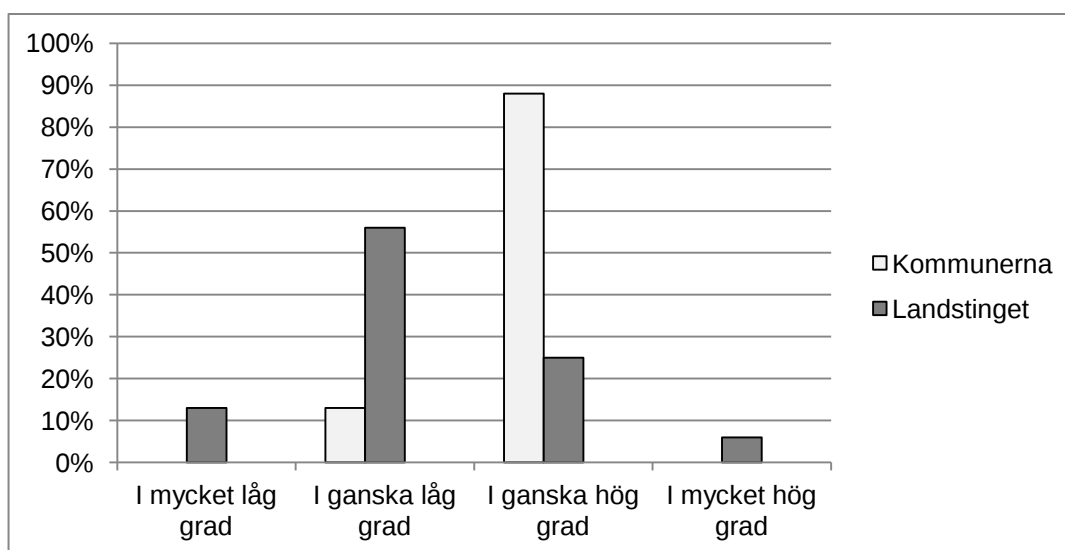
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: 88 % av de svarande inom kommunerna anser att det i mycket låg eller ganska låg grad utförs gemensamma övergripande uppföljningar av insatser avseende personer med missbruks- och beroendeproblematik. Inom landstinget anser 63 % att det i ganska låg grad görs sådana uppföljningar.

9. Anser du att det inom din verksamhet görs en tillräcklig uppföljning av insatser avseende personer med missbruks- och beroendeproblem?

Antal svarande. 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



Kommentar: 88% av de svarande i kommunerna anser att det i ganska hög grad inom sin verksamhet görs tillräckliga uppföljningar av insatser för personer med missbruks- och beroendeproblem. 56 % av de svarande i landstinget tycker att det görs i ganska låg grad.

Bilaga 2

Förklaringar av förkortningar

ASI är en intervjumetod som används för bedömning av problemtyngd och hjälpbehov samt uppföljning av insatser respektive klienter och patienter med alkohol- och narkotikaproblem.

AUDIT är ett frågeformulär som används för att identifiera alkoholproblem hos en individ.

CM står för Case Management och är en samordning av psykiatriska och missbruksinriktade insatser för personer med samsjuklighet, det vill säga personer som både har en missbruks- och beroendeproblematik samtidigt som de lider av en psykisk störning. Den samlade uppfattningen är att psykiskt störda missbrukare med komplexa vårdbehov behöver samtidiga insatser för att kunna förändra och förbättra sin livssituation.

CRA är en behandlingsmetod som innebär att det görs en noggrann kartläggning av tankar och känslor som gör att en person fortsätter missbruka eller återfaller i missbruk.

DUDIT är ett frågeformulär som används vid identifiering av narkotikaproblem hos en individ.

HVB står för hem får vård eller boende och är en institution som på uppdrag av kommuner erbjuder boende till personer som är i behov vård och stöd.

LVM är en förkortning för Lag om vård av missbrukare och är en tvångslag som kompletterar Socialtjänstlagen.

MI står för motiverande samtal (motivational Interviewing) och är en form av psykosocial behandling.

MoB:en står för Missbruks- och beroendeenheten och är ett samarbete mellan Bodens kommun och Luleå kommun samt landstingets vuxenpsykiatri där patienter tas emot för tillnyktring och abstinensvård inom slutenvård.

SOL är en förkortning för Socialtjänstlagen som utgör grunden för att socialtjänstverksamhet i Sverige.

ÅP står för återfallsprevention