

---

Revisionsrapport

# *Granskning av missbruks- och beroendevården*

## *Kalix kommun*

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



# Innehåll

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Sammanfattande bedömning .....</b>                              | <b>2</b>  |
| <b>2.</b> | <b>Inledning .....</b>   | <b>5</b>  |
| 2.1.      | Bakgrund .....   | 5         |
| 2.2.      | Revisionsfrågor och tillhörande kontrollmål .....                  | 5         |
| 2.3.      | Metod och avgränsning .....  | 6         |
| <b>3.</b> | <b>Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård .....</b> | <b>8</b>  |
| 3.1.      | Kunskap till praktik.....  | 9         |
| <b>4.</b> | <b>Organisation .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>5.</b> | <b>Granskningsresultat .....</b>                                   | <b>11</b> |
| 5.1.      | Mål och uppdrag.....   | 11        |
| 5.1.1.    | Mål och uppdrag i länet .....                                      | 11        |
| 5.1.2.    | Mål och uppdrag i Kalix kommun .....                               | 12        |
| 5.2.      | Ansvarsfördelning mellan kommunen och landstinget .....            | 13        |
| 5.2.1.    | Övergripande ansvarsfördelning.....                                | 13        |
| 5.2.2.    | Landstingets syn på ansvarsfördelningen.....                       | 15        |
| 5.2.3.    | Kommunernas syn på ansvarsfördelningen .....                       | 15        |
| 5.2.4.    | Kalix kommuns syn på ansvarsfördelningen.....                      | 16        |
| 5.3.      | Rutiner för samverkan .....  | 16        |
| 5.3.1.    | Samverkan mellan kommunerna och landstinget.....                   | 17        |
| 5.3.2.    | Kalix 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 Kalix kommun.....                    | 20        |
| 5.5.      | Tillgång till insatser .....                                       | 21        |
| 5.5.1.    | Tillgång till insatser i länet .....                               | 21        |
| 5.5.2.    | Tillgång till insatser i Kalix 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 Kalix 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.

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 Kalix 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. Tillsammans med primärvården och vuxenpsykiatrien inom landstinget har IFO i Kalix gemensamma riktlinjer och en lokal handlingsplan för missbruks- och beroendevården. I detta samverkansdokument framgår mål för samarbetet, dokument är dock inte färdigställt och således inte heller antaget av nämnden.

Vår bedömning är att det finns behov av att förtydliga missbruks- och beroendevårdens uppdrag i kommunen samt att identifiera och upprätta relevanta mål för den verksamhet som arbetar med missbruk och beroende samt att mål och uppdrag implementeras hos personalen.

## **Ansvarsfördelning mellan kommunen och landstinget**

Vår bedömning är att socialnämnden genom *Länsstrategin* har påbörjat ett förtydligande av ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen. Ett samverkansavtal mellan IFO och primärvården samt vuxenpsykiatrien inom landstinget håller på att tas fram och tanken är att nämnden sedan ska anta det. I och med detta dokument finns möjlighet att ytterligare betona och klargöra ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget gällande missbruks- och beroendevården.

Ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget fungerar i det stora hela rätt bra i Kalix. Gällande individer med samsjuklighet finns en väl fungerande ansvarsfördelning mellan huvudmännen, vilket inte är fallet hos flertalet andra kommuner i denna granskning. Brister i ansvarsfördelningen förekommer dock även i Kalix och kan främst härledas till abstinensvård för individer med narkotika- och blandmissbruk. Det kan ibland vara svårt att få till abstinensvård för dessa individer, och personal inom kommunen upplever att landstingets olika divisioner inte alltid har koll på ansvarsfördelningen gällande missbruks- och beroendevården. Behov finns således att ytterligare förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget gällande just abstinensvård för narkotika- och blandmissbruk.

## Rutiner för samverkan

Vår bedömning är att det samverkansavtal som håller på att tas fram mellan IFO och primärvården samt vuxenpsykiatrien 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 kommunen och landstinget gällande missbruks- och beroendefrågor överlag fungerar relativt bra i Kalix men att det finns 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 flera avseenden säkerställt en grundläggande kompetensnivå för flertalet medarbetare som arbetar med missbruks- och beroendeproblematik. På grund av köpstopp i kommunen har personalen inom missbruks- och beroendevården inte haft möjlighet att gå någon extern utbildning utöver *Kunskap till praktik*.

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 Kalix. 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.

I Kalix kommun finns förutom socialsekreterare, behandlare och Case management (CM)-personal (se Bilaga 2 för förkortningsförklaringar) även en kurator och en drogterapeut som är utbildad sjuksköterska knutna till missbruks- och beroendevården. Även tillgång till en familjepedagog finns. Det finns även möjlighet att under en kortare tid komma i kontakt med missbruks- och beroendevården utan att journalföras. Detta kan ses som en möjlighet att erbjuda individer med beroende och/eller missbruksproblem stöd och hjälp på ett mer avdramatiserat sätt.

Vår bedömning är att det finns fortsatt utvecklingspotential gällande det förebyggande arbetet med missbruk och beroende i kommunen även om det är på gång. Till exempel har öppenvården tidigare haft kvällsmottagning för personer som känner oro kring missbruk och/eller beroende i sin närhet. IFO:s personal arbetar dessutom delvis vid Familjens hus och ungdomsmottagningen och försöker där tidigt fånga upp individer i behov av stöd och hjälp.

I dagsläget arbetar två personer från IFO tillsammans med två personer från vuxenpsykiatrien mot samsjuka individer genom CM-verksamhet.

## Uppföljning

Vår bedömning är att uppföljningen och utvärderingen av missbruks- och beroendevården på övergripande nivå inte är tillräcklig. I dagsläget görs ingen uppföljning som visar att de inom missbruks- och beroendeverksamheten arbetar på ett ändamålsenligt sätt och om de är på rätt väg.

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 vårdplaner och tillhörande genomförandeplaner. Planer som följs upp efter tre månader eller vid behov, 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;

- 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 verkar för att denna ansvarsfördelning ytterligare förtydligas och att parterna efterlever den
- Säkerställer att samverkansavtalet som IFO håller på att upprätta tillsammans med landstinget blir färdigställt och att nämnden sedan antar detta dokument
- 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 Kalix kommuns revisorer och revisorerna i sex andra kommuner: Jokkmokk, Boden, Övertorneå, Gällivare, Kiruna och Pajala samt med revisorerna i Norrbottens läns landsting.

Granskningen inleddes med en webbenkät som skickades ut i maj 2012 till 15 utvalda befattningar/personer, de flesta med någon form av ledningsfunktion i respektive medverkande kommun, 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 på enkäterna vilket innebär ett bortfall på 32,5 %. 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 Länsstyrgruppen<sup>1</sup>, Kommunförbundet Norrbotten och brukarorganisationen LEVA. Totalt har granskningen för landstingets del omfattat 32 intervjuerpersoner.

I Kalix har följande nio personer intervjuats för denna granskning; socialchef, två t f IFO-chefer, två socialsekreterare från vuxengruppen samt tre öppenvårdsbehandlare och en CM.

---

<sup>1</sup> 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 Kalix och övriga kommuners del bland annat *Länsstrategin*, verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser ingått liksom rutindokument och riktlinjer, handlingsöverenskommelser, organisation samt tidigare uppföljningar av nyckeltal som exempelvis antal placeringar. Förutom dessa lokala och regionala dokument har även *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 20 år och omfattar även personer med samsjuklighet d.v.s. personer med både missbruks- och/eller beroendeproblematik samt psykiskt funktionshinder.

Även om granskningen gjorts i form av en samverkansgranskning har en revisionsrapport lämnats för var och en av de medverkande kommunerna samt landstinget.



### **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 riskzon 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 (SKL), 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 chefstjänstemän från socialtjänst och hälso- och sjukvård och att styrgruppen tar ansvar för att utarbeta gemensamma styrdokument.

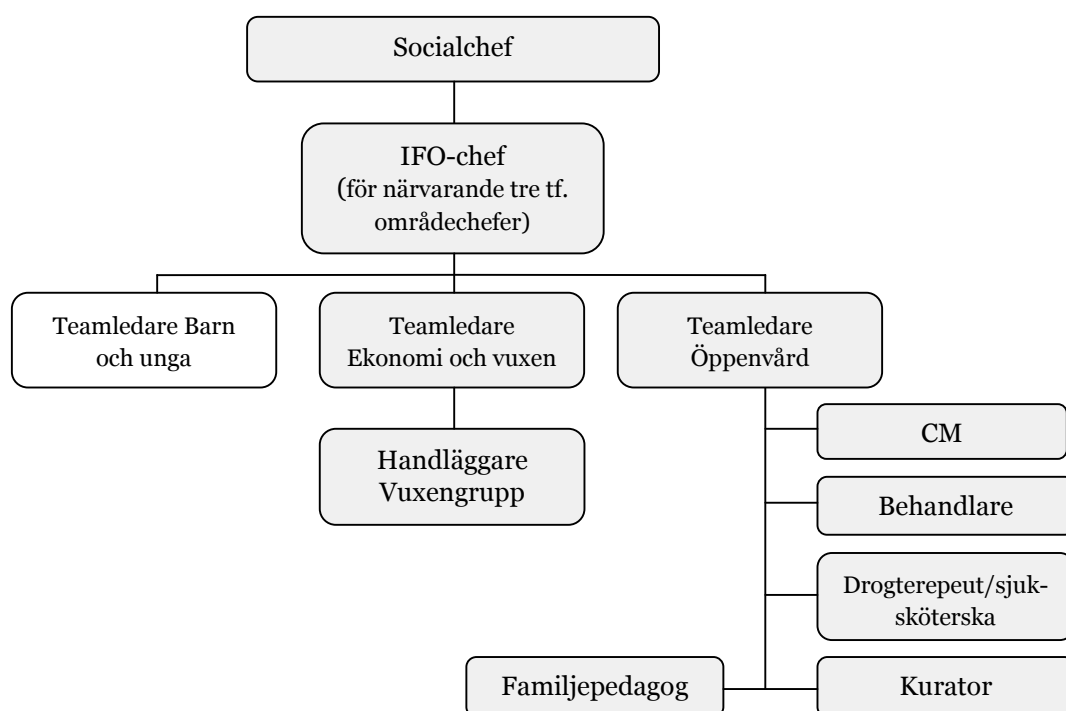
På lokal nivå har de kommunala parterna åtagit sig att bland annat tillsätta en styrgrupp i vilken tjänstemän från socialtjänst och hälso- och sjukvård på lokal nivå ingår samt att initiera arbetet med en gemensam samverkansöverenskommelse som tydliggör vårdkedjan, de olika aktörernas ansvar och hur samverkan ska organiseras. I Norrbotten har det länsövergripande dokumentet *Länsstrategi för missbruks- och beroendevården i Norrbotten (2011)* tagits fram och utifrån detta dokument har de lokala parterna utvecklat en handlingsplan för samverkan, exempelvis mellan den specifika kommunen, primärvården och vuxenpsykiatrin.

## 4. Organisation

Missbruks- och beroendevården i Kalix kommun är organiserad inom Socialförvaltningen och under Individ- och familjeomsorgen (IFO). IFO handlägger ärenden gällande ekonomiskt stöd, vård och behandling av barn och ungdomar, vård och behandling för missbruks- och beroendeproblematik samt andra sociala svårigheter. Enheten har även ansvarar för handläggning av familjerättsliga frågor och familjerådgivning. De delar av Individ- och familjeomsorgen som arbetar med missbruks- och beroendevård är Team ekonomi och vuxen samt Team Öppenvård. Totalt arbetar två teamledare och två handläggare, tre behandlare och två Case Management (CM)-utbildade, en drogterapeut samt en kurator med bland annat missbruks- och beroende i kommunen. Även tillgång till familjepedagog finns. Arbetet med missbruks- och beroendeproblematik består av att ge, råd och stöd samt utredning och behandling till personer över 20 år med missbruks- och beroendeproblematik. Två CM-utbildade från landstingets vuxenpsykiatri samarbetar med kommunens CM-personal. Tillsammans arbetar de mot personer med samsjuklighet, det vill säga individer som lider av både missbruks- och beroendeproblem samt psykisk ohälsa.

I dagsläget finns tre tillförordnade områdeschefer för Individ- och familjeomsorgen, rekrytering pågår för att hitta en ny chef för hela Individ- och familjeomsorgen. De tre tillförordnade IFO-cheferna ska då gå tillbaka till att vara teamledare för sina ordinarie avdelningar. Den nuvarande organisationen för missbruksvården beskrivs nedan, de funktioner som främst berör missbruksvården är gråmarkerade.

**Figur 1. Organisation för missbruksvården i Kalix kommun**



## 5. Granskningsresultat

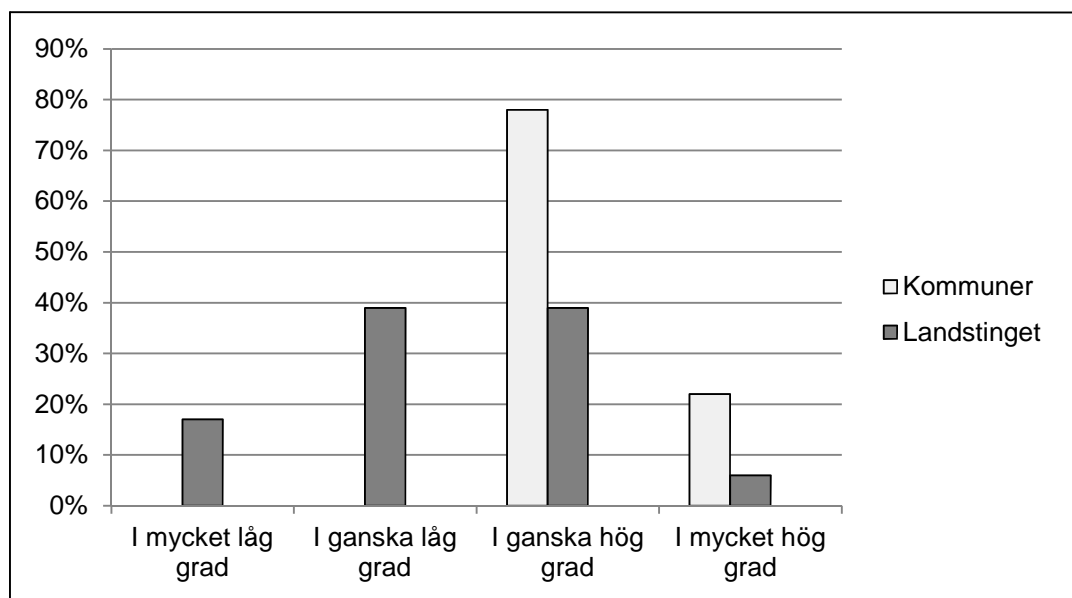
### 5.1. Mål och uppdrag

#### 5.1.1. Mål och uppdrag i 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. Mål och uppdrag i Kalix kommun**

Kalix kommun har det påbörjade samverkansdokumentet *Gemensamma riktlinjer och lokal handlingsplan för missbruks- och beroendevården i Kalix*. Dokumentet är en överenskommelse om samverkan kring missbruks- och beroendevården mellan IFO, vuxenpsykiatri och primärvården. Syftet med framtagandet av de gemensamma rutinerna är att stärka vårdkedjan för personer med tung missbruks- och beroendeproblematik. Målen är att snabbt fånga upp personer med missbruks- och beroendeproblem och kunna erbjuda vård på hemmaplan. Ett annat mål är att kommunen och landstinget i samverkan ska arbeta med att möta de behov av gemensamma insatser som personer med missbruks- och beroendeproblematik kan ha. Dokumentet är under revidering och ännu ej färdigställt.

Ett uttalat mål i Kalix är att komma igång med preventiva insatser inom IFO, speciellt gällande unga människor. Det preventiva arbetet sker, enligt en av de intervjuade cheferna, i dagsläget främst genom att IFO:s personal delvis arbetar vid Familjens Hus och ungdomsmottagningen. Där möter personalen unga människor i ett tidigt skede och kan på så sätt fånga upp individer som är i behov av stöd och hjälp. Ett annat mål som framförts men som ej formaliserats är att unga ska prioriteras av handläggarna och behandlarna vid hög arbetsbelastning.

Socialnämnden har antagit övergripande mål för socialförvaltningen. Tre av dessa är:

- Samtliga personer som är i kontakt med socialtjänsten ska få en kontaktperson/handläggare tilldelad inom två veckor
- Alla brukare skall ha en genomförandeplan som grundar sig på kommunens lokala värdegrund
- Särskilt fokus ska läggas på barn och unga genom att eftersträva jämlikhet i barns och ungas levnadsvillkor

Dessa mål är som tidigare nämnt verksamhetsövergripande för hela socialtjänsten. Det finns inga specifika mål för missbruks- och beroendevården och flera av de intervjuade efterlyser ett tydligare uppdrag, mål för verksamheten samt en strategi för hur de ska arbeta med missbruks- och beroendeproblematik

## 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 intervention  | Upptäckt och tidig intervention  |
| Tillnyktring   | Tillnyktring   |
| ---  | Abstinensvård  |
| Psykosocial behandling<br>Socialt stöd: boende, sysselsättning,<br>försörjning | Medicinsk diagnos och behandling   |
| Utredning, bedömning, planering,<br>uppföljning (egen, ibland samordnad)       | Utredning, bedömning, planering,<br>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.

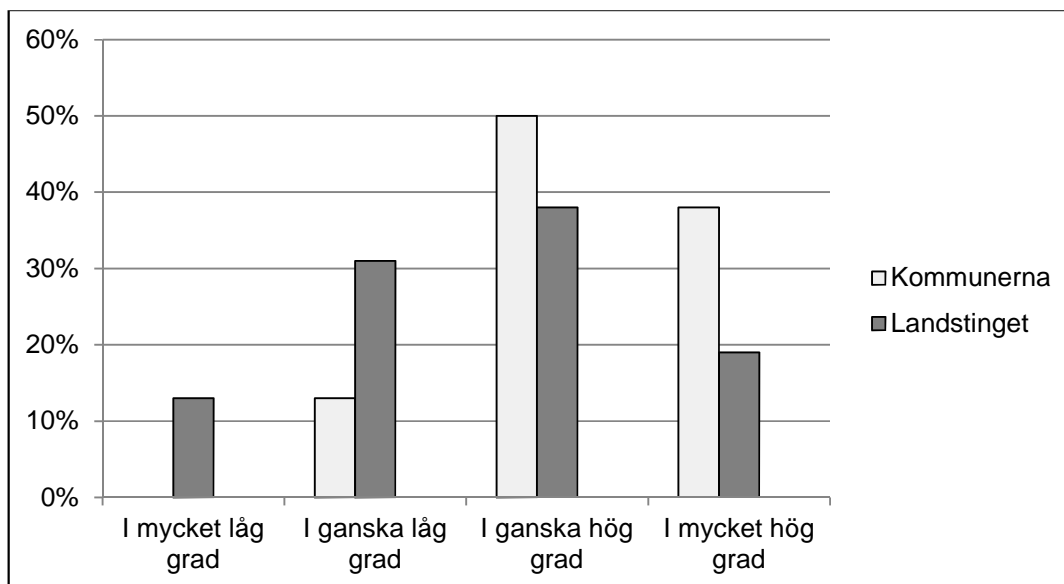
Tillnyktring sker för det mesta i hemmet utan medverkan från landsting och kommuner. I vissa fall behövs omvårdnad och medicinsk beredskap vilket kan tillgodoses på vårdcentral, inom vuxenpsykiatri eller enhet inom internmedicin på sjukhus. Tillnyktring av t ex våldsamma personer kan via *Lagen om tillfälligt 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, substitutionsbehandling<sup>2</sup>, 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.

Ansvar 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?**



<sup>2</sup> 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.

### *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 jämlik 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. När det 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. Kalix kommuns syn på ansvarsfördelningen**

Ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget samt inom landstinget är inte helt tydlig enligt de intervjuade, speciellt när det gäller abstinensvården. Alkoholabstinens är oftast inget större problem, det är abstinensvård för narkotika- och blandmissbrukare som ställer till det. I Kalix betalar kommunen i stort sett aldrig för abstinensvården, det är landstingets ansvar menar de intervjuade. Dock är det inte alltid enkelt att få till abstinensvård för en narkotikamissbrukare utan det beror till stor del på vem inom landstinget som denne träffar.

Vidare upplever de intervjuade att personal inom landstingets olika divisioner inte alltid har koll på ansvarsfördelningen internt inom landstinget när det gäller missbruks- och beroendevård. Flera av de intervjuade säger att de upplever okunskap kring beroende och missbruk inom landstinget och att de som blir inlagda för missbruks- och beroendeproblematik inte alltid blir väl bemötta. Det behövs en funktion inom landstinget som har kunskap och mandat att bestämma när en brukare ska få vård och var inom landstinget den vården ska ske anser arbetsledare inom IFO i Kalix. I de fall där ansvarsfördelningen brister och landstinget inte tar sitt ansvar skriver kommunen avvikelser.

Ansvarsfördelningen kring samsjuka uppges fungera bra enligt de intervjuade, landstinget tar sitt ansvar och har två CM-utbildade som arbetar tillsammans med kommunens CM-personal.

### **5.3. Rutiner för samverkan**

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

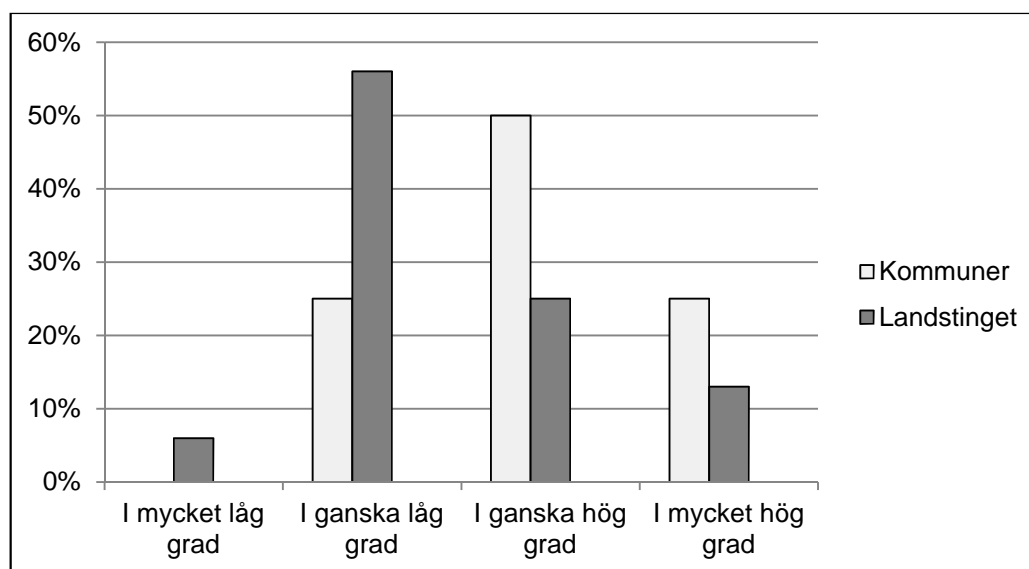
### 5.3.1. Samverkan mellan kommunerna och landstinget

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?**

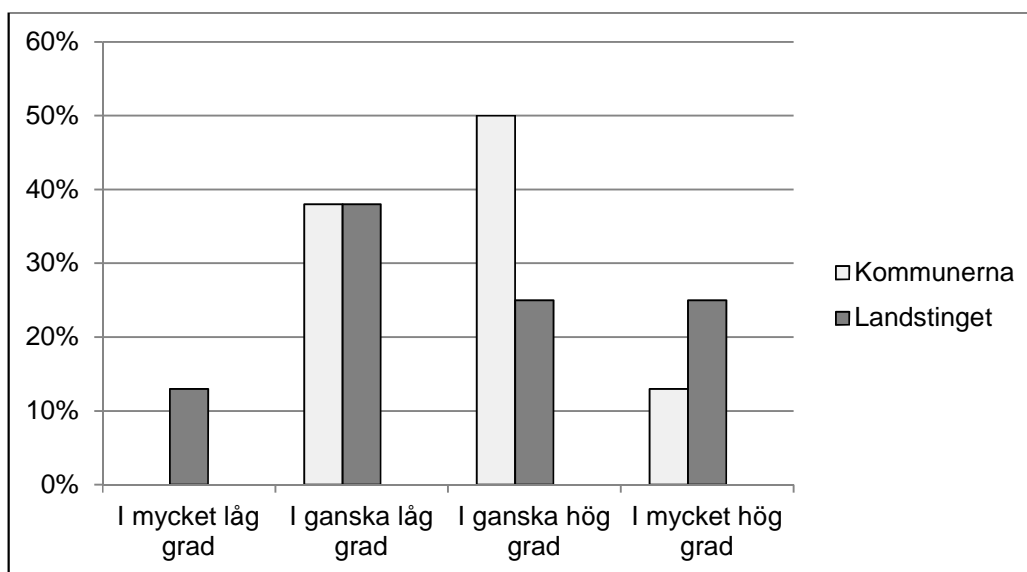


Enligt Figur 4 ovan framkommer att kommunerna i högre grad än landstinget anser att det finns fungerande forum för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och landsting på övergripande nivå avseende missbruks- och beroendevården. 75 % av de svarande från kommunerna anser att det i ganska eller

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 vuxenpsykiatrin. 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. *Kalix kommuns syn på samverkan*

Tillsammans med representanter för vuxenpsykiatrin och primärvården har IFO i Kalix tagit fram samverkansdokumentet *Gemensamma riktlinjer och lokal handlingsplan för missbruks- och beroendevården i Kalix*. Dokumentet är från år 2010 och är fortfarande ett utkast och ej färdigställt. Än är riktlinjerna inte antagna av socialnämnden och enligt intervjuade chefer ska dokumentet ses över och sedan tas upp till nämnden. Samverkan med landstinget uppges fungera relativt bra, ibland kan problem uppstå kring drogrelaterade fall. Enligt de intervjuade riskerar dessa att hamna mellan stolarna då de slussas runt mellan enheter inom landstinget. Ofta vill ingen inom landstinget ta ansvar för dessa individer anser de intervjuade i Kalix kommun. Samverkan med landstinget bör enligt flera av de intervjuade utvecklas i riktning mot det samarbete Luleå, Boden och landstinget har i form av Mob:en. Ett kompetenscentrum som alla kommuner i länet har att tillgå vore önskvärt uppger några av de intervjuade.

IFO och vuxenpsykiatrin i Kalix har ett välfungerande CM-samarbete kring målgruppen samsjuka. Två CM-utbildade i kommunen arbetar tillsammans med två CM-utbildade från vuxenpsykiatrin. Tidigare var de samsjuka en kundgrupp som tog mycket tid av såväl handläggare som behandlare, men sedan CM-metoden infördes i kommunen har det blivit mycket lugnare. Även på vårdcentralerna märks CM-arbetet av. Individer med samsjuklighet verkar må bättre och ha ett drägligare liv nu, vilket gör att de inte besöker vårdcentralen lika ofta. En gång i månaden träffas ett primärteam som beslutar om CM-insatser, gör uppföljningar av pågående insatser samt diskuterar aktuella ärenden. I primärteamet ingår CM-personal, IFO-chef samt chef för vuxenpsykiatrin. Detta samarbete uppges fungera bra enligt de intervjuade. För CM-arbetet finns ett avtal som är påskrivet av områdeschef för socialtjänsten i Kalix och divisionschefen för vuxenpsykiatrin inom landstinget samt antaget av socialnämnden i Kalix.

Socialsekreterare i kommunen har sedan en tid tillbaka fått tillgång till rapporteringssystemet Meddix, vilket kommer att underlätta samverkan med landstinget ytterligare enligt de intervjuade. Exempelvis kan landstinget via Meddix kalla till gemensamma vårdplaneringar. De två socialsekreterare som arbetar med missbruks- och beroendefrågor i kommunen hade vid tiden för intervjun ännu inte fått utbildning och information kring Meddix.

Samarbetet inom den kommunala organisationen blir bättre och bättre, andra enheter tar kontakt med missbruksenheten vid misstanke om beroende- och missbruksproblematik i högre grad än tidigare. Vidare anses samarbetet med skolan som viktigt av de intervjuade. Det är en bra kanal till att tidigt få information om

individer som har eller är på väg in i beroende eller missbruk. Samverkansmöten hålls några gånger per år med polis och skola. Kontakter förs även med arbetsförmedlingen, arbetsgivare, konsumenthandledare samt Arena ung, som är ett projekt som drivs inom kommunen.

## **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 nättdroger. 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 Kalix kommun**

Kalix har som de flesta andra kommuner i Norrbotten tagit del av de utbildningar som Kommunförbundet i Norrbotten gett. Utöver dessa har ingen inom vuxengruppen haft möjlighet att gå andra utbildningar de senaste tre åren på grund av återkommande utbildnings-/köpstopp i kommunen.

I kommunen saknas idag en ordinarie IFO-chef och för tillfället finns tre till fyra områdeschefer för IFO, dessa arbetar i vanliga fall som teamledare inom IFO. På grund av ökad arbetsbelastning i väntan på ny IFO-chef har områdescheferna inte haft tid att dra upp riktlinjer för hur de ska arbeta inom vuxengruppen. Inte heller har tid funnits för att planera in fördjupade utbildningar för personalen. De flesta har genomgått basutbildningar men inom IFO har de inte hunnit komma igång med vidareutbildningar enligt områdescheferna.

Såväl socialsekreterarna som behandlarna har tillgång till extern handledning och det fungerar bra och är givande enligt intervjuad personal. CM-personalen har egen handledning som även den uppges fungera bra.

## **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 sluten 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?

#### **5.5.2. Tillgång till insatser i Kalix kommun**

Även i Kalix skulle det förebyggande arbetet kunna utvecklas och bli ännu bättre anser de intervjuade i kommunen. Det finns ett uttalat mål om att komma igång med ett systematiskt preventionsarbete inom IFO och detta berör missbruks- och beroendevården i hög grad. Framförallt uppger de intervjuade att de preventiva insatserna ska röra barn och unga. Öppenvården i Kalix har under april till juni i år även erbjudit kvällsmottagning för föräldrar eller ungdomar som känner oro över att någon i dess familj eller närhet missbrukar alkohol eller droger. Denna möjlighet ska fortsatt ses över som ett steg i det förebyggande och tidiga arbetet med missbruks- och beroendeproblematik.

I Kalix finns möjlighet att under en kortare tid om max tre månader komma i kontakt med missbruks- och beroendevården utan att registreras och bli ett ärende. Detta är en serviceinsats för kommunens medborgare och inom vuxengruppen ses det som en möjlig ingång till att på ett mer avdramatiserat sätt nå individer med beroende och/eller missbruk.

Inom öppenvården använder sig behandlarna av evidensbaserade metoder, behandlingar och program. Till viss del gör behandlarna utredningar, även om det till största delen görs av handläggarna. Ofta remitteras brukare till öppenvården redan under utredningstiden för att så fort som möjligt komma igång med behandling. I Kalix erbjuds bland annat CRA, MI, drogtester, kriminalitetsprogram, olika drogprogram samt CM-insatser, se Bilaga 2 för förkortningsförklaringar. Vid behov köper kommunen platser vid behandlingshem och brukarens behov styr över valet av institution. Även boendestöd liksom utslussningslägenheter och några baracker finns i kommunen, dessa hyrs ut genom andrahandskontrakt. Öppenvårdspersonalen önskar mer strukturerad återfallsprevention men upplever annars att de erbjuder det som efterfrågas.

Förutom socialsekreterare, behandlare och CM-personal finns tillgång till familjepedagog, kurator samt en sjuksköterska som arbetar som drogterapeut. Drogterapeuten är för närvarande barnledig och tjänsten är inte tillsatt.

## **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.

Enligt intervjuade chefer ska evidensbaserade metoder för uppföljning användas, det finns statistik att hämta ut men ingen har ännu hunnit nyttja systemet. I dagsläget görs ingen uppföljning som visar om de inom vuxengruppen arbetar på ett ändamålsenligt sätt och om det är på rätt väg enligt de intervjuade. Uppföljning anses som ett utvecklingsområde enligt flertalet av de intervjuade i kommunen.

Centerpartiet i Kalix har lagt som förslag under 2012 att Kalix kommun ska göra en brukarenkät för att få en fördjupad insikt i hur missbrukarna av droger upplever



---

behandlingssituationen inom socialtjänsten eller på institution. Detta kommer att genomföras under kommande år.

### *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 vuxengruppen i Kalix gör en vårdplan för varje brukare och öppenvårdsbehandlarna upprättar sedan en genomförandeplan för brukaren . Behandlarna i kommunen ser gärna att vårdplanerna framöver blir än mer detaljerade för att kunna göra en aktuell och mer relevant genomförandeplan . Uppföljning sker vanligtvis var tredje månad eller vid behov och detta gäller både vård- och genomförandeplanerna.

November 2012

---

*Fredrik Markstedt, Projektledare*

---

*Hans Forsström, Uppdragsledare*

## Bilaga 1 Sammanställning av enkäter

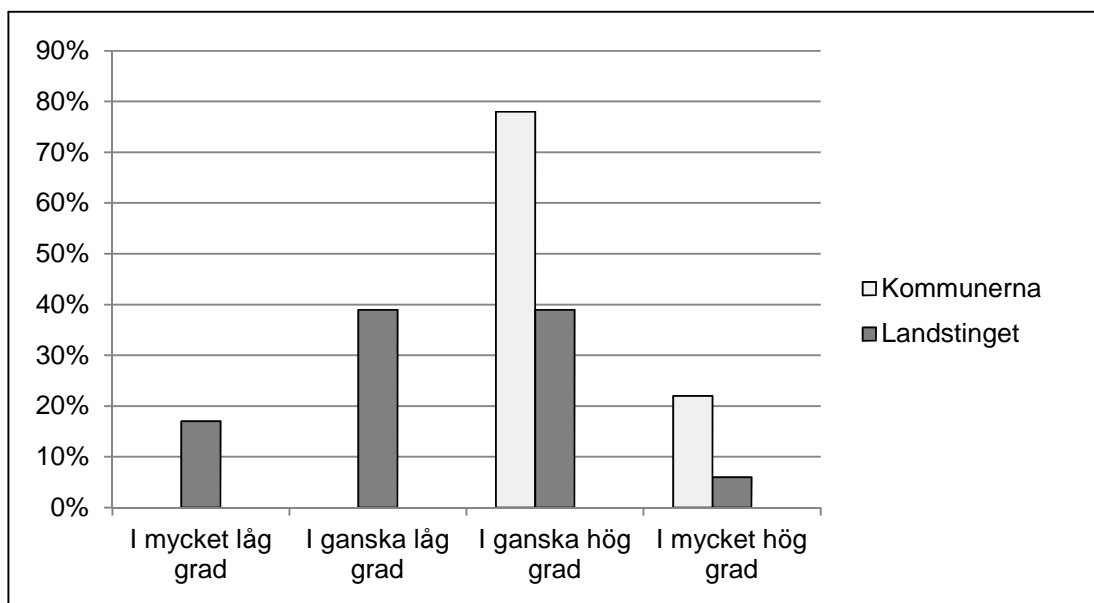
### Missbruksvård i sju av Norrbottens kommuner samt Norrbottens läns landsting

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 framgår resultaten från de båda enkäterna i samma Figurer där de mörka staplarna representerar landstinget och de ljusa kommunerna. Detta för att vi ge en samlad men ändå jämförande 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?

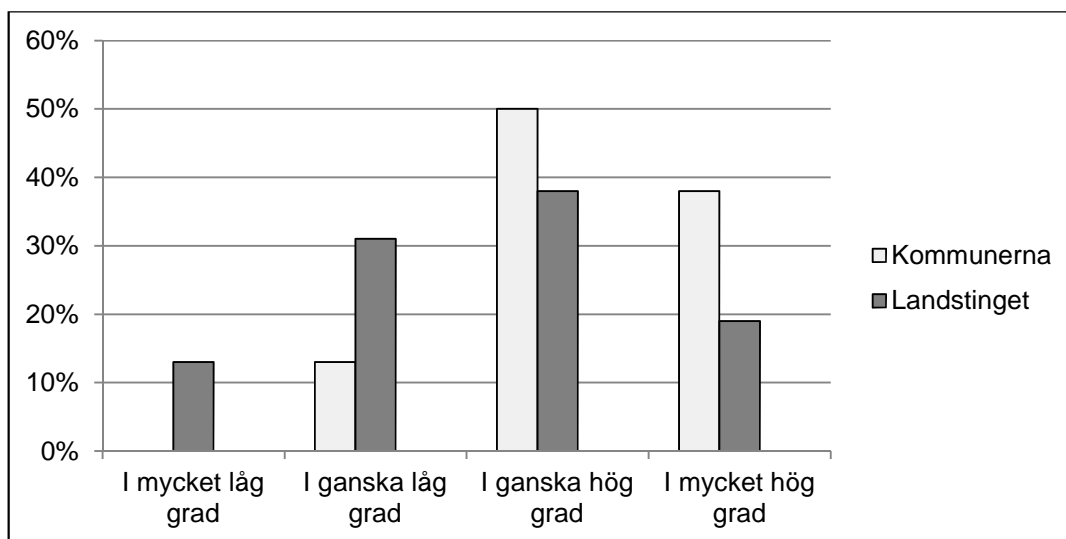
Antal svarande: 27 st (kommunerna 9 landstinget 18)



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?

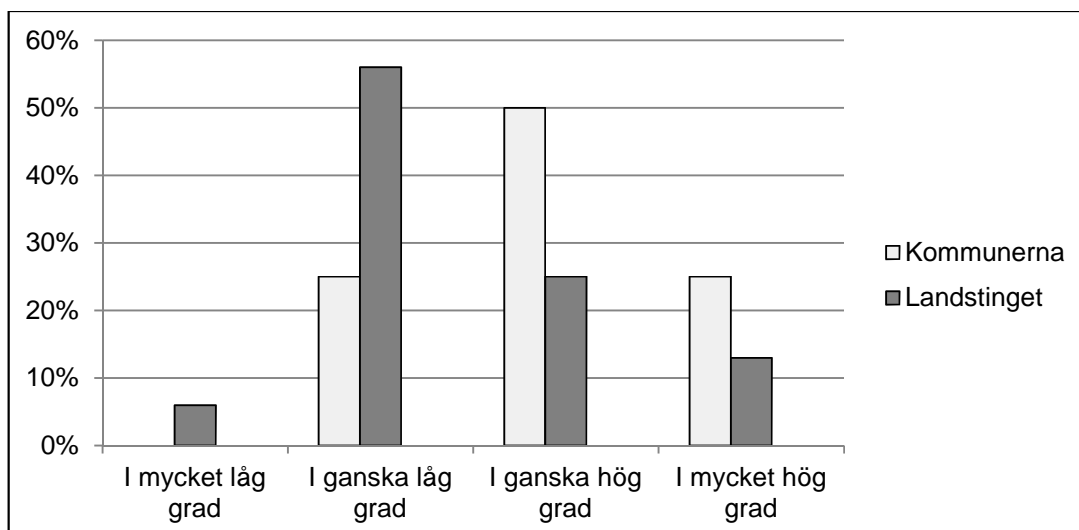
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

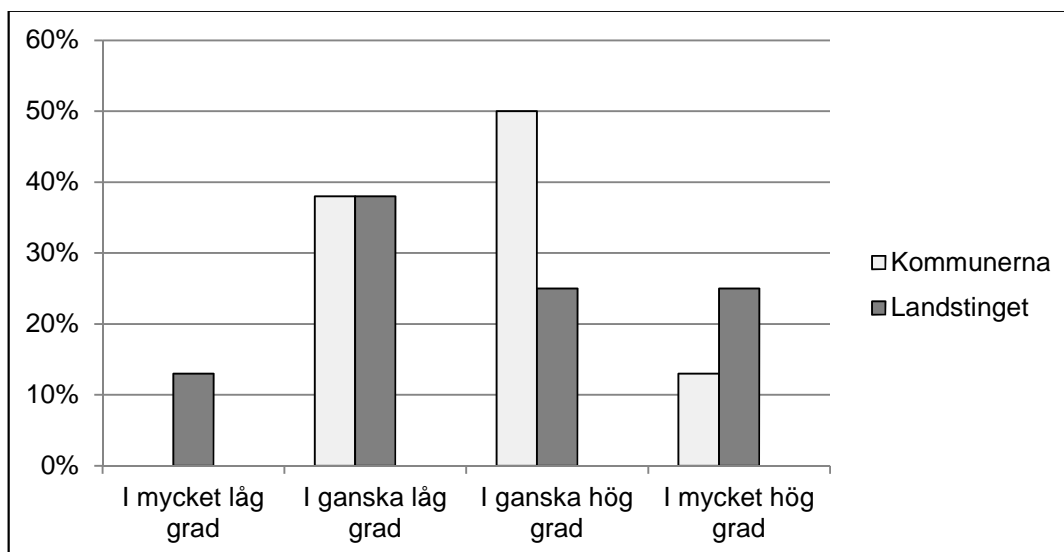
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

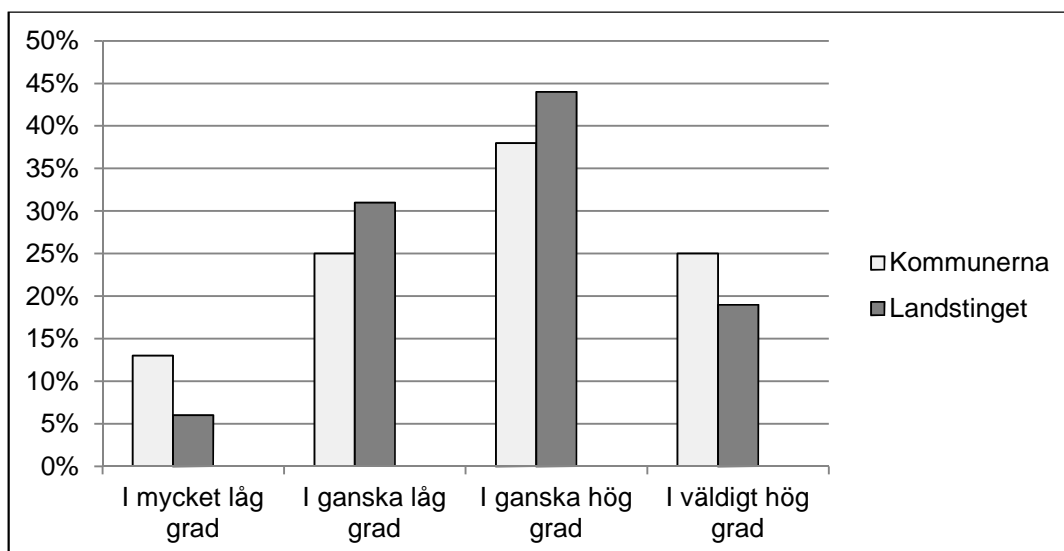
Antal svarande: 24 (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

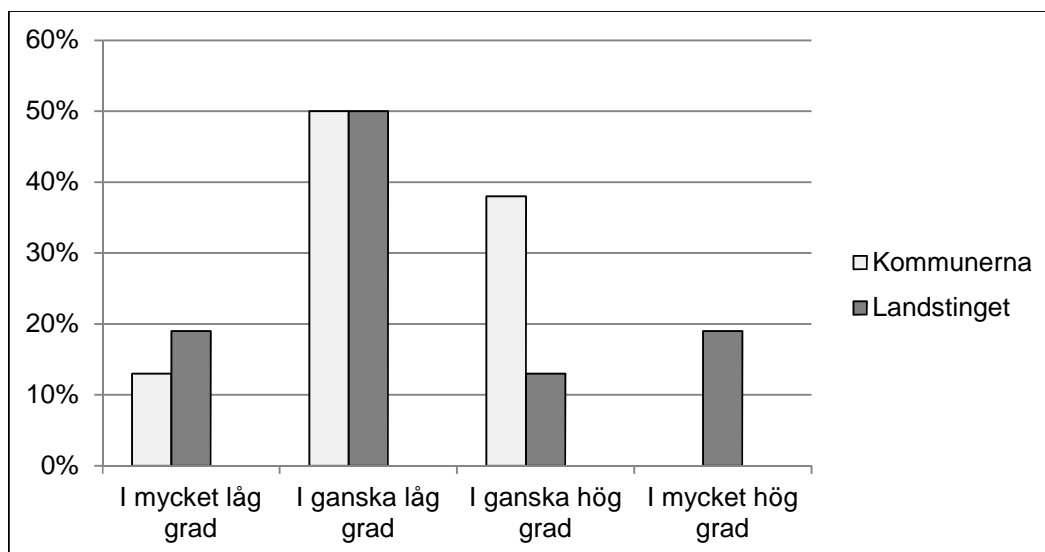
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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)?

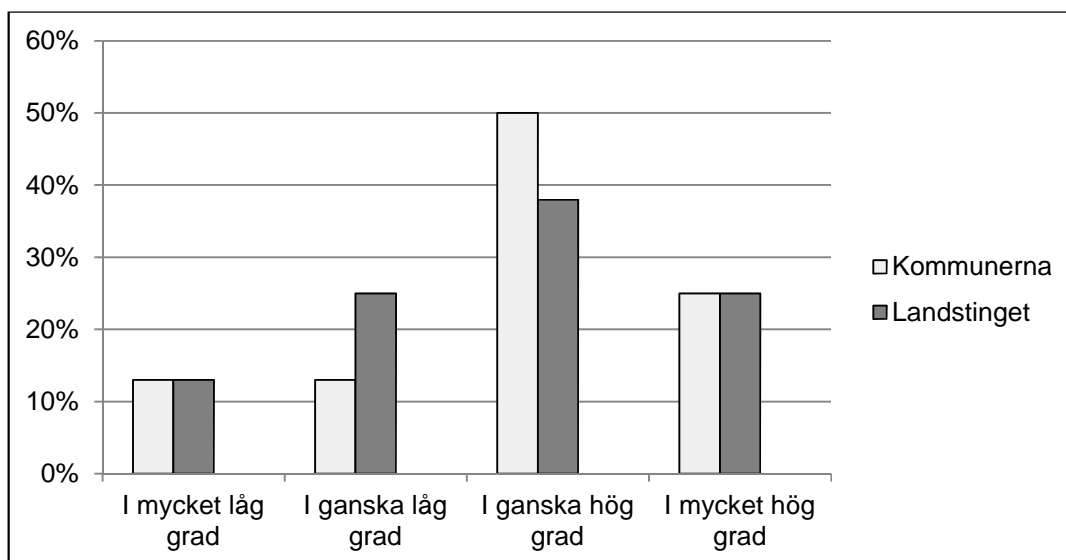
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

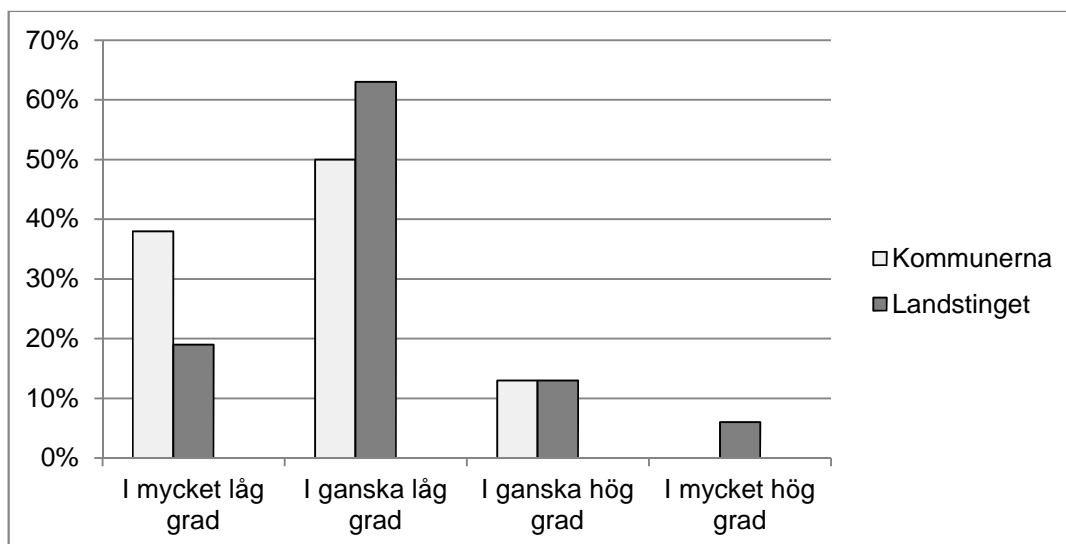
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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?

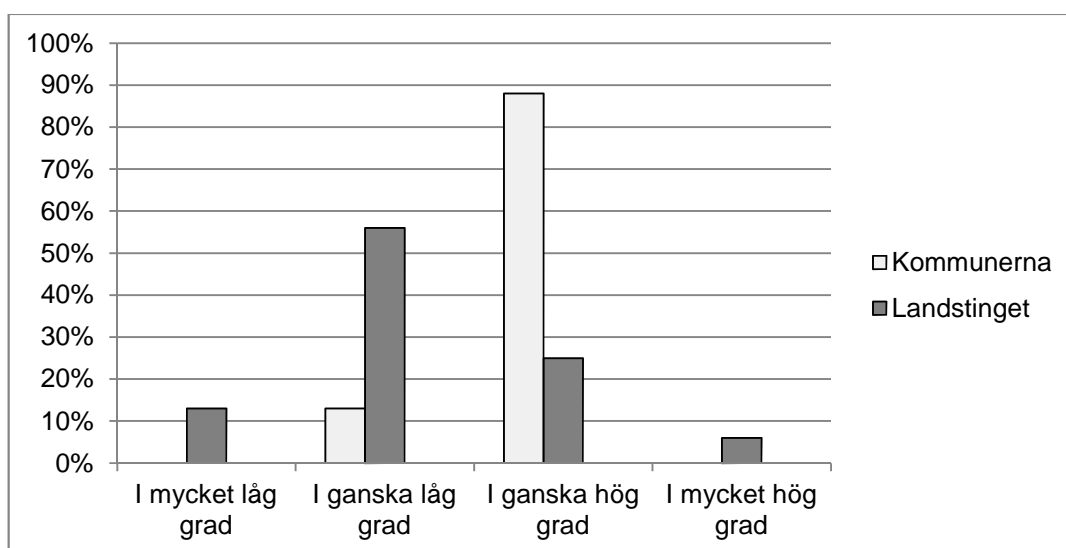
Antal svarande: 24 st (8 kommunerna, 16 landstinget)



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