
Revisionsrapport

Granskning av missbruks- och beroendevården

Gällivare 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.	Gällivare kommun.....	12
5.2.	Ansvarsfördelning mellan kommunen och landstinget	13
5.2.1.	Övergripande ansvarsfördelning.....	13
5.2.2.	Landstingets syn på ansvarsfördelningen.....	14
5.2.3.	Kommunernas syn på ansvarsfördelningen	15
5.2.4.	Gällivare kommuns syn på ansvarsfördelningen	16
5.3.	Rutiner för samverkan	16
5.3.1.	Samverkan mellan kommunerna och landstinget.....	16
5.3.2.	Gällivare kommuns syn på samverkan	19
5.4.	Kompetens och fortbildning.....	20
5.4.1.	Kompetens och fortbildning i länet.....	20
5.4.2.	Kompetens- och fortbildning i Gällivare kommun	20
5.5.	Tillgång till insatser	21
5.5.1.	Tillgång till insatser i länet	21
5.5.2.	Tillgång till insatser i Gällivare kommun.....	22
5.6.	Uppföljning.....	23
5.6.1.	Verksamhetsövergripande uppföljning.....	23
5.6.2.	Uppföljning på individnivå.....	24

Bilagor

Bilaga 1 Sammanställning av enkätsvar

Bilaga 2 Förklaring av förkortningar

1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Gällivare kommun har PwC genomfört en granskning avseende kommunens missbruks- och beroendevård. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning. Denna granskning har genomförts i samverkan mellan Gällivare kommuns revisorer och revisorerna i sex andra kommuner: Boden, Kalix, Jokkmokk, Övertorneå, 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 Gällivare kommun finns övergripande mål på för socialnämnden nedbrytning till viss del knyter an till mål gällande missbruks- och beroendevården. Mål för missbruks- och beroendevården berör i stor utsträckning användande av utredningsmetoden ASI. I övrigt finns inga mål som specifikt berör missbruks- och beroendevården i kommunen.

Vår bedömning är att det till viss del finns behov av att förtydliga missbruks- och beroendevårdens uppdrag i kommunen. Vi ser även behov av att identifiera och upprätta ytterligare mål för missbruks- och beroendeverksamheten samt att implementera dessa hos verksamhetens personal.

Ansvarsfördelning mellan kommunen och landstinget

Vår bedömning är att socialnämnden genom *Länsstrategin* samt samverkansavtalet med vuxenpsykiatri och primärvården inom landstinget lagt en god grund för ett förtydligande av ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen.

Vår bedömning är att brister i ansvarsfördelningen förekommer i Gällivare och då främst i kontakter med vuxenpsykiatri och kring abstinensvård för bland- och narkotikamissbrukare samt gruppen samsjuka individer. Inom ramen för granskningen har det framkommit att personal inom kommunen upplever att landstingets olika divisioner inte alltid har koll på ansvarsfördelningen gällande missbruks- och beroendefrågor. Det som speciellt lyfts upp i Gällivare är att vuxenpsykiatri inte alltid tar sitt ansvar inom missbruks- och beroendevården.

Rutiner för samverkan

Vår bedömning är att det samverkansavtal som tagits fram mellan socialförvaltningen och primärvården samt vuxenpsykiatri inom landstinget, 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 kommunen och landstinget gällande missbruks- och beroendefrågor överlag fungerar relativt bra i Gällivare. Dock finns det påtagliga brister gällande samverkan kring samsjuka individer sedan vuxenpsykiatrien sagt upp samverkansavtalet kring metoden Case Management (CM), som riktar sig mot individer med psykisk ohälsa samt missbruks- och/eller beroendeproblematik.

Kompetens- och fortbildning

Vår bedömning är att socialnämnden via den nationella satsningen *Kunskap till praktik* i flera avseenden säkerställt en grundläggande kompetensnivå för flertalet medarbetare som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik. De flesta som arbetar inom missbruks- och beroendevården i Gällivare har lång erfarenhet inom området och samtliga har dessutom tillgång till extern handledning.

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 flera avseenden finns tillräcklig tillgång på öppenvårdsinsatser i Gällivare. Evidensbaserade metoder används och vid behov köper kommunen platser vid behandlingshem. Brukarens behov styr såväl behandlingsmetod inom öppenvården som val av behandlingshem i de fall placeringar blir aktuella. Kommunen köper två stående platser vid behandlingshemmet i Moskojärvi.

Vår bedömning är att det finns fortsatt utvecklingspotential gällande det förebyggande arbetet med missbruk och beroende i kommunen. Dessutom bedömer vi att det finns behov av att se över risken för glapp i vårdprocessen när en brukare kommer hem till kommunen från ett behandlingshem.

I dagsläget finns inga riktade insatser för individer med samsjuklighet sedan landstinget sagt upp samverkansavtalet kring denna grupp av individer.

Uppföljning

Vår bedömning är att uppföljningen och utvärderingen av missbruks- och beroendevården på övergripande nivå inte är tillräcklig. Nämnden får två gånger per år uppföljningar från Biståndsenheten och då och då berättar socialsekreterarna om aktuella ärenden. 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.

På individnivå är vår bedömning att förutsättningarna finns för en tillräcklig uppföljning via upprättade arbetsplaner och tillhörande genomförandeplaner.

Dessa följs upp i ett tidsintervall på 3 till 6 månader beroende på insats och behov samt kännedom om kund.

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;

- Ytterligare identifierar, upprättar och implementerar mål för missbruks- och beroendevården i kommunen samt tydliggör verksamhetens uppdrag
- Utreder varför brister i ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget uppstår kring abstinensvård samt gruppen samsjuka och verkar för att denna ansvarsfördelning ytterligare förtydligas och att parterna efterlever den
- Verkar för en mer strukturerad samverkan med landstinget kring gruppen samsjuka samt säkerställer att denna grupp av individer med missbruks- och/eller beroendeproblematik inte faller mellan huvudmännens stolar
- 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*

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Missbruks- och beroendevården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingskede. 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 sjukvårdslagen (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 Gällivare kommuns revisorer och revisorerna i sex andra kommuner; Jokkmokk, Kalix, Övertorneå, 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 intervjuer.

I Gällivare har följande nio personer intervjuats för denna granskning; socialchef, enhetschef Biståndsenheten, 1:a socialsekreterare, tre socialsekreterare från Biståndsenheten samt tre öppenvårdsbehandlare.

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

I dokumentgranskning har för Gällivares och övriga kommuners del bland annat *Länsstrategin*, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser ingått liksom rutindokument och riktlinjer, handlingsöverenskommelser, organisationskisser 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.

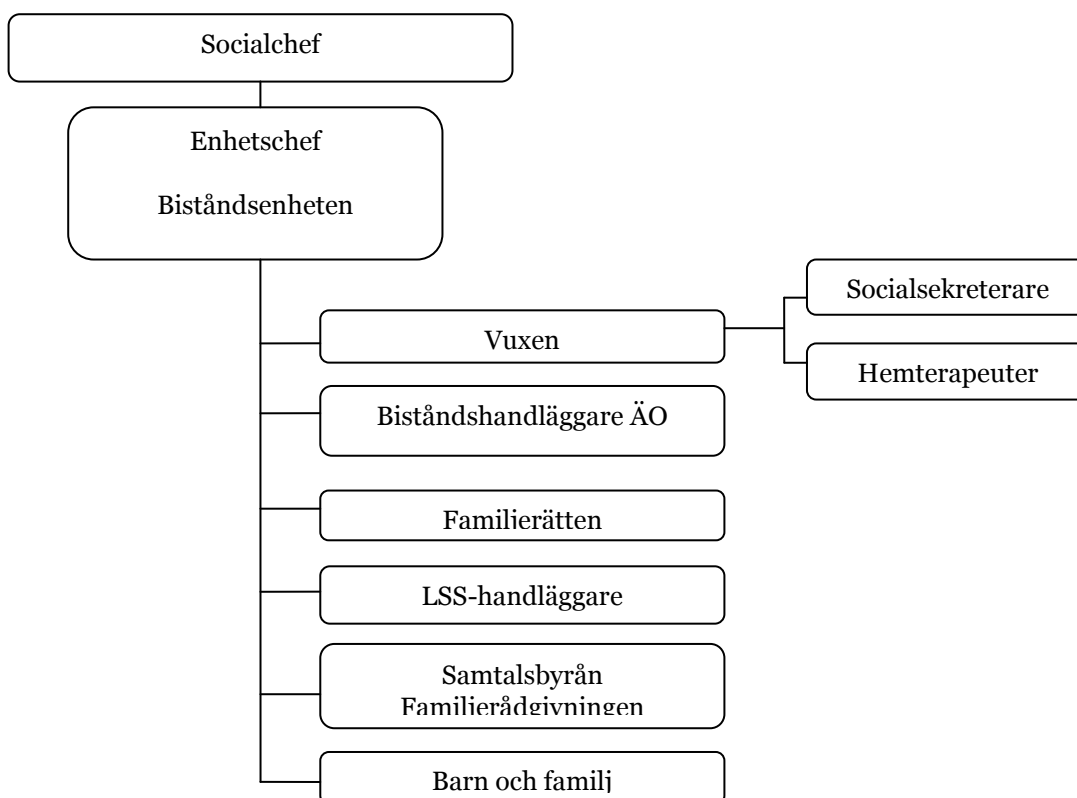
På lokal nivå har de kommunala parterna åtagit sig att bland annat tillsätta en styrgrupp i vilken cheftjänstemän från socialtjänst och hälso- och sjukvård på lokal nivå ingår samt att initiera arbetet med en gemensam samverkansöverenskommelse som tydliggör vårdkedjan, de olika aktörernas ansvar och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

4. Organisation

Missbruksvården i Gällivare kommun är organiserad inom Socialförvaltningen och under Biståndsenheten. Inom denna enhet finns två 1:a socialsekreterare samt avdelningarna Biståndshandläggning ÄO, LSS-handläggare, Barn och familj, Familjerätten, Samtalsbyrå/familjerådgivning samt avdelningen Vuxen, i vilken missbruksvården ingår.

Vuxengruppen tar emot individer som är i behov av stöd och hjälp med missbruks- eller beroendeproblematik. Inom vuxengruppen arbetar sex personer, tre socialsekreterare och tre hemterapeuter/öppenvårdsbehandlare. De tre socialsekreterarna utreder behov av insatser till vuxna över 18 år och de tre öppenvårdsbehandlarna verkställer dessa.

Figur 1 Organisationsschema för Biståndsenheten med vuxengruppen



5. Granskningsresultat

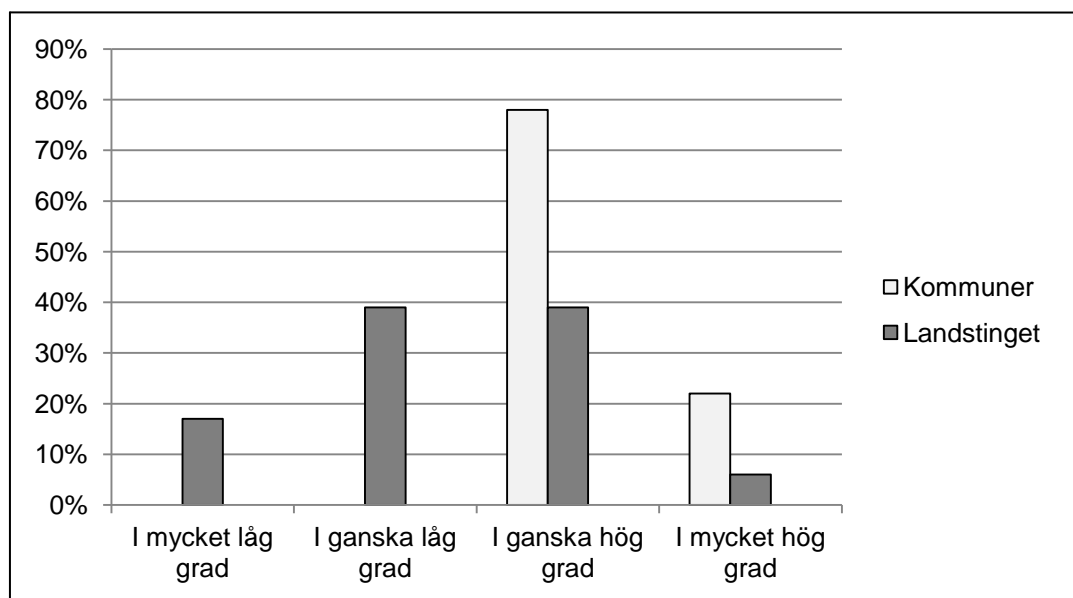
5.1. Mål och uppdrag

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.

Våra kommentarer kring mål och uppdrag i länet

I många av kommunerna finns brister gällande utformningen av mål och uppdrag kring missbruksvården och/eller förankringen av dessa hos personalen. Den kommun som kommit längst i arbetet med tydliga mål och uppdrag kring missbruks- och beroendevården är Boden. Även i Gällivare anser personalen att uppdraget är relativt tydligt, trots att övergripande mål för verksamheten inte finns nedskrivna. I några av kommunerna, exempelvis Kiruna och Pajala arbetar personal fortfarande efter föregående års mål och verksamhetsplaner eftersom inga nya antagits för missbruks- och beroendevården i kommunen. Det finns även kommuner i denna jämförande granskning med antagna mål för missbruks- och beroendevården, men som inte är kända av personal i verksamheten.

5.1.2. Gällivare kommun

Socialnämnden i Gällivare har antagit Länsstrategin för missbruks- och beroendevård i början av 2012 och den uppges ligga till grund för arbetet med missbruks- och beroendevården i kommunen. I Socialnämndens verksamhetsplan för 2012 framgår bland annat det uttalade målet att *medborgarna ska ha en hälsosam uppväxt, ett bra liv mellan ungdom och ålderdom samt en trygg ålderdom*. Ett av de mått som används för att undersöka om målet uppnåtts är att 100 % av alla nybesök gällande vuxna missbrukare ska utredas och följas upp enligt ASI-metoden. Detta mål med tillhörande mått finns även med i Socialförvaltningens handlingsplan för 2012 samt Biståndsenhetens handlingsplan för samma år. Biståndsenheten har dessutom en ASI-plan där det framgår hur de ska arbeta med ASI-metoden. I övrigt finns inga mål som specifikt berör missbruks- och beroendevården. Personal som arbetar med missbruks- och beroendevård i Gällivare uppger, att mål och uppdrag i övrigt har blivit tydligare sedan systemet med styrkort infördes.

Tillsammans med psykiatrin och primärvården har representanter från kommunen utvecklat samverksansdokumentet *Lokal handlingsplan för socialtjänsten och landstinget i arbetet med personer med missbruks- och beroendeproblematik i Gällivare*. Dokumentet reglerar de övergripande samarbetsformerna kring personer med missbruks- och beroendeproblem i Gällivare kommun och bygger på de *Nationella riklinjerna för missbruks- och beroendevård (2007)*. I handlingsplanen framgår bland annat att uppdraget att upptäcka, ge tidiga insatser och förebygga missbruks- och beroendeproblem ligger på såväl primärvården, akutmottagningar, mödravård, BVC, psykiatrin, företagshälsovården, ungdomsmottagningar samt kommunens socialtjänst. I övrigt förekommer inga mål eller förtydligande om uppdrag i dokumentet.

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 ”heldygnsvård” under medicinskt kontrollerade former. Det finns således ett flertal vård- och behandlingsformer vid tillnyktring och abstinensvård.

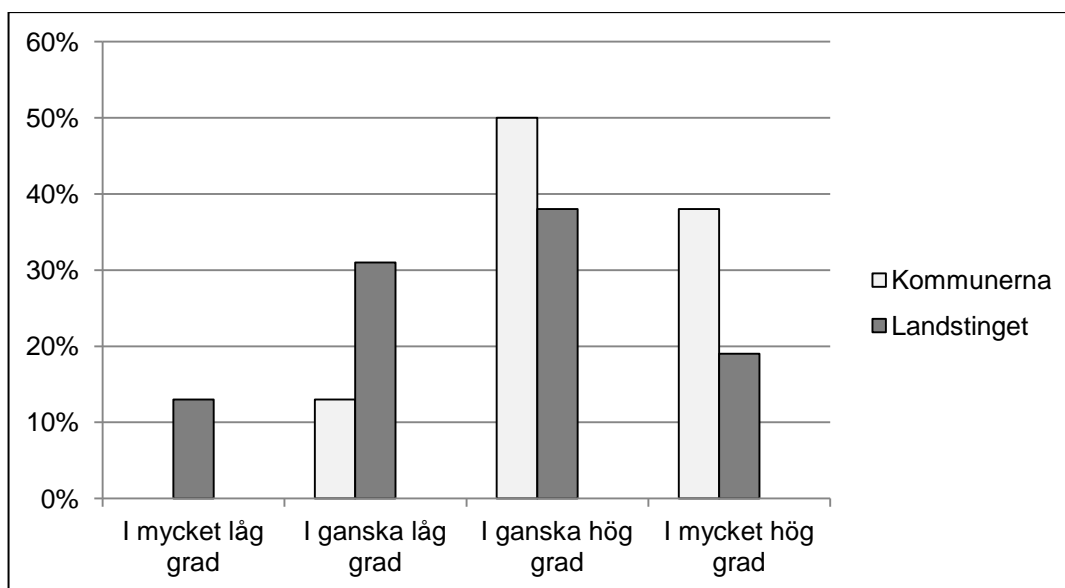
Långsiktig behandling kan ske via t ex läkemedelsbehandling, substitutionsbehandling², medicinsk omvårdnad, psykosocial behandling samt kognitiv beteendeterapi. Grundprincipen är att kommunen ansvarar för psykosocial behandling och landstinget för medicinsk behandling. Behandling kan även ske vid hem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

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.

Ansvaret 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.

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 vuxenpsykiatri sviktar i sitt ansvarstagande. Till exempel nämns negativa effekter av att vuxenpsykiatri 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 vuxenpsykiatri vara en aktör att räkna med inom missbruksvården, exempelvis när det gäller poliklinisk abstinensbehandling. I Kiruna identifieras en stor osäkerhet kring vad vuxenpsykiatri kan och vill bidra med avseende missbruksvården. Flera personer inom både

kommunerna och landstinget menar att det inte råder en jämlik missbruks- och beroendevård i länet, bland annat på grund av att vuxenpsykiatrins 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. Gällivare kommuns syn på ansvarsfördelningen

I Gällivare anser inte de intervjuade att kostnadsfrågan för abstinensvård är ett stort bekymmer, landstinget står i stort sett alltid för kostnaden. Endast i undantagsfall skickas brukare till behandlingshemmet Renkronan för abstinensvård och då gäller det drog- eller blandmissbruk. Däremot finns det inget fungerande system för att få in en individ på avgiftning utan det beror i hög grad på vilken läkare som gör bedömningen. I perioder upplever personalen vid Biståndsenheten att de får in fler personer på avgiftning och ibland färre. Medicinavdelningen på sjukhuset ska ta hand om behandlingar av alkoholabstinens, vilket överlag fungerar bra. Psykiatrin ska ta hand om abstinensvården för de individer som har ett narkotikamissbruk och det fungerar inte alltid lika bra. Ofta kommer brukaren in akut och då kan det ibland uppstå problem kring vems ansvar patienten är.

De intervjuade i kommunen uppger att ansvarsfördelningen gällande missbruksvården i övrigt fungerar rätt bra med primärvården. Det fungerar sämre med andra divisioner inom landstinget, framförallt med psykiatrin. Flertalet av de intervjuade anser att psykiatrin inte alltid tar sitt ansvar inom missbruks- och beroendevården. I Gällivare upplevs även okunskap inom landstinget gällande länsstrategin och dess ansvarsområden. Det upplevs ibland som att kommunen känner till ansvarsfördelningen både mellan kommunen och landstinget samt inom landstinget bättre än landstinget själva.

Enligt de intervjuade finns det även brister gällande ansvarsfördelning angående samsjuka. Ansvarsfördelningen kring denna grupp har inte fungerat sedan psykiatrin bröt samverkansavtalet kring CM. De intervjuade i kommunen anser att det finns en stor risk att de samsjuka inte får den vård de behöver och har rätt till, alternativt faller mellan huvudmännens stolar på grund av brister i denna ansvarsfördelning.

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.

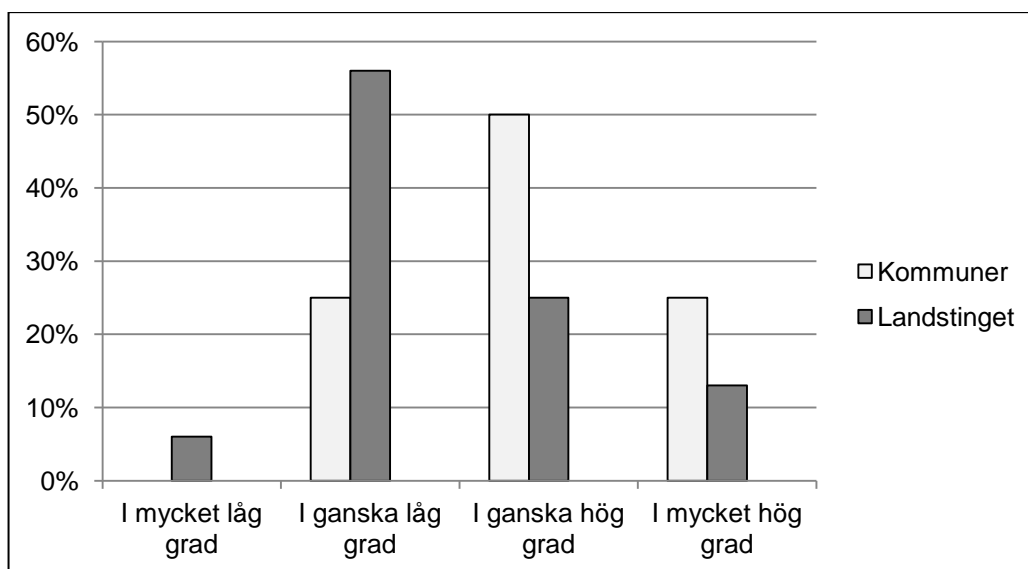
5.3.1. Samverkan mellan kommunerna och landstinget

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 vuxenpsykiatrin. 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 psykiatrin 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 psykiatrin 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?

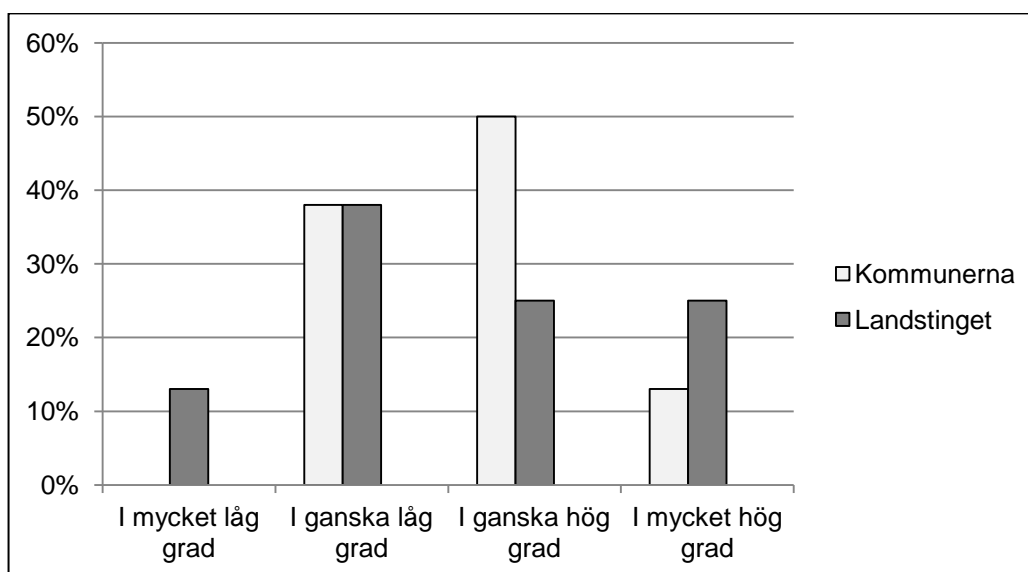


Enligt Figur 4 ovan framkommer att kommunerna i högre grad än landstinget anser att det finns fungerande forum för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och landsting på övergripande nivå avseende missbruks- och beroendevården. 75 % av de svarande från kommunerna anser att det i ganska eller 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. Gällivare kommuns syn på samverkan

Samverkan med landstinget fungerar överlag bra enligt de intervjuade i Gällivare. Ibland kan dock kontakterna med landstinget vara lite "knöliga". Tillsammans med representanter från vuxenpsykiatri och primärvården har socialförvaltningen utvecklat dokumentet *Lokal handlingsplan för socialtjänsten och landstinget i arbetet med personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik i Gällivare* som är antaget av socialnämnden. Det har inte varit helt lätt att få in landstinget i samarbetet med handlingsplanen, till exempel har landstinget tappat erfaren personal i Gällivare vilket har medfört att samarbetet försvårats.

Samtidigt uppger en del av de intervjuade att kontakter på individnivå hos landstinget fungerar förhållandevis bra. I kommunen finns en samverkansgrupp där medarbetare från primärvården, Rehab, medicin, psykiatri, den privata vårdcentralen samt socialtjänsten sitter med. Möten hålls varannan månad. Rent generellt anser personalen att kontakter inom kommunen och mellan kommunen och andra organ oftare är personbundna än funktionsbundna.

Kommunen har ett pågående samarbete med arbetsförmedlingen, vilket skulle behöva utvecklas än mer enligt de intervjuade. Detta samarbete anses som väldigt viktigt för individers utslussning från missbruk och beroende till ett vanligt liv. Inte minst därför menar några av de intervjuade att de inom enheten bör verka för att kontakterna ska vara mer funktionsbundna och mindre personbundna.

Öppenvårdspersonalen i Gällivare efterlyser ett närmare och mer utvecklat samarbete på behandlingsnivå med de andra Kraftfältskommunerna, dvs. Jokkmokk, Pajala och Kiruna. Detta för att kunna nyttja resurser och insatser på ett bättre sätt. Ett närmare samarbete borde även öka möjligheten till behandlingar i grupp, i dagsläget utför öppenvårdspersonalen i Gällivare bara enskilda behandlingar.

I dagsläget finns, som tidigare nämnt, ingen fungerande samverkan kring individer med samsjuklighet i Gällivare. Tidigare fanns ett samverkansavtal samt en påbörjad samverkan i arbetet med dessa individer men vuxenpsykiatri i Gällivare valde att bryta avtalet med hänvisning till att berörd personal slutade, CM-verksamheten var för resurskrävande, att CM:arnas arbete låg på fel/för låg nivå och därmed inte ansågs vara uppgifter för vuxenpsykiatriens specialistnivå. Vidare såg vuxenpsykiatri inga positiva effekter av CM-arbetet och att det blev för starkt fokus på äldre patienter med samsjuklighet när det istället borde ha varit yngre som skulle ha fått stödet. De intervjuade i Gällivare kommun anser att det finns en risk att samsjuka hamnar mellan de båda huvudmännens stolar då de inte får den hjälp de är berättigade till via landstinget. Brister gällande insatser för samsjuka anses både vara ett problem när det gäller ansvarsfördelningen som när det gäller samverkan med landstinget.

I övrigt uppger Biståndsenheten att de har viss kontakt med Länkarna, ibland genom gemensamma möten men oftast genom att Länkarna hör av sig om någon av brukarna inte visat sig på ett tag. Förut fanns även samverkan med polisen men på grund av underbemanning hos dem fungerar samverkan inte i dagsläget.

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 så kallade 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 Gällivare kommun*

Gällivare har som de flesta andra kommuner i Norrbotten tagit del av de utbildningar som Kommunförbundet i Norrbotten gett. Kompetensen hos personalen bedöms som god av de arbetsledare som intervjuats. De flesta som arbetar inom missbruks- och beroendevården har lång erfarenhet inom området och de använder sig av evidensbaserade metoder. Ibland upplevs det vara svårt att hålla kunskapen från utbildningar vid liv, speciellt om det är långt mellan behandlingstillfällena och det inte finns någon kollega att diskutera med. Förutom Kommunförbundets utbildningar har personalen inte varit på så många andra

kompetenshöjande insatser i form av kurser eller dylikt de senaste åren. Det uppges vara svårt att motivera kostnaderna till att gå utbildningar.

Såväl socialsekreterare som öppenvårdspersonal inom enheten har en extern handledare och det uppges fungera bra.

Det finns ingen tid avsatt för kompetensutveckling kring nya droger för personalen på Biståndsenheten. Detta är något som den intresserade får förkovra sig i hemma under kvällstid. Ibland sker viss kompetensutveckling inom området genom äldre missbrukare som berättar om vad de tar och vad som är på väg in.

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 slutna vård, 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 Gällivare kommun

Även i Gällivare skulle det förebyggande arbetet kunna utvecklas och bli ännu bättre anser de intervjuade i kommunen. I dagsläget finns inget strukturerat arbete kring förebyggande åtgärder. Dessutom tycker öppenvårdspersonalen att det kan vara svårt att hitta de kvinnliga missbrukarna. När de upptäcks är de ofta väldigt trasiga och missbruket har pågått länge. Killar är lättare att upptäcka eftersom de ofta är mer synliga. Ett annat utvecklingsområde som de intervjuade identifierat är när brukare kommer hem från behandlingshem. Här uppstår lätt ett glapp i vårdprocessen och kommunen behöver bli bättre på att ta emot dessa individer.

I Gällivare är de som arbetar inom missbruks- och beroendevården nöjd med de insatser som erbjuds, de anses tillgodose behoven. Bland annat så ges ASI, MI, ÅP samt Audit och Dudit, till viss del köps tjänster för ÅP och CRA in via Cityvård.

Kommunen köper dessutom två stående platser i Moskojärvi och vid behov köps även platser vid andra behandlingshem. Öppenvårdsbehandlarna arbetar både med program och delvis i fält. Inom programmen sker inga träffar i grupp utan alla är enskilda.

En socialsekreterare och en öppenvårdsbehandlare arbetar främst mot kvinnor och har i princip hand om alla kvinnoärenden inom missbruks- och beroendevården. Personalen tycker att det fungerar bra. Två av socialsekreterarna och en av behandlingsassistenterna arbetar i första hand mot män och den tredje öppenvårdsbehandlaren arbetar med boendestöd. De tre öppenvårdsbehandlarna uppger att de är i behov av ytterligare en bil för att kunna utföra sitt arbete på ett fullgott sätt. I dagsläget kör de ofta sina privata bilar i tjänsten.

Sedan vuxenpsykiatri i Gällivare sa upp CM-avtalet finns inga riktade insatser mot samsjuka i kommunen, trots att det inom Biståndsenheten finns personal som är utbildad att arbeta med målgruppen. Det går enligt de intervjuade inte att bedriva CM-verksamhet när psykiatribiten saknas.

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.

Socialnämnden i Gällivare får uppföljningar från Biståndsenheten två gånger per år på socialchefens initiativ. Dock anser några av de intervjuade att socialnämnden inte alltid följer upp de strategiska frågorna i den grad de skulle kunna. Mål som brutits ned av styrkortet följs upp liksom folkhälsoarbetet som pågått de senaste åren. Där finns bland annat missbruks- och beroendevården med genom implementeringen av de nationella riktlinjerna. Socialsekreterarna uppger att de rapporterar till nämnden då och då men att intresset inte alltid är så starkt.

Personalen inom Biståndsenheten upplever att kontakter med nämnden oftast sker när det hänt något speciellt eller när det gäller budgetfrågor. I övrigt sker ingen uppföljning på övergripande nivå.

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 på Biståndsenheten i Gällivare gör en arbetsplan för varje brukare och öppenvårdsbehandlarna upprättar sedan en genomförandeplan för brukaren. Uppföljning sker vanligtvis var tredje månad eller vid behov, dock senast var sjätte månad.

November 2012



Fredrik Markstedt, Projektledare

Hans Forsström, Uppdragsledare

Bilaga 1 Sammanställning av enkäter

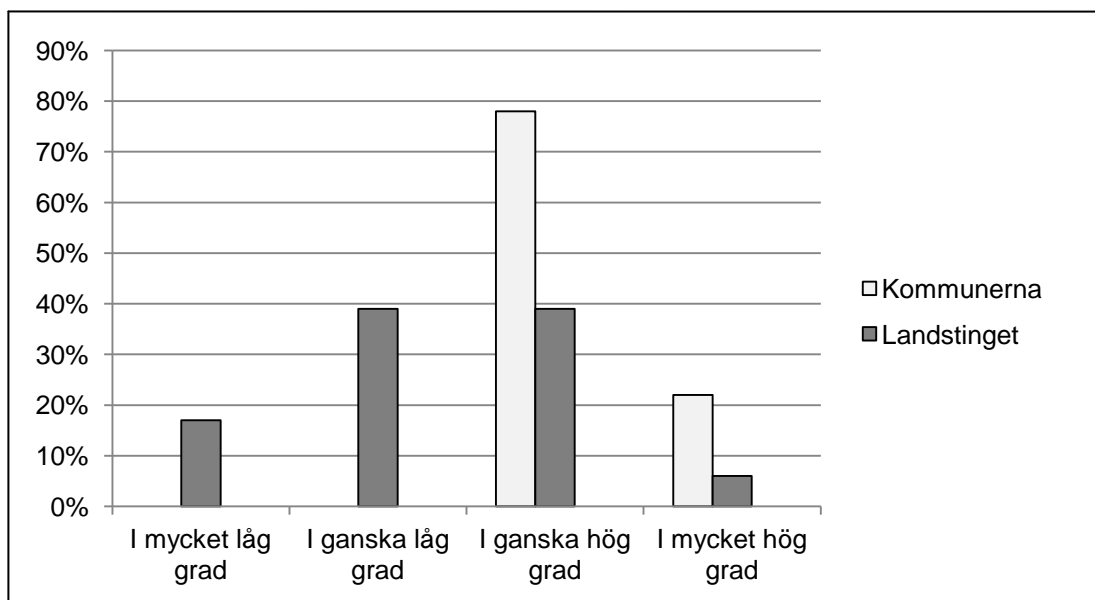
Missbruksvård i sju av Norrbottens kommuner samt Norrbottens läns landsting

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?

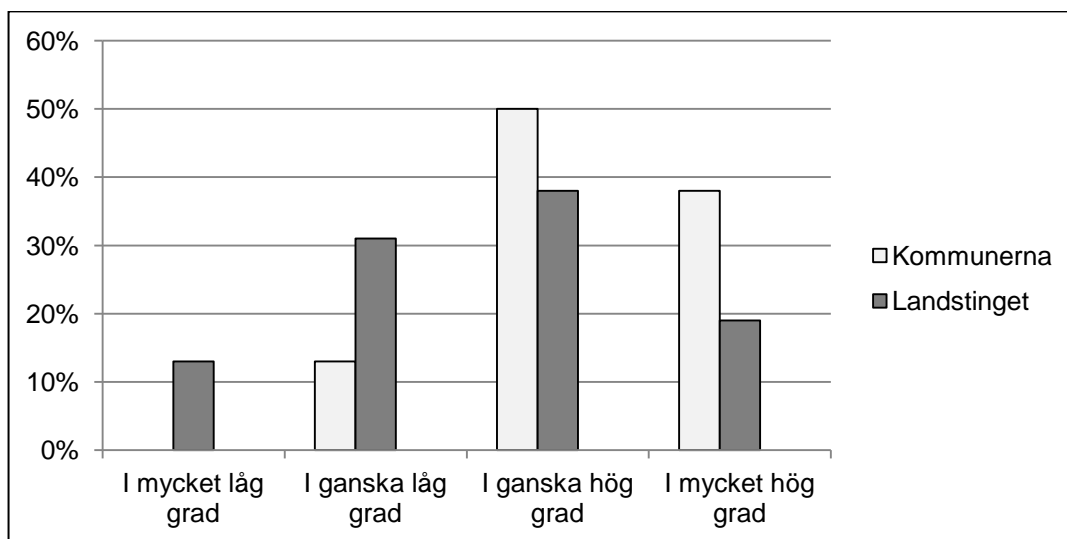
Antal svarande: 27 st (kommunerna 9 landstinget 18)



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?

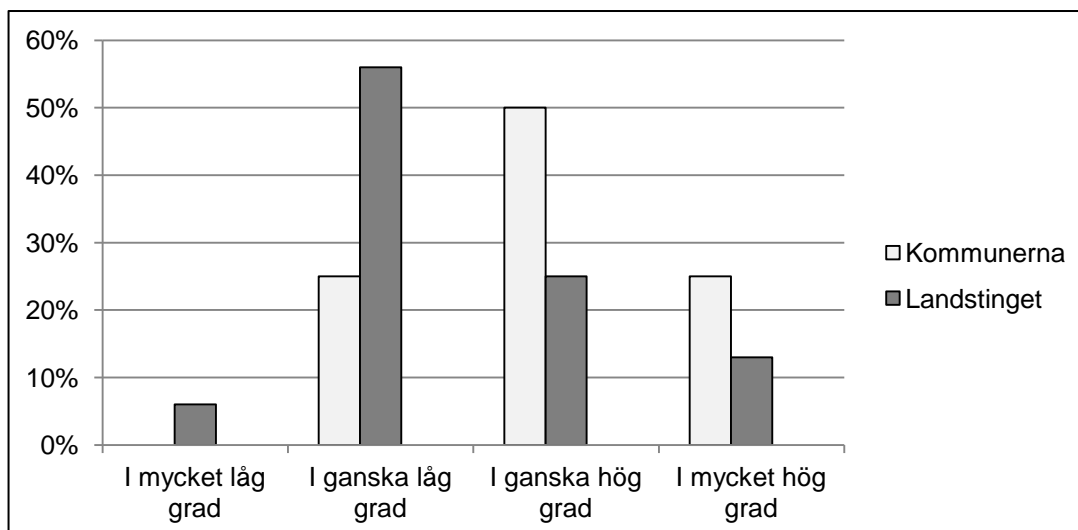
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

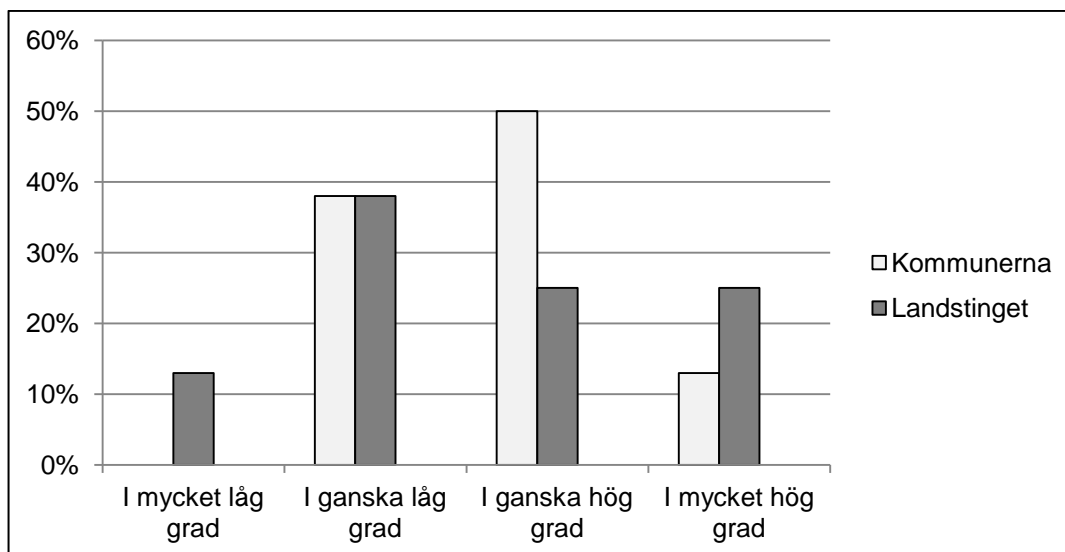
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

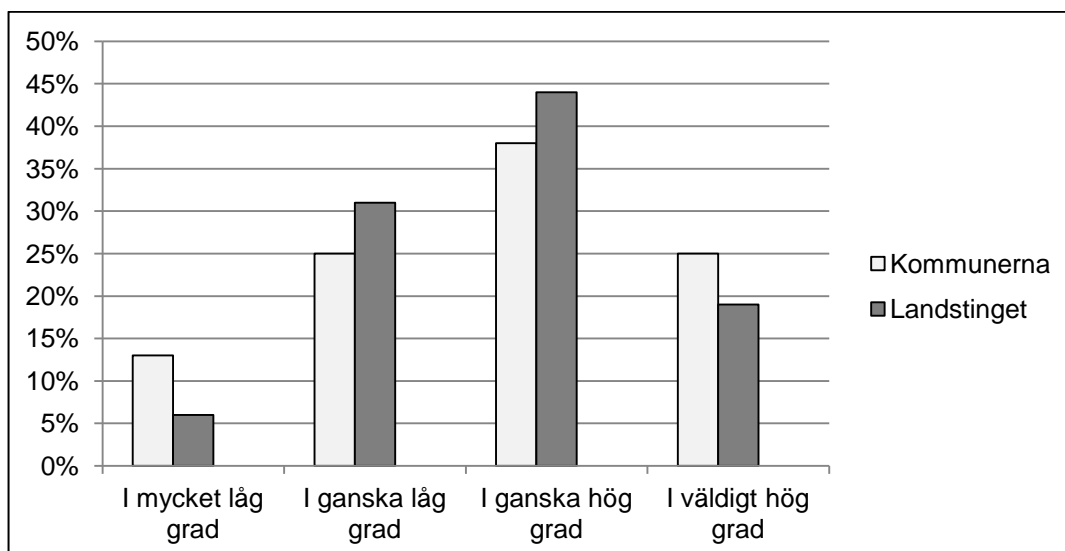
Antal svarande: 24 (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

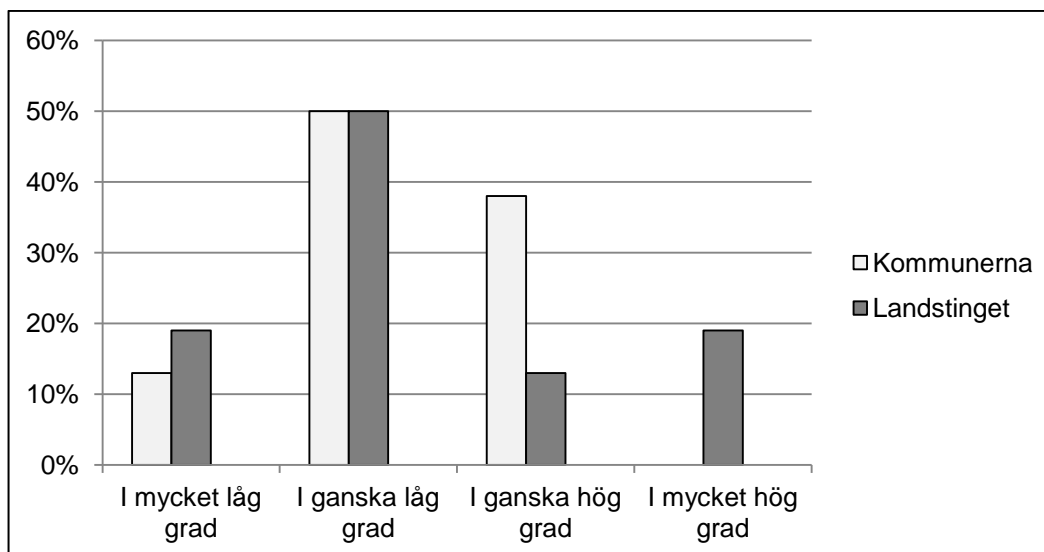
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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)?

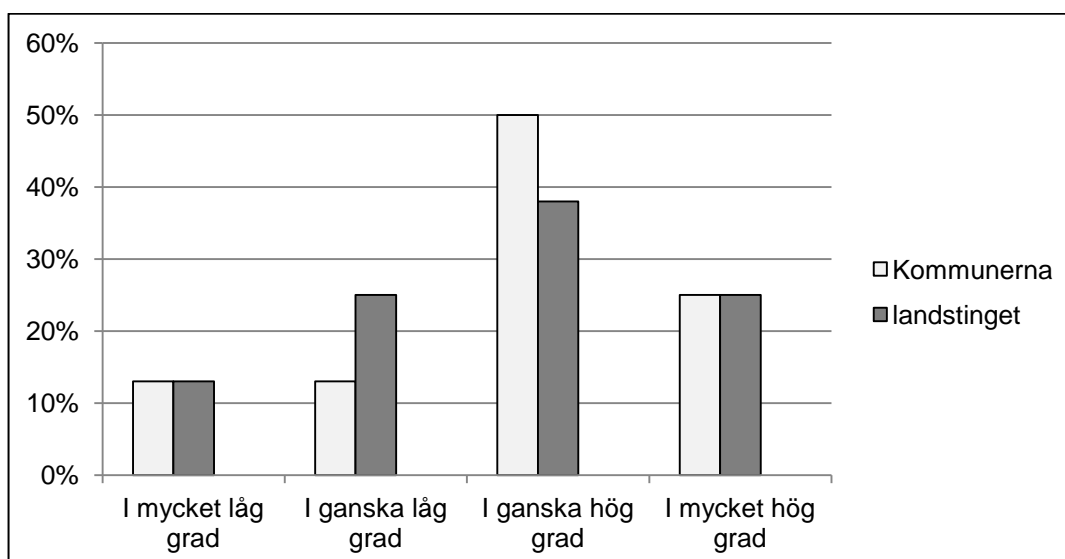
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

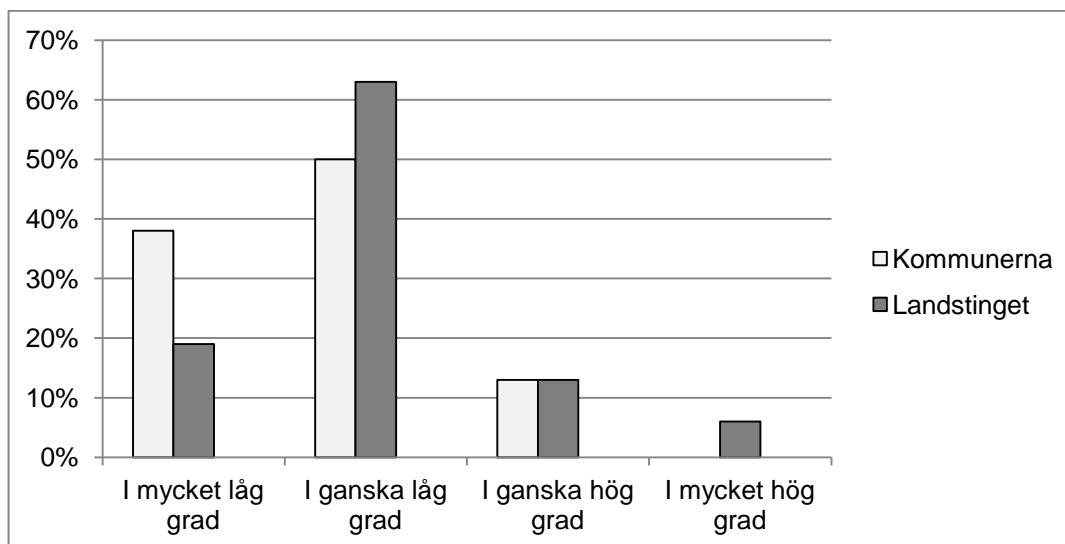
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

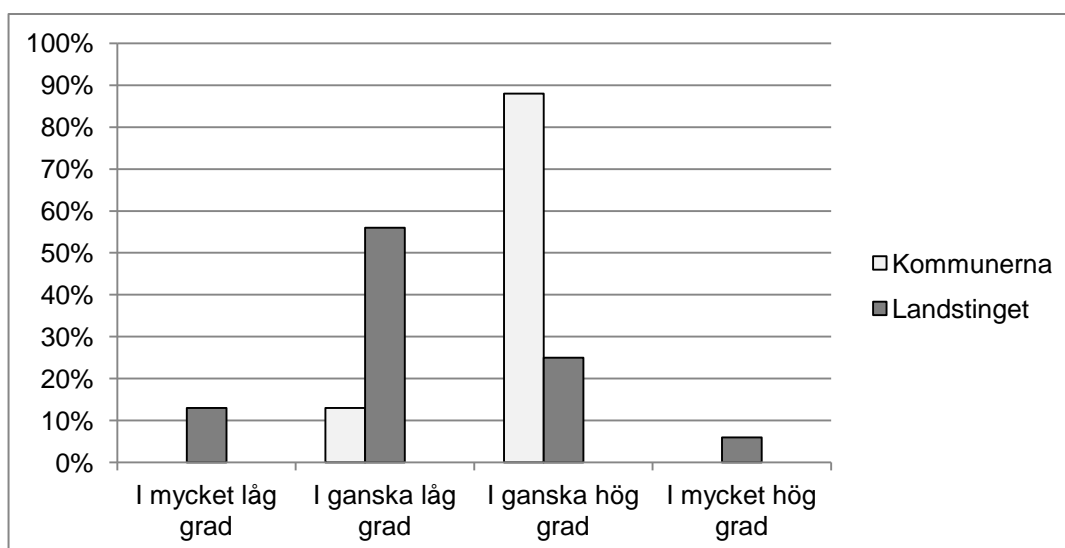
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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