

## **Kartläggning av resurser inom områdena risk-, missbruks- och beroendevård i Västernorrland**

Samverkansprojekt mellan Landstinget Västernorrland och  
Kommunförbundet Västernorrland

Författare: Camilla Carpholt Kommunförbundet Västernorrland  
Inger Dyrén Landstinget Västernorrland

Rapport: nr 2010:1  
ISSN 1653-2414 ISBN 978-91-85613-36-6

## **Förord**

Arbetet med att i samverkan genomföra en kartläggning av resurser och insatser inom länets missbruks- och beroendevård har varit mycket utvecklande och inspirerande.

Kartläggningen redovisas i en huvudrapport samt i en delrapport med sammanfattning av intervjumaterialet. Delrapporten finns som komplement för intresserade som vill få fördjupad kunskap om de verksamheter som intervjuats.

Vårt projektarbete har inneburit att vi gemensamt fått ökad inblick i samt kunskap om hur kommunernas socialtjänst och landstingets verksamheter arbetar och samverkar inom området riskbruk, missbruk och beroende. Vår förhoppning är att rapporten kommer att vara till hjälp för alla verksamheter som möter och arbetar med både barn och vuxna i dessa frågor. Rapporten är även tänkt som plattform att utgå ifrån i kommande utvecklings- och förbättringsarbete både regionalt och lokalt.

Vi vill tacka alla som medverkat i kartläggningen och som på olika sätt varit oss behjälpliga under projektiden. Ett särskilt tack till alla intervjupersoner som generöst lämnat information från sitt verksamhetsområde och bidragit med konstruktiva förslag på utvecklings- och förbättringsområden.

Slutligen vill vi tacka våra kontaktpersoner i samverkansprojektet Gunhild Nyberg Kommunförbundet och Lena Berglund Friberg Landstingsstaben samt Göran Bostedt FoU för deras stöd.

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>Begrepp och definitioner</b>	<b>9</b>
Begreppslista	9
<b>Inledning</b>	<b>14</b>
Nationellt	15
Regionalt	18
Ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst	19
Socialtjänstlagen	20
Barn och unga	22
Allmänt om samverkan mellan hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens verksamheter	24
<b>Projektets bakgrund</b>	<b>27</b>
<b>Syfte med projektet</b>	<b>28</b>
<b>Avgränsningar</b>	<b>29</b>
<b>Kunskapsbaserad praktik</b>	<b>30</b>
<b>Metod</b>	<b>32</b>
Konferens 18 februari	32
Materialinsamling	32
Kvalitativ undersökning	32
<b>Resultat</b>	<b>35</b>
Tidig upptäckt och förebyggande verksamhet	35
Dokumentation	39
Behandling	43
Barn och Ungdomsperspektivet	46
Gravida kvinnor	49
Samsjuklighet	52
Samverkan	53
<b>Analys</b>	<b>56</b>
Tidig upptäckt och förebyggande verksamhet	56
Dokumentation	57
Behandling	58
Barn och ungdomsperspektivet	58
Gravida kvinnor	60
Samsjuklighet	61
Samverkan	61
Gemensamma riktlinjer i länet	62
Kompetens	63
<b>Förbättringsområden</b>	<b>65</b>

<b>Referenslista</b>	<b>67</b>
Allmänna råd	67
Föreskrifter	67
Litteratur	67
Rapporter	67
<b>Bilaga 1 Intervjumall</b>	<b>69</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>72</b>
DSM-VI	72
ICD-10	73

# Sammanfattning

År 2007 presenterade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Riktlinjerna är en vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Det är första gången som socialstyrelsen ger ut riktlinjer som riktar sig både till socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Riktlinjerna gäller både medicinska och sociala insatser som ges inom de båda huvudmännens verksamhetsområden med olika lagstiftning; socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Missbruks- och beroendevården omfattar ett stort verksamhetsfält, där kunskapsnivå, traditioner och arbetssätt är mycket olika. En gemensam plattform som riktlinjerna skulle kunna utgå från har därför saknats. Arbetet med att ta fram gemensamma riktlinjer ses som ett pionjärarbete, där till exempel gemensamma begrepp och definitioner varit en viktig del. Arbetet startade år 2002 och pågick under fem år. Riktlinjerna bygger i huvudsak på översikter och analyser som fem expertgrupper med kompetens inom medicin och paramedicin arbetat fram, och som benämns faktaunderlaget. I riktlinjerna ges förslag på gemensamma begrepp och termer. Efter en inledande beskrivning av arbetets utformning och genomförande, presenteras samtliga rekommendationer. Rekommendationerna följer samma struktur som de områden experterna behandlat. Efter redovisning av varje sakområde finns ett kapitel om samsjuklighet. I slutet finns bilagor om bl.a. lokal och regional uppföljning. Arbetet med att ta fram kvalitetskriterier för hela missbruks- och beroendevården pågår.

För att kunna implementera riktlinjerna i de båda huvudmännens verksamhetsområden, startade ett länsprojekt i samverkan mellan landstinget och kommunförbundet i Västernorrland i februari 2009. Under ett år har två projektledare, 50 % vardera, från landstingsstaben och kommunförbundet i Västernorrland genomfört en kartläggning i länet, där olika verksamheter inom kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård har belysts. Medel för att finansiera projektet kommer från länsstyrelsen och landstinget.

Målet med projektet är, att i länet samordna, utveckla och förbättra vård och stöd till personer med missbruk och beroende samt till barn och närstående, i enlighet med socialstyrelsens nationella riktlinjer. I uppdraget har ingått, att gemensamt övergripande kartlägga befintliga resurser, samverkansprocesser och arbetsmodeller i länet med utgångspunkt i riktlinjerna. De nationella riktlinjerna vänder sig till personer över 18 år, men i samverkansuppdragets kartläggning ingår även insatser för barn och unga.

Kartläggningen har fokuserat på följande områden inom riskbruk, missbruks- och beroendevården; resurser, omfattning, kvalitet, sam-

verkan mellan kommunens och landstingets verksamheter samt samverkan med andra aktörer i länet. I uppdraget ingår även en belysning av hur barn- och ungdomsperspektivet ska kunna implementeras i arbetet med risk- missbruk och beroendefrågor.

Målsättningen är, att ur ett läns- och samverkansperspektiv, få en övergripande bild av hur målgrupper, organisationsstrukturer, befintliga resurser, metoder, rutiner och samverkan ser ut i kommunernas och landstingets olika verksamheter. Ett delmål är, att ur läns- och samverkansperspektiv, få ökad kunskap om behov av kompetensutbildning, gemensamma utvecklingsområden, vilka områden som samordnar och drar nytta av varandras kompetensområden i nuvarande verksamhet samt behov av gemensamma riktlinjer.

Kartläggningen belyser i vilken utsträckning man använder riktlinjernas rekommenderade metoder för bedömning, dokumentation, intervention, åtgärd, uppföljning och utvärdering för:

- \* Tidig upptäckt och förebyggande verksamhet
- \* Dokumentation
- \* Behandling
- \* Barn- och ungdomsperspektivet
- \* Gravida kvinnor
- \* Samsjuklighet
- \* Samverkan

Kartläggningen har avgränsat de två områden som uteslutits i socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det är området läkemedelsberoende, där det vetenskapliga kunskapsunderlaget bedömdes vara för otillräckligt. Det andra området är läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk och beroende, där det redan finns en kunskapsöversikt med riktlinjer.

I kartläggningen har sammanlagt 21 intervjuer genomförts. Intervjuer har hållits med representanter för socialtjänsten i länets samtliga sju kommuner, Örnsköldsvik, Härnösand, Sundsvall, Kramfors, Timrå, Ånge och Sollefteå.

Primärvårdens representation i kartläggningen har varit hälsoplanerare, ansvarig för riskbruksprojektet i länet, samordnare vid mödrahälsovården, verksamhetschef och familjeläkare vid vårdcentraler.

Inom specialistvården har intervjuer genomförts med representanter för verksamheterna Vuxenpsykiatri (beroende- och tillnyktringsenhet), BUP-kliniken, Barn- och ungdomsmedicin- samt Kuratorskliniken vid länsjukhuset Sundsvall – Härnösand,

Vuxenpsykiatri (beroendeenheten) Sollefteå - Kramfors, BUP-mottagningen Sollefteå, Vuxenpsykiatri och BUP-mottagning Örn-sköldsviks sjukhus.

Intervjuformuläret täcker av de områden som kartläggningen ska innefatta; målgrupp, resurser, omfattning, kvalitet och samverkan, se bilaga.

Samma frågor angående resurser, statistik, tidig upptäckt och förebyggande arbete, metoder, samverkan, rutiner och utvecklingsområden har förutsättningslöst ställts till alla intervjuade oavsett verksamhetsområde.

Efter genomförd intervju har svaren sammanställts och skickats till den intervjuade för godkännande. Sammanställning av intervjuerna redovisas i en delrapport.

Kartläggningen visar att det finns behov av utveckling och förbättring inom alla områden som belysts. Det finns flera goda exempel i länet, som kan vara modell i utvecklingsarbete för implementering av socialstyrelsens rekommenderade riktlinjer i fler verksamheter.

På ett generellt plan visar kartläggningen, att socialstyrelsens nationella riktlinjer bör implementeras på alla nivåer inom respektive huvudmans organisation. Resurser för riskbruk, missbruk och beroende varierar inom länet. Mer satsning på det förebyggande arbetet och utveckling av samverkansmodeller med formaliserade samverkansavtal inom och mellan huvudmännens verksamheter behövs. Risk- missbruks och beroendområdet behöver lyftas och prioriteras. Statistik- och uppföljningssystem behöver utvecklas för att kunna identifiera målgruppen samt säkerställa att rätt åtgärd används.

Kartläggningen visar att vård och stöd för barn under 18 år behöver ses över och förbättras. Barn- och ungdomsperspektivet behöver lyftas fram i verksamheter, som möter vuxna med missbruk eller beroende. Barn och ungdomars behov av insatser i riskmiljöer behöver tydliggöras. Utifrån hög risk för psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, behöver enhetliga rutiner för arbete med tidig upptäckt och förebyggande insatser utarbetas.

Inom området kompetens visar kartläggning på behov av kompetensutveckling i båda huvudmännens verksamheter. Gemensamma utbild-

ningsinsatser på både bas- och specialistnivå med fokus på kunskapsbaserade metoder efterfrågas.

Ett tydligare och mer regelbundet kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan huvudmännens och olika verksamheters personal skulle kunna underlätta arbetet med att samordna och förbättra vårdkedjan för personer med riskbruk, missbruk och beroende samt deras närstående.

## Begrepp och definitioner

Definitioner och begrepp är viktiga verktyg i samarbetet mellan olika verksamheter både internt och externt. Riktlinjearbetet förespråkar ett gemensamt begrepps- och definitionsspråk för kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården. Syftet är att underlätta samverkansarbetet mellan huvudmännens verksamheter, vilket effektiviserar klient/patientarbetet och gynnar den hjälpsökande.

Olika åsikter råder nationellt och internationellt om alkohol- och narkotikamissbruk eller beroende är att anse som sjukdom eller inte. Litteratur inom området ger inget entydigt svar. Socialstyrelsen hänvisar i riktlinjerna till WHO:s förklaringsmodell, som har stark förankring i forskning och klinisk verksamhet; ”beroende ska i första hand ses som ett psykobiologiskt tillstånd, men med kulturella och sociala implikationer”.

Inom hälso- och sjukvården används diagnossystemen DSM-VI och ICD 10, se bilaga 2. Inom socialtjänsten saknas gemensam definition av begreppen missbruk och beroende, samt en enhetlig metod med objektiva kriterier för att bedöma när missbruk föreligger. I socialtjänstlagen samt i lagstiftning om tvångsvård; Lag om vård av missbrukare i vissa fall och Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, saknas definitioner av termen ”missbruk”. Det är därför viktigt också ur rättsäkerhetssynpunkt, att få tillstånd gemensamma begrepp och definitioner.

Socialstyrelsens förhoppning är, att både kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården i framtiden kommer att använda DSM IV samt ICD 10:s kriterier för att beskriva missbruk och beroende hos individen.

### Begreppslista

Abstinensbehandling	En lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppstår när intaget av en eller flera narkotiska preparat upphör. Syftet med behandlingen är att förbereda eller motivera till vidare behandling i andra vårdformer.
ASI	Addiction Severity Index - Bedömningsinstrument som täcker av sju livsområden av betydelse för personer med missbruks – och beroendeproblem

ADAD	Adolescent Drug Abuse Diagnosis - Bedömningsinstrument för ungdomar. Är en ungdomsversion av ASI och inkluderar även frågor om skolgång samt kamratumgänge
Audit	Alcohol Use Disorders Identification Test - Beteendevetenskapligt frågebatteri som används för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor eller alkoholproblem
BBIC	Ett nationellt system för handläggning och dokumentation i utredning, planering och uppföljning som utvecklats och anpassats utifrån svensk lag och praxis av socialstyrelsen samt sju svenska kommuner/kommundelar.
CUS	Centrum för utvärdering av socialt arbete
Dudit	Drug Use Disorders Identification - Beteendevetenskapligt test som används för att identifiera personer med riskabla och skadliga narkotika vanor eller narkotikarelaterade problem.
DSM IV	Diagnossystem som används inom hälso- och sjukvården. För begreppet missbruk krävs att minst ett av fyra angivna kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månadersperiod, vilket innebär en social funktionsnedsättning för individen. För beroende krävs att tre av sju angivna kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månadersperiod, se bilaga
FHI	Folkhälsoinstitutet
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
ICD 10	Diagnossystem som används inom hälso- och sjukvården. Begreppet missbruk betecknas med skadligt bruk; bruk av psychoaktiva substanser som skadar hälsan fysiskt, ex. hepatit vid intravenöst bruk eller psykiskt, ex. depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion. ICD 10 krite-

rier måste alltså medföra medicinska komplikationer. För beroendetillstånd gäller att tre av sex angivna kriterier ska vara uppfyllda, se bilaga

Jupiter	Manualbaserad och strukturerad psykosocial behandling för ungdomar utformat vid ungdomsenheten i Örebro. Sker enskilt med ett flertal teman, som har sin utgångspunkt i konsekvenserna av alkohol eller droger. De anhöriga är viktiga personer, regelbundna nätverksträffar ingår. I ett kortprogram är målgruppen ungdomar med ett riskbeteende kring alkohol och droger. De har ännu inte upplevt kännbara konsekvenser, men omgivningen känner oro.
LOB	Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag (1991:1 129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVM	Lag (1988:8 709) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
MI	Motivational Interviewing (Motiverandesamtal)
Missbruks- och Beroendevård	I Socialstyrelsens riktlinjer framhålls vikten av att missbruks- och beroendevård ”bör präglas av en öppen och kritisk hållning till förenklade synsätt och endimensionella förklaringsmodeller, men också accepterandet av den enskildes unika bakgrund och förutsättningar”. Det innebär, att begreppet missbruksvård kan vara för

”smalt”. Genom att utvidga till missbruks- och beroendevård, breddas målgruppen till att innefatta både hjälpsökande och närstående.

Prevention	Primär prevention: Åtgärder för att förhindra att sjukdom uppträder. Ingripa innan ett riskfyllt tillstånd börjar uppträda. Syftar till att minska incidens av sjukdom. Sekundär prevention: Innefattar tidig diagnostik och behandling av sjukdom. Innebär att man försöker minska risken hos personer, som befinner sig i en riskfylld situation. Syftar till att minska prevalens genom att förkorta en sjukdoms varaktighet.
PDL	Patientdatalagen (2008:355)
Samordningsförbund	Samverkansarbete med utgångspunkt i lag (2003:1 210) om finansiell samordning. Finns idag i tre av länets kommuner och de aktörer som ingår är: Kommun, Arbetsförmedling, Försäkringskassa, Landstinget Västernorrland samt adjungerande myndigheter ex; Polis
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
Sjukdomsbegreppet	I sina riktlinjer ansluter Socialstyrelsen till WHO:s förklaringsmodell av alkoholberoende, som har en stark förankring både i forskning och klinisk verksamhet. Förklaringsmodellen säger; ”att beroende i första hand ska ses som ett psykobiologiskt tillstånd, men med kulturella och sociala implikationer”. Socialstyrelsen lämnar öppet för att sjukdomsbegreppet kan användas av dem som ser fördelar med det.
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SMADIT	Samverkan mot alkohol och droger i trafiken. Ursprungligen en modell från Skellefteå vars syfte är att erbjuda de förare som ertappas för rattfylleri ett samtal med beroendevården inom 24 timmar.

Offentlighets- och  
Sekretesslag  
(2009:400)

Offentlighets- och Sekretesslagen  
(2009:400) ersätter tidigare sekretesslag.

ÖPP

Örebros preventionsprogram är en förebyggande metod, som vänder sig till föräldrar, som har barn i högstadiet eller gymnasiet. Syftet är, att minska ungas drickandet genom att stärka föräldrarollen.

# Inledning

Sedan 1990-talets början har alkoholkonsumtionen ökat. För kvinnor har konsumtionen nästan fördubblats, medan män fortfarande dricker betydligt mer än kvinnor. Alkoholkonsumtionen förändras under livscykeln. Riskabla alkoholvanor är vanligast bland unga. I åldern 16 – 29 år bedöms 34 % av män och 25 % av kvinnor ha riskabla alkoholvanor. Under 2000-talet har andelen personer som vårdas på sjukhus för alkoholförgiftning ökat bland både kvinnor och män i alla åldersgrupper. Alkoholen har betydelse för folkhälsan på fler sätt, då alkohol även finns med i stor andel av olyckor, skador och våld. Bland både män och kvinnor med alkoholproblem är depression två till tre gånger vanligare än hos andra. Alkoholberoende får sociala konsekvenser som påverkar hälsan både för den beroende samt hans eller hennes omgivning. Depression och ångestsymtom är vanligt bland personer med hög alkoholkonsumtion. Det är oklart om alkoholproblem föregår psykiska problem eller om alkoholproblem uppstår som följd av psykisk ohälsa.

Medan en låg eller måttlig konsumtion enligt vissa studier kan ha en skyddande effekt, framförallt mot hjärt- och kärlsjukdomar för personer i övre medelåldern, ökar hög alkoholkonsumtion risken för högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, besvär från mage och tarmar samt vissa cancerformer.

I studier<sup>1</sup> delas negativa konsekvenser av bruk och missbruk av alkohol in i tre huvudgrupper;

- 1) ökar risken för att skador ska inträffa på jobbet, på fritiden och i trafiken samt för olika sociala problem,
- 2) ökad risk för beroende av alkohol. Exempel på olika faktorer som kan avgöra om man utvecklar ett beroende eller inte, är personens biologiska och psykologiska förutsättningar samt levnadsomständigheter i barndom och vuxenliv. En person som har få biologiska, psykologiska eller sociala riskfaktorer kan också tappa kontrollen över sin alkoholkonsumtion, och vid akuta kriser utveckla ett missbruk eller beroende.
- 3) biokemiska och toxiska effekter av alkohol som har en negativ inverkan på kroppen, vilket ökar risken för olika typer av sjukdomar och

---

<sup>1</sup> Anderson/Baumberg: Alcohol in Europe: A public health perspective, in a report for the European Commission 2006. Institute of Alcohol Studies, UK: London  
Babor: Alcohol: no ordinary commodity Research and public policy 2003 Oxford. Oxford University Press

besvär, ex. psykiska problem, hjärt- och kärlsjukdom, cancersjukdom samt sjukdomar i mage och tarmar<sup>2</sup>.

Det finns idag ingen enskild förklaringsmodell som ger svar på varför en person hamnar i ett missbruk eller beroende. Däremot vet vi att vårdkedjan för dessa personer varierar beroende på vart i landet och länet personen bor. Är orsaken till varför personen hamnat i ett missbruk eller beroende det som får betydelse när det gäller vård och behandling? Eller är det hur personen utifrån sina förutsättningar ska få hjälp att ta sig ur sitt missbruk eller beroende som är det väsentliga? Oavsett infallsvinkel bör vårdkedjan för personer med missbruk och beroende utvecklas och stärkas så att den enskilde får den hjälp han eller hon behöver. Riskbruks-, missbruks- och beroendefrågor är viktiga att lyfta upp och diskutera inte bara på nationell nivå utan även regionalt och lokalt.

Vård och behandling inom missbruks- och beroendevården på nationell och regional nivå har under en längre tid haft en varierande kvalitet och utformning. De områden som missbruks- och beroendefrågor rör sig i är biologiska, sociala samt psykologiska faktorerers inverkan på individen. Missbruks- och beroendevården omfattar ett stort verksamhetsfält, där synsätt, kompetensnivå och arbetssätt skiftar. Förutom de två huvudmännens lag styrda verksamhetsområden, kommunens socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård, verkar flera aktörer såsom statens institutionsstyrelse, frivården samt privata vårdgivare inom området. Detta medför att vårdkedjan inte alltid fungerar tillfredsställande.

## **Nationellt**

### **Regeringen**

Regeringen har tre övergripande mål för att missbruks- och beroendevården uppnår en positiv utveckling. Målen är; att nå förbättrad kvalitet, ökad likvärdighet samt ökad tillgång till insatser för grupper, som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Utifrån dessa tre mål har socialdepartementet utformat nationella handlingsplaner gällande alkohol och narkotika.

I handlingsplanerna betonas vikten av att samhällets vård och behandlingsinsatser ska vara tillgängliga för personer med missbruks- och beroendeproblem. Vården ska vara av god kvalitet och anpassas efter individens behov. Samma villkor för vård ska gälla oavsett kön. De insatser som erbjuds ska utgå från ett vårdkedjeperspektiv med betoning på långsiktighet samt uthållighet. Personer som har särskilt svårt att få

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009; Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk.

sina vård- och rehabiliteringsbehov tillgodosedda, exempelvis personer med samsjuklighet, behöver få sin vårdkedja förstärkt.

För att få en nationell bild av vård- och behandlingsinsatser samt hur vårdkedjan för personer med missbruks- och beroendeproblem fungerar, gav regeringen år 2008 ett utredningsdirektiv<sup>3</sup>.

I utredningsuppdraget ingår, att tydliggöra huvudmännens ansvarsområde, att se över respektive huvudmans lagstiftning och uppdrag, samt att ge förslag på förändringar där det framkommer att det behövs. I utredningsuppdraget ingår även att uppmärksamma barn- och närstående perspektivet, samt behov av förändringar i vårdkedjan för personer med missbruks- och beroendeproblem. Utredningen leds av den tidigare landshövdingen i Västernorrland, Gerhard Larsson. Utredningens resultat ska redovisas senast den 15 november 2010.

Regeringen har även slutit ett avtal med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) angående ett nationellt projekt inom missbruks- och beroendevård, som gäller t o m år 2010. Projektet benämns Kunskap till praktik med syfte, att nationellt initiera och stödja kompetensutveckling och implementering av evidensbaserade metoder inom missbruks- och beroendevården.

### **Folkhälsopolitik**

Övergripande mål för svensk folkhälsopolitik är, att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen<sup>4</sup>. Elva målområden har utformats som fokuserar på människors livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor. Dessa områden är;

- 1 Delaktighet och inflytande i samhället
- 2 Ekonomiska och sociala förutsättningar
- 3 Barn och ungas uppväxtvillkor
- 4 Hälsa i arbetslivet
- 5 Miljöer och produkter
- 6 Hälsofrämjande hälso-och sjukvård
- 7 Skydd mot smittspridning
- 8 Sexualitet och reproduktiv hälsa
- 9 Fysisk aktivitet

---

<sup>3</sup> Missbruksutredningen S 2008:04

<sup>4</sup> Folkhälsoinstitutet

10 Matvanor och livsmedel

11 Tobak, alkohol, narkotika, doping och spel

Alla områden är viktiga i arbetet med missbruks- och beroendefrågor, framför allt målområdena 6 och 11. Ansvarsfördelningen för målen finns hos olika aktörer och på olika nivåer i samhället.

År 2006 genomfördes en nationell undersökning av befolkningens hälsa där alkoholfrågor ingick<sup>5</sup>. I undersökningen medverkade 14000 västernorränningar i ålder 16 - 84 år. Undersökningen visade att, 8 % av kvinnorna samt 14 % av männen i Västernorrlands län hade ett riskbruk av alkohol. I undersökningen hade Västernorrland de lägsta siffrorna sett ur nationellt perspektiv.

### **Riskbruksprojektet**

Statens folkhälsoinstitut genomför på regeringens uppdrag ett nationellt projekt; Riskbruksprojektet. I det nationella projektet ingår ytterligare åtta delprojekt. Riskbruksprojektet har pågått sedan år 2004 och avslutas år 2010. Det riktar sig i första hand till primärvård, företagshälsovård, universitet samt högskolor. Projektets syfte är, att generella frågor om alkoholvanor ska kunna ställas inom hälso- och sjukvården.

Inom Primärvården, landstinget Västernorrland, har stora satsningar genomförts med tonvikt på att utbilda personal i metoder, att arbeta med tidig upptäckt av riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol. De verksamheter som främst varit aktuella för kompetensutveckling är mödra- och barnhälsovården.

### **Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroendevård 2007**

Det är första gången som socialstyrelsen ger ut nationella riktlinjer som riktar sig både till kommunens socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård. Riktlinjerna gäller både medicinska och sociala insatser som ges inom de två huvudmännens verksamhetsområden med olika lagstiftning, socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. En viktig del är, att försöka få till stånd gemensamma begrepp och definitioner.

Syftet är att utveckla och förbättra missbruks- och beroendevården på nationell, regional samt lokal nivå. Verksamheten ska bedrivas med stöd av kunskap om vilka metoder och tekniker som är mest effektiva, både för den enskilde och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Arbetet startade år 2002 och pågick under fem år. Riktlinjearbetet bygger på de metoder som använts inom missbruks- och beroendevård fram till halvårsskiftet 2004, samt genomgång av kunskapsöversikter

---

<sup>5</sup> Folkhälsoinstitutet 2006: Nationell befolkningsenkät, Hälsa på lika villkor.

och analyser från statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).

Två områden har uteslutits, läkemedelsberoende samt läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk och beroende.

Riktlinjerna innehåller förslag till gemensamma termer och begrepp för missbruks- och beroendevård att användas inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Ett särskilt avsnitt handlar om implementering, som främst avser organisation och kompetensutveckling, beprövad erfarenhet inom missbruks- och beroendevård.

Riktlinjerna är inte lagstadgade. Socialstyrelsen kommer dock vid tillsyn, att se över hur respektive huvudman använder sig av riktlinjernas rekommendationer.

## **Regionalt**

### **Länsstyrelsen**

Länsstyrelsen i Västernorrland har regeringens uppdrag, att från år 2009 genomföra tillsyn av missbruks- och beroendevården i länets sju kommuner. Även barn-, brukar- samt närstående perspektiven kommer att uppmärksammas.

### **Kommunförbundet**

Kommunförbundet Västernorrland fungerar som stöd för länets sju kommuner i deras utvecklingsarbete. En övergripande målsättning är att hitta former för samverkan, som gör nytta i kommunerna. Kommunernas intressen och behov styr den inriktning som förbundet har fokus på. Kommunförbundets arbete utgår från intressebevakning, samverkan, mötesplatser och kompetensutveckling.

Kommunförbundet har en forsknings och utvecklingsenhet, FoU Västernorrland. År 2007 genomförde FoU på uppdrag av länsstyrelsen, Västernorrland, en kartläggning av den öppna beroende- och missbruksvården i länets sju kommuner. Kartläggningen visade på behov av utveckling inom följande områden; behandling, dokumentation samt uppföljning och utvärdering.

### **Landstinget Västernorrland**

Landstinget Västernorrlands organisation är uppdelad i kärn- och serviceverksamheter. Samtliga tre sjukhus samt primärvården i länet är medlemmar i nätverket ”Health promoting Hospitals and Health services” – hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer.

### **Primärvården**

Primärvården har ca 900 medarbetare vid 21 landstingsdrivna och 6 privata vårdcentraler. Vid vårdcentralerna finns familjeläkarmottagning och distriktsvård, mödra- och barnhälsovård samt funktioner med sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer. Under kvällar och helger svarar vårdgivarna gemensamt för primärvårdsjour och sjukvårdsrådgivning. Primärvården Västernorrland arbetar aktivt med folkhälsoarbete samt svarar för ungdomsmottagningarna. Den 1 januari 2010 infördes Vårdval Västernorrland, vilket innebär att primärvården delas upp i en beställar- och en utförardel.

### **Specialistvården**

Landstinget Västernorrlands specialistvård är organiserad i tre sjukvårdsförvaltningar:

\* Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand har Medelpad samt Härnösands kommun som upptagningsområde med ett invånarantal på 147 000 personer.

\* Sollefteå sjukhus har Sollefteå och Kramfors kommuner i sitt upptagningsområde med ett invånarantal på 40 000 personer

\* Örnsköldsviks sjukhus har Örnsköldsviks kommun i sitt upptagningsområde med ett invånarantal på 55 000 personer.

### **Ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst**

Den lagstiftning som styr de båda huvudmännens verksamheter är hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Inom området riskbruk, missbruk och beroende är ansvarsfördelningen otydlig både nationellt, regionalt samt lokalt. Västernorrlands län är inget undantag. En otydlighet mellan huvudmännen får till följd att vårdkedjan varierar. Begrepp som enhetlig, effektiv och rättssäker vård är inte alltid möjlig att uppnå.

I de nationella riktlinjerna betonas samordning av de två huvudmännens verksamheter inom missbruks- och beroendområdet. En rekommendation är att huvudmännen samlar sina respektive insatser och specialiserar dessa i en gemensam verksamhet. Genom att integrera personal och lokalmässiga resurser i en och samma verksamhet stärks vårdkedjan. Personer med missbruk och beroendeproblem kan samtidigt få tillgång till olika specialistkompetenser, en mer tillgänglig och effektivare vård. En annan rekommendation är att all samverkan formaliseras genom skriftliga avtal och rutiner för att få en enhetlig och effektiv vårdkedja.

## Socialtjänstlagen

### Allmänt

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag som ger kommunen frihet att utforma en egen socialtjänst. Portalparagrafen innehåller övergripande mål och grundläggande värderingar. Lagen vilar på sju vägledande principer; helhetssyn, frivillighet och bestämmande, kontinuitet, normalisering, flexibilitet, närhet samt valfrihet. Lagen innehåller både regler om skyldighet för kommunen att bedriva vissa verksamheter för att tillgodose kommunmedborgarnas behov, och regler om den enskildes rättigheter. Insatser som kan ges enligt SoL är indelade i:

\*Allmänt inriktade insatser: ex. sociala insatser öppna för alla

\*Strukturinriktade insatser: ex. förebyggande arbete

\*Individinriktade insatser: ex. öppenvårdsinsatser utifrån individens behov

Arbete med att utveckla samt stärka kommunens verksamheter ska ske systematiskt och kontinuerligt genom att kommunen inrättar ledningssystem.

### Kommunens socialtjänst

Socialtjänstlagen reglerar socialtjänstens arbete när det gäller missbruks- och beroendeproblem. Kommunen har det yttersta ansvaret för att personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Ansvaret innebär inte att kommunen ska överta annan huvudmans ansvarsområde. Alla insatser som socialtjänsten erbjuder bygger på frivillighet med undantag av Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt Lag om vård av unga (LVU)<sup>6</sup>.

I kommunens förebyggande arbete ska socialtjänsten arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel<sup>7</sup>. Missbruksbegreppet avser här alla former av beroendeframkallande droger.

Socialtjänsten ansvarar för, att en person med missbruksproblem får den hjälp och vård, som han eller hon anses behöva<sup>8</sup>. Socialtjänsten ska utifrån ett helhetsperspektiv utreda och bedöma personens vårdbehov. I samråd med den hjälpsökande och dennes anhöriga ska socialtjänsten planera och genomföra de insatser den enskilde är i behov av. Följande insatser bör enligt SoL kunna erbjudas:

---

<sup>6</sup> Tvåsvårslagstiftning inom socialtjänsten: Ansökan om vård kan under vissa förutsättningar göras till länsrätten mot den enskildes vilja.

<sup>7</sup> 3 kap, 7§ Socialtjänstlagen

<sup>8</sup> 5 kap 9 § Socialtjänstlagen

\*Information och rådgivning

\*Uppsökande verksamhet

\*Psykosocialt behandlingsarbete

\*Psykosocialt stöd

\*Utredning, vård och behandling av missbruk i form av öppenvård, familjevård och/eller vid institution i egen eller annans regi, samordning av stödinsatser för den enskilde

\*Ansökan om tvångsvård enligt LVM, där socialtjänsten ansvarar för att utreda och ansöka om vård, länsrätten dömer och statens institutionsstyrelse ansvarar för vården.

### **Anmälningsskyldighet utifrån LVM för läkare samt myndigheter utanför hälso- och sjukvården**

I tvångsvårdslagstiftningen regleras anmälningsskyldighet för alla myndigheter som regelbundet kommer i kontakt med någon som har missbruks- eller beroendeproblem. Anmälningsskyldighet gäller i de fall bedömningen är att personen behöver vård enligt LVM. Anmälan ska ske till kommunens socialnämnd<sup>9</sup>.

Läkare har anmälningsskyldighet till socialnämnden, när en person anses behöva vård enligt tvångslagstiftningen<sup>10</sup>, och bedömningen är att personen inte kan få rätt vård eller behandling genom läkarens försorg, eller i övrigt inom hälso- och sjukvården, samt när någon antas vara i behov av ett omedelbart omhändertagande<sup>11</sup>.

### **Hälso- och sjukvården**

I Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL) beskrivs hälso- och sjukvårdens uppdrag på följande sätt:

”Vården skall vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Vården ska vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Den ska främja god kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Varje patient som vänder sig till sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. En individuellt anpassad information skall ges om hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den i stället lämnas till en närstående till patienten, om det inte finns hinder för detta<sup>12</sup>”.

---

<sup>9</sup> 6 § Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

<sup>10</sup> 6 § Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

<sup>11</sup> 13 § Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

<sup>12</sup> 2a, 2b §§ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Lagen, som är en ramlag, innebär att vård som bedrivs inom hälso- och sjukvården ska grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska vara patientfokuserad samt ändamålsenlig, effektiv, jämlik och ges inom rimlig tid. Vidare ska hälso- och sjukvården medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbets sättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde.

### **Primärvården**

Primärvården erbjuder första linjens hälso- och sjukvård. I arbetet ingår förebyggande insatser med tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa. Primärvården ska ge kunskap till patienter om egenvård samt medverkar till tidig upptäckt av barn som far illa.

I primärvårdens arbete ingår även att arbeta med medicinsk behandling av personer med riskbruk och behandling av de somatiska åkommor som är relaterade till missbruk/beroende.

### **Psykiatri**

Den specialiserade psykiatrien arbetar främst med prevention, diagnostik, vård och behandling av psykisk sjukdom och allvarigare psykiska störningar. Det är viktigt att patienten är delaktig i vårdplanering och val av lämplig behandlingsinsats. Där det är möjligt tas anhöriga och närstående som viktig resurs med i arbetet.

Inom psykiatrien erbjuds i första hand öppenvårdsinsatser med slutenvård som komplement. Tidiga insatser ses som viktigt för ett bra tillfrisknande. Utveckling av samverkansformer med andra aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården betonas.

## **Barn och unga**

### **Ansvarsområden**

I socialtjänstlagen betecknas individen som barn till dess att denne fyllt 18 år<sup>13</sup>. Barnkonventionen har införlivats i lagstiftningen för att stärka barnets ställning. Principen om barnets bästa<sup>14</sup> och principen om barnets rätt att få komma till tals med hänsyn till ålder och mognad<sup>15</sup> är införda i SoL<sup>16</sup> och LVU<sup>17</sup>. Barnperspektivet innebär att barnets bästa ska komma i första rummet<sup>18</sup>. I arbetet med barn och vuxna inom socialtjänsten är båda perspektiven viktiga. Lagstiftningen är

---

<sup>13</sup> 1 kap. 2 § Socialtjänstlagen

<sup>14</sup> Artikel 3 Barnkonventionen

<sup>15</sup> Artikel 12 Barnkonventionen

<sup>16</sup> Socialtjänstlagen

<sup>17</sup> Lagen om vård av unga

<sup>18</sup> 2 kap Socialtjänstlagen

dock tydlig med, att barnets perspektiv väger tyngst om intressekonflikter skulle uppstå.

### **Anmälningsskyldighet och samverkan**

Angående barn under 18 år som far illa finns ett särskilt kapitel inom SoL<sup>19</sup>, som beskriver den anmälningsskyldighet som föreligger.

”Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden.

Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdomar samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådana myndigheter. Sådan anmälningsskyldighet gäller också dem som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område. För familjerådgivning gäller i stället vad som sägs i tredje stycket.

De som är verksamma inom familjerådgivning är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om att ett barn utnyttjas sexuellt eller utsätts för fysisk eller psykisk misshandel i hemmet.

Myndigheter, befattningshavare och yrkesverksamma som anges i andra stycket är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av skydd<sup>20</sup>.

Det innebär, att allmänheten bör anmäla om barn far illa, medan myndigheter har en lagstadgad anmälningsskyldighet till socialtjänsten. Utöver anmälningsskyldigheten i SoL ska hälso- och sjukvården samverka med socialnämnden i frågor där barn far illa enligt nedanstående:

”Hälso- och sjukvården ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8-11 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Be-

---

<sup>19</sup> 14 kap. 1 § Socialtjänstlagen

<sup>20</sup> 14 kap. Socialtjänstlagen

stämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Lag (2009:430.)<sup>21</sup>”

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård avser personer över 18 år. I olika regionala styrdokument inkluderas även barn och unga. Där betonas hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens ansvar för barn och unga. Utgångspunkten är, att huvudmännen har ett gemensamt ansvar för att den unge får vård och behandling. Behandling ska ske för hela problembilden samtidigt. Det innebär, att val av behandlingsinsatser behöver samordnas och dokumenteras i en gemensam vårdplan på initiativ av endera parten.

### **Ansvar vid samsjuklighet**

Angående barn och unga med samsjuklighet har hälso- och sjukvården ansvar för följande delar i utredning och behandling: abstinensbehandling (när medicinsk övervakning behövs), läkemedelsbehandling, läkarbedömning/intyg vid tvångsvård enligt LVU eller LPT samt psykiatrisk utredning/behandling i enlighet med ansvar för barn och ungdomar med psykisk störning eller funktionshinder oavsett alkohol/drogpåverkan,

För barn och ungdomar med samsjuklighet har socialtjänsten ansvar för följande delar i utredning och behandling: utredning om behov av missbruksvård, psykosocial behandling för missbruksproblem samt sociala insatser i enlighet med ansvar som för andra barn och ungdomar med psykisk störning eller funktionshinder.

### **Allmänt om samverkan mellan hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens verksamheter**

Ett av kartläggningens syfte är, att undersöka samverkan mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst inom länets kommuner. Samverkan finns reglerat i lagstiftning och föreskrifter samt samverkansavtal både på generell och specifik nivå.

### **Förvaltningslagen**

I förvaltningslagen sägs att varje myndighet ska lämna upplysningar, vägledning, råd och sådan hjälp till enskilda i frågor som rör myndighetens verksamhetsområde. Hjälpen ska lämnas i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet<sup>22</sup>. Frågor från enskilda ska besvaras så snart som möjligt. Om någon enskild av misstag vänder sig till fel myndighet, bör myndigheten hjälpa honom tillrätta. Angående

<sup>21</sup> 2 § Hälso- och sjukvårdslagen. Svar från socialstyrelsens juridiska avdelning.

<sup>22</sup> 4 § Förvaltningslagen

samverkan mellan myndigheter ska varje myndighet lämna andra myndigheter hjälp inom ramen för den egna verksamheten<sup>23</sup>. Samverkan mellan myndigheter beskrivs utifrån en allmän skyldighet. Hit inkluderas även samhällsorgan, organisationer samt andra offentliga och privata aktörer som berörs, bland annat ideella organisationer<sup>24</sup>.

### **Offentlighet och Sekretesslagen**

I Offentlighet och sekretesslagen beskrivs hur huvudmännen får delge varandra och andra myndigheter information i individärenden. En delgivningsorsak kan vara, att personen bedöms vara i behov av nödvändig vård, behandling eller annat stöd<sup>25</sup>, alternativt att det finns misstanke om brott som riktats mot personen eller som denne själv utfört<sup>26</sup>.

### **Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)**

I föreskriften står följande angående samverkan och samarbete:

”Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner – som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t ex överföring av information om enskilda patienter, och – för samverkan i vårdprocesser inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt SekrL eller lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)”

Med vårdgivare avses fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Genom att följa föreskrifterna, uppfylls kravet att god och patientsäker vård erbjuds alternativt ges inom hälso- och sjukvården.

### **Socialstyrelsens föreskrifter om lednings system för kvalitet i verksamhet enligt Socialtjänstlag, Lag om vård av unga, Lag om vård av missbrukare i särskilda fall och Lag om särskilt stöd**

I föreskrifterna står följande angående samverkan och samarbete;

”Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner som tydliggör – ansvaret för samarbete internt och externt, som gäller den enskildes behov av insatser vad avser t ex överföring av information, och – hur samverkan skall bedrivas såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med myndigheter och andra aktörer, med beaktande av bestämmelserna i SekrL eller bestämmelserna om tystnadsplikt i SoL eller LSS. Vidare rutiner för ” handläggning och dokumentation av ett ärende, - dokumentation av genomförandet av beslutad insats, - hur uppgifter skall lämnas mellan dem som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats, i förekommande fall efter prövning enligt bestämmelserna i SekrL

---

<sup>23</sup> 6 § Förvaltningslagen

<sup>24</sup> 6 § Förvaltningslagen

<sup>25</sup> 25 kap, 12, 13 §§, 26 kap, 9 § Förvaltningslagen

<sup>26</sup> 10 kap, 20, 23 §§, Förvaltningslagen

och bestämmelserna om tystnadsplikt i SoL eller LSS och – uppföljning och utvärdering av en beslutad insats. Rutinerna bör bl a omfatta – när en utredning skall inledas, - hur olika typer av utredningar skall genomföras, - hur målen för en planerad eller beslutad insats skall formuleras, - hur beslut skall formuleras, - och hur ett överklagande skall hanteras”

Enligt föreskriften ska hälso- och sjukvården samt kommunens socialtjänst tillsammans säkerställa att övergripande rutiner för samverkan utarbetas och formaliseras. Det innebär att hälso- och sjukvårdsuppgifter uppfyller kraven på en god och säker vård samt att insatserna inom socialtjänsten är av god kvalitet. Angående samverkan och samarbete sägs i föreskrifterna ”att ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för samarbete, internt och externt, som gäller den enskildes behov av insatser vad avser t ex överföring av information, och hur samverkan skall bedrivas såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med myndigheter och andra aktörer, med beaktande av bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100) eller bestämmelserna om tystnadsplikt i SoL eller LSS”.

## Projektets bakgrund

År 2007 presenterade Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Det är första gången som socialstyrelsen ger ut riktlinjer som försöker förena två huvudmäns verksamheter i gemensamma riktlinjer. De riktar sig både till socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter för personer med missbruks- och beroendeproblem. Riktlinjerna gäller både medicinska och sociala insatser som ges inom de två huvudmännens verksamhetsområden med olika lagstiftning; socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Missbruks- och beroendevården omfattar ett stort verksamhetsfält, där kunskapsnivå, traditioner och arbetssätt är mycket olika. En gemensam plattform som riktlinjerna skulle kunna utgå från har därför saknats. Arbetet med att ta fram gemensamma riktlinjer ses som ett pionjärarbete, där till exempel gemensamma begrepp och definitioner varit en viktig del. Arbetet startade år 2002 och pågick under fem år. Riktlinjerna bygger i huvudsak på översikter och analyser som fem expertgrupper med kompetens inom medicin och paramedicin arbetat fram, och som benämns faktaunderlaget.

I det redovisas genomgång av kunskapsöversikter som SBU och CUS har gjort. Det materialet har expertgrupperna kompletterat med litteratursökningar. Faktaunderlaget, som omfattar femhundra sidor, har legat till grund för de nationella riktlinjerna. I riktlinjerna ges förslag på gemensamma begrepp och termer, och efter en inledande beskrivning av arbetets utformning och genomförande, presenteras samtliga rekommendationer. Rekommendationerna följer samma struktur som de områden experterna har behandlat. Efter en redovisning av varje sakområde finns ett kapitel om samsjuklighet. I slutet finns några bilagor om bl a lokal och regional uppföljning. Arbete med att ta fram kvalitetskriterier för hela missbruks- och beroendevården pågår.

För att kunna implementera riktlinjerna i de båda huvudmännens verksamhetsområden, startades i februari 2009 ett länsprojekt i samverkan mellan landstinget och kommunförbundet i Västernorrland. Under ett år har två projektledare, 50 % vardera, från landstingsstaben och kommunförbundet Västernorrland haft i uppdrag att genomföra en kartläggning i länet, där olika verksamheter inom kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård belysts. I uppdraget ingår förutom de nationella riktlinjerna även en belysning av hur barn- och ungdomsperspektivet ska kunna implementeras. Projektet finansieras med statliga medel.

## Syfte med projektet

Målet med projektarbetet är att i länet samordna, utveckla och förbättra vård och stöd till personer med missbruk och beroende samt till barn och närstående, i enlighet med socialstyrelsens nationella riktlinjer. I uppdraget ingår att gemensamt övergripande kartlägga befintliga resurser, samverkansprocesser och arbetsmodeller i länet med utgångspunkt i riktlinjerna. De nationella riktlinjerna vänder sig till personer över 18 år men i samverkansuppdragets kartläggning ingår även insatser för barn- och unga.

Kartlägningsarbetet ska belysa i vilken utsträckning man använder riktlinjernas rekommenderade metoder för bedömning, dokumentation, intervention, åtgärd, uppföljning och utvärdering för:

- \*Tidig upptäckt och förebyggande verksamhet
- \*Missbruk och beroende av alkohol
- \*Missbruk och beroende av narkotika
- \*Gravida kvinnor
- \*Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom

Ur ett läns- och samverkansperspektiv skall projektet också ge ökad kunskap om:

- \*Behov av kompetensutbildning
- \*Gemensamma utvecklingsområden
- \*Vilka områden samordnar och drar nytta av varandras kompetensområden i nuvarande verksamhet
- \*Behov av gemensamma riktlinjer.

## Avgränsningar

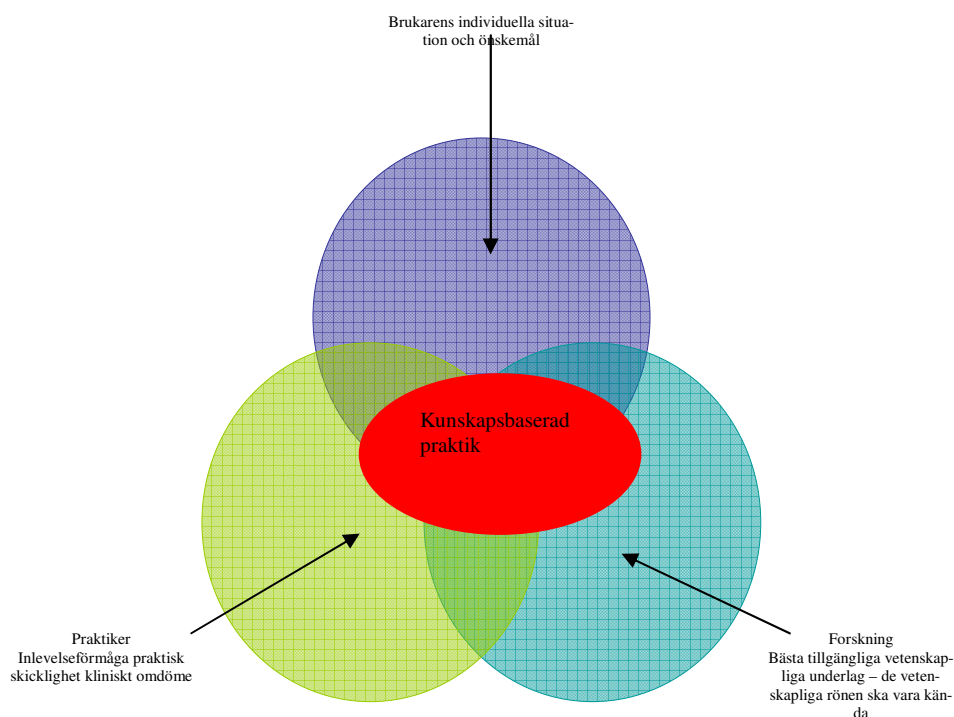
I socialstyrelsens nationella riktlinjer har två områden uteslutits, och finns därför inte med i vår kartläggning. Det är området läkemedelsberoende, där det vetenskapliga kunskapsunderlaget bedömdes vara otillräckligt för att utarbeta riktlinjer. Det andra området som uteslutits är läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk och beroende. Där finns redan en kunskapsöversikt med efterföljande riktlinjer.

Kartläggningen har fokuserat på de två huvudmännens verksamheter och dess yrkesverksamma utifrån en generell nivå. Den är avgränsad till att ge en generell bild och överblick av befintliga resurser i länet. Ett urval av landstingets enheter har intervjuats, där målet har varit att få en bred representation av både verksamheter och professioner. I vissa fall har det inte varit möjligt att få kontakt med eller genomföra intervju med namngivna kontaktpersoner.

I kartläggningen ingår inte brukarmedverkan. Information om kartläggningen samt inhämtning av synpunkter generellt om projektet har skett i HälsoSamY; landstingsstyrelsens samverkansorgan med handikapporganisationerna i länet. Kartläggningen kommer att vara utgångspunkt för fortsatt arbete inom SKL:s projekt; Kunskap till praktik. Brukarmedverkan blir i kommande projekt en självklar del i utvecklingsarbete både på regional samt lokal nivå.

# Kunskapsbaserad praktik

Riktlinjerna bygger i huvudsak på det faktaunderlag som fem expertgrupper tagit fram utifrån granskning av det kunskapsunderlag som finns i form av systematiska kunskapsöversikter eller sammanställningar inom det sociala och medicinska forskningsområdet. Med stöd av detta kunskapsunderlag har riktlinjer för rekommenderade metoder och annan intervention utarbetats. För att kunna införa och arbeta enligt rekommenderade metoder krävs vissa strukturella förutsättningar som rör t. ex. organisation, förankring av riktlinjerna i verksamheterna och kompetens hos de professionella.



Figur 1

Fri tolkning av kunskapsbaserad praktik

Inom medicinsk verksamhet har evidensbaserad medicin/vård fått en alltmer framträdande betydelse. Även inom socialtjänsten förs diskussion om evidensbegreppets innebörd och möjlighet att utveckla en evidens/kunskapsbaserad praktik. Evidensbaserad medicin/vård innebär ett förhållningssätt där vetenskapliga resultat (evidens) vägs in i det kliniska mötet och arbetet med vårdtagaren. Det är en metod att

arbeta, som innebär att den professionelle på ett strukturerat sätt tar reda på vilka vetenskapliga resultat, som kan vara värdefulla i det kliniska vardagsarbetet.

I praktiken betyder evidensbaserad vård, att personalens kliniska sakkunskap och kliniska erfarenhet, bästa tillgängliga forskningsresultat och vårdtagarens önskemål, individuella situation och värderingar vägs samman. De två förstnämnda motsvarar vetenskap och beprövad erfarenhet. Att använda sin kliniska blick, omdöme och lyhördhet i mötet med den enskilde vårdtagaren är en viktig del.

Bästa tillgängliga evidens innebär, att om det finns resultat från välgjorda stora randomiserade kontrollerade studier så får de stor betydelse, särskilt om det gäller medicinsk eller kirurgisk behandling av medicinska tillstånd. Finns enbart studier med lägre evidensgrad används dessa. För vissa delar av vården passar inte den randomiserade kontrollerade studien som metod och då görs istället ex. kvalitativa effektstudier.

I evidensbaserad praktik inom socialtjänsten handlar det också om att bästa tillgängliga vetenskapliga information, personalens professionella kunskap och erfarenhet samt brukarens önskemål och värderingar vägs samman.

Utöver ovanstående behöver även etiska och ekonomiska aspekter vägas in i vårdplanering.

En viktig aspekt att ta hänsyn till är, att flera studier avseende effekt av psykoterapeutiska och psykosociala behandlingsinsatser visar att bemötande, relationen mellan terapeut och klient, den så kallade arbetsalliansen, tillmäts stor betydelse.

I olika intervju- och enkätundersökningar som gjorts med brukarorganisationer, tillskrivs ett empatiskt icke-dömande bemötande stor betydelse.

## **Metod**

Vårt uppdrag var att i samverkan genomföra en kartläggning i länet. Målsättningen var att få en övergripande bild av hur målgrupper, organisationsstrukturer, befintliga resurser, metoder, rutiner och samverkan ser ut i kommunernas och landstingets olika verksamheter när det gäller risk- missbruk och beroendevården.

Insamling av material till rapporten har skett i flera steg och omfattar främst litteraturinläsning och materialinsamling. Utgångspunkt i inläsningsdelen har varit aktuell litteratur och rapporter gällande riskmissbruk och beroende av alkohol och narkotika. Socialstyrelsens riktlinjer för missbruk och beroendevård har varit basen.

### **Konferens 18 februari**

Projektarbetet startade i februari 2009. Den 18 februari var projektledarna inbjudna till en konferens om "Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård", arrangerad av Samordningsförbundet och Brottsförebyggande rådet i Kramfors. Under förmiddagen deltog personal från länets samtliga kommuner och landstinget. Vårt uppdrag var att informera om socialstyrelsens nationella riktlinjer och om länsprojektet. Uppdragets andra del var, att tillsammans med personal och kommunpolitiker från socialtjänsten och psykiatri i Kramfors, göra en lokal inventering av nuläge och framtidsfrågor rörande insatser och samverkan i Kramfors kommun.

### **Materialinsamling**

Under projekttiden har kontakt tagits med samtliga verksamheter som medverkat, för att få tillgång till deras verksamhetsberättelser och interna dokument för missbruks- och beroendevård.

### **Kvalitativ undersökning**

För att få en helhetsbild och lägesbeskrivning av de olika huvudmännens verksamheter, genomfördes en kvalitativ undersökning. Urval av aktuella personer till intervju styrdes av de namn som kommunernas IFO-chefer, landstingets verksamhetschefer inom psykiatri samt primärvård initialt lämnade. Information som gavs om personer att intervjua var, att de skulle vara knutna till verksamheter, som på något sätt möter risk- missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Intervjupersonernas uppgift var att kunna representera sin verksamhet. De personer vars namn lämnades av cheferna, kontaktades via e- mail. I mailet gavs en presentation av projekt, och projektledare,

upplägg av planerad intervjuundersökning, hur personens namn lämnats samt förslag på datum och tid för intervjutillfälle. Alternativa datum och tider erbjöds där det var möjligt för att underlätta namngivna persons deltagande i intervjun.

För att nå enhetlighet i genomförande av den kvalitativa studien, utformades ett intervjuformulär. Det består av sjutton frågor med delfrågor, som täcker av de områden som kartläggningen ska innefatta; målgrupp, resurser, omfattning, kvalitet och samverkan, se bilaga.

Samma frågor har förutsättningslöst ställts till alla intervjuade oavsett verksamhetsområde. Information gavs innan intervjun startade, om att eventuella frågor som uppfattades som icke-relevanta för den intervjuades verksamhet, kunde hoppas över.

Tillvägagångssätt i genomförande av intervjuerna varierade. I de flesta intervjuer har en projektledare intervjuat och den andre projektledaren fört anteckningar. Vi valde att landstingets projektledare, intervjuade företrädare för kommunernas socialtjänst och kommunförbundets projektledare intervjuade landstingets verksamheter. Syftet var, att genomföra intervjuerna så objektivt och förutsättningslöst som möjligt, att inte påverka intervjupersonen i någon riktning, utan positivt stödja och uppmuntra denne att ge beskrivande svar.

Det geografiska avståndet och tidsaspekten har varit hinder i genomförandet av intervjuer. Utifrån det valdes följande upplägg:

\*I de fall flera intervjuer kunde ske samma dag i en kommun, genomförde projektledarna gemensamt intervjuer i personliga besök, vilket var möjligt i sju intervjuer.

\*När samordning av intervjuer på plats inte kunnat ske, har intervju hållits via högtalartelefon, vid sju tillfällen

\*Där tidsbrist och avstånd varit hinder, har personlig intervju alternativt telefonintervju genomförts enskilt av en projektledare, vilket gjordes i sju intervjuer.

Vid intervjutillfället informerades intervjupersonen om att intervju-svaren skulle sammanställas inom några dagar och skickas till intervjupersonen via e-mail för genomläsning och godkännande. Syftet med att sammanställa och skicka intervju-svaren till intervjupersonen var, att denne skulle ha möjlighet att komplettera sina svar, rätta eventuella felaktigheter, samt ge sitt godkännande till att intervjun används i vår kartläggning.

Sammanlagt genomfördes 21 intervjuer med start den 10 mars. Den sista intervjun kom tillbaka godkänd 18 juni.

Intervjuer har hållits med socialtjänsten i länets samtliga sju kommuner. I de flesta kommuner intervjuades en kontaktperson per verksamhet, förutom i Ånge där två representanter deltog i intervjun. I Sundsvall har två representanter för två enheter inom socialtjänsten intervjuats. Intervjupersonerna representerade funktionerna verksamhetschef, områdeschef, enhetschef, handläggare och behandlare

Primärvårdens representation i kartläggningen har varit hälsoplanerare/samordnare riskbruksprojektet, samordnare/barnmorska mödrahälsovården, verksamhetschef vårdcentral och familjeläkare.

Inom landstingets specialistvård har intervjuer hållits med representanter från Beroendemedicinska enheten, psykiatriska kliniken, länsjukhuset Sundsvall-Härnösand, Beroendeenheten, psykiatriska kliniken Kramfors/Sollefteå, Psykiatriska kliniken, Örnsköldsviks sjukhus, Barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningarna (BUP) i Örnsköldsvik och Sollefteå, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Barn- och ungdomskliniken samt Kuratorskliniken länsjukhuset Sundsvall – Härnösand.

Vid dessa verksamheter har en person intervjuats med undantag från Beroendemedicinska enheten, psykiatriska kliniken, Sundsvall-Härnösand, där två intervjuer genomfördes. Vid Barn- och ungdomskliniken Sundsvall – Härnösand, gjordes också två intervjuer, varav en med referensperson, en överläkare med stor kännedom inom ämnesområdet.

Specialistvården representerades av funktionerna enhetschefer/sjuksköterska, samordnare/socionom, verksamhetschefer, överläkare, kurator/leg psykoterapeut och vårdutvecklare.

Resultatavsnittet bygger på genomförda intervjuer, verksamhetsberättelser samt interna verksamhetsdokument. Vi har även fått ta del av gällande samverkansavtal mellan specialistsjukvårdens beroendeenheter och berörda kommuner.

# Resultat

Resultatredovisningen tar upp sju områden. Dessa områden är:

- Tidig upptäckt och förebyggande verksamhet
- Dokumentation
- Behandling
- Barn- och ungdomsperspektivet
- Gravida kvinnor
- Samsjuklighet
- Samverkan

Parallellt har även rutiner, dokumentation och metoder inom respektive område genomlysts. Varje område redovisas separat och inleds med de nationella riktlinjernas rekommendationer och därefter redovisas resultat av genomlysningen.

Vi har valt att separat redovisa barn- och ungdomsperspektivet som ingår i vårt länsuppdrag, men inte finns med i socialstyrelsens nationella riktlinjer.

## Tidig upptäckt och förebyggande verksamhet

### Nationella riktlinjerna

Ett intensivt arbete med tidig upptäckt kan för kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvården samt för samhället i stort innebära ekonomiska och resursmässiga besparingar. För den enskilde klienten/patienten kan det innebära rätt stöd i ett tidigt skede och därmed undviks en rundgång mellan olika verksamheter. Tydligt framtagna strategier för respektive verksamhet är viktiga verktyg i arbetet med tidig upptäckt.

Områden att vara uppmärksam på i arbete med tidig upptäckt är när personen söker hjälp själv alternativt söker hjälp för andra behov. Risksituationer där kommunernas socialtjänst bör vara extra uppmärksam är vid insatser gällande:

- Försummelse av barn

- Kriminalitet
- Upprepade eller långvariga ekonomiska problem
- Par relaterade problem och våld inom familjen

För hälso- och sjukvård nämns följande områden där det finns anledning att uppmärksamma om det finns alkohol- eller narkotikaproblem<sup>27</sup>.

Arbetslivet	Upprepad sjukfrånvaro Försämrad arbetsprestation	Företagshälsovården
Psykiatriska området	Depression Upprepat självdestruktivt beteende Olika slag av ångestsyndrom	Psykiatrin
Somatiska området	Olycksfall Hjärtarytmi Högt blodtryck Bukspottskörtelinflammation Mag- och tarmbesvär Leversjukdomar Olika cancerformer	Kroppssjukvården

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter, skulle kunna använda sig av ett strukturerat arbetssätt där rutiner för tidig upptäckt blir ett viktigt verktyg. Ett exempel är att rutinmässigt ställa frågor kring användandet av alkohol och narkotika redan vid första mötet med en hjälp- eller vårdsökande. Kort rådgivning (brief intervention) samt screeninginstrument AUDIT och DUDIT är rekommenderade metoder vid arbetet med tidig upptäckt. Genom att komplettera kort rådgivning med AUDIT eller DUDIT vid nybesök, där det finns misstanke om ett risk-, missbruk av alkohol och narkotika, läggs grunden för att ex. socialsekreteraren ska kunna identifiera och bedöma om utredning ska göras.

Andra rekommenderade metoder i arbete med tidig upptäckt är uppsökande och uppspårande arbetssätt. I uppsökande arbete handlar det om att aktivt söka upp personer med risk-/missbruk eller beroendeproblem i riskmiljöer och risksituationer<sup>28</sup>. Det uppspårande arbetet utförs i första hand av handläggaren inom socialtjänsten och innebär att personens tidigare kontakt med socialtjänsten samt eventuella kontakter med andra myndigheter ses över. Genom att uppmärksamma på vilka sätt en person kommer i kontakt med socialtjänsten kan arbetet med tidig upptäckt tydliggöras samt intensifieras.

<sup>27</sup> Socialstyrelsens nationella riktlinjer, sidan 78: Områden som tagits fram i Skottland; riktlinjer för behandling av skadlig alkoholkonsumtion i primärvård

<sup>28</sup> 3 kap.1.,4,7§§§ socialtjänstlagen

## **Kommunerna**

Intresset för att arbeta med tidig upptäckt och förebyggande arbete delas av alla kommuner i länet men varierar i utförande. En av svårigheter som nämns i kartläggningen är att nå alla nivåer inom organisationen och väcka intresse, inte minst bland beslutsfattare, att se vinster med insatser av förebyggande arbete och arbete med tidig upptäckt. Arbete med tidig upptäckt både avseende barn och vuxna är ett utvecklingsområde för alla kommuner.

Av länets sju kommuner uppger två kommuner, Örnsköldsvik och Sundsvall, att screeninginstrumentet AUDIT används. En kommun, Örnsköldsvik, uppger, att screeninginstrumentet DUDIT används.

Motiverande samtal används i alla kommuner utom Timrå.

Tre av länets kommuner, Härnösand, Sundsvall och Ånge arbetar uppsökande. Skillnaden ligger i att arbetet riktas mot olika åldersgrupper och problembilder.

## **Hälso- och sjukvård**

### *Primärvården*

Inom primärvårdens vårdcentraler skiljer sig användandet av både screening instrumentet AUDIT samt MI (motiverande samtal). Möd-  
rahälsovårdens barnmorskor är utbildade i MI samt praktiserar screeninginstrumentet AUDIT rutinmässigt.

Inom ramen för riskbruksprojektet har det ansökts om pengar för kompetenshöjning i MI.

Struktur för riskbruksarbete är viktigt. Riktlinjer och styrdokument för området alkohol är framtagna för år att kunna implementera evidensbaserade metoder i primärvårdens verksamheter.

Primärvårdens största vårdcentral i Örnsköldsvik använder ett lokalt anpassat alkoholpreventivt program som utformats av hälsoplaneraren. Programmet har tagits fram med utgångspunkt från landstinget Västerbottens alkoholpreventionsprogram. I det ingår användande av AUDIT. Ett nära samarbete inom området missbruk är under utveckling med kommunens rådgivningsbyrå när det gäller tidig upptäckt. Personalen inom vårdcentralen har fått utbildning i MI.

För området barn och ungdomar i riskmiljöer har en arbetsgrupp i samverkan, där kuratorn är vårdcentralens resurs, tagit fram ett arbetsmaterial om hur personalen ska arbeta vidare med de svar som framkommer i samtal.

Familjeläkarna arbetar inte generellt med tidig upptäckt eller förebyggande arbete. På försök har hälsoplaneraren introducerat väntrumskät rörande alkohol och droger. Screeninginstrumentet AUDIT används vid behov.

### *Specialistvården*

Vuxenpsykiatrin (beroendeenheten) Sundsvall och vuxenpsykiatrin i Örnsköldsvik uppger att de använder AUDIT, i Örnsköldsvik även DUDIT. Inom vuxenpsykiatrin, avd 7 och beroendeenheten Sundsvall används även MI.

Screeninginstrumenten AUDIT och DUDIT används rutinmässigt inom vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagning, Örnsköldsviks sjukhus. När patienter kommer till klinikens allvårdsavdelning ställs rutinmässigt frågor om alkoholkonsumtion i det så kallade ankomstsamtalet. Vid behov används screeninginstrument.

Barn- och ungdomspsykiatrins (BUP) alla verksamheter i länet samt barn- och ungdomskliniken, länssjukhuset, Sundsvall-Härnösand uppger, att de inte använder screening instrumentet AUDIT eller DUDIT, inte heller används MI. BUP-mottagningen, Sollefteå beskriver ett mer medvetet arbete med tidig upptäckt och motiverande samtal till behandling inom ex. socialtjänstens öppenvårdsverksamhet, när risk-/missbruk upptäcks bakom angiven kontaktorsak eller hos förälder.

Vid vuxenpsykiatrins beroendeenheter i länet arbetar man inte med tidig upptäckt som rutin.

Inom länets alla BUP:s verksamheter finns en primärvårdsdel i uppdraget, då primärvården generellt uppges sakna kompetens och resurser som krävs för att möta barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Därigenom kan barn- och ungdomspsykiatrin som är specialistfunktion, även möta barn och ungdomar i riskmiljöer där risk- missbruk kan förekomma.

Inom länets BUP- mottagningar finns inga tydliga strategier utarbetade gällande risk- missbruk eller beroende. Sökord för alkohol och narkotika finns med i dokumentationssystemets anamnes men används inte rutinmässigt. Däremot samarbetar BUP-mottagningarna med kommunens socialtjänst och skolan i principiella frågor kring barn och ungdomars psykiska ohälsa. Mödrahälsovårdpsykologerna i Örnsköldsvik<sup>29</sup> arbetar generellt med tidig upptäckt och förebyggande arbete med föräldrar till barn i ålder 0-6 år. Exempel på när risk- missbruk kan upptäckas är vid kontaktorsak depression och anknytningsproblematik.

---

<sup>29</sup> Tillhörde vid intervjutillfället organisatoriskt BUP-verksamheten Örnsköldsvik

### *Barn och ungdomskliniken, länssjukhuset Sundsvall - Härnösand*

Barn och ungdomskliniken, länssjukhuset Sundsvall-Härnösand, arbetar med tidig upptäckt i en utarbetad arbetsmodell och samverkansform med socialtjänst, barn/ungdom och föräldrar. Samverkansformen har ett förebyggande syfte och underlättar tidig upptäckt och smidigt samarbete med föräldrar och socialtjänst utifrån barnet/ungdomens behov. En av klinikens överläkare med specialistkunskaper inom ämnesområdet, anlitas sedan många år som föreläsare i ämnet alkohol och droger i samhällsarbete, ex. i skolor, föräldramöten, frivilligorganisationer.

Vid kroniska sjukdomar, t ex diabetes, ges kontinuerligt allsidig information till barn och föräldrar, där samtal om rökning, alkohol och dess skadeverkningar ingår. Samtalet anpassas utifrån barnets ålder. När ytterligare insatser behövs remitteras till BUP-kliniken. Om frågor kring förälders alkoholbruk/missbruk uppstår i samband med att sjuka barn vårdas, kontaktas klinikens kurator för handläggning och samtal samt kontakt/anmälan till socialtjänsten.

## **Dokumentation**

### **Nationella riktlinjerna**

Insatser som utförs av de två huvudmännens verksamheter är, både ur klient/patient- och verksamhetsperspektiv, viktiga att dokumentera. En enhetlig dokumentation medför ett effektivare sätt att följa samt utvärdera de insatser som verkställs.

För kommunens socialtjänst är dokumentation reglerad i SoL<sup>30</sup>. Socialstyrelsen har lämnat allmänna råd och rekommendationer angående socialtjänstens handläggning och dokumentation. Socialtjänsten bör se över möjligheter att anamma hälso- och sjukvårdens arbetssätt för att nå kunskapsutveckling genom välbeprövad erfarenhet.

Dokumentation inom hälso- och sjukvården regleras i patientdatalagen<sup>31</sup>. Där anges vilka uppgifter en patientjournal ska innehålla för en god och säker vård av patienten, och vilka yrkesgrupper som är skyldiga att föra patientjournal.

I lagstiftningen ges även möjlighet för myndigheter att utbyta information om en person som missbrukar alkohol eller narkotika<sup>32</sup>. Kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården utgår från vetenskap och

---

<sup>30</sup> Kap.11, §§5 och6 socialtjänstlagen

<sup>31</sup> Patientdatalagen (2008:355) ersätter patientjournallag (1985:562) och lag om vårdregister

<sup>32</sup> 14 kap. 2§, 7:e st. offentlighet och sekretesslagstiftning

väl beprövad erfarenhet. Beprövad erfarenhet ska vara väl dokumenterad och prövad inom professionen för att benämnas välbeprövad.

En aspekt av kundskapsutveckling genom välbeprövad erfarenhet inom olika verksamheter, är möjligheten att få tillstånd en enhetlig terminologi och definition av centrala begrepp inom missbruks- och beroendevård mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det skulle gynna alla aktörer, främst den enskilde med hjälpbehov. Det är den klient- och patient relaterade informationen som ligger till grund för systematisk forskning av vilka effekter genomförda insatser får. Ur rättssäkerhetssynpunkt är det viktigt att handläggning och vidtagna insatser finns dokumenterade, om klient/patient vill få bedömning av sitt hjälpbehov omprövat, överklaga ett beslut.

Riktlinjerna rekommenderar bland annat de evidensbaserade bedömningsinstrumenten ASI och ADAD<sup>33</sup> utifrån att dessa metoder möjliggör uppföljning samt utvärdering av de insatser som utförs. Både ASI och ADAD kartlägger personens livssituation och problem, som kan ligga till grund för bedömning. Klientens hjälpbehov bedöms med intervju och uppföljningsintervju. Den innehåller 180 frågor, vilka omfattar sju livsområden av betydelse vid missbruk eller beroendeproblem. ADAD innehåller utöver ASI:s sju livsområden ytterligare två områden, skolgång och kamratrelationer. Utbildning krävs för att använda bedömningsinstrumenten. Svensk manual samt handbok finns utarbetade.

Bedömningsinstrumenten för dokumentation som rekommenderas i riktlinjearbetet kan vara viktiga hjälpverktyg i arbetet med att följa upp utförda insatser.

De sammanställda uppgifterna av uppföljningsarbetet medför att båda huvudmännens verksamheter får en ökad uppfattning om både resultatet samt kostnader av de insatser och åtgärder som verkställs. Därmed ökar möjligheten att klient/patient fått rätt insats vid rätt tid. I förlängningen kan det innebära, att verksamheterna får en bra grund att utgå ifrån i verksamhets- och metodutveckling. Utvärdering av de behandlingsmetoder som används som insats, bidrar också till att få kunskap om hur kostnadseffektiv metoden är.

### **Kommunerna**

Angående det interna samarbetet har alla kommuner börjat se över rutiner för ärendehantering och dokumentation. Syftet är att formalisera det interna arbetet med skriftliga rutiner och avtal. I alla kommuner dominerar muntlig och informell samverkan det dagliga arbetet. En kommun, Örnsköldsvik, betonar att verksamhetsledning varit tydlig

---

<sup>33</sup> Ungdomsversion av ASI

med att det ska finnas skriftliga rutiner och former för den interna samverkan.

Ärendets gång genom socialtjänsten beskrivs i de flesta kommuner som personbundna, vilket gör det svårt att få till formella strukturer. I det arbete som sker, ska pågående ärenden inom socialtjänsten inte ses som "egna" utan som gemensamma. Samverkan ska fokusera på individens behov av stöd. Kännedom om vilka insatser som kommunens öppenvård kan erbjuda personer med ett risk- missbruk eller beroende beskrivs i en kommun som bristfällig. I tre kommuner framhålls vikten av att medarbetare vågar ställa frågor om alkohol och narkotika för att den hjälpsökande ska få rätt stöd. Närhet till medarbetare inom den egna verksamheten är i alla kommuner viktigt för god samverkan.

Six av länets kommuner använder dokumentationssystemet Pro Capita. Kramfors kommun använder sig av dokumentationssystemet WM data. I tre kommuner, Sundsvall, Härnösand och Örnsköldsvik finns formella rutiner för hur dokumentation ska ske. Övriga fyra kommuner har informella rutiner, som är i behov av utveckling.

För barn och ungdomar används BBIC<sup>34</sup> i samtliga av länets kommuner.

En övervägande andel av kommunerna kan inte svara på intervjuenkätens frågor om statistik, då ett formellt statistiksystem som ger en helhetsbild av målgrupper och problembild inom respektive kommun saknas. Varje kommun har egna informella tillvägagångssätt. Gemensamt för kommunerna är att statistik kan tas fram rörande åldersgrupper, könsfördelning samt vissa insatser.

Riktlinjerna rekommenderar bedömningsinstrumenten ASI och ADAD. Av dem använder Härnösand, Sollefteå och Sundsvall ASI som rutin. Kramfors och Örnsköldsvik har utbildad personal i ASI men använder inte instrumentet i praktiken, då rutiner samt dataprogramsbehörighet saknas. Ånge och Timrå har inte uppgivit vilket bedömningsinstrument som används. Sundsvall och Örnsköldsvik har utbildad personal i ADAD. Örnsköldsvik har personal som är utbildad i och praktiserar ADDIS ung och ADDIS vuxen.

För uppföljning och utvärdering av genomförda insatser saknas formella rutiner inom alla länets kommuner. Varje kommun har sin egen informella utvärdering och uppföljning, vilket oftast sker individuellt i klientärenden. Sollefteå uppger, att uppföljning sker kontinuerligt

---

<sup>34</sup> Barns behov i centrum; ett nationellt system för handläggning och dokumentation i utredning, planering och uppföljning

inom kommunens öppenvård. Samtliga kommuner anser att uppföljning samt utvärdering är ett förbättringsområde.

### **Hälso- och sjukvården**

Landstinget Västernorrland använder datadokumentationssystemet system cross i primärvården och specialistvården. Systemet innehåller vårdadministration och vårddokumentation. En länsövergripande rutinhandbok för användning av dokumentationssystemet har utarbetats gemensamt för hela psykiatri i länet, där både vuxenpsykiatri och barn-ungdomspsykiatri ingår. Länsrutinerna är kompletterande med lokala rutiner anpassade utifrån respektive verksamhet. Systemet är kvalitetssäkrat och revideras regelbundet. Genom att använda ett enhetligt dokumentationssystem är målet dels att kvalitetssäkra vården för patienten, vårdplan ska vara dokumenterad, och dels underlätta för olika verksamheter att samverka och få överblick av patientens vårdkedja.

Undantag gällande dokumentationssystemet är Mödrahälsovården, som använder sig av ett system som heter obstetrix. Ur detta system kan poäng från AUDIT rapporteras till det nationella kvalitetsregistret

En övervägande andel av primär- och specialistvårdens verksamheter kan inte svara på intervjuenkätens frågor gällande statistik, då landstingets formella statistiksystem LISA, enbart anger diagnos. Det medför svårigheter att kunna identifiera området risk- missbruk och beroende.

Båda beroendeenheterna inom vuxenpsykiatri i länet har utvecklat egen intern statistikföring för sina målgrupper.

Folkhälsoplanerare inom primärvården anser, att datasystemet system cross bör utvecklas, att samla alla livsstilsområden i ett sökord och därigenom kunna ta fram statistik.

Landstingets statistiksystem Lisa används för att registrera diagnosgrupper. I system cross registreras diagnosgrupper i den vård administrativa delen av statistiksystemet.

De av riktlinjerna rekommenderade evidensbaserade bedömningsinstrumenten, ASI och ADAD, används inte inom vare sig primärvårdens eller specialistvårdens verksamheter.

## Behandling

### Nationella riktlinjerna

Riktlinjerna innehåller rekommendationer om specifika interventioner såsom behandlingsmetoder och tekniker. För varje rekommenderad specifik intervention redovisas effekt, evidens och ekonomisk bedömning. Dokumentation och bedömningsinstrument undantas. Bedömningsinstrument presenteras med effekt, testets tillförlitlighet och utförande samt kostnad och tillgänglighet.

Behandling definieras som ”systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma ifrån sitt missbruk eller beroende”<sup>35</sup>

Behandlingstermen innefattar evidens,<sup>36</sup> intention,<sup>37</sup> kompetens<sup>38</sup> samt terapeutisk kontext<sup>39</sup>. Den personal som bedriver behandling ska ha relevant utbildning och kompetens att använda behandlingsmetoden. Enligt riktlinjearbetet bör de metoder som används inom missbruks- och beroendevård vara evidensbaserade. I en analys av studier inom behandlingsområden för alkohol och narkotika som SBU genomfört, framkom tre faktorer som är viktiga för att få tillstånd positiva behandlingseffekter<sup>40</sup>:

- behandlingen ska vara tydligt strukturerad,
- fokus ska ligga på missbruk eller beroende
- behandlingstiden ska vara tillräckligt lång för att ge effekt<sup>41</sup>.

### *Psykosocial behandling*

Psykosocial behandling inom missbruks- och beroendevård bör förutom tidigare nämnda kriterier för behandling, även i interventionen fokuseras på:

- den enskildes psykologiska och sociala livssituation med uttalat fokus på missbruk eller beroende
- motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med uttalat fokus på den enskildes missbruk eller beroende.

---

<sup>35</sup> Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård sid. 32

<sup>36</sup> avser systematiska och teoretiska metoder med stöd i forskning

<sup>37</sup> avsikten är att hjälpa enskilda individer att komma från sitt missbruk eller beroende

<sup>38</sup> den som utövar behandling ska ha adekvat och lämplig kompetens

<sup>39</sup> praktik som utövas inom en verksamhet som är anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter

<sup>40</sup> socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård sid. 137

<sup>41</sup> minst tre månaders behandlingstid är den längd som anges

- behandlingar som är edukativa<sup>42</sup>, kognitivt beteende-, motivations- och återfallsinriktade med tydlig inriktning mot missbruks- och beroendeproblematik ingår i definitionen psykosocial behandling. Även psykodynamisk psykoterapi kan ingå i psykosocial behandling<sup>43</sup>.

### *Psykosocialt stöd*

Stödinsatser som riktas till individen i dennes sociala situation och livssituationen i övrigt. Psykosocialt stöd kan även ses som en förutsättning för behandlingsinsatser.

Skillnaden mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd är att psykosocial behandling bygger på en specifik, ofta evidensbaserad metod eller teknik, vilket inte psykosocialt stöd gör.

### *Medicinsk behandling*

För patienter som är i behov av medicinsk behandling i form av läkemedel har ett antal rekommendationer utarbetats. Nedan följer en redovisning av vilken medicinsk behandling som bör användas för patienter med alkohol- eller narkotikamissbruk eller beroende:

Med alkoholberoende	Läkemedelsbehandling med akamprosats (Campral) eller naltrexon (Revia)
Med allvarlig abstinens	Abstinensbehandling
Med långvarig och kraftig alkoholkonsumtion	Tiamin (vitamin B1)
Med missbruk eller beroende av alkohol	Läkemedlet disulfiram (Antabus) som ges under uppsikt
Med akuta medicinska risktillstånd orsakade av narkotika intag	Abstinensbehandling ska ges
I abstinensbehandling	Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner
I abstinensbehandling eller som befinner sig i riskzon för allvarliga abstinensstillstånd	Läkemedlet Klometiazol (heminervin)

*Figur 4 fritt efter Socialstyrelsens rekommendationer om medicinsk behandling*

### **Kommunerna**

Av psykosociala behandlingsmetoder dominerar 12-stegs inriktad behandling. Den behandlingsmetoden bedrivs i alla länets kommuner,

<sup>42</sup> omlärande

<sup>43</sup> förutsättningen är att det terapeutiska arbetet är inriktat på att aktivera den enskildes självreflektion och insikt med fokus på missbruket eller beroendet

endera av kommunen själv eller att tjänsten köps in. Utbildning och kompetens finns hos personal som uppfyller kriterierna för att bedriva den psykosociala behandlingsmetoden. I övrigt är det endast Örn-sköldsviks kommun som kan erbjuda fler psykosociala behandlingsmetoder i form av återfalls prevention, haschavvänjningsprogrammet samt Jupiter kort och lång program. När det gäller psykosocialt stöd är Örnsköldsvik den av kommunerna som kan erbjuda den stödformen i form av ett beroenderesursteam.

### **Hälso- och sjukvården**

Vuxenpsykiatri i länet ger medicinsk behandling enligt rekommenderade läkemedelsscheman och omvårdnad. Indikationer och förutsättningar för vård varierar.

I Sundsvall-Härnösand har vuxenpsykiatri, avd 7 och beroendeenheten en fast grundstruktur för medicinsk vård vid missbruk och beroende och inom den ramen individanpassas vården. Verksamheten har en samordnarfunktion för patienter som vårdas för missbruk eller beroende. Samverkan är viktig och det ska alltid finnas ett behandlingskontrakt med vårdplan enligt strukturerad arbetsmodell för alla patienter. All vård sker i nära samverkan med patient, kommunernas socialtjänst och uppdragsgivaren, ibland företagshälsovård. Avgiftning planeras och sker utan avbrott i direkt anslutning till tidsplan från socialsekreteraren om planerad eftervård, ex. behandlingshem. Förutom medicinsk behandling efter beprövad arbetsmodell, där socialtjänsten alltid är involverad i vårdplanering och eftervård, sker stödjande anhörigsamtal, samtal med arbetsgivare m fl. Alla insatser samordnas och struktureras i nära samverkan. De metoder som används följs upp, utvärderas och omprövas. Beroendeenheten arbetar med kontinuerlig utvärdering.

Vuxenpsykiatriens beroendeenhet, Sollefteå sjukhus ger medicinsk abstinensbehandling enligt rekommenderade läkemedelsscheman. Patienten vårdas enligt SoL. Patientens status ska vara bedömd vid vårdcentral eller Sollefteå sjukhus och utifrån det planeras ett avgiftningsschema, mall finns att tillgå. Dessutom sker förutom omvårdnad, motiverande samtal och familjesamtal enligt nätverksmetod vid behov. Behandlingsplan upprättas och utvärderas vid avslutad behandling.

Vuxenpsykiatri Örnsköldsvik sjukhus har ingen beroendeenhet. Patienter med missbruk - beroende får akutvård, abstinensbehandling, på kliniken allvårdsavdelning. Man gör drogscreening vid abstinensbehandling – läkemedelsbehandling i akut skede, ex. insättning av campral eller antabus. All personal är utbildad i familjenätverk och försöker tidigt få tillstånd anhörigsamtal. Vid abstinensbehandling är det rutin att alltid kontakta socialtjänstens beroendehandläggare. Pati-

enten får enbart medicinsk akutvård, ingen utvärdering sker mellan psykiatrin och kommunens handläggare.

Barn- och ungdomskliniken, länssjukhuset Sundsvall-Härnösand ger medicinsk behandling vid inläggningsorsak intoxikation. Snabb återkoppling till kurator som enligt strukturerad samverkansmodell samordnar kontakter med föräldrar och socialtjänst inför nätverkssamtal och planering av ev. fortsatta insatser från socialtjänsten.

## **Barn och Ungdomsperspektivet**

Barn och ungdomsperspektivet finns inte med i socialstyrelsens nationella riktlinjer. Resultat från intervjuundersökning redovisas enligt följande;

### **Kommunerna**

Alla kommuner uppger att de arbetar utifrån ett barn-, ungdoms- och anhörig/närstående perspektiv i frågor som rör risk- missbruk eller beroendeproblem. Nivå och arbetssätt varierar mellan kommunernas socialtjänst.

Av de intervjuade kommunerna kan tre kommuner erbjuda barngrupper (BIM) i kommunal regi. Örnsköldsvik har samarbete med en frivillig organisation som bedriver grupper för barn och ungdomar, där en eller båda föräldrarna har en missbruks- eller beroendeproblem. Kramfors köper tjänsten av ett privatägt behandlingshem.

I intervjuerna framkommer, att det är svårt att rekrytera barn till dessa BIM - grupper. En kommun beskriver att en utveckling samt lokal anpassning av BIM som metod är nödvändig för att underlätta ex. rekrytering av barn till gruppen.

När det gäller insatser för barn och ungdomar med risk- missbruk eller beroendeproblem har Härnösand Sundsvall Örnsköldsvik och Ånge psykosocialt stöd för åldersgruppen 13-25år. Örnsköldsvik har psykosociala behandlingsinsatser inom öppenvården som vänder sig till åldersgruppen 13-25 år. Kontakt med ungdom som omhändertagits enligt LOB samt dennes föräldrar sker regelbundet.

En kommun uttrycker en förhoppning om att BBIC blir ett bra verktyg att lyfta fram målgruppen barn och ungdom och deras behov av stöd. En kommun beskriver att de arbetar aktivt med att utveckla stöd till unga och deras föräldrar när det gäller tidig upptäckt samt det förebyggande arbete via kunskapsbaserade metoder som ÖPP och Nya steg. Vidare arbetar kommunen strukturerat främst genom alkohol-

och drogförebyggande arbete, där arbetet handlar om att påverka ungas attityder kring alkohol och droger.

Inom kommunernas socialtjänst finns en uppdelning mellan barn och ungdom samt vuxna. Tre kommuner uppger, att man definieras som barn och ungdom till 18 år. I en kommun definieras barn och ungdom till 20 år. När det gäller barn och ungdomar med missbruks – eller beroendeproblem finns det ingen enhetlig indelning i länets kommuner.

### **Hälso- och sjukvården**

Alla intervjuade verksamheter inom både primärvård och specialistvård uppger, att de uppmärksammar barn- respektive anhörig/närstående - perspektivet i sitt arbete. Hur det sker ser olika ut. Personal i verksamheter som arbetar med barn och ungdomar, saknar ibland barnperspektivet hos den personal som arbetar med vuxna, som har problem med missbruk eller beroende.

Ett gott exempel på viktig förebyggande verksamhet och tidig upptäckt, är mödrahälsovårdens arbete genom riskbruksprojektet med fokus på det väntande barnet och förberedelse i föräldraskap. Barnhälsovården arbetar systematiskt med metoden”. ”Barns tankar om alkohol”, som vänder sig till både föräldrar och närstående.

Intervjuade vårdcentraler uppger, att det är viktigt att barnperspektivet finns med också i kontakter med vuxna. Vårdcentralernas personal samverkar vid behov med vårdcentralens socionom/kurator och med BVC i enskilda ärenden. Exempel ges också på gruppssamverkan, där kurator finns med i arbete kring barn i riskmiljöer. Man uppger även att kontakt/anmälan görs till socialtjänsten för att uppmärksamma barns situation och behov av insatser. Anmälningsskyldighet enligt SoL vid misstanke om att barn far illa betonas av intervjuade. Någon verksamhet har även kvalitetssäkrade rutiner för när och hur anmälan till socialtjänsten enligt SoL ska ske.

Inom specialistvårdens beroendeenheter, psykiatriska klinikerna, svarar samtliga att barnperspektivet ska finnas med i vården av vuxna. En verksamhet uppger att all personal är utbildade i familjenätverk, att man strävar efter att få med närstående i ett så tidigt skede som möjligt. Inom den verksamhetens öppenvård arbetar familjeterapeuter, och barns delaktighet i arbete med familjenätverk blir alltmer viktig inom psykiatrin. I en beroendeenhet har socionomerna kontakt med både barn och närstående utifrån patientens situation. De förmedlar och brygger över till socialtjänsten, som arbetar med anhörigstöd i olika former.

En specifik beroendeenhet/tillnyktringsenhet för barn och ungdomar saknas i länet.

Barn och ungdomar som behöver medicinsk vård för intoxication, får akutvård inom länets somatiska barn-ungdomskliniker, i enstaka fall behövs intensivvård. Av de barn och ungdomar som kommer till barn- och ungdomskliniken i Sundsvall, uppges 95 % av patienterna vara intoxikerade av alkohol. Mycket få av patienterna har använt andra droger, i enstaka fall förekommer tradolanintoxikation. År 2007 registrerades ca 4 fall av GHB. Ingen drogpåverkad av narkotika finns registrerad.

Ett gott exempel på god samverkan kring barn och ungdomar är barn- och ungdomskliniken, länssjukhuset Sundsvall – Härnösand, som har ett mångårigt samverkansavtal med socialtjänsten, Sundsvalls kommun, som resulterat i ett välfungerande nätverksarbete för barn och ungdomar som vårdats på kliniken för intoxication. Anmälan till socialtjänsten, samordning av gemensamma samtal med barnet, föräldrar, kurator, socialsekreterare och ansvarig läkare samordnas av klinikens kuratorsresurs.

I de fall det behövs en psykiatrisk bedömning, ex. suicidtankar, självskadebeteende, kontaktas/skrivs remiss till BUP-kliniken.

Om frågor kring förälders risk-, missbruk uppstår i samband med att sjuka barn vårdas på barn- och ungdomskliniken, kontaktas kurator för samtal, handläggning – anmälan till socialtjänsten. På kliniken vårdas även nyfödda barn för abstinensövervakning, vars mödrar har eller tidigare haft missbruk/beroende. Där kan förvirring kring handläggning uppstå hos personalen. Ibland har föräldern en pågående kontakt med annan vårdgivare; beroendeenheten, socialtjänsten. Frågor som uppstår rör vem gör vad i vårdkedjan, ex. rörande föräldrarnas omsorgsförmåga av barnet, frågor kring anknytning, stödinsatser?

Det betonas att barnperspektivet behöver synliggöras hos vårdgivare som möter vuxna. En tydligare samverkan mellan vårdgivare med fokus på barnets behov behövs för att få tillstånd en smidigare vårdkedja. Som exempel nämns förberedelse av samordnad vårdplanering inför barnets födelse.

Ett fåtal som söker kontakt med barn- och ungdomspsykiatri i länet uppger riskbruk, missbruk eller beroende hos barnet/ungdomen eller närstående i familjen som en tänkbar orsak till psykisk ohälsa. Det kan däremot framkomma i bedömning eller under pågående utrednings-/behandlingsinsatser och är då dolt bakom annan registrerad kontaktorsak, exempelvis nedstämdhet, ångest, självskadebeteende, neuropsykiatriska diagnoser, ibland med hög skolfrånvaro. Vid upptäckt av missbruk och beroende sker hänvisning/anmälan till socialtjänsten enligt gällande lagstiftning.

Som en tänkbar förklaring till det ytterst fåtal aktuella patientärenden inom området riskbruk, missbruk eller beroende inom barn- och ungdomspsykiatrien uppges bl a, att man av tradition har lite fokus på missbruk inom barn- och ungdomspsykiatrien. Barn och ungdomar med annan mer tydlig psykiatrisk problematik prioriteras . En annan förklaring är, att det i första hand är socialtjänsten som ansvarar för att ge psykosocialt stöd och behandling till barn och ungdomar med missbruk och beroende, att kompetens och resurser finns där. Kunskap och metodik att arbeta med missbruk och beroende saknas eller är bristfällig inom BUP.

Det finns inga enhetliga arbets- och samverkansrutiner för tidig upptäckt av riskbruk, missbruk och beroende inom barn- och ungdomspsykiatrien, även om samverkan med socialtjänsten i praktiken initieras vid upptäckt av missbruk eller beroende i familjen<sup>44</sup>. Insatser från BUP och/eller i samverkan med socialtjänsten sker utifrån en helhetsbedömning i varje enskilt ärende. Det innebär att i de fall missbruksberoendeproblem upptäcks, är samverkan och samordning av olika insatser vanligt förekommande. Inom BUP finns god kompetens och lång erfarenhet av kvalificerat utrednings- och behandlingsarbete i familj- och nätverkssammanhang.

En BUP-mottagning i länet ställer rutinmässigt frågor om alkohol och droger i bedömningssamtal. Ingen BUP-mottagning använder AUDIT. BUP deltar i olika samarbetsprojekt kring barn och ungdomars psykiska hälsa på olika nivåer, från ledningsnivå kring övergripande samverkansfrågor till behandlarnivå utifrån enskilda patienters/familjers samordningsbehov av olika hjälpinsatser.

## **Gravida kvinnor**

### **Nationella riktlinjer**

Enligt socialstyrelsen är gravida kvinnor en målgrupp som bör uppmärksammas extra i arbete med tidig upptäckt av alkohol och narkotiska problem. Risk-/missbruk får för gravida en annan innebörd med konsekvenser även för det väntande barnet med hög risk för skadliga effekter på fostrets utveckling. Det är mycket viktigt att identifiera risk- missbruk eller beroende i ett tidigt skede så att insatser kan ges. Kvinnan kan därigenom få adekvat stöd att hålla sig i god kondition både fysiskt och psykiskt som förberedelse inför förlossning, föräldraskap samt omvårdnad av det väntande barnet.

---

<sup>44</sup> Kap.14 socialtjänstlagen

Den modell av insatser som beskrivs i riktlinjerna för att upptäcka samt bedöma risk-/missbruk eller beroende kan även användas för målgruppen gravida kvinnor<sup>45</sup>.

Den verksamhet som i första hand kommer i kontakt med gravida kvinnor är mödrahälsovården. Vid första besöket sker ett inskrivningssamtal där frågor kring hälsotillstånd och livsstil ställs och där frågor kring alkohol samt narkotika bör vara naturliga att lägga in.

Alla verksamheter bör vara uppmärksamma när de kommer i kontakt med gravida kvinnor och i större utsträckning ställa frågor gällande alkohol och narkotikabruk. I det fall där en gravid kvinna har kontakt med socialtjänsten men inte initierat kontakt med MVC, är det viktigt att socialtjänsten hjälper till och förmedlar den kontakten. Riktlinjearbetet nämner även andra verksamheter som är viktiga i förmedlingsarbetet:

- Ungdomsmottagning
- Företagshälsovård
- Studentmottagning
- Sprututbytesprogram

Vid misstanke om att en gravid kvinna missbrukar alkohol eller narkotika är samverkan viktig för att kvinnan ska få adekvata hjälpinsatser och barnet en bra start. En utredning ska påbörjas för att bedöma kvinnans behov av vidare insatser. Kvinnan är inte tvingad att genomgå provtagning om hon inte vill.

LVM lagstiftningen kan för närvarande endast bli aktuell om kvinnan uppfyller kriterier för tvångsvård och för att skydda fostret. Skyldighet enligt lagstiftningen att anmäla eller lämna uppgifter till socialnämnden omfattar inte ofödda barn<sup>46</sup>. Däremot medger lagstiftningen, att uppgifter om den gravida kvinnan eller hennes närstående får lämnas till myndighet om det behövs för att skydda det väntande barnet<sup>47</sup>.

### **Kommunerna**

I länets kommuner skiljer sig bemötande av gravida kvinnor med missbruk eller beroendeproblem. Härnösand och Kramfors har ett nära samarbete med hälso- och sjukvården i familjecentraler. Härnösand uppger att de har formella rutiner för dokumentation. Örnsköldsvik uppger att muntliga samarbetsrutiner med mödravårdcentralen finns.

---

<sup>45</sup> Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård sid.72

<sup>46</sup> 14 kap.1§ socialtjänstlagen

<sup>47</sup> 14 kap.2§6st socialtjänstlagen

## Hälso- och sjukvården

### *Primärvården*

Mödrahälsovårdens barnmorskor arbetar utifrån riskbruksprojektet med framtagna riktlinjer och rutiner för alkohol. Arbetet sker med hjälp av ett nytt basprogram, där gravida kvinnor erbjuds en första tid inom en vecka. Barnmorskan genomför då ett hälsosamtal som bygger på strukturen; A B C D E; A= alkohol, B= beroende, C= cigaretter, D= droger, E= egna frågor. Screening med AUDIT används rutinmässigt i mötet med alla gravida kvinnor, och med kvinnans partner om denne samtycker. Erfarenheten är positiv. I preventivmedelsrådgivning informeras om alkohol. Personalen har utbildning i MI, och kan vid behov hålla motiverande samtal.

Inom ramen för riskbruksprojektet är länets samtliga barnmorskor inom Mödrahälsovården, MVC, och sjuksköterskor inom Barnhälsovården, BVC, utbildade i fyra steg, där barn- anhörig- och föräldraperspektivet ingår. Inom MVC används AUDIT – formuläret systematiskt vid alla ”tidiga” besök. Vidare arbetar Barnhälsovården systematiskt med metoden ”Barns tankar om alkohol”, som vänder sig till föräldrar och anhöriga.

### *Specialistvården*

Inom specialistvården är det inte vanligt att man möter gravida kvinnor med missbruk eller beroende. Undantag är länets vuxenpsykiatriska verksamhet, där Vuxenpsykiatrins beroendeenhet länssjukhuset Sundsvall Härnösand uppger, att gravida kvinnor med missbruk eller beroende har högsta prioritet. Socialtjänsten kontaktas alltid för att en vårdplan ska komma till stånd. Socialsekreteraren kommer till avdelningen samma dag för samordnad vårdplanering.

Övriga verksamheter tar inte emot denna målgrupp utan hänvisar till mödravårdscentralen alternativt till socialtjänsten.

Inom barn- och ungdomspsykiatri i länet samt barn- och ungdomskliniken, länssjukhuset Sundsvall-Härnösand finns inga formella rutiner för bemötande av gravida kvinnor med missbruk eller beroende. Kvinnan kan vara aktuell utifrån föräldraskap och vårdnadsansvar till barn som får vård vid respektive klinik.

Mödrahälsovård psykologerna, BUP Örnsköldsvik samarbetar nära mödrahälsovårdens barnmorskor.

## Samsjuklighet

### Nationella riktlinjerna

För målgruppen personer med samsjuklighet betonas vikten av att samarbete formaliseras för att vården ska bli mer effektiv. I riktlinjerna betonas att både kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården har ansvar för målgruppen med samsjuklighet. Vård och behandling ska samordnas och genomföras parallellt.

Angående samarbete i samsjuklighetsärenden visar studier att samarbetsprocesser över myndighetsgränser tar tid, ibland upp till tre år<sup>48</sup>. Faktorer som gynnat samarbete har främst varit att samlokalisera teamets personal samt gemensam kompetenshöjning. Utbildning i evidensbaserade metoder i det praktiska arbetet, gemensam kunskap i beroendelära och samsjuklighet gynnar samarbete.

Samsjuklighetsärenden är mångfacetterade och i de flesta fall vårdkrävande med delat vårdansvar mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och dess olika verksamheter. Samsjuklighet ställer än mer krav på helhetssyn och samordning för att inte ”falla mellan huvudmännens stolar”. Den enskilde behöver ofta vårdinsatser från båda huvudmännens olika verksamheter samtidigt.

Ett tydligt förhållningssätt och speciellt utsedd personal inom verksamheterna är viktiga pusselbitar i arbetet med att upptäcka samsjuklighet. Ett exempel på insats som visat positiva resultat är särskilda team inom verksamheten.

Inga specifikt rekommenderade metoder finns för denna målgrupp, utan är desamma som har effekt vid behandling av missbruk och beroende respektive psykiatrisk störning och sjukdom.

### Kommunerna

Variationen bland länets kommuner när det gäller personer med samsjuklighet är stor. Vissa har inga formella avtal eller rutiner för målgruppen. Exempel på hur kommunernas socialtjänst arbetar med målgruppen samsjuklighet är:

- Kramfors bedriver formaliserat nätverksarbete.
- Härnösand har rutiner för dokumentation i arbete med målgruppen samsjuklighet.
- Timrå har regelbundet samarbete med vuxenpsykiatrins psykosenhets och affektiva enhet, länssjukhuset Sundsvall-Härnösand.

---

<sup>48</sup> ”DD-rapport 2008”; Skellefteå kommun och Västerbottens landsting (DD= dubbeldiagnos)

- Sundsvall har formaliserat samverkansavtal med hälso- och sjukvården. Gemensam vårdplan för personer med missbruks- och beroendeproblem och samtidig psykisk sjukdom. När samsjuklighet avser somatisk sjukdom, sker samarbete med de i patientärendet aktuella vårdgivarna.
- DD-teamet i Örnsköldsvik har formaliserat samverkansavtal mellan kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården om samarbete för målgruppen samsjuklighet.

## **Hälso- och sjukvården**

### *Primärvården*

Vid misstanke om att en patient har en psykisk ohälsa kan läkaren skriva en remiss alternativt ta muntlig kontakt med psykiatriska kliniken för konsultation och bedömning. Det finns inte resurser att utreda och bedöma denna målgrupp inom primärvården.

### *Specialistvården*

Vuxenpsykiatrins beroendeenhet länssjukhuset Sundsvall-Härnösand uppger att det finns ett formaliserat internt samarbete när det gäller personer med samsjuklighet. Vuxenpsykiatrin i Örnsköldsvik hänvisar till det DD-team som finns i samarbete med kommunen och där en sjuksköterska samt en kurator från psykiatrin ingår.

Vuxenpsykiatrins beroendeenhet Sollefteå sjukhus har skrivit ett nätverksavtal gällande målgruppen personer med samsjuklighet vid psykisk sjukdom. Ytterligare ett nätverksavtal är under utformande avseende personer med samsjuklighet och somatiska sjukdomar.

## **Samverkan**

### **Nationella riktlinjerna**

Samverkan är det begrepp som genomsyrar riktlinjerna som nyckeln till en fungerande och kvalitetssäker vårdkedja. Vanligtvis finns verksamheter som arbetar med missbruk och beroendevård inom både hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Verksamheterna utgår från respektive huvudmans inriktning på vård och behandling. Det finns ett flertal förslag på insatser för att effektivisera socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård. Ett sådant är att verksamheterna samlar sina respektive insatser och specialiserar dessa i en gemensam verksamhet. Genom att personal och lokalmässiga resurser integreras i en och samma verksamhet får personer med missbruks- och beroendeproblem tillgång till olika kompetenser på ett mer lättillgängligt och nära vis, vilket ökar effektiviteten.

## **Kommunerna**

I det interna samarbetet har alla kommuner påbörjat översyn av sina rutiner gällande ärendehantering samt dokumentation. Främst handlar det om att formalisera det interna arbetet med skriftliga rutiner och avtal. I alla kommuner är den muntliga och informella samverkan den samarbetsform som dominerar det dagliga arbetet. Örnsköldsvik betonar att verksamhetsledningen varit tydlig med att det ska finnas skriftliga rutiner och former för den interna samverkan.

Ärendets gång genom socialtjänsten beskrivs i de flesta kommuner vara personbundna, vilket gör det svårare att få till formella strukturer. Aktuella ärenden inom socialtjänsten ska inte ses som ”egna” utan som gemensamma. Samverkansfokus ska utgå från individens behov av stöd i form av samverkan.

Kännedom om vilka insatser som finns inom kommunens öppenvård för personer med risk- missbruk eller beroende beskrivs i en kommun som bristfällig. I tre av kommunerna lyfts vikten av att våga ställa frågor gällande alkohol och narkotika fram som viktiga för att personen ska få rätt stöd. I Kramfors, Sollefteå och Örnsköldsvik finns samordningsförbund som har olika struktur. Det gemensamma är målsättningen att få igång samverkan mellan olika aktörer i samhällskedjan. Samordningsförbund nämns som viktig framgångsfaktor för nuvarande samverkansarbete<sup>49</sup>.

Kommunerna anser att hälso- och sjukvården måste in i ett tidigare skede för att vårdkedjan ska bli effektiv och kvalitetssäker. Det är viktigt att personalen vet till vilken verksamhet man ska hänvisa personer i behov av medicinsk vård för missbruk eller beroende. Ansvarsfrågan lyfts av alla kommuner. Det som främst betonas är vikten av att båda huvudmännen har ett ansvar i vårdkedjan för personer med risk- missbruk eller beroendeproblem. Alla kommuner efterfrågar på olika nivåer tydligare samverkansformer mellan kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården

Samverkan med primärvården är viktig i arbetet med tidig upptäckt och förebyggande arbete för att nå personer i ett tidigt skede. Flera kommunerna uppger svårigheter med att få till stånd en fungerande samverkan med vårdcentraler. Ett hinder som nämns som förklaring är att några av länets vårdcentraler drivs i privat regi och att det påverkar samverkan.

Alla kommuner lyfter fram vikten av att utveckla samarbetet med vuxenpsykiatri. Betydelsen av att tydliggöra vägar för samarbete, an-

---

<sup>49</sup> Är utformat efter lagen (2003:1210) om finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet

svar och gränsdragning framkommer i alla intervjuer. Det är stor variation i hur samarbetet beskrivs fungera. Det finns kommuner som uppger en försämring i samarbetet med psykiatri och kommuner som ser ett förbättrat samarbete. I Kramfors nämns att psykiatri arbetat fram en mall för gemensam vårdplan för kommunens socialtjänst och psykiatri. En kommun uppger att socialtjänstens och psykiatriens samarbete har stärkts. En kommun säger i intervjun att de håller på att revidera det skriftliga avtal som finns med psykiatri. För alla kommuner framkommer ett generellt behov av att utveckla och förbättra samarbetet med psykiatri för att klienterna ska få det stöd och den hjälp de är i behov av samt berättigad till.

Sex av länets kommuner har formella samverkansavtal med landstingets två beroendemedicinska enheter i länet. Skriftliga avtal finns i samtliga fall. Kramfors kommun har skriftliga avtal gällande kostnader och ansvarsområden mellan huvudmännen. Samverkan utvärderas i verksamhetsberättelse.

### **Hälso- och sjukvården**

Flera goda exempel på olika samverkansmodeller lyfts fram i vår kartläggning. En fungerande samverkansorganisation nämns som en framgångsfaktor i den egna verksamhetens möjlighet till effektivt arbete. Samstämmighet finns om att samverkansavtal med tydlighet kring uppdrag, ansvar och struktur för samarbete behövs för att kunna utforma och värna ett gott samarbete över tid. Även där regelbundna samverkansformer finns, uppges dock att det behöver utvärderas och utvecklas, då vårdkedjan inte är komplett och ansvarsmässigt otydlig. Exempel som anges är oklarheter vart man kan hänvisa personer med riskbruk/missbruk i samband med AUDIT, kort rådgivning, som vill söka hjälp.

Beroendemedicinska enheterna inom psykiatri anger att samverkansavtalet mellan landstinget och kommunernas socialtjänst är en framgångsfaktor i deras arbete. Avtalet ger en gemensam plattform för samverkan. En tydlig struktur och väl fungerande rutiner för samverkan ger tydlighet kring samarbete, arbetsordning och vårdplanering, vilket ger trygghet till både patienter och personal. Korta och lätt-samma kontaktvägar, både internt och externt, bidrar till att vårdkedjan fungerar smidigt för patienterna. Den samordningsfunktion som finns i beroendemedicinska enheten i Sundsvall-Härnösand, med nyckelroll i all samverkan, ses som en klar framgångsfaktor.

Inom Barn- och ungdomsklinikerna anser man det viktigt att i samarbete aktivt delta i samhällsarbete med föräldrar, skola, socialtjänst, frivilligorganisationer och polis med fokus på hälsobringande faktorer för barn och ungdomar i familj, skola och fritid, informera om alkohol, droger och dess skadeverkningar,

# Analys

Genomlysningen av länets missbruks- och beroendevård visar att det finns en stor variation samt utvecklings- och förbättringsområden när det gäller missbruks- och beroendevården inom båda huvudmännens verksamheter. I kartläggningen framkommer, att kännedom om socialstyrelsens nationella riktlinjer inte finns i alla led. De behöver implementeras på alla nivåer inom respektive huvudmans organisation för att kunna få genomslagskraft och integreras i verksamheternas arbete.

De utvecklings- och förbättringsområden som framkommit handlar främst om att utveckla det interna arbetet inom öppenvården med missbruk och beroendefrågor samt utveckla och förbättra samarbetet mellan huvudmännen för att få till en fungerande vårdkedja för personer med missbruk och beroendeproblem av alkohol och narkotika. Kännedom och kunskap om hur de olika huvudmännens verksamheter arbetar är viktiga pusselbitar i det arbetet. Genom att tydliggöra varje verksamhets syfte, mål samt vilka metoder som används, ökar möjligheten att få till stånd formella rutiner och interna avtal som fungerar i det praktiska arbetet både internt och externt.

## Tidig upptäckt och förebyggande verksamhet

Intresset för tidig upptäckt och förebyggande arbete delas av alla kommuner. En av svårigheterna som nämns är, att nå alla nivåer inom den egna organisationen. Skapa ett intresse, särskilt hos beslutsfattare, att se fördelar med förebyggande arbete och tidig upptäckt inom riskmissbruks- och beroendområdet.

Behov av ökad kunskap inom området riskbruk, missbruk och beroende finns på flera nivåer i alla verksamheter, men behöver anpassas utifrån var den professionelle befinner sig i vårdkedjan. Baskunskap inom ämnesområdet samt vilka metoder som är effektiva bör finnas inom alla verksamheter som möter människor.

Det finns inget enhetligt arbetssätt inom huvudmännens verksamheter då det gäller förebyggande arbete och tidig upptäckt. Riskbruksprojektets arbete inom primärvården är det som kan anses ligga närmast en enhetlig implementering, men inte heller där följs de riktlinjer som upparbetats.

Ett primärt utvecklingsområde i alla verksamheter är att tidigt upptäcka riskmissbruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika. I praktiken innebär det att verksamheternas interna rutiner måste ses över, revideras samt utvecklas. På samma sätt bör även former för

extern samverkan ses över så att den verksamhet som identifierar ett risk-/missbruk smidigt kan hänvisa personen vidare för ytterligare stöd och hjälp. Det finns goda exempel på sådant arbete i länet, att ta del av, och som även är utformade enligt riktlinjerna<sup>50</sup>. Genom att införa formella rutiner och checklistor ökar förutsättningarna för att arbetet ska fungera förebyggande. De nationella riktlinjerna rekommenderar en specifik modell för att upptäcka samt åtgärda alkohol- och narkotikaproblem i tidigt skede. Modellen skulle kunna vara ett bra verktyg för kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvårdens verksamheter i utvecklingsarbete med tidig upptäckt. Därigenom skulle socialstyrelsen rekommendationer uppfyllas.

Det är viktigt att uppmärksamma att i målgruppen risk- missbruks- eller beroendeproblem inryms olika grupper med skiftande problembild. Varje verksamhet behöver få en klar bild över vilka som ingår i den egna verksamhetens målgrupp. Här kan de rekommenderade metoderna uppspårande och uppsökande arbete tydliggöra målgrupperna samt underlätta planering av insatser.

För att nå personer så tidigt som möjligt rekommenderar riktlinjerna ett antal evidensbaserade metoder i arbetet med tidig upptäckt. Användandet av dessa metoder i länet är undermåligt och behöver både utvecklas och förbättras. Genom att som rutin införa AUDIT och DUDIT samt kort rådgivning i alla verksamheters första mottagande, skulle det kunna innebära, att adekvat hjälp kan erbjudas personen tidigare och rundgång i vårdsystemet kan undvikas.

## Dokumentation

Under kartläggningen har det framkommit att ingen av de intervjuade verksamheterna har statistiksystem eller rutiner för kontinuerlig uppföljning. En verksamhet, primärvårdens mödrahälsovård, uppger att de regelbundet rapporterar till nationellt kvalitetsregister. System för utvärdering och uppföljning av effekter av insatser, kan både ge feedback på det professionella arbetet med risk- missbruk och beroende – arbetar vi på rätt sätt? – samt ge underlag till verksamhetsutveckling.

Ett generellt förbättringsområde är behov av enhetliga tillförlitliga statistiksystem inom både kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården. Idag är det inte möjligt att få specifika svar på frågor om antal klienter/patienter som får stöd och behandling för riskbruk, missbruk eller beroende. Statistiksystem saknas eller är bristfälliga. Det är därför svårt att få en bild av hur målgrupperna ser ut, hur befintliga resurser används, hur utvärdering av resultat görs, då det

---

<sup>50</sup> Alkoholpreventionsprogrammet som utarbetats av hälsoplaneraren vårdcentralen, Ankaret

inte finns dokumenterat förutom i enskilda ärenden. Förbättring av dokumentationsförfarandet samt införande av tillförlitliga statistiksystem kan underlätta och effektivisera utvärdering och uppföljning av kostnader för vård och stöd. Genom dessa förbättringar uppfylls riktlinjernas rekommendationer.

## **Behandling**

I länets kommuner finns idag för lite variation när det gäller psykosocial behandling samt psykossocialt stöd. Socialstyrelsen framhåller att missbruks- och beroendevården ”bör präglas av en öppen och kritisk hållning till förenklade synsätt och endimensionella förklaringsmodeller men också acceptandet av den enskildes unika bakgrund och förutsättningar<sup>51</sup>”. Genom att bara erbjuda en form av psykosocial behandling uppfylls inte kraven på behandling som Socialstyrelsen ställer i sina riktlinjer.

En ökad variation där det finns fler behandlingsinsatser att erbjuda är viktigt för att en person ska få rätt vård vid rätt tillfälle. Varje individ är unik och dennes personliga förutsättningar bör vara det som bestämmer vilken vård insats som ska bli aktuell. Att kunna erbjuda fler evidensbaserade behandlingsmetoder till målgruppen, både med individuell- och gruppinriktning, kan innebära att fler personer genomför behandling och får förutsättningar till ett nyktert och drogfritt liv.

Inom länets specialistvård saknas enhetlig vårdform för personer med missbruk eller beroendeproblem. Örnsköldsvik saknar en beroendemedicinsk enhet inom psykiatrin. Önskemål finns om att förbättra vårdkedjan med tillnyktringsplatser och provtagning inom psykiatrin.

Det saknas en beroendeenhet/TNE inom länets hälso- och sjukvård som kan erbjuda abstinensbehandling till barn och ungdomar under 18 år. Kompetens och resurs behövs för det arbetet.

## **Barn och ungdomsperspektivet**

När det gäller barn och ungdomsperspektivet finns det många luckor i vårdkedjan. Framför allt handlar det om att nå barn och unga tidigt innan de hinner utveckla ett missbruk eller beroende. För målgruppen barn och ungdomar är det förebyggande arbetet samt tidig upptäckt två områden som är mycket viktiga att prioritera. Barn och ungdomar behöver kontinuerligt få information om alkohol och droger, risker och skadeverkningar i skolan. Kommunens förebyggande arbete,

---

<sup>51</sup> Socialstyrelsens nationella riktlinjer sid.34

samhällsarbete, fyller en viktig funktion att medvetandegöra och påverka ungas attityder och förhållningssätt till alkohol och narkotika. Mer fokus på alkohol och dess skadeverkningar samt riskfaktorer behövs i samhällsarbete med föräldrar till högstadiesbarn, inom verksamheterna inkl. skola och socialtjänst, frivilligorganisationer, polisen och företag. Goda exempel i länet är de kommuner som arbetar utifrån bland annat ÖPP och Nya steg.

Att ha med salutogena (hälsobringande) faktorer i allt arbete med barn och ungdomar är förebyggande både vad gäller psykisk ohälsa, missbruk och beroende. Kommunerna har ett särskilt ansvar att i samhällsplanering tillse att barn och ungdomar kan erbjudas bra skolgång och meningsfulla fritidsaktiviteter. Att det finns vuxna som snabbt kan uppmärksamma och ge stöd till barn och ungdomar i riskmiljöer har stor betydelse i arbete att förebygga negativ utveckling.

En del i förebyggande arbete och tidig upptäckt är att uppmärksamma barn och unga hos de vårdgivare som möter vuxna med risk-, missbruk och beroendeproblem. En annan del är att rutinmässigt ställa frågor om alkohol och droger till barn och ungdomar inom alla verksamheter.

Det finns behov av att tydliggöra samverkan mellan de två huvudmännens verksamheter för att få tillstånd en smidigare vårdkedja, t ex förberedelse av en samordnad vårdplanering inför barns födelse i riskmiljöer. Vem gör vad i vårdkedjan rörande föräldrarnas omsorgsförmåga av barnet, frågor kring anknytning, behov av stödinsatser behöver klargöras. Tydliga samverkansavtal och samarbetsmodeller skulle kunna ge stöd för ett välfungerande vardagligt samarbete utifrån det enskilda barnets/ungdomens/familjens behov.

Ungdomsmottagningarna nämns som ett utvecklingsområde. Många ungdomar vänder sig i första hand till en ungdomsmottagning och ber om hjälp i olika frågor. Om enhetliga metoder för bemötande, screeninginstrument, kort rådgivning införs, skulle man tidigt kunna fånga upp ungdomar i riskzonen. Vidare skulle ungdomsmottagningen kunna vara ett alternativ för provtagning av unga under 18 år. Ungdomsbyrån i Örnsköldsvik nämns som ett gott exempel på samverkan mellan kommun och landsting.

Länets BUP-verksamheter är ett annat utvecklingsområde. BUP har idag även en primärvårdsdel i sitt specialistuppdrag, vilket innebär att de som första instans kan möta barn, ungdomar och deras föräldrar, som söker hjälp för psykisk ohälsa. BUP saknar idag enhetliga arbets- och samverkansrutiner samt tydliga strategier för förhållningssätt och arbetsmetoder med tidig upptäckt inom området risk-, missbruk och

beroende, vilket är viktigt att arbeta fram. Det finns även ett stort utbildningsbehov inom ämnesområdet.

Det finns behov av att utveckla och förbättra samsyn och samverkan mellan huvudmännens olika verksamheter. Det skulle kunna ske genom gemensamma utbildningar samt formaliserade samverkansavtal.

En samarbetsform som givit positiva resultat är den nätverksmodell med samordningsfunktion (klinikens kurator) som Barn- och ungdomskliniken vid länssjukhuset i Sundsvall utformat gemensamt med socialtjänsten Sundsvalls kommun. Samverkansmodellen är ett bra konkret exempel på framgångsrikt nätverksarbete i både intern och extern samverkan mellan berörd familj och olika vårdgivare, som skulle kunna vara modell för övriga kommuner och sjukhus i länet.

## **Gravida kvinnor**

Det finns idag en hög kompetens inom MVC och BVC i länet gällande alkoholområdet och där Riskbruksprojektet har varit en viktig del i kompetenshöjningen av personalen. Verksamheterna har kvalitetssäkrade riktlinjer och rutiner med tydlighet kring förhållningssätt och arbetsmetoder. Screening med AUDIT genomförs rutinmässigt vid varje nybesök för gravida kvinnor. Samtliga barnmorskor inom MVC och sjuksköterskor vid BVC är utbildade i fyra steg inom Riskbruksprojektet där perspektiven behandlas. BVC arbetar förebyggande med alkoholfrågorna både under och efter graviditeten. Synen och förhållningssättet till alkohol diskuteras. Alla har fått utbildning via riskbruksprojektet. Barnhälsovården arbetar systematiskt med metoden Barns tankar om alkohol vilken vänder sig till föräldrar och närstående. Vårdcentralerna i övrigt arbetar också med perspektiven ovan.

Kommunernas arbete med gravida kvinnor i risk/missbruk eller beroende är i behov av utveckling och förbättring. Främst handlar det om att få tillstånd formella skriftliga rutiner internt för hur arbete med målgruppen gravida kvinnor ska fungera. Det strukturerade arbetssätt som används inom mödrahälsovården och BVC skulle kunna vara modell att utgå från. En färdigmall där alla frågor måste besvaras innan man kan gå vidare bör införas och rutinmässigt arbetas utifrån.

Det handlar även om att lokalt arbeta fram en fungerande vårdkedja från tidig upptäckt till eventuella psykosociala stöd- och behandlingsinsatser. Här är utformande av samverkansmodell mellan huvudmännens olika verksamheter särskilt viktig. Ett utvecklingsområde är att formalisera den samverkan som bör finnas via skriftliga avtal och

checklistor. Gemensamma utbildningar är en annan möjlighet att förbättra samverkan. De professionella från olika berörda verksamheter får möjlighet att gemensamt ta del av kunskap och förhållningssätt samt utbyta erfarenheter.

## Samsjuklighet

I en avhandling år 2008 gällande risk-/missbruk och beroende hos personer med psykisk ohälsa framkom, att var fjärde person som medverkade i undersökning hade ett risk-/missbruk av alkohol och/eller narkotika<sup>52</sup>. Avhandlingen visar hur mångfacetterad problematiken kan vara när det gäller samsjuklighet, och hur viktigt det är att inblandade huvudmän samarbetar för att målgruppen ska få rätt vård och behandling. Personer med samsjuklighet måste ses utifrån hela sin livssituation och inte bollas mellan olika myndigheter<sup>53</sup>. Här finns ett stort utvecklings- och förbättringsområde inom båda huvudmännens verksamheter. Det behövs gemensamt arbete för att nå enhetliga samverkansavtal och riktlinjer för ansvarsfördelning, samverkansformer och samordnade vårdplaner med tydlig struktur både på regional och lokal nivå för att uppnå tydliga vårdssammanhang och en smidig vårdkedja utifrån den enskildes olika hjälpbehov. Det är angeläget att få en helhetsbild av den enskildes ofta komplexa vårdbehov och livssituation, där även individens kognitiva funktioner bör utredas, vad fungerar? – vilka insatser behövs – av vem/vilka? Här kan den av riktlinjerna rekommenderade metoden case management vara en viktig pusselbit.

## Samverkan

Samverkan är det begrepp som genomsyrar socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Samverkansavtal som ger tydlig struktur för hur samarbete med viktiga samarbetspartners, ex. rådgivningsbyrån, psykiatrin, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten ska vara utformat är en förutsättning för att uppnå en enhetlig, effektiv och rättssäker vård för individen.

Det förstärks ytterligare av den nya lagstiftning som träder i kraft 1 januari 2010 som innebär en skyldighet för kommuner och landsting att upprätta individuella planer för de personer som har behov av insatser från båda huvudmännen<sup>54</sup>

Samverkansavtal i kombination med samordnarfunktion anges i kartläggningen som en framgångsfaktor, som ger en god plattform för

---

<sup>52</sup> Avhandling av Gunnel Cruce Lunds universitet

<sup>53</sup> Rapport av Nilsson/Wadeskoog

<sup>54</sup> 2 kap 7§ Socialtjänstlagen samt 2g§ hälso- och sjukvårdslagen

effektivt och smidigt samarbete både internt och externt med att samordna olika insatser med fokus på den enskildes behov.

Av kartläggningen framgår, att det finns behov av att upprätta och/eller tydliggöra samverkansavtal både internt och externt där uppdrag, ansvar och struktur för respektive huvudmans verksamhet, funktioner och olika nivåer för samverkan är klargjort och formaliserat. Samverkan med andra viktiga instanser behöver sanktioneras, beslutas på ledningsnivå och förankras på alla nivåer i verksamhetens organisation. De politiskt antagna mål som finns på nationell, regional samt lokal nivå behöver konkretiseras, tydliggöras och integreras i verksamheterna. Det räcker inte med eldsjälar, samverkan får inte vara avhängigt av enskilda medarbetares och enskilda chefers inställning. Skrivna samverkansavtal med tydlighet kring målsättning, uppdrag, ansvar, samordning och utvärdering för kontinuerligt samarbete mellan kommunernas och landstingets olika verksamheter efterfrågas i alla intervjuer. Vårdkedjan skulle förbättras mycket genom konkreta beslut som anger tid och struktur för samverkan, vilket underlättar planering och arbete med att samordna och utvärdera adekvata insatser utifrån den enskildes behov.

Inom de områden som en fungerande samverkan finns lyfts samverkansavtalet fram som en framgångsfaktor och viktig förutsättning samt plattform för att utforma och upprätthålla god samverkan. Viktigt att prioritera avsatt tid för samverkan, då samarbete behöver integreras som en viktig funktion i verksamheterna, oavsett förändringar i organisationsstruktur, lednings- och personalnivå.

För att få till en välfungerande samverkan som hålls aktuell utifrån målgrupp, uppdrag samt ansvarsområde krävs kontinuerlig utvärdering samt uppföljning. På så sätt identifieras brister och styrkor i samverkan som kan ligga till grund för det fortsatta utvecklingsarbetet av arbetsformer inom risk-, missbruk och beroendområdet. I samverkan skulle befintliga nätverk och grupper på regional och lokal nivå, där det är möjligt kunna nyttjas.

## **Gemensamma riktlinjer i länet**

Under kartläggningsarbetet har det inom de flesta verksamheter som intervjuats framkommit önskemål om att länet ska ta fram gemensamma riktlinjer för de båda huvudmännen då det gäller området missbruk och beroendevård.

Sedan Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård kom år 2007 har ett flertal kommuner och landsting arbetat med att ta fram gemensamma riktlinjer för samverkan inom missbruks- och

beroendevård både på regional och lokalnivå med utgångspunkt i Socialstyrelsens riktlinjer<sup>55</sup>. Det som dessa arbeten har gemensamt är att huvudmännen tillsammans kommit fram till att personer med missbruks och beroendeproblem är ett gemensamt ansvar och att vårdkedjan behöver vara tydlig. Det som är intressant med dessa riktlinjer för samverkan är, att de utformats både i stora och små kommuner och att de lokala förutsättningarna har spelat en viktig roll i utformandet.

Områden som tas upp i avtalen är t ex mål för att nå bättre kvalitet, ökad likvärdighet, ökad tillgång till insatser för grupper, som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda, dokumentation, begrepp och ansvarsområden.

Gemensamma riktlinjer skulle för Västernorrlands län kunna innebära att ansvarsdelar i vårdkedjan tydliggörs och att de luckor som finns täpps igen. Vidare skulle gemensamma riktlinjer kunna innebära en kvalitetssäkring av vården för länets innevånare

De gemensamma riktlinjerna skulle anpassas utifrån de förutsättningar som idag finns både på regional men framför allt på lokal nivå. Denna kartläggning skulle kunna vara en del i det arbetet.

## **Kompetens**

Med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna finns i dagsläget behov inom båda huvudmännens verksamheter att kompetensutveckla sin personal. Dock ser vi att det inte är alla som är i behov av samma utbildning utan en naturlig fördelning ska ske utifrån den verksamhet som personalen arbetar med. Vi beskriver kompetensförsörjning utifrån en kompetens stege.

Steg 1 innebär en grundkurs alternativ basutbildning på generell nivå med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna för missbruk och beroendevård.

Steg 2 innebär en vidareutbildning i de evidensbaserade metoder och screeninginstrument som rekommenderas i riktlinjearbetet när det gäller tidig upptäckt

Steg 3; utbildning i utrednings- och bedömningsinstrument som rekommenderas i riktlinjearbetet.

Steg 4; utbildning i rekommenderade metoder för psykosocialt stöd och psykosociala behandlingsinsatser.

---

<sup>55</sup> Dalarna, Stockholm, Sörmland

Flertalet av de intervjuade verksamheterna lyfter fram att den begränsade ekonomin är det hinder som kan skönjas gällande resurs- och kompetensutveckling. Öronmärkta pengar för arbete med alkoholprevention och livsstilsfrågor behövs.

Befintlig personal samt deras engagemang och kompetens lyfts fram som viktiga resurstillgångar och är viktiga att värna om.

Flertalet intervjuade verksamheter påtalar att relevanta utbildningar ofta ligger utanför länet, vilket medför att endast enstaka medarbetare kan utbildas, då det medför ökad kostnad för resor samt boende. Kompetens- och metodutveckling inom en verksamhet tar därför tid att implementera. Tillgång till kompetensutveckling med utbildningsinsatser inom länet, skulle öka möjligheten till gemensam kompetenspåfyllning och erfarenhetsutbyte även mellan huvudmännens och olika verksamheters personal.

När det gäller kompetensutveckling finns mycket att vinna både professionellt och ekonomiskt om gemensamma utbildningsinsatser genomförs i samverkan mellan huvudmännen. Det kan ge ökad förståelse för varandras olika verksamheter och förutsättningar, samt ge utrymme till kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte mellan personal inom respektive huvudman. Även frågor och diskussioner gällande bemötande och förhållningssätt skulle kunna tas upp vid dessa tillfällen och därmed kunna bidra till ökad samsyn mellan verksamheterna. Även utbildning i metoder som socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar, skulle kunna ske regionalt och gemensamt utifrån olika verksamheters behov.

## Förbättringsområden

Utifrån kartläggning, analys och rekommendationer i socialstyrelsens nationella riktlinjer föreslås följande förbättringsområden:

- \* Informera och ge kunskap om socialstyrelsens nationella riktlinjer inom de två huvudmännens verksamheter.
- \* Gemensam satsning av kompetensutveckling inom risk-, missbruks- och beroendområdet.
- \* Kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan huvudmännens verksamheter i syfte att utveckla och förbättra samsyn och samverkan både när det gäller barn och/eller vuxna.
- \* Tillvarata värdefull kompetens och erfarenhet som finns i båda huvudmännens verksamheter lokalt och i länet för att stärka vårdkedjan.
- \* För att kunna erbjuda större variation av behandlingsmetoder enligt riktlinjerna behövs länsgemensam planering av satsning på metod- och kompetensutveckling.
- \* I allt arbete med barn och vuxna bör salutogena faktorer ingå för att förebygga psykisk ohälsa, missbruk och beroende.
- \* Uppmärksamma barnperspektivet hos vårdgivare som möter vuxna med risk-, missbruks- eller beroendeproblem.
- \* Uppsökande och uppspårande arbete bör ingå som rutin i socialtjänstens arbete med tidig upptäckt.
- \* Samordnarfunktion bör utses inom verksamheter där samverkan är särskilt viktig för att effektivisera vårdkedjan.
- \* Utforma enhetliga samverkansavtal som tydliggör ansvarsfördelning, samverkansformer och rutiner angående samordnad vårdplanering för personer med samsjuklighet.
- \* Utveckla samverkansmodeller och nätverk mellan vårdgivarna med tydliga samverkansavtal både när det gäller barn och vuxna.
- \* Modeller för medicinsk vård för barn och ungdomar under 18 år samt modeller för psykosocial behandling och psykosocialt stöd för barn och ungdomar under 18 år bör utformas i länet.
- \* Utforma och implementera formella riktlinjer och rutiner för dokumentation inom området risk-, missbruk och beroende för respektive

verksamhet.

\* Utveckla statistiksystem som ger svar på hur målgrupperna ser ut inom huvudmännens verksamheter för att underlätta och effektivisera verksamheternas planering och uppföljning av resurser samt insatser.

\* Båda huvudmännen bör gemensamt utforma riktlinjer för vård och samverkan för länets missbruks- och beroendevård.

\* Implementera socialstyrelsens nationella riktlinjer inom de två huvudmännens verksamheter

# Referenslista

## Allmänna råd

Socialstyrelsen Sekretess inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten 1991:4

## Föreskrifter

Socialstyrelsen Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (2005:12)

Socialstyrelsen Om informationshantering och journalføring i hälso- och sjukvården (2008:14)

Socialstyrelsen God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS 2008-101-2

## Litteratur

Bilinger; Hüber ”Alkohol och droger - samhällsvetenskapligt perspektiv” Gleerups 2009

## Rapporter

Cruce Gunilla ”Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk ohälsa - Förekomst och Återhämtning” Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet, ISBN: 978-91-86059-62-0

Wikström; Lindberg ”Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbruksvården – Utvärdering av modellkommunprojektet” Rapport 20 2006 Handelshögskolan Göteborgs Universitet

IMS:Roselius; Sundell ”Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering” IMS, socialstyrelsen 2008

IMS: Jergeby ”Evidensbaserad praktik i socialt arbete” IMS, socialstyrelsen 2009

Socialstyrelsen "Kvalitet inom missbruksvården – Ett försök att utveckla kvalitetskriterier" Artikelnummer: 2005-131-16

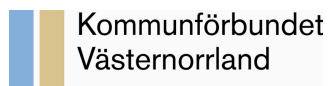
Klintebo, Börje "Kartläggning av den öppna missbruks och beroendevården" Rapport: nr2007:11, ISBN: 978-91-85613-18-2, FoU Västernorrland

Nilsson & Wadeskog "Rutger Enström - psykiskt sjuk eller missbrukare? En rapport om samverkan, vårdkedjor och ekonomi". Version 1:1, 990301

Socialstyrelsen "BBIC - barns behov i centrum" studiematerial"

Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009 "Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk".

# Bilaga 1 Intervjumall



## INTERVJUFRÅGOR

Beskriv den verksamhet Du arbetar i – Resurser – Omfattning – Kompetens hos personalen?

Hur ser organisationsstrukturen ut? Finns en organisationsskiss? – (Lämnas/skickas gärna till intervjuarna)

Vilka målgrupper riktar sig Er verksamhet till?

Hur ser problembilden ut?

Finns statistik framtagen? Om ja, hur förs statistik? – statistiksystem?

b) Finns statistik på åldersgrupper och könsfördelning?

c) Hur många är riskkonsumenter?

d) Hur många med skadligt bruk?

e) Hur många med beroende?

f) Hur många med narkotika?

g) Hur många med komplexa vårdbehov (samsjuklighet)?

Hur arbetar ni med tidig upptäckt och förebyggande verksamhet?

b) Finns barn – anhörig – förälder- närstående perspektiv med?

c) Om ja, i så fall hur?

Vilka metoder används i verksamheten?

b) Hur sker arbetet med respektive metod?

c) Hur bedöms resultat?

Finns skrivna flödesscheman för verksamheterna inom området riskbruk – missbruk – beroende?

Vilka interna muntliga/skriftliga rutiner och avtal finns för

- a) bemötande, bedömning och handläggning av riskbruk, missbruk och beroende?
- b) stöd och behandling för alkoholmissbruk eller beroende?
- c) stöd och behandling för narkotikamissbruk eller beroende?
- d) stöd och behandling till gravida kvinnor?
- e) stöd och behandling vid samsjuklighet?

Vilka muntliga/skriftliga rutiner finns för dokumentation?

Hur sker intern samverkan?

- b) Finns interna muntliga/skriftliga rutiner/avtal?
- c) Hur sker extern samverkan?
- d) Finns muntliga/skriftliga rutiner/avtal?
- e) Beskriv samverkansprocesser - nätverk?
- f) Hur utvärderas samverkan/samarbete?

Vem, vilka är betydelsefulla att samarbeta med för Dig och din verksamhet?

Finns några hinder (misslyckandefaktorer) i arbetet för att uppnå den ambition du/din verksamhet har?

- b) Finns stöd (framgångsfaktorer) i arbetet för att uppnå din/Er ambition?

Hur uppfattar du tillgången på resurser (kunskap, lokaler, personal, ekonomi mm) för att hantera uppgiften?

Ge gärna konkreta exempel och förslag på utvecklings- och förbättringsområden

Har du/verksamheten tagit del av socialstyrelsens nationella riktlinjer/rekommenderade metoder?

Övrigt, egna kommentarer

Vi tänker nu avsluta intervjun med att låta Dig avsluta.  
Det kan vara:

Frågor vi missat att ta upp och som är viktiga att ställa i sammanhanget

Frågor som vi varit inne på och diskuterat men som du vill återkomma till och komplettera ditt svar

Eller något allmänt du vill nämna, som är viktigt i sammanhanget.

Eller vad du vill att projektet ska bidra med.

Tack för din medverkan!

Camilla Carpholt  
Projektledare  
Kommunförbundet Västernorrland  
[Camilla.carpholt@y.komforb.se](mailto:Camilla.carpholt@y.komforb.se)  
073-271 24 71

Inger Dyrén  
Projektledare  
Landstinget Västernorrland  
[Inger.dyren@lvn.se](mailto:Inger.dyren@lvn.se)  
073-275 32 00

## Bilaga 2

Inom hälso- och sjukvården används diagnossystemen DSM-VI och ICD 10. Socialstyrelsens förhoppning är att både kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård i framtiden kommer att använda DSM-VI samt ICD10s kriterier för att beskriva missbruk och beroende hos individen.

### DSM-VI

- 1 Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
- 2 Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet
- 3 Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket
- 4 Fortsatt användning trots återkommande problem

För beroende krävs att tre av sammanlagt sju nedanstående kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månaders period.

- 1 Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
- 2 Abstinensbesvär när bruket upphör.
- 3 Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
- 4 Varaktig önskan, eller misslyckade försök att minska intaget.
- 5 Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket.
- 6 Viktiga sociala yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
- 7 Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

## ICD-10

Begreppet missbruk betecknas enligt ICD-10 med skadligt bruk som definieras enligt följande; bruk av psykoaktiva substanser som skadar hälsan fysiskt, ex. hepatit vid intravenöst bruk eller psykiskt, ex. depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion. ICD-10 kriterier måste alltså medföra medicinska komplikationer. Sådant krav finns inte i DSM IV.

De båda diagnostiska systemen, DSM IV och ICD-10, stämmer till stora delar överens när det gäller beroendetillstånd. För beroende enligt ICD-10 gäller att tre av sex nedanstående kriterier ska vara uppfyllda:

- 1 Stark längtan efter drogen
- 2 Svårighet att kontrollera intaget
- 3 Fortsatt användning trots skadliga effekter
- 4 Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- 5 Ökad tolerans
- 6 Fysiska abstinenssymtom

Definitionerna utgår från sociala eller medicinska aspekter och inte ett juridiskt synsätt, där allt icke-medicinskt bruk av narkotika är att betrakta som ”missbruk”, då det är kriminaliserat.

Inom socialtjänsten saknas gemensam definition av begreppen samt en enhetlig metod med objektiva kriterier för att bedöma när det föreligger missbruk. I socialtjänstlagen samt i lagstiftning om tvångsvård; LVM och LVU, saknas definitioner av termen ”missbruk”. Det är därför viktigt också ur rättsäkerhetssynpunkt att få tillstånd gemensamma begrepp och definitioner.

# Kartläggning av resurser inom områdena risk-, missbruks- och beroendevård i Västernorrland

Samverkansprojekt mellan Landstinget Västernorrland och Kommunförbundet Västernorrland

Rapporten redovisar ett länsprojekt i samverkan mellan landstinget och Kommunförbundet Västernorrland, där olika verksamheter inom kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård har belysts. Kartläggningen ska ligga till grund för att i länet samordna, utveckla och förbättra vård och stöd till personer med missbruk och beroende samt till barn och närstående enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

**Camilla Carpholt** är socionom med flerårig erfarenhet av arbete med missbruk och beroendefrågor inom olika verksamhetsområden. Hon arbetar idag som gruppchef inom missbruk och beroendevården vid Resursenheten i Örnsköldsviks kommun.

**Inger Dyrén** är socionom, leg psykoterapeut och handledare med mångårig erfarenhet från olika verksamhetsområden där även frågor inom området missbruk och beroende ingått. Hon har främst arbetat i olika funktioner inom barn- och ungdoms- och vuxenpsykiatri. Inger arbetar idag som utvecklare vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand samt som handledare till personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

**FoU-Västernorrland** finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp ideér och stödja forsknings-, utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. mer information om FoU Västernorrland finns på [www.fouvasternorrland.se](http://www.fouvasternorrland.se)