



# **Socialtjänstbaserad missbrukarvård**

**En kartläggning av missbrukarvården  
inom FoU-nordvästområdet**

**Arbetsrapport 2004:1  
Anders Arnsvik**

## **Förord**

FoU-Nordväst är en forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Enheten, som varit verksam sedan 2000, "ägs" av åtta kommuner i nordvästra Stockholms län: Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Solna, Sollentuna, Sundbyberg, Upplands-Bro samt Upplands Väsby.

Under 2001 kartlades första gången missbruksarbetets organisering och arbetsmodeller i nordvästkommunerna i avsikt att ge kunskapsbas och överblick för det fortsatta FoU-arbetet. Sedan dessa har missbruksarbetet i regionen förändrats, bland annat på grund av prioriteringar i primärkommunerna men även med anledning av förändringar inom den landstingskommunala sektorn. Av det skälet var det vara angeläget att uppdatera den tidigare kartläggningen.

Föreliggande arbete har genomförts i samarbete med Nordvästkommunernas sektionsansvariga för missbruksarbetet. Det insamlade materialet har sammanställts samt diskuterats med uppgiftslämnarna. Vid denna återföring har vissa justeringar och ändringar genomförts.

Avsikten med föreliggande rapport är i första hand ligga till grund för det fortsatta FoU-arbetet tillsammans med kommunernas missbruksenheter, inför seminarier och temadagar. Det är också FoU-Nordvästs förhoppning att sammanställningen kan tjäna som grund för fortsatta diskussioner lokalt och regionalt, till exempel i arbetande tvärkommunala seminarier och/eller nätverk.

Rapporten har sammanställts av socionom Anders Arnsvik, som sedan hösten 2003 tjänstgör som FoU-assistent. Rapporten granskas våren 2004 av FoU-Nordvästs metodseminarium.

Sollentuna i mars 2004

Ann Palm  
*FoU-Chef*

## **Bakgrund**

I maj 2001 presenterades en kartläggning av kommunernas missbrukarvård. Eftersom missbruksarbetet förändras över tid beroende på omorganisationer, budgetförutsättningar och andra interna och externa faktorer är det angeläget med regelbundna uppdateringar.

Föreliggande rapport är en uppdaterad kartläggning av kommunernas missbrukarvård baserad på intervjuer med företrädare för missbruksarbetet inom respektive kommun. Sammanställningen är deskriptiv och beskriver kommunerna var för sig.

## **Syfte och metod**

Syftet är att, utifrån ett begränsat antal frågeområden, söka övergripande kunskap om hur de olika kommunerna organiserat sin missbrukarvård.

Kartläggningen omfattar inte genomgångar av arbetsbeskrivningar eller andra dokument uppställda inom kommunerna utan söker i stället ge en bild av missbruksarbetet hösten 2003 baserat på intervjupersonernas egna uppfattningar.

Under sammanställningsarbetet har intervjupersonerna fått möjlighet att läsa igenom och reagera på det skrivna materialet i syfte att öka dess reliabilitet (överensstämmelse med verkligheten).

Kartläggningens avslutande del berör missbrukarvårdens målgrupper, vilka personer som placeras på institution, väsentliga förändringar under den senaste 10-årsperioden, samverkansfrågor samt aktuella frågeställningar inom missbrukarvården - frågor gemensamma för nordvästkommunerna. Med utgångspunkt från det insamlade materialet kopplas slutligen resultaten till forskning och pågående diskussioner inom missbruksområdet.

Viktigt att understryka är, att materialet baseras på information från enbart enhetschef och motsvarande, vilket naturligtvis påverkar representativitet och reliabilitet, varför resultatet bör tolkas försiktigt.

## **Genomförande**

Intervjuerna genomfördes under september och oktober 2003 med följande personer;

- Ekerö – Lisbeth Fredriksson, enhetschef
- Järfälla – Anneli Gerdin, gruppleddare för beroendeverksamheten
- Sigtuna – Gertrud Svensson, utvecklingsledare/verksamhetschef
- Sollentuna - Yvonne Ingelström, avdelningschef samt Britta Åkerlund, enhetschef
- Solna – Edith Bjurdamm, enhetschef
- Sundbyberg – Kersti Walzl, sektionschef
- Upplands-Bro – Joachim Litzen, bitr enhetschef
- Upplands Väsby – Marianne Saur Hedlund, verksamhetschef

## **EKERÖ**

### **Organisation/inriktning**

Ekerö har en *beställar- och utförarorganisation*. Modellen har man haft sedan i början av 1990-talet. Socialkontoret är uppdelat i fyra sektioner varav vuxensektionen är en. Vuxensektionen innefattar bland annat ekonomiskt bistånd, missbruk och socialtjänst-psykiatri. Socialnämndens inriktningsbeslut är att verksamheten bör prioritera och utveckla öppenvården.

### **Öppenvårdsinsatser**

*Integrerad beroendemottagning (landstinget/socialtjänsten) Fyren med följande arbetsuppgifter:*

- *missbruksutredning*
- *medverka i sociala utredningar som socialtjänsten genomför*
- *avgiftning i öppenvård, kontroll – provtagning*
- *ansöka och besluta om nödvändig dygnet runt vård*
- *kontraktsvård, körkortsärenden*
- *stödsamtal – till vuxna och ungdomar med missbruksproblem samt deras anhöriga*
- *eftervård – stödsamtal, kontroll/provtagning samt upprättar eftervårdsplaner*

Boende på Ekerö kan söka direkt till beroendemottagningen utan att behöva vara aktuella inom Vuxensektionen. Enheten ansvarar vidare för tillsyn och uppföljning av personer som bor i så kallade ”sociala bostäder”. Boendet kan både vara tillfälligt och länk i en boendekedja.

Missbruksfrågan är en prioriterad fråga inom kommunen. Det innebär ambitioner att utveckla arbetet inom missbruksområdet, vilket i sin tur kräver utbildningsinsatser.

## **JÄRFÄLLA**

### **Organisation/inriktning**

Järfälla har en *beställar- och utförarorganisation* uppdelat i en myndighetsenhet och en uppdragsenhet. Verksamheterna sitter geografiskt avskilda från varandra. Det mesta utredningsarbetet det vill säga inte allt görs på myndighetsdelen, som beslutar om insatser i enskilda ärenden. Huvudinriktningen är att fortsätta utveckla öppenvården.

### **Öppenvårdsinsatser**

Den samlande benämningen på öppenvårdsdelen är *Beroendeverksamheten* som inrymmer:

- *Riddarmottagningen, samverkan kommun/landsting, integrerat arbetssätt – arbetar främst med korta kontakter*
- *vuxenteam*
- *ungdomsteam*
- *inackorderingshem som ett led i en boendekedja (6 pl - för män)*
- *ungbo (3 pl – för killar)*

Utöver de klienter som remitterats från myndighetsdelen har Riddarmottagningen både mandat och utrymme att ta emot klienter som söker direkt.

En stor del av *vuxenteamets* arbetsuppgifter består i att stödja klienten i boendet, upprätta individuella behandlingsplaner samt motivationsarbete. Bedömningen inom Beroendeverksamheten är att detta arbete både är och har varit LVM-förebyggande. Sista två årens noterbara minskning av antalet LVM-placeringar bedöms vara ett resultat av teamets insatser. En renodlad *behandlingsdel* är under uppbyggnad. Ambitionen är att bygga upp ett eget öppenvårdsprogram som komplement till Vuxenteamets övriga insatser. Hela personalgruppen har genomgått återfallspreventionsutbildning. Planerat är även att det skall finnas kompetens i arbetsgruppen att arbeta med poliklinisk haschavgiftning enligt HAP-metoden (HaschAvvänjnings Programmet, utarbetat av Rådgivningsbyrån i Lund/T Lundqvist).

Fullt utbyggt ska verksamheten tillgodose klienterna behov.

*Myndighetsdelen* beslutar om placeringar, i första hand bedöms om kommunens egen öppenvård är lämplig, därefter övervägs placering på institution.

## **SIGTUNA KOMMUN**

### **Organisation/inriktning**

*Myndighetsutövning och behandling finns integrerat i organisationen. Vuxenenheten har inte genomgått några förändringar sedan den förra kartläggningen. För att kunna möta klienternas behov har enheten utvecklat ett brett spektrum av öppenvårdsinsatser och inriktningen är en fortsatt utveckling.*

### **Öppenvårdsinsatser**

- *Öppenvårdsbehandling, Skeppet, 5-veckorsprogram, vars syfte är att erbjuda en nykter miljö för de som vill påbörja en förändring. Programmet är både individuellt och grupporienterat. Man har 10 platser. Inom ramen för programmet kan man erbjuda återfallsprevention.*
- *Mimers brunn – ett öppenvårdsprogram för yngre, 18 – 25, missbrukare. I huvudsak social träning kombinerat med alkohol/drogkontroller. Fungerar både som alternativ till placering och som stöd vid eftervården efter placering. Arbetar nära beroendemottagningen.*
- *Inackorderingshem som länk i en boendekedja*
- *Träffpunkten – dagverksamhet för äldre alkoholmissbrukare. I anslutning till Träffpunkten finns korttidsboende (ej inackorderingshem)*
- *Omvårdnadsgrupp/boendestödjare*
- *Socialpsykiatri – arbetar även med klienter med dubbeldiagnos*
- *En psyko terapeut (halvtid)*
- *Beroendemottagning i landstingets regi för äldre 25 – och uppåt. Till beroendemottagningen kan man söka direkt utan att vara aktualiserad på vuxenenheten.*
- *Beroendemottagning med delat kostnadsansvar socialtjänst/landsting som vänder sig till yngre missbrukare, 18 – 25 år. Till beroendemottagningen kan man söka direkt utan att vara aktualiserad på vuxenenheten.*

Samtliga klienter som vänder sig till vuxenenheten erbjuds i första hand öppenvård och då ofta en kombination av insatser.

## **SOLLENTUNA**

### **Organisation/inriktning**

Sollentunas missbruksorganisation har under 2003 varit föremål för en översyn, som resulterade i uppdraget att skapa en organisation med fördjupad samverkan mellan socialtjänst och landsting. För att kunna tillvarata de olika organisationernas kompetenser på ett bättre sätt är ambitionen att skapa en integrerad missbruksmottagning. Utgångspunkten i detta arbete har varit helhetssyn på missbruksarbetet inom kommunen och inriktningen är att fortsätta utveckla öppenvården.

### **Öppenvårdsinsatser**

Alla utredningar som leder till någon insats görs inom enheten Missbruk/myndighet. Efter beslut om insats remitteras klienten vidare inom organisationen till;

- *Andreamottagningen (är i dagsläget lokalmässigt integrerad med landstingets beroendevård) kan bistå med en fördjupad missbruksutredning, avgiftning, läkarkontakt, samtalskontakt samt drogtest. Boende i Sollentuna kan vända sig direkt till mottagningen.*
- *Andreamottagningen inrymmer fr o m 040301 även Adrianprojektet (målgrupp 18-25 år) som upphörde 031231 och ingår numera i den reguljära verksamheten. Landstinget svarar för all medicinsk kompetens. På mottagningen arbetar man med ungdomar både enskilt och i grupp. Mottagningen tar emot ett begränsat antal ungdomar per tillfälle, 10 – 12 åt gången. Individuella behandlingsplaner upprättas och förutom samtal och tester arbetar man på olika sätt med klientens hela livssituation. FoU kommer under våren 2004 att utvärdera verksamheten.*
- *Åkerbo korttidsboende – är också en länk i en boendekedja.*
- *Alfagrupper – en speciell enhet inom Arbetscenter där deltagare i Arbetscenters verksamhet kan få extra stöd under dagtid. Enheten har stor kompetens i alkohol och drogfrågor.*

Inriktningen idag är en tydligare avgränsning mellan utredning och insats. Insatserna kan kombineras. All personal inom den öppna missbrukarvården har utbildats i KBT (kognitiv beteende terapi). Idén är att detta skall bidra till ett enhetligare synsätt. Om det blir aktuellt med placering utanför ramavtalet kontaktas Placeringsenheten vars uppdrag är att ansvara för upphandling av extern öppenvård och institutionsvård.

## **SOLNA**

## **Organisation/inriktning**

Solna har idag en sammanhållen missbruksorganisation, benämnd *Resurscentrum*, som är en hopslagning av den tidigare *Vårdbasen* som i huvudsak arbetade med narkotikamissbrukare, *Rådgivningsbyrån* arbetade med alkoholmissbrukare samt en omvårdnadsgrupp. Vidare är Resurscentrum lokalmässigt integrerad med beroendevården. Inom Resurscentrum är myndighetsutövningen skild ifrån behandlingen. Behandlingsgruppen är uppdelad i två grupper, en stöd och en kuratorsgrupp.

Inom Resurscentrum återfinns en hög grad av specialisering ett resultat av hopslagningen av de olika enheterna. Narkotikaärenden handhas av socialsekreterare med särskild narkotikakompetens och alkoholärenden av socialsekreterare med alkoholkompetens. Inriktningen är att fortsatt utveckla öppenvården och eftersom öppenvård prioriteras prövas i varje ärende alltid öppenvårdsinsatser innan något annat blir aktuellt.

## **Öppenvårdsinsatser**

Inom organisationen finns följande resurser/kompetenser;

- *uppsökarfunktion*
- *socialsekreterare som arbetar med unga narkomaner*
- *socialsekreterare som arbetar med äldre missbrukare*
- *anhöriggrupp*
- *återfallspreventionsprogram*
- *kvinnogrupp*
- *kompetens att arbeta med individuella terapeutiska kontakter*
- *kompetens att arbeta med grupper*
- *kompetens att arbeta med poliklinisk avgiftning av cannabismissbrukare (HAP)*
- *härberge(i samverkan med RIA – Hela Människan)*
- *kategoriboende*
- *boendekedja*
- *Tröskeln dagverksamhet– huvudmän Solna/Sundbybergs missbrukarvård. För innehållet i verksamheten svarar Ria – Hela Människan i samverkan med huvudmännen.*

## **SUNDBYBERG**

### **Organisation/inriktning**

Sundbybergs Vuxensektion har inte genomgått några genomgripande förändringar sedan den förra kartläggningen. *Myndighetsutövning och behandling finns integrerat i organisationen.* Öppenvården skall även fortsätta att utvecklas. För att möta kunna behoven i klientgruppen har sektionen ett brett spektrum av öppenvårdsinsatser.

### **Öppenvårdsinsatser**

- *strukturerat öppenvårdsprogram med KBT och 12-stegsinriktning (Return)*

- *anhörigprogram*
- *modulboende (boendeenhet - ej inackorderingshem) som ett led i en boendekedja*
- *dagverksamhet; Tröskeln – huvudmän Solna/Sundbybergs missbrukarvård, innehållet i verksamheten ansvarar Ria Hela Människan för i samarbete med missbrukarvården.*
- *Omvårdnadsgrupp vars målgrupp främst är äldre alkoholmissbrukare; Bergdalen*
- *socialmedicinsk enhet / beroendemottagning.*

En drogterapeut är ansvarig för öppenvårdsprogrammet som har funnits i sin nuvarande form sedan januari 2002. Deltagarna ges tillfälle att i slutet på varje programomgång utvärdera programmets innehåll. Syftet är att deltagarna skall ges möjlighet att reflektera över och även kunna påverka utvecklingen av programmet.

Hög specialistkompetens återfinns bland socialsekreterarna, vilket innebär att de svarar för olika kunskaps/ansvarsområden, såsom boendefrågor, dubbeldiagnoser, kvinnor och missbruk, yngre missbrukare (under utveckling). Det främst är klienternas behov som styr utvecklingen av dessa specialistkompetenser.

Vuxensektionens bedömning är att det inom öppenvården finns möjlighet att ta emot nästan alla klienter.

## **UPPLANDS - BRO**

### **Organisation/inriktning**

Upplands Bro har en *utredare-/utförarorganisation*. Utredarfunktionen ansvarar för all myndighetsutövning. Utförarfunktionen/Härnevimmottagningen har ansvar för kommunens samlade öppenvård och består av landstingets beroendevård samt socialsekreterare. Klientärenden remitteras från utförarfunktionen som ansvarar för att arbetsplaner upprättas.

Därefter har Härnevimmottagningen totalansvar för de insatser som görs i enskilda ärenden. Som boende i Upplands Bro kan man även vända sig direkt till mottagningen. Vuxensektionen informeras efter fem kontakttillfällen. Inriktningen är att fortsätta utveckla öppenvården.

### **Öppenvårdsinsatser**

#### *Härnevimmottagningen som bistår med;*

- *fördjupad missbruksutredning*
- *medicinsk kompetens*
- *provtagningar*
- *medicinsk konsultation kring missbruk och beroende*
- *samtal*
- *drogkontroller*

Behandlingen som bedrivs är främst här och nuorienterad. Kognitiv beteendeterapi utgör den teoretiska kunskapsbas verksamheten sägs vila på och styr insatserna. Till sitt förfogande har vuxensektionen/mottagningen en jourlägenhet. Syftet är att kunna erbjuda "hela paket" det vill säga en kombination av insatser – behandling kombinerat med boende,



Vuxensektionen har tillgång till en boendekedja som bland annat innefattar 24 "sociala bostäder". Målgruppen för detta boende är inte enbart missbrukare.

Arbetsgruppen bedöms ha goda kunskaper för professionellt arbete med alkohol- och narkotikamissbrukare. För framtiden planerar man att bredda kompetensen genom att dels utbilda arbetsgruppen i systemorienterat arbete dels sträva efter att anställa socialarbetare som särskild kompetens att arbeta med klienter i grupper.

## **UPPLANDS VÄSBY**

### **Organisation/inriktning**

Upplands Väsby har en *samlad missbruksorganisation med utredningsfunktion och insatser inom samma enhet*. Tidigare hade man en organisation som var uppdelat i beställar och utförarfunktion. Denna modell hade både förtjänster och brister men den nuvarande organisationen upplevs som smidigare och ger tydligare sammanhang mellan utredning och insatser.

Ambitionen är att flertalet missbrukare skall behandlas i hemmiljön. Inriktningen är att fortsätta utveckla öppenvården

### **Öppenvårdsinsatser**

- *beroendemottagning – integrerad verksamhet landstinget/socialtjänsten*
- *öppenvårdsprogram med 12-stegsinriktning*
- *anhörigprogram*
- *finns möjlighet för missbruksenheten att placera yngre alkohol/narkotikamissbrukare i ungdomsenhetens programverksamhet. Även detta program är 12-stegsinriktat.*
- *uppföljande råd och stödkontakt med socialsekreterare*
- *inackorderingshem som ett led i en boendekedja – nästa steg är träningslägenhet*

Den egna bedömningen är att enheten idag har kompetens liksom kapacitet att möta behoven hos i stort sett alla klienter som aktualiseras. Också här är bedömningen att arbetet med missbrukare i hemmiljön lett till att allt färre placeras på institution idag.

## ***Missbrukarvård i Nordväst - i sammandrag***

### ***Målgruppen 20 år och äldre***

Samtliga missbruksenheter inom nordvästområdet arbetar med vuxna, 20 år och uppåt. Den dominerande klientgruppen är *alkoholmissbrukare* med många och stora konsekvenser av ett

långvarigt och/eller omfattande missbruk. Den stora gruppen är 40-år och äldre, med viss övervikt för 50 - 65 år. Utmärkande för många äldre i gruppen är att de har ett stort omvårdnadsbehov, där öppenvårdsinsatser inte räcker till

I åldersgruppen 20 – 30 år dominerar *blandmissbruket*. Ofta förekommer alkohol i stor omfattning, blandat med cannabis, ecstasy, amfetamin och rohypnol. Även missbruk av heroin förekommer men beskrivs inte känneteckna gruppen som helhet. Tendensen är att många har ett blandmissbruk liksom att gränserna mellan alkohol- och narkotikamissbrukare inte är lika tydlig som för tio år sedan.

#### *Placeras någon på institution?*

Inom alla nordvästkommunerna är huvudprincipen att klienter i första hand ska erbjudas *insatser på hemmaplan* inom olika öppenvårdsprogram. Är detta otillräckligt kan det bli aktuellt med institutionsplacering. Konkret innebär det att problemets komplexitet, klientens behov av en strukturerad tillvaro (dygnet runt) tillsammans med behov av geografiskt avstånd till hemmiljön som avgör om institutionsplacering kan vara aktuellt för kortare eller längre tid.

De *klientgrupper* som kan bli aktuella för placering är;

- yngre heroinmissbrukare 20 – 30 år
- klienter med dubbeldiagnoser – drogberoende i kombination med psykisk störning
- utagerande, aggressivaklienter
- klienter med stort omvårdnadsbehov äldre alkoholmissbrukare med missbruksskador
- heroinmissbrukare som behöver stödjande/förebyggande placeringar i samband med metadonbehandling för att inte bli utskrivna från metadonprogrammet.

#### *Förändringar under 1990-talet*

*- i kommuner och omvärld*

1. Sviktande kommunal ekonomi tillsammans med allt högre ställda krav på att verksamheterna måste "hålla budgeten" har lett till påtagliga förändringarna inom socialtjänstens missbruksarbete de senaste tio åren. Kravet på att utveckla olika former av öppenvårdsinsatser på hemmaplan inom missbrukarvården under 1990-talet kom emellertid att ställas på grundval av två delvis olika men ändå korresponderande förhållanden.

2. Inte bara ekonomiska incitament har påverkat, det vill säga att öppenvårdsinsatser är mindre kostsamma. Analyser av institutionsplaceringar visade att behandlingen hade mycket liten effekt på missbruket samt att många inte fullföljde behandlingen (Blomqvist, 1996:2).

3. Utöver i kommunerna direkt uppenbara orsaker till förändringarna finns omvärldsfaktorer som också påverkar utvecklingen. Utan en alltför långtgående analys finns skäl att peka på betydelsen av ny kommunallag 1992 som ett uttryck för en decentraliseringsvåg rent generellt. Inom primärkommunerna – och inte minst socialtjänsten – ökades takten på organisationsförändringarna (Bergmark, 2001). Tillsammans med en lågkonjunktur med höga arbetslöshetstal, med lägre skatteintäkter för kommunerna, EU-inträdet och avvecklingen av den svenska alkoholpolitiken, förändrade mönster och vägar för smuggling av droger i samband med internationella politiska förändringar och konflikter – bildar allt detta tillsammans en väv som direkt och indirekt påverkar missbruksarbetet i nordvästkommunerna.

*- konsekvenser*

Vänder vi tillbaka till den egna kommunala missbrukarvården finns det också något positivt med ”ekonomiseringen” av missbrukarvården: de frågor som måste ställas i placeringsärenden, det vill säga:

- 
- vad är syftet med placeringen
  - motsvarar placeringen klientens behov
  - kravet på uppföljning
  - vad är alternativet
- 

Förkortade vårdtider är också en följd av att arbetet med missbrukare alltmer handlar om ekonomi. I detta sammanhang kan nämnas att en påtaglig förändring är att politiker styr i större omfattning än för 5 – 10 år sedan och de konkreta uttrycken för detta är uppdragen som ges, prioriteringarna, diskussionerna i placeringsärenden samt diverse politiska utspel.

*- en åldrande missbrukargrupp tillsammans med nya grupper*

En tendens är att fler äldre, 60 år och äldre, med missbruksproblem har aktualiserats för missbruksenheter under de senaste åren som en följd av förändringar i alkoholkonsumtionsmönstret rent generellt – en följd av att många av dem som idag är aktuella på missbruksenheter också blir äldre (Leifman, 2003).

Ytterligare förändringar är att en ny klientgrupp börjat efterfråga socialtjänstens tjänster, kanske delvis som ett resultat av närmandet till landstingets beroendevård, och det är kvinnor i 45-årsåldern och äldre. Utmärkande för dessa är att de är socialt väletablerade i samhället och att de aldrig tidigare har haft med socialtjänsten att göra (a.a.).

En annan förändring som arbetet genomgått under de senaste 10 – 15 åren är att även psykiskt funktionshindrade ingår i den personkrets som är vuxensektionens ansvarsområde vilket är en följd av Psykiatireformen. Denna klientgrupp tar de alltmer begränsade resurserna i anspråk.

Heroinmissbrukarna har varit den klientgrupp som varit svårast att arbeta med under öppna former. Många har under årens lopp placerats på institution alternativt varit föremål för tvångsvård (LVM). Subutexunderhållsbehandling som har blivit en allmänt förekommande farmakologisk metod sedan år 2000 har öppnat möjligheter att arbeta med heroinmissbrukarna i hemmiljön. Subutexbehandling skall enligt FASS kombineras med psykosocial behandling om den farmakologiska behandlingen skall få optimal effekt.

*Mot en förändrad missbrukarvård: samverkan internt och externt*

I redogörelsen ovan för de åtta nordvästkommunernas organisering av missbrukarvården inom socialtjänsten återfinns några bärande temata: öppenvård, samverkan och kompetensutveckling. Samverkan och integreringen med landstingets beroendevård beskrivs som en faktor som sannolikt bidragit till en breddning av den samlade kompetensen. Detta påstående bör emellertid prövas empiriskt. En positiv konsekvens beskrivs ha varit det ömsesidiga lärandet som i många fall lett till en större förståelse för varandras organisationers möjligheter och begränsningar. Men denna utveckling beskrivs inte ha varit helt smärtfri, utan fylld av komplikationer.

Den organisering som kännetecknar missbrukarvården idag, med kommunala, landstings och statliga åtaganden, har sina begränsningar. I synnerhet äldre missbrukare och psykiskt sjuka missbrukare tenderar att ”falla mellan stolarna”. I debatten framhålls att modellen för framtidens missbruksarbete är integrerad samverkan med andra myndigheter.

Positiv utveckling redovisas via två samverkansmodeller, som var för sig bedöms ha bidragit till fördjupad samverkan mellan huvudmännen. Vidare redovisas också hur man *inom* en kommun kan förbättra samarbetet. Se bilaga 2.

Samtliga socialtjänstsektorer har under årens lopp varit föremål för översyn och besparingar. Det har inneburit att om *ett* myndighetsområde fått särskilda direktiv att spara, har det ofelbart fått konsekvenser för ett annat myndighetsområde. I hägnet av kommunens yttersta ansvar är det kommunerna som med en allt mer krympande budget fått bära alltmer av kostnaderna.

Det är därför mycket positivt att dessa förändringar uppmärksammas av regeringen, som i januari 2003 tillsatte en parlamentarisk kommitté med uppdrag att se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom "samhällsorganisationen". Syftet är att undersöka förutsättningarna för att klara välfärdsåtagandena inför de stora samhällsförändringar som Sverige för närvarande genomgår samt vilka förändringar av den nuvarande organisationen det kräver. ([www.sou.gov.se/ansvar/direktiv.htm](http://www.sou.gov.se/ansvar/direktiv.htm))

En förhoppning är att denna översyn i sin förlängning kommer att gagna det kommunala missbruksarbetet.

### ***Sammanfattande reflektioner***

Avsikten med 2003 års kartläggning av nordvästkommunernas missbrukarvård är att beskriva missbruksarbetets organisering samt att aktualisera några frågeställningar, gemensamma för samtliga kommuner. Regelbundna kartläggningar är nödvändiga eftersom de kommunala missbruksorganisationerna förändras beroende på budgetförutsättningar, omvärldsförändringar samt vilka prioriteringar som görs internt.

En dylik rapport, där synfältet breddades med aktuell statistik, andra aktörers (CAN, polis, m fl) bedömning av missbruksläget/situationen skulle ge en fullständigare bild än den som förmedlas via den här rapporten. Det har å andra sidan inte heller varit avsikten, utan mer att lyfta fram vilka aktuella frågor primärkommunal missbrukarvård står inför.

#### ***Öppenvård***

Åren 1991 -1993 presenterades forskningsrapporter rörande behandlingseffekter samt en Socialstyrelse- rapport rubricerad *Effekter av offensiv narkomanvård (1993:1)*. Dessa sammantaget bildade underlag för besluten om att dels integrera narkomanvården med den reguljära socialtjänstdrivna missbruksvården samt dels motiverade det en förändrad inriktning av vården av missbrukare – öppenvård i stället institutionsvård.

En tydlig bild som framträtt under kartlägningsarbetet är att öppenvården fortsätter att utvecklas inom nordvästområdet. Flertalet kommuner kan erbjuda ett brett spektrum av öppenvårdsinsatser. Det som styr bredden av insatser är främst storleken på kommunen. Stora kommunala organisationer genererar större personalgrupper som kan avdelas till missbruksarbete. Denna bild avspeglades även i en rikstäckande kommun och landstingsenkät som genomförts av Socialstyrelsen.

Således, öppenvården som begrepp och inriktning på arbetet med missbrukare har kommit för att stanna. Idag pågår ett intensivt arbete att utveckla öppenvården vidare till att omfatta så många klientgrupper som möjligt. Den klientgrupp som det varit svårast att handskas med inom öppenvården har varit klienter med så kallad dubbeldiagnos problematik.

För den fortsatta utvecklingen av öppenvården är det även angeläget att finna andra och ändamålsenligare samverkansformer med kriminalvården, arbetsförmedlingen, frivilligorganisationerna med flera. Tröskeln med Solna/Sundbyberg som huvudmän och Ria - Hela Människan som utförare är ett exempel på en möjlig samverkan mellan kommun/er och frivilligorganisation. Under 2004 och 2005 kommer samverkansmodellen att dokumenteras och utvärderas av FoU/nordväst.

Inom Nordvästområdet finns strukturerade öppenvårdsprogram. Ett av dessa, Return (kognitivt inriktat program) i Sundbyberg, är för närvarande föremål för utvärdering inom ramen för Centrum för Kunskapsutveckling i Praktiken. Det är första gången i Sverige ett öppenvårdsprogram utvärderas i strikt vetenskaplig mening vad gäller uppföljning och kontrollgrupper.

#### Regional samverkan

Under kartläggningsarbetet framkom att samtliga kommuner inom nordvästområdet vill finna former för en ökad samverkan kring både verksamheter och enskilda frågor som kan ha ett allmännt intresse. Man skulle även kunna tänka sig att kommunerna i betydligt större utsträckning använde sig av delar av det öppenvårdsutbud som finns inom nordvästområdet i stället för att bygga upp egna verksamheter. I synnerhet kan detta gälla för kommuner som inte har tillräckliga volymer att ha verksamheter i egen regi. Kommunerna kan även inspireras och lära av varandra kring olika frågeställningar, exempelvis;

- hur bygger man upp ett öppenvårdsprogram
- samverkansmodeller
- uppsökande arbete
- förebyggande arbete
- subutexbehandling i kombination med psykosocialt omhändertagande – hur skall det utformas/vilka erfarenheter har man
- hur ser missbrukssituationen ut

Den pågående diskussionen kring ett boende för gruppen, främst äldre, missbrukare med ett omfattande vårdbehov av både fysisk och psykiatrisk karaktär är ett steg i den riktningen.

Beträffande samverkan kan nämnas att enligt aktuell forskning deltar mindre kommuner flitigare i olika nätverk än större kommuner. Även lokalt har mindre kommuner oftast ett bättre samarbete beroende på en större närhet till samarbetspartners.

#### Psyiskt störda missbrukare (dubbeldiagnospatienter)

Denna målgrupp var ett återkommande tema i kartläggningen. Så gott som samtliga kommuner efterlyste ett förbättrat samarbete med psykiatri kring denna klientgrupp. Under de senaste 15 – 20 åren har klientgruppen utgjort ett problem för vården och ”bollats” mellan

socialtjänsten och psykiatrin. Otaliga är de konferenser och samarbetsprojekt som genomförts i syfte att hitta framkomliga vägar. Inför framtiden är det angeläget att utveckla och fördjupa samarbetet med psykiatrin för att möjliggöra ett förbättrat omhändertagande på hemmaplan. Det finns exempel på, både inom nordvästområdet (Sigtuna) och inom olika delar av landet, att detta är möjligt.

Vid en konferens i december 2003, *På rätt väg – en dag om psykiatrin i Stockholms län*, sammanfattade företrädare för Tyresö kommun sitt arbete med dubbeldiagnospatienter som fungerat sedan 1997 och i synnerhet varför det fungerat - enligt följande;

- Inga omorganisationer
- Personalkontinuitet
- Chefsstöd
- Ej projekt
- Prioriterad fråga
- Gemensam utbildning
- Att strukturer skapats och följts
- Integrerad med övrig verksamhet
- Vi-känsla (ej vi/dom)
- Viktigt med chefers förståelse för att det här tar tid
- Respekt för varandra
- Kunskap om varandras organisationer
- ”En och annan kräftsiva.....”

#### Förändring av missbruksmönstret

Inom nordvästområdet har missbruksmönstret förändrats avsevärt under de senaste 10 åren vilket också är den bild som förmedlats via polisens och CAN:s (Centralförbundet för Alkohol och Narkotikaupplysning) rapportering. Idag är det ett utbrett blandmissbruk inom åldersgruppen 20 – 25 år. De vanligaste drogerna är amfetamin, rohypnol, cannabis ecstasy samt alkohol. Enligt CAN har det skett en kraftfull ökning av narkotikamissbruket inom främst Stockholms kranskommuner under de senaste 10 åren. Konsumtionsmönstret vad gäller har alkohol förändrats avsevärt under de senaste 10 åren som en följd av EU-inträdet, förändrade införselregler samt ökningen av antalet serveringstillstånd. Svensken har även anammat europeiska alkoholvanor och dricker alkohol vid fler tillfällen under en vecka än för 10 – 15 år sedan. Tendensen till en ny grupp problematiska alkoholkonsumenter är kvinnor över 50 år som ej tidigare är kända för socialtjänsten samt oftast är väletablerade på arbetsmarknaden. Andra grupper är äldre 60 år och uppåt vilka redan idag men i synnerhet i framtiden kommer att ställa Äldre och omsorgsförvaltningarna inför stora problem. Många alkoholproblematiker inom denna grupp är inte tidigare kända för socialtjänsten. Ytterligare en gruppering är de som vanemässigt konsumerar alkohol på krogen efter arbetet (after work).

För att tydliggöra bilden redovisas nedan i punktform fakta hämtat från CAN:s rapport: Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2003;

- Alkoholförsäljningen i Sverige har ökat med 19% sedan 1998 och låg på samma nivå som i början på 1980-talet, dvs 6,9 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre.
- Inräknas även den oregistrerade alkoholen, vilken uppskattas till ca 30% av konsumtionen och huvudsakligen utgörs av legal resandeförsel, uppgick alkoholkonsumtionen 2002 till 9,9 liter per invånare 15 år och äldre. (Under 2003 ökade detta till 10,4 liter per invånare 15 år och äldre).

- Andelen ungdomar som prövat narkotika tredubblades under 1990-talet. År 2002 uppgav t ex 18% av de 18-åringar som mönstrar inför militärtjänsten att de någon gång prövat narkotika. Ökningstakten har dock dämpats under senare år och bland skolungdomar i åk 9 har trenden till och med vänts till en nedgång.
- Narkotikautbudet synes vara större än någonsin. År 2002 gjorde polis och tull sammanlagt ca 22 000 narkotikabeslag, vilket är en fördubbling jämfört med 1992.
- Antalet narkotikarelaterade dödsfall fördubblades under 1990-talet. År 2000 registrerades 353 stycken sådana dödsfall.

### Nationella riktlinjer för missbrukarvård

Vad som på sikt kommer att påverka det kommunala missbruksarbetet är det pågående projektet inom Socialstyrelsen vars avsikt är att utfärda riktlinjer för behandling av alkohol- och narkotikamissbruk /-beroende. Projektets officiella namn är ”Nationella riktlinjer för missbrukarvård”. För att riktlinjer skall kunna skrivas behövs olika underlag som framförallt bygger på kunskapsöversikter.

Målsättningen med projektet är i första hand att skapa ett medel för att åstadkomma högre kvalitet i missbrukarvården. Riktlinjedokumentet bör kunna bidra till en kvalitetshöjning dels genom att de fungerar som incitament för verksamheternas egna utvecklingsarbete dels som stöd för förutsägbar tillsyn.

Innan man kan skriva riktlinjer behövs en systematisering av existerande kunskapsunderlag typ SBU:s rapporter samt en bedömning av deras styrka som bas för utfärdande av riktlinje eller andra typer av behandlingsrekommendationer. För detta arbete behövs ett antal expertgrupper som ansvarar för olika områden. 1 Följande expertgrupper har inrättats;

*Expertgrupp 1.* Psykosocial och läkemedelsassisterad behandling av narkotikamissbruk/beroende inkl omvårdnad.

Bör i sammanhanget tydliggöras att inom ramen för arbetet inom expertgruppen arbetar man särskilt med att utarbeta riktlinjer för subutexbehandling. Förslaget är att överföra delar av det regelverk som idag omgärdar metadonbehandlingen. Avsikten är att subutexförskrivningen enbart skall få administreras av landstingets beroendevård vilket skulle innebära att läkare inom ex primärvård eller andra mottagningar ej får rätt att förskriva subutex. Vidare kommer särskilt att betonas att psykosocial behandling är ett mycket viktigt komplement till läkemedelsbehandling.

*Expertgrupp 2.* Psykosocial och läkemedelsassisterad behandling av alkoholmissbruk/beroende inkl omvårdnad.

*Expertgrupp 3.* Uppspårande / uppsökande och förebyggande verksamhet.

*Expertgrupp 4.* Markörer, diagnostiska instrument och systematisk patient / klientdokumentation och –information.

*Expertgrupp 5.* Behandling av gravida missbrukare.

Det slutgiltiga underlaget från expertgrupperna överlämnas till projektgruppen under hösten 2004. Därefter kommer underlaget att beredas och ett remissbehandlat förslag på riktlinjer ska föreligga i juni 2005.

Därefter, hösten 2005, kommer den viktigaste och mest avgörande fasen, förankring och implementering av riktlinjerna inom kommunerna. Beslut om riktlinjer hösten 2005 – våren 2006. I implementeringsarbetet som måste skötas med tydlig och pedagogisk finess har sektionschefer och övrig ledning en avgörande roll eftersom det är dessa som skall tillse att riktlinjerna används i vardagen.

Som ovan nämndes är syftet med riktlinjearbetet att bidra till en kvalitetshöjning och professionalisering av det kommunala missbruksarbetet. I synnerhet bidrar det till att missbruksarbetet vilar på en solidare kunskapsgrund än tidigare. Sedan 1970-talet har den kommunala missbrukarvården av både medier och forskare anklagats för trendkänslighet och att klientinsatserna bygger mer på tro än vetande.

Avslutningsvis, kartläggningen har syftat till att spegla missbruksarbetet inom nordvästkommunerna 2003/2004 och relatera det till pågående diskussioner och aktuell forskning inom missbruksområdet. Det kommunala missbruksarbetet står inför många framtida utmaningar och en del frågeställningar har särskilt belysts i detta kapitel eftersom frågor inom en kommun oftast är generella till sin karaktär. För att finna möjliga lösningar är det nödvändigt att lyfta upp frågor och problematisera dem.

FoU-miljöer kan vara behjälpliga i detta arbete och fungera som en mötesplats för de frågor som fältet ställer.

## **Bilaga 1**

### ***Aktuella frågeställningar***



”Boendefrågor – den pågående diskussionen rörande äldre missbrukare med omvårdnadsbehov är ett bra exempel på samverkan över kommungränserna.”

”Det är angeläget att utveckla *regionala nätverk* kring andra för missbruksområdet viktiga frågor. Som mindre kommun är det nödvändigt att kunna träffas i olika nätverk.”

---

*Enigt socialstyrelsens kommun/landstingsenkät; små kommuner kan inte specialisera vården på samma sätt som större kommuner kan.*

- *Mångfald saknas (hänvisade till vård i egen regi eller landstingskommunal regi)*
- *Specialistkompetens saknas*
- *Systematiska bedömningsinstrument används inte i lika stor utsträckning*
- *Smalare utbud av behandlings och stödinsatser*

Ovanstående är generella slutsatser och rör inte specifikt kommunerna inom nordvästområdet.

-----

”Utveckla erfarenhetsutbytet mellan kommunerna - ta del av exempel på samverkan, öppenvårdsmodeller.”

”Ett begrepp som behöver diskuteras regionalt är vad menas med utskrivningsklar/ medicinskt färdigbehandlad”.

”Öka kunskapen kring neuropsykiatri (specifikt ADHD/DAMP) samt kognitiv beteendeterapi (KBT) bedöms som mycket angeläget.”

”*Metodutveckling*: Missbrukare med mångårig aktualitet för sektionen, som trots många insatser av både frivillig och tvångsmässig karaktär, är i aktivt missbruk, oftast blandmissbruk – vad gör vi, och vad kan vi göra, med denna grupp.”

*Exempel på samverkansmodeller som enligt berörda kommuner fungerar*

**Ekerö:** ESSAM – Ekerö i social samverkan. I ESSAM ingår förutom socialtjänsten Arbetsförmedlingen-rehab, Försäkringskassan, psykiatri, skolan, barnomsorgen samt Äldre och omsorgsförvaltningen. De frågor/målgrupper som berörs är äldre, barn och ungdom i riskzon, psykiskt funktionshindrade, långtidsarbetslösa samt missbruk. Det finns olika samverkansnivåer dels klientorienterade för handläggarna samt forum för frågor av mer övergripande och policykaraktär.

**Sigtuna:** Samarbetet med psykiatri har förbättrats avsevärt vilket blev en positiv följd av att personal från socialtjänsten och psykiatri gick en utbildning tillsammans. Utbildningen ingick i ett projekt (2002/2003) kring målgruppen unga vuxna med psykisk sjukdom, i enstaka fall i kombination med missbruk. Projektet syftade till att utveckla ett förbättrat mottagande/omhändertagande för målgruppen. En vårdmötesmodell inspirerat av Jakko Seikula/Finland, har utvecklats och ledorden är samarbete och samsyn.

**Upplands Väsby:** Samverkan mellan landsting och kommun inom missbruksenheten. Landstingspersonal och kommunanställd personal arbetar tillsammans, har behandlingskonferenser, handledning, utbildning, planeringsdagar, APT, med mera tillsammans. Klientplanering sker också tillsammans. Sammantaget innebär detta att man har en integrerad organisation och ett enhetligt arbetssätt med klienten i fokus.

**Utvecklingsområden**

- Behov av fördjupad samverkan med Försäkringskassan, psykiatri, Arbetsförmedlingen, primärvården samt kriminalvården.
- Samverkan med psykiatri behöver utvecklas. Missbrukare med psykisk störning ”faller oftast mellan stolarna” då meningsskiljaktigheter uppstår kring ansvarsfrågan.
- Samverkan med Äldre o Omsorgsförvaltningen behöver utvecklas som en följd av förändring av alkoholkonsumtionsmönstret hos äldre.
- Samverkan med landstingets subutexteam behöver utvecklas.
- Även internt inom Individ o Familje- Omsorgsförvaltningarna behöver samarbetet utvecklas.