

Utredning av Missbruk och Beroendevården i Västernorrland

Sammanfattning

Personer som ökar sitt intag av alkohol, droger eller beroendeframkallande läkemedel har en förhöjd risk att utveckla ett missbruk eller beroende. Det gäller även personer som har ett missbruk eller beroende gällande spel om pengar. Det kan i sin tur medföra att dessa personer utvecklar olika psykosociala, psykiatriska och somatiska besvär. Omvänt har patientgruppen med psykiatriska tillstånd en större risk än den övriga befolkningen att utveckla missbruk och beroendeproblem. I många fall har personen med ett beroende större behov av stöd- och behandlingsinsatser från både kommun och hälso- och sjukvård. Insatser som bygger på en personcentrerad och nära vård är viktiga att kunna erbjuda för att personen ska ha en möjlighet att komma ur sitt missbruk eller beroende och påbörja sin förändringsprocess.

Social ReKo är Västernorrlands politiska samverkansforum mellan kommun och region för frågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det är ett forum för dialog och beredning inför beslut i frågor som rör avtal, överenskommelser och gemensamma projekt. Social ReKo gav i maj år 2020 beredningsgruppen uppdragsdirektivet att kartlägga aktuellt nuläge samt se över de utvecklings- och förbättringsbehov som finns inom länets missbruk och beroendevård. Syftet med uppdragsdirektivet är att få en gemensam bild av länets missbruks- och beroendevård och föreslå utvecklings- och förbättringssatsningar som kan komma att behöva genomföras. Arbetet har genomförts av två projektledare, en från regionen och en från Kommunförbundet, samt en styrgrupp med representation från kommunens socialtjänst samt regionens primär- och specialistvård. Även en översyn och revidering av länsöverenskommelsen inom missbruk och beroendområdet ingick. Det revideringsarbetet kvarstår och kommer genomföras utifrån de beslut som Social ReKo fattar.

Resultatet av uppdragsdirektivet visar att det finns stora utvecklingsbehov och förbättringsområden. Trots att båda huvudmännen har ansvar för de målgrupper som kartlagts finns stor variation mellan vad länets kommuner kan erbjuda och vad regionens primär- och specialistvård erbjuder. Länets kommuner använder i större utsträckning de screening- och bedömningsinstrument, psykosociala behandlings- och stödsatser som rekommenderas av Socialstyrelsen. För regionens primär- och specialistvård är det tvärtom, det vill säga användningen är låg och merparten av insatserna erbjuds inte alls. Framför allt är det inom primärvården som utbudet behöver utvecklas. Regionen använder dock i hög utsträckning Socialstyrelsens rekommenderade medicinska insatser.

En orsak till låg eller ingen användningen av insatser är att det idag inte finns någon verksamhet inom regionens primär- och specialistvård som har ett samlat uppdrag för att hjälpa de målgrupper som är aktuella för den här rapporten. Ett av utvecklingsområdena som föreslås är att regionen ger en verksamhet ett mer samlat uppdrag. Det skulle kunna ge dessa individer en bättre sammanhållen vård och tydliggöra att regionen måste ta ett ansvar även för personer som har ett pågående missbruk och beroende.

För målgruppen *personer med samsjuklighet* erbjuds i stort sett inga av de rekommenderade metoderna, varken av länets kommuner eller primär- och specialistvård.

Här finns således stora förbättringsbehov hos båda huvudmännen, dock i samarbete med länets elevhälsa och ungdomsmottagningar. Personer från åldersgruppen 65 år och äldre är en grupp som har kommit att bli alltmer hjälpsökande. Här behöver samarbetet mellan huvudmännen gällande bland annat äldreomsorgens insatser utvecklas och förbättras.

Resultatet visar även på behov av att förmedla kunskap om missbruk och beroende både generellt och specifikt. Några av de förslag som rekommenderas är

- kompetenshöjning bland medarbetare inom både kommun och region när det gäller utbudet av vård-, stöd- och behandlingsinsatser inom regionens verksamheter och samverkan och samplanering mellan kommun och region samt
- gemensamma utbildningar, nya arbetsätt, utökning av vårdplatser för personer med beroende och samordning av insatser för att skapa en sammanhållen insatsprocess via multiprofessionellt team.

Våra förslag ska ses som ett stöd för politiker och tjänstemän inom länets kommuner och Region Västernorrland att skapa och utveckla en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård i länet utifrån god och nära vård med fokus på personcentrering. För hjälpsökande länsinvånare i Västernorrland innebär förslagen att varje person utifrån sina behov får rätt insats, vid rätt tidpunkt, av rätt verksamhet och organisation. Det i sin tur skapar bästa effektiva omhändertagande nivå utifrån ett patientbehov, så kallat BEON.

Härnösand 21-10-01

Region Västernorrland

Projektledare

Anna-Karin Drewsen

Kommunförbundet Västernorrland

Projektledare

Camilla Carpholt

Stygruppsdeltagare Region

Helena Rödén

Kristina Mårtensson

Stygruppsdeltagare kommun

Annika Modéen

Jennie Marklund

Innehåll

Sammanfattning.....	1
Förkortningar	6
Inledning	7
Förtydligande av begrepp	8
Samsjuklighet.....	8
Dopning eller doping.....	8
Missbruk och substansbrukssyndrom.....	8
Underlag som ingått i arbetet.....	8
Socialstyrelsens riktlinjer	9
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	9
God och nära vård.....	10
Samsjuklighetsutredningen	10
SKR:s handlingsplan mot missbruk och beroende - Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13–29 år (2018).....	10
CAN:s rapport 199 Stärkt barn- och föräldraperspektiv - kartläggning av missbruks- och beroendevården i Västernorrland (2021).....	10
Regionala arbeten.....	10
Analys av kartläggning droganvändning och missbruk bland barn och unga samt förslag på prioriterade förbättringsområden (2017).....	10
Länsgemensam samverkan gällande LVM (2016).....	11
Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård - <i>Kommunikation, informationsöverföring och planering med stöd av IT-systemet Prator</i> (2018)	11
Huvudmännens ansvar inom området missbruk och beroende	11
Kommunens ansvar.....	12
Hälso- och sjukvårdens ansvar.....	13
Gemensamt för båda huvudmännen.....	13
Kartläggningsuppdraget.....	14
Aktuella behovsgrupper.....	14
Regionen	14
Länets kommuner	15
Regionen	16
Länets kommuner	23
Personer över 65 år.....	24
Förekomst av droger och drogformer i länet.....	30

Aktuellt utbud av stöd- och behandlingsinsatser som ansvariga huvudmännen erbjuder	32
Regionen	32
Läkemedelsassisterad behandling	32
Barnombud	33
Barn- och ungdomspsykiatri BUP	33
Länets kommuner	33
Placeringar vid HVB och SiS.....	34
Utvecklingen av insatser	35
Jämförelse mellan GAP 2014 och 2021	35
Spel om pengar	35
Beroendeplatser	36
Sprututbytesverksamhet	36
Förslag på utökning av insatser och samverkan	37
SPOT-team	41
Befintliga SPOT team	41
Utveckling av SPOT team i Sundsvall	42
Utökning av slutenvårdsplatser	43
Samordnarfunktion.....	43
Sammanfattning av kostnader för de förslag vi lagt.....	44
Sprututbytesverksamhet	45
Medicinska test/provtagning/snabb test/	45
Spel om pengar	46
Alkomätare Previct.....	47
Missbruk eller beroende av dopningspreparat	47
Behandlingslinjer inom området missbruk och beroendområdet	48
Kompetenshöjande insatser	49
Samverkanslösningar	51
Utveckla användningen av SIP	52
Samordning och samplanering	53
Regionala samordnare inom området.....	53
Revidering och implementering av länsöverenskommelser och samverkansrutiner.....	53
Länsgemensam samverkan vid LVM (2016).....	53
Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård - Kommunikation, informationsöverföring och planering med stöd av IT-systemet Prator (2018)	54
Länsöverenskommelsen missbruk	54

Bifynd	54
Referenslista	56
Bilaga 1	57
Resultat GAP- analyser år 2014 och 2021.....	57
Bilaga 2.....	68
Screening och bedömningsinstrument.....	68
Psykosociala behandlingsmetoder.....	69
Stödinsatser	70
Bilaga 3 Medicinska test/provtagning	72

Förkortningar

I rapporten förekommer ett antal förkortningar av lagar, nationella strategier samt verksamheter. För att underlätta för läsare kommer nedan en kortare sammanfattning och beskrivning av dessa:

ANDT= Alkohol, narkotika, dopning och tobak: En regeringsstrategisk samhällsatsning för att minska skador och förekomst av narkotika och dopning.

BUP= Barn- och ungdomspsykiatri

CAN= Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

FHM= Folkhälsomyndigheten

HSL= Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

HVB = Hem för vård och boende. Verksamhet som bedriver behandling eller är inriktad på omvårdnad, stöd eller fostran

LARO= Läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende

LRV= Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

LPT= Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

LVU= Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

LVM= Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

NPO = Psykisk Hälsa= Nationellt programområde för psykisk hälsa

SIP= Samordnad individuell plan

SoL= Socialtjänstlag (2001:453)

SiS= Statens institutionsstyrelse. Bedriver hem för vård och boende med individuellt anpassad tvångsvård och behandling av ungdomar med allvarliga psykosociala problem och vuxna med missbruksproblem. De tar även emot ungdomar dömda till slutet ungdomsvård.

SOSFS= Socialstyrelsens författningssamling

SPOT= Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam

VIP= Vård- och insatsprogram inom hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning

Inledning

För att kunna erbjuda hjälpsökande länsinvånare i Västernorrland en personcentrerad vård inom området missbruk och beroende beslutade Social Reko våren 2020 om ett politiskt direktiv som innefattar fyra delar:

1. Att uppdatera den centrala överenskommelsen med tydlig ansvarsfördelning och övergripande principer för beroendevården samt gemensamma definitioner.
2. Att skapa lokala överenskommelser som kompletterar den centrala. Här är medarbetarnas gemensamma lösningar en viktig utgångspunkt samt att utgå från brukarens behov för att skapa en sömlös vård och en sammanhållen vårdkedja.
3. Att bygga upp ett gemensamt uppföljningssystem för beroendevården och en gemensam utvecklingsplan (vägen framåt måste dock få vara olika beroende på de lokala överenskommelserna).
4. Att det gemensamma arbetet tar avstamp i det material som finns i både region och kommunerna.

Beredningsgruppen för Social Reko fick uppdraget att genomföra arbetet och tillsatte en styrgrupp bestående av representanter från länets socialtjänst och primär- och specialistvård samt två projektledare, en från kommunförbundet och en från regionen. Styrgruppen utarbetade, baserat på Social REKO:s politiska direktiv, tillsammans med projektledarna ett underlag till uppdragsdirektiv, som omfattade följande delar:

- Kartlägga aktuella behovsgrupper inom kommun och region i Västernorrland, eventuella brister i utbudet av vård, stöd och behandlingsinsatser (både internt och externt), förekomst av droger och drogmönster i länet
- Ge förslag på eventuell utökning av vård, stöd och behandlingsinsatser
- Ge förslag på alternativa samarbetsformer
- Revidera länsöverenskommelsen inom området missbruk och beroende

Det politiska direktivet tillsammans med uppdragsdirektivet ligger till grund för rapporten.

Förtydligande av begrepp

Nedan följer en precisering av begreppen samsjuklighet, dopning och missbruk och hur de använts i rapporten.

Samsjuklighet

Det finns idag ingen enhetlig definition av begreppet samsjuklighet.

Samsjuklighetsutredningens definition innefattar personer som uppfyller diagnoskriterier i ICD-10¹ för skadligt bruk eller beroende alternativt substansbrukssyndrom i DSM-5², och en annan psykiatrisk diagnos, men diagnosen måste inte ha ställts. Även personer som aldrig haft kontakt med hälso- och sjukvården eller andra samhällsaktörer kan innefattas.

I rapporten har vi valt att utgå ifrån den definition av begreppet samsjuklighet som återfinns inom den nationella överenskommelsen gällande psykisk hälsa. Här definieras samsjuklighet som att en person har två eller flera hälsoproblem samtidigt. De målgrupper som nämns är personer med missbruk eller beroende och personer med psykisk ohälsa där problematiken finns i en kombination.

Dopning eller doping

Det är viktigt att särskilja på begreppen dopning och doping då de innefattar olika områden och målgrupper. Dopning är den användning av illegala dopningsmedel som ingår i svensk lagstiftning och som handlar om det missbruk eller beroende av dopningsmedel som finns utanför idrottens värld. Doping är det missbruk eller beroende av dopningsmedel som sker inom idrotten och där finns en särskild lagstiftning och tillsyn. I den här rapporten är det doping som vi har tittat närmare på.

Missbruk och substansbrukssyndrom

Socialtjänst och hälso- och sjukvård har olika benämningar på när användandet av substanser övergår från riskbruk till ett mer omfattande bruk. Inom socialtjänsten benämns begreppet missbruk för att definiera det bruket medan samma begrepp inom hälso- och sjukvården benämns substansbrukssyndrom på ett kontinuum. På nationell nivå har olika myndigheter försökt att skapa förutsättningar för att få en gemensam benämning – men det har inte varit möjligt att genomföra då missbruk är det begrepp som idag står inskrivet dels i socialtjänstlagstiftningen, dels i LVM, och som socialtjänstens verksamheter har att förhålla sig till. Vi har valt att använda begreppen missbruk och beroendeproblematik.

Underlag som ingått i arbetet

I arbetet med uppdragsdirektivet har vi utgått från rådande riktlinjer, föreskrifter, lagstiftningar och pågående arbeten på regional och nationell nivå för att få en bredare bild av eventuella utvecklings- och förbättringsområden som vi upptäcker. Nedan följer en

¹ Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker. Syftet är att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE (<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>)

² American Psychiatric Association (APA) är ansvariga för DSM-manualen, DSM-5. Kort beskrivet är manualen en handbok för psykiatri och innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd.

kortare beskrivning av dessa förutom lagstiftningarna som återfinns under avsnittet om respektive huvudman.

Socialstyrelsens riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer inom missbruk och beroendevården vänder sig till både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Nuvarande riktlinjer utkom i april 2015 och genomgick sin senaste revidering år 2019 och ska ses som stöd för ledning och styrning vid fördelning av resurser och för beslutsunderlag³. Riktlinjerna utgår ifrån indelningen alkohol, narkotika (cannabis, centralstimulantia och opiater), läkemedel (bensodiazepiner och opioidanalgetika), psykosocialt stöd (anhöriga, svag anknytning till arbetsmarknaden, hemlöshet, komplex problematik), samsjuklighet (psykiskt sjukdomstillstånd) och ungdomar. Riktlinjerna ger rekommendationer om åtgärder inom fem områden samt beskriver vilken huvudman som ansvarar för respektive åtgärd. Dessa är medicinska test, bedömningsinstrument, psykologiska och psykosociala behandlingar, läkemedelsbehandling (inkl. LARO) och psykosociala stödinsatser.

Nationella riktlinjer kan användas för att:

- bidra till att patienter, brukare och klienter får en jämlik och god vård
- bidra till att resurser inom socialtjänst och hälso- och sjukvården används effektivt
- fördela resurser utifrån befolkningens behov
- låta resursfördelningen styras av systematiska och öppna prioriteringsbeslut
- höja kvaliteten i hälso- och sjukvård och socialtjänst

De av riktlinjerna rekommenderade metoderna ska användas för att:

- vägleda för beslut på gruppnivå dvs mer resurser till högt rangordnade metoder
- visa på vikten av ett brett utbud av behandlingsmetoder
- anpassa dem till individens särskilda förutsättningar
- göra klienter och patienter delaktiga i valet av behandling

I Västernorrland har kommuner och region kommit överens om att insatser såsom vård, behandling och stöd som erbjuds till länsinvånarna med risk-missbruk eller beroende av substanser i möjligaste mån ska utgå från de rekommenderade insatser inom screening (tidigt uppräcka), bedömning, behandling och stöd som finns i de nationella riktlinjerna för området.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

För att säkra en verksamhets kvalitet finns behov av att systematiskt och fortlöpande arbeta med utveckling. De verksamheter som ingår i kartläggningen omfattas alla av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I skrivelsen beskrivs på vilket sätt berörda verksamheter ska

³ Arbetet med tidig upptäckt, förebyggande insatser, dopning, överkonsumtion av spel om pengar alternativt spelberoende och nikotinberoende finns inte medtagna i riktlinjerna.

arbete systematiskt för att utveckla och stärka kvalitén, exempelvis ska varje berörd verksamhet identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner som krävs.

God och nära vård

Den 2 mars 2017 tillsatte regeringen en särskild utredare som, utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2), fick i uppdrag att stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. God och nära vård kan beskrivas som en övergripande reform för den omställning som sker inom hälso- och sjukvården i syfte att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar, så kallad personcentrerad vård.

Samsjuklighetsutredningen

I juni 2020 beslutade regeringen att tillsätta en nationell utredning, allmänt kallad Samsjuklighetsutredningen, i syfte att skapa förutsättningar för att personer med samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad, patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av. Uppdraget är att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende, och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

SKR:s handlingsplan mot missbruk och beroende - Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13–29 år (2018)

Sveriges kommuner och Regioner (SKR) antog i december år 2018 en handlingsplan mot missbruk och beroende hos åldersgruppen 13–29 år. Handlingsplanen fokuserar på tidig upptäckt, tidiga insatser samt stöd och behandling till åldersgruppen och ska ses som ett verksamhetsstöd till ansvariga vårdgivare.

CAN:s rapport 199 Stärkt barn- och föräldraperspektiv - kartläggning av missbruks- och beroendevården i Västernorrland (2021)

I rapporten kartlägger CAN vilka insatser som genomförs i Västernorrland vad gäller stärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården. Rapporten bygger på intervjuer av ett 30-tal personer (såsom ansvariga politiker, chefer och anställda inom exempelvis öppenvården och HVB). Utöver kartläggningen innehåller rapporten ett antal rekommendationer att användas för att utveckla arbete och stärka barn- och föräldraperspektivet i sin verksamhet.

Regionala arbeten

Analys av kartläggning droganvändning och missbruk bland barn och unga samt förslag på prioriterade förbättringsområden (2017)

Analysarbetet ingick i det treåriga fördjupningsarbete som genomförts mellan länets kommuner och regionen inom ramen för läns gemensamma satsningar inom den nationella satsningen Psykisk Hälsa. Fördjupningsarbetet fokuserade på verksamheter i länet som möter barn och unga i åldern 13–17 år som befinner sig i ett risk-missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Det innefattade även en kartläggning av hur de verksamheter som

möter barn och unga arbetar med att tidigt upptäcka ett risk-missbruk och beroende av alkohol och narkotika. De brister som framkom rörde dels intern och extern samverkan, dels kunskap och kompetens kring de behovsgrupper som belystes.

Länsgemensam samverkan gällande LVM (2016)

Riktlinjen *Länsgemensam samverkan vid LVM-lagen om vård av missbrukare* är framtagen av Kommunförbundet, Region Västernorrland och Polisen i syfte att förbättra samverkan och minimera ledtider. Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är en lag som kompletterar socialtjänstlagen när den som ska vårdas inte frivilligt medverkar till behandling.

Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård - *Kommunikation, informationsöverföring och planering med stöd av IT-systemet Prator* (2018)

Underlaget beskriver regionen (dåvarande landstinget) och kommunernas samverkansrutin för kommunikation, informationsöverföring och planering vid in- och utskrivning av patienter i slutna hälso- och sjukvård med stöd av IT-systemet Prator. Målgrupp för rutin är patienter som efter utskrivning behöver insatser från kommunens socialtjänst, kommunens hälso- och sjukvård eller regionens öppna vård. Användare av rutinen är funktioner vid enheter inom regionen och kommuner som använder Prator.

Huvudmännens ansvar inom området missbruk och beroende

Missbruks- och beroendevården omfattar ett brett spektrum av insatser som faller inom både det sociala och det medicinska området. Det är ett av få områden där de insatser som enligt riktlinjer och lagstiftning bör erbjudas inryms under två huvudmän. Det innebär att gränsdragningar och frågor om ansvar ofta upplevs som otydliga. En annan viktig parameter att ta hänsyn till, utifrån ansvar och uppdrag, är hur en person kan bli aktuell för insatser inom respektive huvudmans organisation. Aktualisering inom socialtjänsten kan ske via tre vägar: ansökan om bistånd, anmälan (exempelvis om oro för att ett barn far illa) och information på annat sätt, exempelvis internaktualisering, eller från andra myndigheter exempelvis begäran om yttrande.

För att bli aktuell inom hälso- och sjukvården krävs antingen att patienten själv söker hjälp för sin problematik, att tillståndet är av en akut karaktär och kräver omedelbara insatser eller att man har en samsjuklighet som innebär att man söker för en problematik men att det även finns annan sjuklighet som behöver beaktas.

Vad gäller beroendeproblematik finns idag ingen verksamhet inom Region Västernorrland som tydligt har ett behandlingsansvar. Det har inneburit att dessa patienter lätt hamnat i ett "ingenmansland" mellan specialist- och primärvård. Socialtjänsten kan begära intyg för LVM-vård om behov finns att vården inleds på sjukhus bland annat för abstinensvård vilket sker i hög grad inom specialistvården och i synnerhet inom psykiatrin. Någon långsiktighet avseende behandling är sällan aktuell då det inte finns någon utvecklad organiserad vård. Inom hälso-och sjukvården finns idag LARO-verksamheten som vänder sig till en begränsad

grupp personer med opioidberoende. För patientgruppen som erhåller LARO-behandling finns alltid en samverkan.

Kommunens ansvar

Lagstiftningsmässigt har kommunen det yttersta ansvaret för att personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver inom ramen för socialtjänstens ansvar. Det innebär dock inte att kommunen ska ta över andra huvudmäns ansvarsområde⁴. Socialnämndens ansvar inom området missbruk och beroende är att arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel och problemspelande om pengar⁵, genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet i syfte att sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns⁶.

Socialtjänsten ska aktivt sörja för att en person med missbruk får den hjälp och stöd som denne behöver för att komma ifrån sitt missbruk⁷. Här ingår att utifrån ett helhetsperspektiv utreda och bedöma personens behov av insatser och i samråd med personen och dess anhöriga planera och genomföra dem. Det innebär också att socialtjänsten i sin verksamhet ska hjälpa personen i dennes rätt till arbete, bostad och utbildning⁸.

Socialtjänsten ska också erbjuda stöd till anhöriga och närstående för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder⁹. I den bestämmelsen inkluderas även anhöriga och närstående till personer med missbruk och beroende av substanser och problemspelande om pengar.

De insatser socialtjänsten enligt lagstiftningen ska kunna erbjuda är information och rådgivning, utredning, vård och behandling av missbruk inom öppenvård och/eller vid institution i egen eller annans regi. Vidare ansvarar socialtjänsten även för samordning av stödinsatser för den enskilde samt ansökan om tvångsvård enligt LVU och LVM.

Alla insatser som socialtjänsten erbjuder är frivilliga och ska utgå från personens behov av stöd och hjälp. Det finns två lagstiftningar som socialtjänsten under vissa förutsättningar kan använda sig av för att ge vård åt en person mot dennes vilja. Den ena är Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Den gäller för barn och unga upp till 20 år i det fall där socialtjänsten gör bedömningen att personen far illa på grund av bristande hemförhållanden eller hens egna destruktiva beteende. Den andra är Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Den gäller för personer från 21 år där socialtjänsten gör bedömningen att hen på grund av sitt missbruk utsätter sig själv för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller allvarligt skada sig själv eller närstående.

⁴ Socialtjänstlagen 2 kap. 1 §

⁵ Socialtjänstlagen 3 kap. 7§

⁶ Socialtjänstlagen 3 kap. 7§

⁷ Socialtjänstlagen 5 kap. 9 §

⁸ Socialtjänstlagen 3 kap. 2 §

⁹ Socialtjänstlagen 5 kap. 10 §Sol

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Region Västernorrland ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till länets innevånare¹⁰. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Här ingår även tillstånd som är relaterade, samtidigt eller orsakade av missbruk eller beroende av substanser och/eller spel om pengar. Hälso- och sjukvårdens uppgifter när det gäller behandling ska samordnas med socialtjänsten i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från olika behov och önskemål hos individen.

Patientlagen (2014:821) säger att en patient kan begära att få en fast vårdkontakt, det vill säga en särskilt utsedd funktion inom vården. Fast vårdkontakt kan också utses om det ses som nödvändigt för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet ska kunna tillgodoses. En fast vårdkontakt ska samordna olika insatser på ett ändamålsenligt sätt för patienten. Vissa patienter kan ha kontakter med flera olika delar av sjukvården, vilket innebär olika enheter, vårdgivare och kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård. Det kan för patienten innebära att denne då har fler fasta vårdkontakter. De fasta vårdkontakterna ska samverka och samordna vårdens insatser för den enskilda patienten.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) kan bli aktuell i samband med akut alkoholpåverkan eller annan substanspåverkan när kriterierna för tvångsvård i enlighet med denna lag är uppfyllda. Lag om psykiatrisk tvångsvård kan komma i fråga när patienten själv inte kan eller vill medverka till fortsatt vård. Det krävs dock att patienten lider av en allvarlig psykisk störning (som till exempel psykos, depression med suicidrisk, svår personlighetsstörning med impulsgenombrott av psykotisk karaktär). På grund av det psykiska tillståndet och personliga förhållandet skall det finnas ett nödvändigt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom heldygnsvård.

Gemensamt för båda huvudmännen

Kommun och region ska enligt lagstiftningen upprätta överenskommelser som bland annat ska beskriva huvudmännens samarbete inom områdena missbruk och beroende. En av dessa är överenskommelse om samarbete när det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar¹¹. En annan gäller samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård¹² och en tredje är samordnad individuell planering¹³.

¹⁰ Hälso- och sjukvårdslag 3 kap.1§

¹¹ HSL (8 b§) och SoL 5 kap 9§

¹² Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. 2018 trädde en ny lag i kraft om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som ersatte betalningsansvarslagen. För psykiatri trädde bestämmelserna i kraft 2019. Syftet är att främja god vård och omsorg för personer som behöver insatser från båda huvudmännen efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, samt att ledtider hålls korta och patienter inte behöver vänta på att skrivas ut från den slutna vården.

¹³ HSL (16 kap. 4 §) och SoL (2 kap. 7 §) År 2010 infördes bestämmelser i respektive huvudmans lagstiftning som handlar om att samordna insatser som ges av både socialtjänsten och hälso- och sjukvård. I praktiken innebär det att socialtjänst och hälso- och sjukvård gemensamt ska upprätta en planen när den personen har

Kartläggningsuppdraget

Under hösten 2020 påbörjades arbetet med att kartlägga och inhämta data från verksamheter inom länets kommuner och region Västernorrland. Övriga kontakter som bidragit med data till kartläggningen är Polisen, Skattemyndigheten, Länsstyrelsen, CAN och nätverket Krafttag. Den planerade samverkan med brukarrådet i Västernorrland i form av dialogmöten har varit begränsad av pandemin och dess restriktioner, dock så presenterades arbetet från detta uppdrag vid brukarrådet i maj 2021, även samsjuklighetsutredningens inriktning samt information om Vård och insatsprogrammet (VIP)¹⁴.

Aktuella behovsgrupper

I arbetet med att kartlägga aktuella behovsgrupper inom kommun och region i Västernorrland inhämtades data från verksamheter inom länets kommuner och inom regionens primär- och specialistvård via en enkät. Syftet var att få en bild av:

- vilka behovsgrupper det är som verksamheterna möter
- om medarbetarna upplever att utbudet av insatser inom vård, behandling och stöd är tillräckliga och
- hur samverkan inom och mellan verksamheterna fungerade.

Enkäten skickades ut till ansvariga chefer inom respektive verksamhet och huvudman, därefter har telefon/digitala möten bokats som kompletterat frågeställningarna i kartläggningen. Merparten av de verksamheter som representerar äldreområdet har uppgett att de på grund av pandemin inte haft det utrymme som krävts för att besvara frågorna. Därav har vi skrivit ett särskilt stycke om personer över 65 år baserat på de nationella och regionala data som finns tillgängliga via bland annat Socialstyrelsen.

Regionen

Inom regionens verksamheter skickades enkäten ut till specialistvården, primärvården, Österåsen, RPK och regionhälsan. De tillfrågade verksamheterna återfinns framför allt inom specialistvården och primärvården. Sammantaget har det inkommit svar från 50 verksamheter, vilket är att anse som högt.

Av svaren framkommer att:

- 87 % möter personer med ett missbruk och riskbruk och de frågar också rutinmässigt upp om det finns ett riskbruk/missbruk, däremot så finns ingen regelbunden vana i att fråga om spel om pengar och dopning.

behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, förutsatt att planen behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda och att personen själv samtycker till planen.

¹⁴ I en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård från region och kommun är det viktigt att ny kunskap snabbt börjar användas. Kunskapen finns paketerad bland annat i olika typer av kunskapsstöd. Exempel på kunskapsstöd är vårdprogram, vårdförlopp, riktlinjer och rekommendationer för huvudmännens medarbetare och verksamhetsledning.

- 80 % av de svarande anser att det finns brister inom såväl öppen som sluten hälso- och sjukvård och även inom socialtjänsten avseende behandling, stöd, boende och anhörigstöd.
- nästan lika lågt är hälso- och sjukvårdens syn på samverkan mellan kommun och region.
- det finns också en osäkerhet om vem man ska kontakta vid missbruk och beroende inom hälso- och sjukvården och kommunens socialtjänst.
- kunskapen är låg hos personal inom Hälso- och sjukvården om var och hur man hittar egenvård vid till exempel ett riskbruk.
- hela 91 % av de svarande anger att de gör orosanmälningar när misstanke finns om beroende och en minderårig är inblandad, vilket är glädjande ur ett barnperspektiv.

Länets kommuner

Inom kommunen skickades enkäten ut till följande verksamheter: myndighetsutövning och öppenvård gällande vuxna, barn och unga, socialpsykiatri, LSS, äldreomsorg samt elevhälsa (grundskola och gymnasiet). Sammantaget inkom 37 svar vilket är att anse som lågt. Av dessa har fyra inte angett vilken verksamhet de representerar. Merparten av svaren kom från de verksamheter inom socialtjänsten som arbetar närmast klienter/brukare med missbruksproblematik.

Av svaren framkommer att

- 89 % i sin verksamhet möter personer med ett missbruk och riskbruk av alkohol, narkotika och spel.
- 59 % svarar att de möter personer med ett risk-missbruk eller beroende av dopning.
- 78 % har svarat att det inte är svårt att ställa frågor kring alkohol och narkotika, för spel var det 59 % och för dopning 51 %.
- 59 % svarar att regionens erbjudande av medicinska insatser inom öppen vården inte är tillräcklig, för slutenvården är det 51 % som svarar att insatserna inte är tillräckliga.
- 57 % svarar att de anser att den egna kommunens insatser gällande stöd och behandling inte är tillräckliga.
- 43 % svarar att de insatser som kommunen ger till anhöriga och närstående är tillräckliga.
- 76 % svarande vet vem man ska kontakta inom den egna kommunen när det gäller missbruk och beroende.
- 46 % svara att samverkan inom den egna kommunen inte fungerar.
- när det gäller samverkan inom regionen har 54 % svarat att det inte fungerar bra.
- 65 % av svaren menar att samverkan mellan egna kommunen och regionen fungerar inte bra.
- när det gäller kontakt med specialistvården svarar 54 % att de vet kontaktvägen medan för primärvården är siffran 43 %.
- när det gäller egenvård svarar 49 % att de vet om var och hur man hittar egenvård vid till exempel riskbruk.

- när det gäller orosanmälningar svarar 73 % att de gör orosanmälningar när det finns minderåriga i en familj där misstanke om ett beroende finns.

Tillvägagångssätt

Utifrån första enkätens resultat blev nästa steg i datainsamlingen att genomföra intervjuer i syfte att få svar på vilka behovsgrupper som respektive huvudmans verksamheter möter och vilka av dem som har en diagnos. Data som inhämtades grundade sig framför allt på 2019 års statistik och innefattar åldersspannet 16–75 år. Data som inhämtats från primär- och specialistvården grundar sig på patienter som har fått beroendediagnos F 10.0 till F19.9 som huvud eller bidiagnos (exklusive tobaksrelaterade diagnoser) samt F63.0 som är spelberoende. Data som inhämtats från kommunen grundar sig på det aktuella journaldatasystem som respektive socialtjänst använder sig av.

Regionen

Det är entydigt från både specialistvård och primärvård att det finns en mycket stor underdiagnostik. Diagnosen sätts utifrån aktuell sök- eller behandlingsorsak, till exempel frakturer eller leversvikt, vilket innebär att ingen diagnos sätts kring missbruk eller beroende trots att alkohol eller droger förekommer i anamnesen eller i sjukdomsbilden. Därför finns ett stort mörkertal i befintliga journalsystem.

Specialiserad slutenvård (SV)

Den specialiserade heldygnsvården bestod under år 2019 av **1 002 vårdtillfällen av 593 unika patienter** som har fått beroendediagnos (huvud- eller bidiagnos). Utifrån journaldata domineras vårdtillfällena av tillstånd som är alkoholrelaterade, följt av de tillstånd där flera droger kombinerats.

De flesta vårdtillfällen finns inom den psykiatriska vården, **591 vårdtillfällen av 348 unika patienter**. Många vårdas även inom kardiologivård där **329 vårdtillfällen** registrerats av **193 unika patienter**.

Inom den specialiserade slutenvården är 32 % av patienterna kvinnor och 68 % män. En stor majoritet (89 %) är mellan 18 och 64 år. Fördelningen för kardiologi mellan sjukhusen är 77 % i Sundsvall, 9 % i Sollefteå och 13 % i Örnsköldsvik. Inom psykiatri är fördelningen av vårdtillfällena 86 % i Sundsvall och 14 % i Örnsköldsvik.

Övriga aktuella kliniker har mindre än 20 registrerade patienter och under 30 vårdtillfällen, dessa vårdtillfällen finns framför allt inom medicin, geriatrik, neurologi och rehabilitering (GNR) och 13 patienter på barnkliniken.

Kostnad per patient¹⁵ (KPP) för den specialiserade heldygnsvården blir **totalt 39,1 mkr**. Av dessa återfinns 31 mkr inom den psykiatriska heldygnsvården, 5,2 mkr inom kardiologin, 1,4 mkr inom intensivvården, 614 tkr inom medicinkliniken och drygt 500 tkr inom GNR.

¹⁵ SKR driver ett arbete för att stödja införandet av patientrelaterad kostnadsredovisning i sjukvården, KPP - Kostnad per patient. KPP innebär att kostnaden beräknas för varje individuell vårdkontakt. I arbetet ingår bland annat att verka för att man ska använda enhetliga principer för att underlätta jämförelser. SKR ansvarar också för att KPP-data från sjukhusen sammanställs i en databas. Uppgifterna i databasen bildar ett underlag för utveckling av metoder för jämförelser, analyser och ersättningar inom sjukvården. Arbetet sker i nära samarbete med regioner och sjukhus.

Kostnaderna är uträknade utifrån de vårdtillfällen som har en koppling till en beroendediagnos, vilket medför att det finns ett stort mörkertal för bland annat leversjukdomar, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och depression som kan vara orsakade av eller höra samman med ett alkohol- eller substansberoende.

Specialiserad Öppen hälso- och sjukvård (ÖV) exklusive länets akutmottagningar och LARO-verksamhet

Den specialiserade öppenvården besöktes av **620 unika individer** med ett beroende som huvud- eller bidiagnos. Sammanlagt stod dessa personer för totalt **1 960 besök**.

571 unika patienter (92 %) har sitt besök inom specialistpsykiatrins ÖV. Medicinkliniken och GNR är de specialiserade kliniker, bortsett från psykiatri, som har flest besök där personer får en beroendediagnos. Av samtliga besök så är 1 904 inom psykiatrin, detsamma avseende mörkertalet gäller även för behandlingsorsaken i ÖV det vill säga om sökorsaken inte är relaterad till en beroendeproblematik så får inte patienten den besöksdiagnosen vilket sannolikt ger en stor underdiagnostik för flera somatiska och psykiatriska tillstånd.

Könsfördelningen inom öppenvård är 33 % kvinnor och 67 % män och 89 % är mellan 18–64 år. Inom ÖV dominerar besöken som är kopplade till ett beroende av alkohol samt under diagnos med psykiska störningar som beror på specifik drog eller kombinationer av substanser.

Vid intervjuer med några personer från verksamheterna framkommer synpunkten att det sannolikt skulle vara enklare att ta upp problematiken med patienter där man misstänker en beroendeproblematik om det fanns ett uttalat uppdrag hos primärvården eller en avsedd specialistenhet att hänvisa till.

Totala kostnaden per patient (KPP) för den specialiserade psykiatriska ÖV uppgår till **5,2 mkr** exklusive de patienter som ingår i LARO verksamheten. För den övriga specialiserade ÖV så uppgår kostnaden till drygt 200 tkr varav nästan 150 tkr finns inom GNR.

Beroendediagnoser vid länets tre akutmottagningar (Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik)

Data från länets akutmottagningar visar på **454 unika patienter** med beroende som huvud- eller bidiagnos. De har **569 akutbesök** varav 104 i Sollefteå, 342 i Sundsvall och 123 i Örnsköldsvik. 35 % är kvinnor och 65 % är män, 83,5 % mellan 18–64 år.

I huvudsak är besöksorsaken akuta intoxikationer av alkohol, tabletter eller droger. Av dessa 454 unika patienter har 219 patienter varit aktuella på länets akutmottagningar med en sökorsak direkt relaterad till narkotika, 149 i Sundsvall, 30 i Sollefteå och 44 i Örnsköldsvik. Könsfördelningen är 38 % kvinnor och 62 % män, 10 % är unga upp till 19 år, 55 % mellan 20–39 år och 35 % över 40 år.

Länets primärvård

Primärvården i länet är uppdelade i fyra delar: norra, västra, södra och de privata hälsocentralerna. Det har inte framkommit några märkbara skillnader i antalet patienter eller besök kopplade till en beroendediagnos mellan de regiondrivna och de privata. I norra delen av länet (6 HC) har 75 unika individer varit aktuella och dessa har haft 334 besök, 90 % av dessa har beroende som huvuddiagnos. Västra (5 HC) har 71 individer som har 138 besök, 80 % har beroende som huvuddiagnos. Södra (8 HC) har 167 patienter som haft 469

besök, 83 % har beroende som huvuddiagnos. Privata (12 VC) 235 patienter och 713 besök, 79 % har beroende som huvuddiagnos.

Diagnoserna utgörs till 75 % av alkoholrelaterade problem. Även inom primärvården finns en stor underdiagnostisering då sökorsaken inte är primärt kopplad till alkohol- eller substansberoende till exempel diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och depression. Även här framkommer vid intervjuer synpunkten att det skulle underlätta att ta upp problematiken om det fanns ett uttalat uppdrag hos primärvården eller en avsedd specialistenhet. I dagsläget har PV många insatser kopplad till livsstil och hälsa men inget direkt för beroende av alkohol och droger.

Total kostnad för primärvården när det gäller beroendediagnoser uppgår till drygt 1,2 mkr.

Primärvårdsjouren (PVJ)

Länets primärvårdsjourer har under 2019 registrerat 45 unika individer varav 35 registrerats i Örnsköldsvik. Dessa patienter har stått för 56 besök varav 46 i Örnsköldsvik. Enligt verksamhetsansvariga inom PVJ så är sökorsaken sällan ett beroende, dessa patienter hänvisas till specialistvårdens akutmottagningar, så dessa siffror är osäkra då det med största sannolikhet inte är representativa.

Mångbesökare

Det finns data som visar att det finns ett antal personer som söker mycket vård, så kallade mångbesökare. De vanligaste beroendediagnoserna dessa personer har är alkoholrelaterade. Här följer en redovisning utifrån kommuntillhörighet:

- 1 patient som inte har någon kommuntillhörighet har 64 besök under 2019,
- Härnösand har 12 patienter som stått för 78 besök (snitt 6,5),
- Kramfors har 11 patienter som stått för 434 besök (snitt 39,5),
- Sollefteå har 20 patienter som stått för 631 besök (snitt 31,5),
- Sundsvall har 56 patienter som stått för 1076 besök (snitt 19),
- Timrå 8 patienter som stått för 34 besök (snitt 4),
- Ånge har 2 patienter som haft 11 besök (snitt 5,5)
- Örnsköldsvik 36 patienter som stått för 1 003 besök (snitt 28).

Sannolikt skulle en identifiering av dessa personer kunna resultera i bättre omhändertagande, individuellt riktade insatser och en ökad livskvalité om dessa personer skulle ta emot samordnade insatser från både kommun och region för sitt missbruk.

Läkemedelsberoende (förorsakat av vården)

Nätdroger är ett samlingsnamn för de droger som köps och säljs på nätet, både de som är klassade som narkotika och de som fortfarande inte är det. Att en drog inte hunnit narkotikaklassas innebär dock inte att den är ofarlig. Enligt polisens bedömningar av svensk narkotikamarknad kan upp till 10 procent vara internetrelaterad narkotikaförsäljning. Drogmarknaden online omsätter mellan 700 miljoner till en miljard kronor per år och antalet försändelser med droger som skickas med posten uppskattas till 700 000 till 1 miljon per år. En stor andel av nät drogerna är läkemedel som inte förskrivits av hälso- och sjukvården.

I dagsläget går det inte att ta ut länsdata som särskiljer just det vårdorsakade läkemedelsberoendet. Det finns en illegal försäljning av läkemedel vilket medför att det är svårt att särskilja de som har en samtidig legal och en illegal användning av läkemedel från dem som endast har en legal användning.

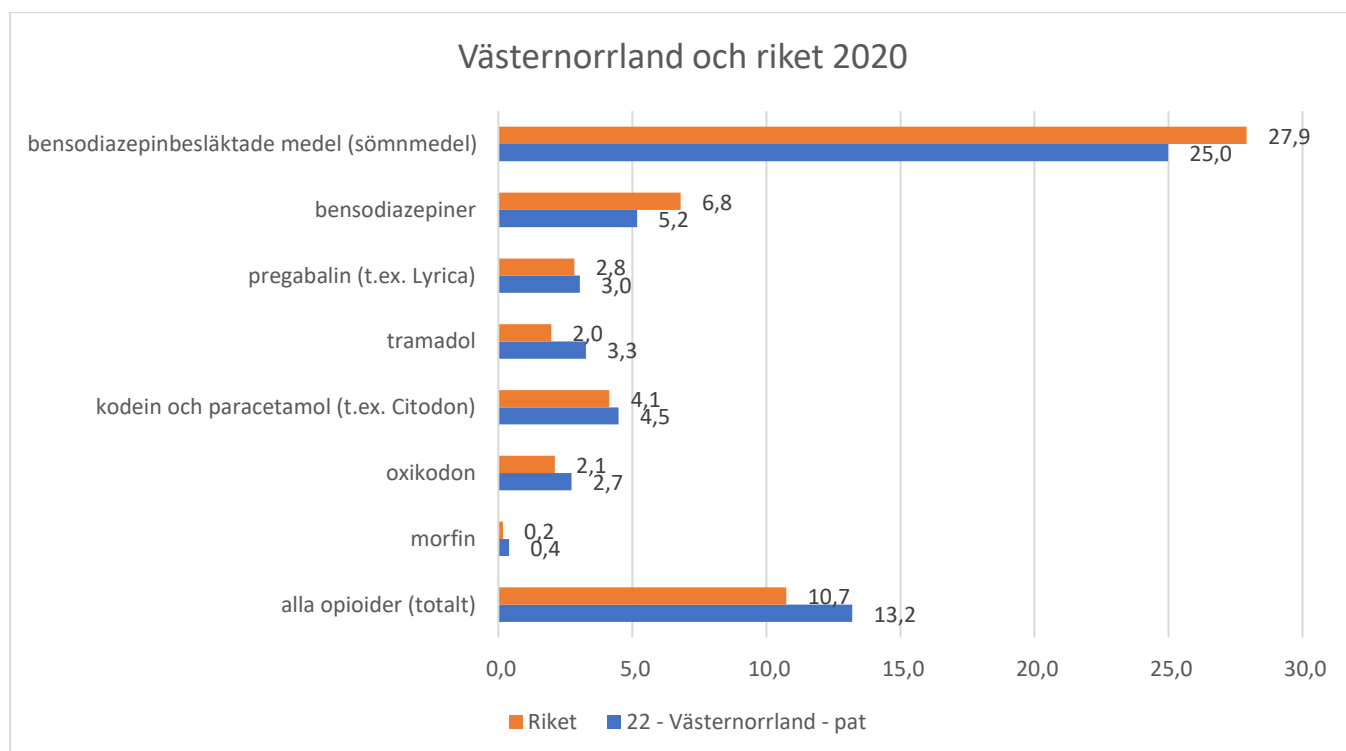
Uthämtade doser från Apoteket

Data som redovisas nedan bygger på Apotekets siffror gällande **uthämtade dagliga doser/1 000 invånare**. Vi har valt att redovisa de stapeldiagram inom läkemedelsområden där länet ligger högt. Observera att det endast beskriver uthämtade läkemedel på apotek, inte antalet läkemedelsberoende personer i länet och inte förskrivningen. I Västernorrland ser data för uthämtade beroendeframkallande läkemedel olika ut för de olika kommunerna i länet. Det framkommer att det finns en hög förskrivning av läkemedel i länet och att den är högre i några kommuner och högre på vissa HC/VC.

Västernorrlandslän ligger högst i landet avseende **uthämtade dagliga doser** av Tramadol och ligger i jämförelse med andra län även högt på opioider¹⁶.

Vad det gäller opioider så har bara fyra län mer uttagna doser (Norrbotten, Jämtland, Skåne och Kalmar). För läkemedlet Oxikodon så är det endast Jönköping som har en större mängd uthämtade doser. Endast Norrbotten och Västerbotten har ett större uttag av morfin.

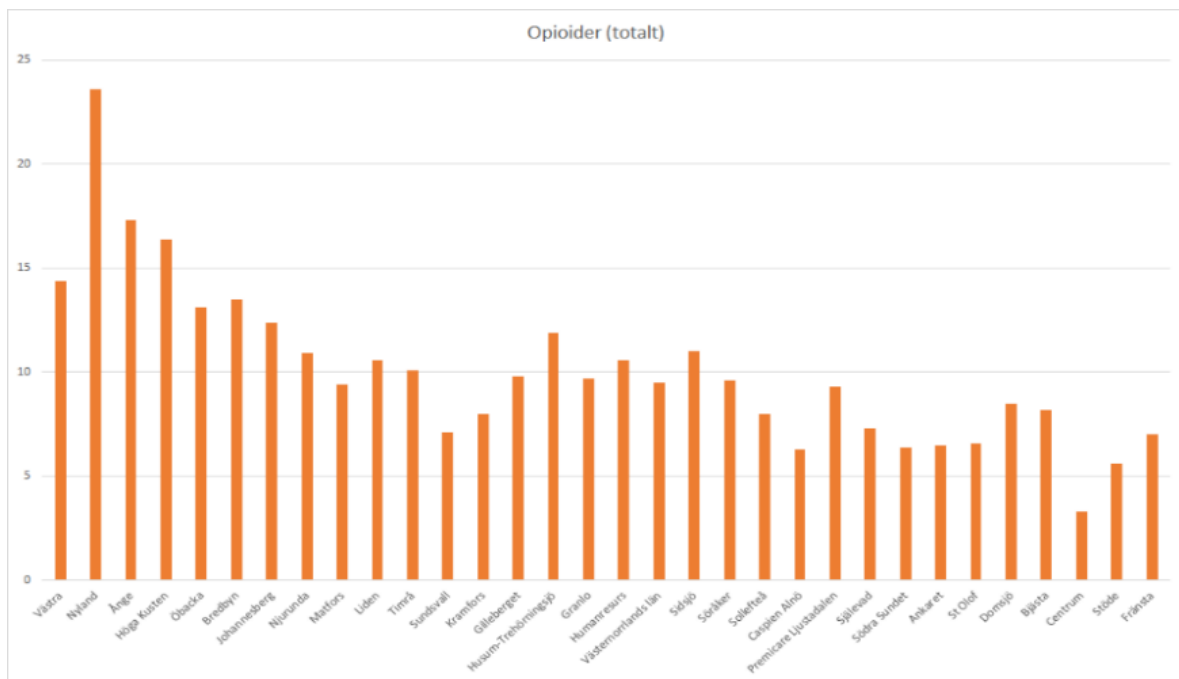
För morfin ses ingen större skillnad mellan kommunerna, men för alla opioider är uthämtningen högst i Kramfors. För uthämtade doser av sömnmedel ligger länet på en likvärdig nivå i jämförelse med andra län. Sammantaget så ligger Västernorrland högt för flera läkemedelsgrupper i jämförelse med riket.



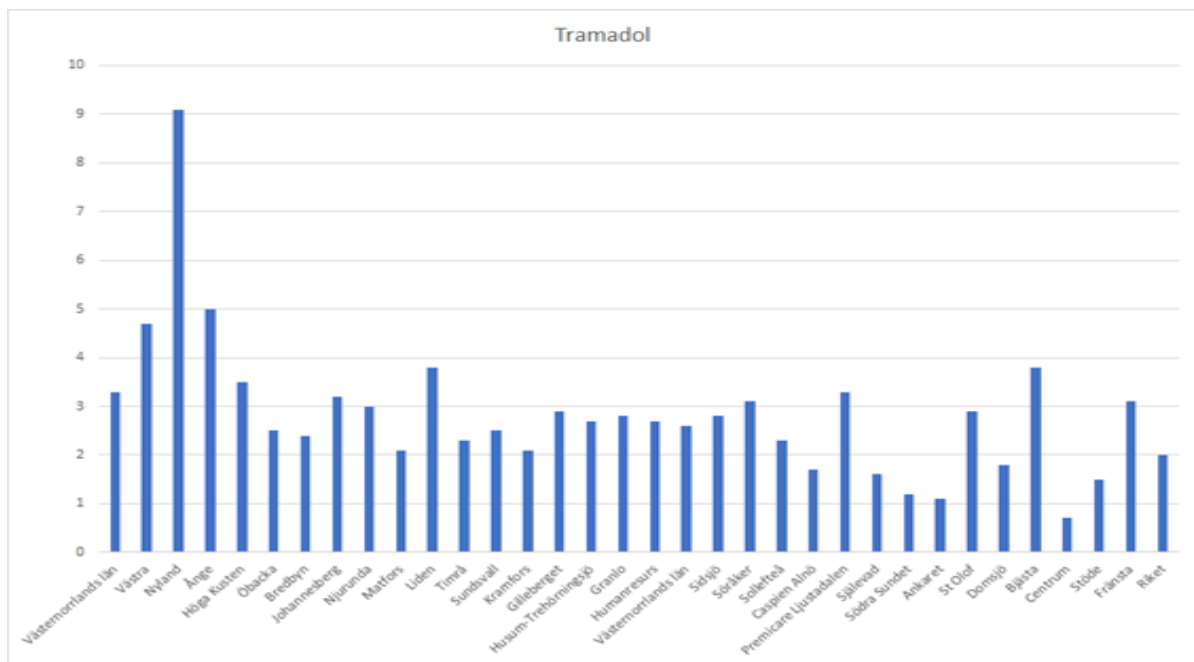
¹⁶ Opioider är droger och substanser som heroin, metadon och tramadol.

Figur 1 Beskrivning av Västernorrlands uthämtade doser i jämförelse med riket

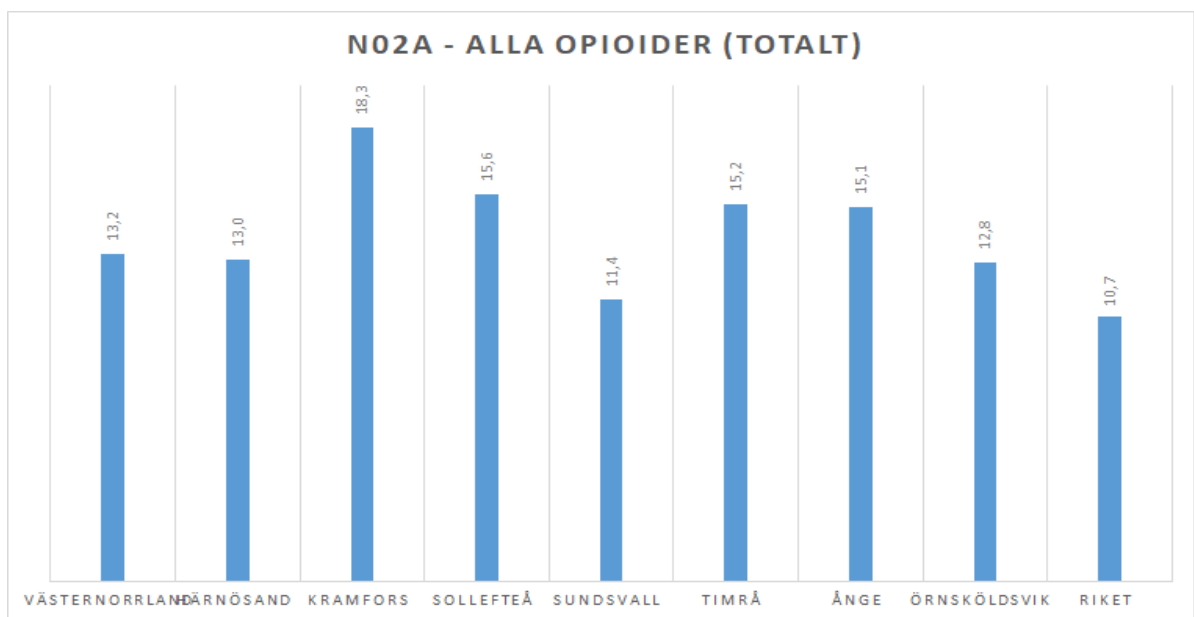
Vid intervjuer med verksamheterna inom både specialistvården och primärvården framkommer att man saknar en beroendemottagning eller liknande som man kan få stöd av, remittera till eller konsultera vid behov av en planerad nedtrappning av läkemedel. Det framkommer att det lätt blir den "enkla vägen" genom att fortsätta en förskrivning. Det finns även önskemål om att kunna erbjuda motiverande insatser för att ta emot behandling för ett läkemedelsberoende. Idag undviks i viss mån att sätta diagnosen läkemedelsberoende eftersom hjälpanse insatser saknas. I landet har vissa regioner tagit ett samlat grepp om denna problematik då man jämfällt det med andra patientsäkerhetsfrågor. Det är ett område där patientgruppen lätt hamnar mellan vårdens olika verksamheter och som vårdgivarna ser som ett problem. Möjligheten att köpa läkemedel via nätet gör också att problemet ökar i omfattning och blir delvis en problematik som blir osynlig.



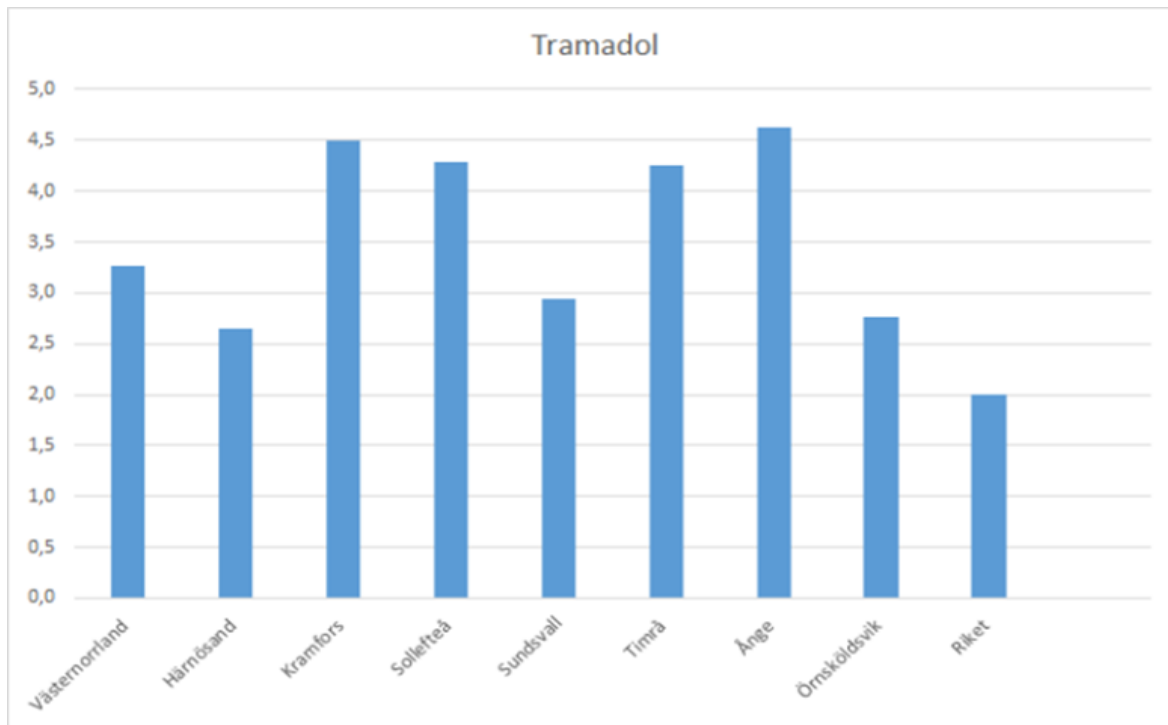
Figur 2 Uthämtade opioid doser/1 000 invånare och HC/VC jmf med länet.



Figur 3 Uthämtade tramadol doser/1 000 invånare och HC/VC jmf med länet.



Figur 4 Uthämtade opioid doser/1 000 invånare och kommuntillhörighet



Figur 5 Uthämtade tramadol doser/1 000 invånare och kommuntillhörighet

Länets kommuner

För socialtjänstens del har det varit svårare att ta fram data som vi efterfrågat. Den främsta anledningen är att socialtjänsten i länets kommuner inte använder sig av likadana verksamhetssystem och därmed finns ingen enhetlig uppbyggnad gällande vilken data som ska registreras. I vissa fall påverkas uppbyggnaden av systemen av vilka indikatorer som efterfrågas från ledning och politik, vad som är lagkrav och vad som efterfrågas från nationellt håll när det gäller uppföljning.

En annan viktig anledning är att diagnossystemet bygger på en medicinsk bedömning, vilket inte socialsekreterare inom socialtjänsten har i sitt uppdrag. Det innebär att socialsekreteraren i sitt utredande arbete behöver vara lyhörd för och utgå från det personen själv uppger gällande eventuell överkonsumtion av alkohol, bruk av narkotika, spel om pengar, sin somatiska och/eller psykiska ohälsa. Det medför att socialtjänsten inte har egna data gällande vilka klienter/brukare som har en diagnos gällande missbruk eller beroende av substanser eller problemspelande om pengar.

Data som varit möjligt att ta fram visar att få personer som är aktuella inom socialtjänstens missbruksvård har en diagnos. Merparten av de personer som blir aktuella inom socialtjänstens verksamheter beskriver sig i stället ha någon form av psykiatrisk ohälsa som inte alltid är diagnostiserad. Merparten av diagnoserna som framkommit i kartläggningen inom verksamhetsområdet vuxna och missbruk är neuropsykiatriska sjukdomstillstånd (främst ADHD), ångest, depression, bipolaritet och PTSD.

Samtliga kommuner beskriver att avsaknad av en beroendemottagning eller liknande verksamhet inom regionen påverkar samarbetet. Det som efterfrågas är i första hand en samverkansplattform mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården när det gäller klienter/brukare/patienter där ett gemensamt arbete med samordning och samplanering av vård, behandling och stödinsatser behöver genomföras för att möta berörda klienters/brukares/patienters behov. Det efterfrågas även för socialtjänstens medarbetare möjlighet till konsultativt stöd i frågor som rör klienter/brukare.

Mångsökare Kommun

Av de personer som är aktuella inom socialtjänsten för behandling och stöd för sitt missbruk eller beroende finns de som kommer via service, de som ansöker och de som blir anmälda. Vissa av dem återkommer i perioder under hela livet, andra har längre kontakter utifrån vilket behov av behandling och stöd som krävs. Flera av dem är även aktuella för andra insatser såsom ekonomiskt bistånd och bostad. Några av dem kan vara aktuella inom andra verksamheter men det kommer inte till medarbetarna inom missbruksområdets kännedom.

Barn och föräldraperspektivet inom missbruk och beroendområdet

Medvetenheten i länet kring gällande vikten av barn- och familjeperspektiv inom missbruk och beroendområdet är hög bland de som arbetar och beslutar i frågan. Det visar en kartläggning som CAN genomfört under år 2020. Däremot finns utvecklings- och förbättringsarbete inom bland annat struktur-, mandat och organisationsfrågor. Några av de rekommendationer som CAN lyfter fram, förutom att aktivt arbeta med barn och föräldraperspektivet internt, är vikten av kollegialt lärande, aktiv dialog mellan berörda

parter samt dela med sig av goda exempel. Resultatet från vår kartläggning och dialog stämmer överens med CAN:s beskrivning. Vi har valt att inte fördjupa oss mer i området utan hänvisar till att läsa rapporten¹⁷. Anledningen är att rapporten från CAN är relativt ny (2020), vi båda projektledare har haft ett nära samarbete med CAN:s utredare under framtagandet av rapporten.

Personer över 65 år

Socialstyrelsen genomförde 2017 en kartläggning av vårdlandskapet¹⁸ inom missbruks- och beroendevården som innefattade år 2006–2015. Fler personer än tidigare vårdades inom hälso- och sjukvården på grund av missbruk. Fler vårdades inom hälso- och sjukvården på grund av alkohol- och drogmissbruk sett över 10 år, och bland de vårdade hade en markant ökning skett av andelen unga med drogmissbruk och av äldre personer över 65 år med skadligt bruk eller alkoholmissbruk. Den största förändringen var att andelen vårdade ökat i de äldsta åldersgrupperna, det vill säga personer som är 65 år eller äldre. Inom den specialiserade öppenvården hade andelen personer i åldrarna 75–84 år ökat med mer än 100 %. Motsvarande ökning inom slutenvården hade bland personer inom den åldersgruppen varit omkring 65 %. För män 75–84 år syntes en ökning med 65 % och för kvinnor 66 %.

Det innebär att gruppen äldre över 65 år bör uppmärksammas i högre grad. I läkartidningen (2018, 115) belystes att alkohol och äldre är en eftersatt fråga inom hälso- och sjukvården, det är viktigt att lyfta gruppen eftersom den vanligaste patienten inom sjukvården idag är över 65 år. Äldre är generellt sett mer känsliga för alkoholens effekter och alkoholkonsumtionen och de alkoholrelaterade skadorna har ökat i denna grupp.

Rutiner för och kunskaper om hur alkoholkonsumtion och alkoholproblematik för personer över 65 år kan förbättras inom vården. I dag använder Sverige samma gränsvärden för alla åldersgrupper, men med tanke på att kroppens förmåga att hantera alkohol försämras med stigande ålder så finns ett behov av åldersanpassade riktlinjer. Isolering och ensamhet kan leda till ökad konsumtion och ett ökat intag även i samband med pensionering till följd av mindre kontroll och mer ledig tid.

Det finns effektiva behandlingsmetoder som även passar för äldre med alkoholproblematik. Ett socialt drickande är idag i högre grad accepterat bland äldre men det finns ett stigmatiserande synsätt som gör att det kan vara svårt att ställa frågan. Skadligt bruk/beroende kan uppmärksammas först inom äldreomsorgen genom att personalen inom hemtjänst/äldreboenden blir varse om problematiken. Många gånger saknas rutiner för att upptäcka och hantera risk-missbruk av alkohol och andra substanser. Primärvården har en central roll när det gäller identifiering och behandling av äldre personer med problematiskt drickande, korta psykoedukativa insatser på primärvårdsnivå tycks ha en god effekt.

¹⁷ <https://www.can.se/publikationer/starkt-barn-och-foraldraperspektiv-kartlaggning-av-missbruks-och-beroendevarden-i-vasternorrland/>

¹⁸ Vårdlandskap avses här socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens specialiserade insatser för vuxna personer från 18 år med missbruks- och beroendeproblem

Socialstyrelsen noterar att fler äldre söker sjukvård för alkoholrelaterade diagnoser. För äldre kvinnor skedde en fördubbling inom beroendevården mellan åren 2006–2015. Den alkoholrelaterade mortaliteten stiger, mellan åren 2001 och 2015 ökade antalet dödsfall kopplade till alkohol bland personer över 65 år med hela 41 procent. Suicidrisken ökar tiofaldigt hos äldre med alkoholproblematik jämfört med äldre utan alkoholproblematik; detsamma gäller för suicidförsök. Självmordstalen är högst för gruppen äldre och i synnerhet hos män.

Antal självmord (säkra och osäkra) i olika åldersgrupper i Sverige, 2020

Antal självmord (säkra och osäkra) i olika åldersgrupper i Sverige, 2020							
	0–14 år	15–24 år	25–44 år	45–64 år	65+ år	Totalt i alla åldrar	Könsfördelning (% i alla åldrar)
Män	6	111	308	340	249	1014	70%
Kvinnor	4	34	130	153	106	427	30%
Båda könen	10	145	438	493	355	1441	100%
Båda könen under föregående år (2019)	6	162	498	525	397	1588	100%

*Figur 6 19% av det totala antalet självmord år 2020 utgjordes av skadehändelser med oklar avsikt ("osäkra självmord")
Karolinska Institutet, Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention*

Missbruk eller beroende av Anabola androgena steroider (AAS)

Missbruk eller beroende av anabola androgena steroider (AAS) är ett utbrett missbruk. Användningen av dopningsmedel kan se olika ut från enstaka tillfällen, kurer eller ett regelbundet användande. Nationellt när det gäller personer som missbrukar eller är beroende av dopningspreparat finns ingen officiell statistik. De utredningar som genomförts visar att majoriteten av de som missbrukar eller är beroende av AAS är män i ålder 18-35år. Män med utländsk bakgrund är något överrepresenterade. När de söker hjälp är det i regel för symptom som kommer av dopningspreparat till exempel akne, potensproblem, hjärtproblem, humörsvängningar, ångest, depression och sömnstörningar. Inom socialtjänst och hälso- och sjukvård identifieras och efterfrågas sällan förekomst av missbruk eller beroende av AAS. Kunskapsnivån kan ses som begränsad och att det är olagligt och skamfyllt att ha fuskat sig till muskler, vilket kan innebära att personen inte berättar om sitt missbruk eller beroende.

Inom hälso- och sjukvården i Västernorrland finns idag bristfällig kunskap om omfattningen av dopning eftersom det både saknas kunskaper och behandlingsprogram. Den allmänna uppfattningen från både primärvården och specialistvården är att man sällan frågar om eller tänker på detta vid vårdkontakter. Upplevelsen är att det känns obekvämt och ovanligt att ställa frågor om dopning.

På hudkliniken finns många personer med svår akne som med sannolikhet använder sig av AAS, där frågar man regelbundet upp vid misstanke men i regel förnekas sådant bruk. En allmän uppfattning är att mörkertalet är stort.

För socialtjänstens del är upplevelsen att ett fåtal personer söker hjälp för sitt AAS missbruk eller beroende, snarare är det andra problem som de söker stöd för. Ingen av länets kommuner erbjuder specifika behandlingar för personer med dopningsmissbruk. Inom de verksamheter som arbetar inom missbruksområdet är det vanligare att frågor om dopning ställs både inom myndighetssidan och inom öppenvården. Ju längre ifrån verksamhetsområdet som personalen arbetar desto färre ställer frågor kring dopning då det upplevs obekvämt och ovanligt.

I dialog med polisen och Länsstyrelsen beskrivs ett behov av att öka kunskapen om missbruk eller beroende av AAS för personal inom båda huvudmännens verksamheter och skapa samverkansplattformar. Polisen tillsammans med Länsstyrelsen och länets kommuner arbetar aktivt med merparten av länets gymanläggningar för att förebygga dopning och där saknas en länk till hälso- och sjukvården i den samverkansprocessen. Det är främst två delar som uppmärksammas. Det ena är att gymanläggningarna i länet har svårt att kunna anmoda någon som de oroar sig för att genomföra ett dopningsprov via avtalen mellan gym och tränande om att ha en dopningsfri miljö, om inte polisen har hunnit bygga upp tillräcklig misstanke kring personen för att kunna gå den vägen med testning. Det andra är att när en person stängs av från en anläggning på grund av dopning finns ingen verksamhet inom länets hälso- och sjukvård eller kommuner att hänvisa personen till för att få hjälp. Det kan innebära att flera av dessa personer, som blir motiverade att söka hjälp, inte gör det.

Det finns även ett nätverk för dopningsområdet och dess frågor som heter Krafttag. Nätverket samordnas av Länsstyrelsen och deltagande organisationer är länets kommuner (idrottslärare på gymnasier, ansvariga för kommuners träningsanläggningar, socialtjänst samt folkhälsosamordnare), kommunförbundet, tullverket, RF/SISU Västernorrland, Studenthälsan, polisen samt Region Västernorrland. Förutom det förebyggande arbetet genomförs även informationskampanjer (uppmärksamhetsvecka för dopningsarbete) och utbildningsinsatser.

Problemspelande eller spelberoende avseende pengar

Sedan 1 januari 2018 ingår även problemspelande om pengar i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområde när det gäller risk-missbruk eller beroende. Det innebär att socialtjänsten och hälso- och sjukvården är ålagda att arbeta dels för att förebygga att unga överkonsumerar spel om pengar, dels erbjuda stöd och behandling till personer som har allvarliga problem med spel om pengar. När det gäller personer som diagnostiseras med en spelberoendediagnos är hälso- och sjukvården ansvarig för att personen får de medicinska och psykologiska behandlingar som denne har behov av.

Folkhälsomyndigheten har det nationella ansvaret för spel och har idag utvecklat ett kunskapsstöd samt rekommendationer inom området. Länsstyrelsen är den som har det samordnade ansvaret för att stödja socialtjänst och hälso- och sjukvården inom området. Dopning och spel finns med i den nationella ANDT-S strategin som länsstyrelsen har i uppdrag att arbeta med på regional nivå.

Spelberoende (spel om pengar, så kallat hasardspelsyndrom) utmärks av ett dysfunktionellt och repetitivt spelbeteende som fortsätter trots negativa konsekvenser och trots upprepade

försök från individen att minska eller avbryta spelandet. Det är vanligt att tillståndet får omfattande konsekvenser även för närstående. Ekonomiska och sociala konsekvenser samt svåra psykiska symtom är vanligt förekommande. Symtom på ett utvecklat spelberoende, men även ett problematiskt spelande medför stora negativa konsekvenser:

- Psykiskt i form av skuld, ångest, oro och nedstämdhet. Suicidtankar förekommer oftare bland individer med spelproblem och spelberoende och på gruppnivå finns en förhöjd suicidrisk.
- Socialt och relationellt i form av isolering, lögn för arbetsgivare och närstående samt försumlighet gentemot barn och familj.
- Ekonomiskt i form av att vardagsekonomin inte går ihop eller skulder.

Några av de tecken och symtom på spelberoende och problematiskt spelande är att individen:

- Ägnar mycket tid åt spelande och tankar på spelande och försöker vinna tillbaka tidigare förluster.
- Upplever känsla av spänning inför spelande och får en kick (berusningseffekt) och kan behöva höja insatserna för att uppnå samma spänningskänsla.
- Har försökt att kontrollera, begränsa eller att upphöra med spelande utan framgång och blir rastlös eller irriterad av att inte spela.

Utifrån intervjuer med medarbetare inom både regionen och socialtjänsten framkommer att det finns ett mörkertal när det gäller personer med problemspelande. Journaldata för antalet diagnostiserade personer med spelberoende i länet ger inte tillförlitlig statistik. Kartläggningen visar att *i länet finns 15 personer som diagnostiserats med spelberoende (F63.0)*. Av dessa återfinns **10 inom primärvården** och **5 inom specialistvården**.

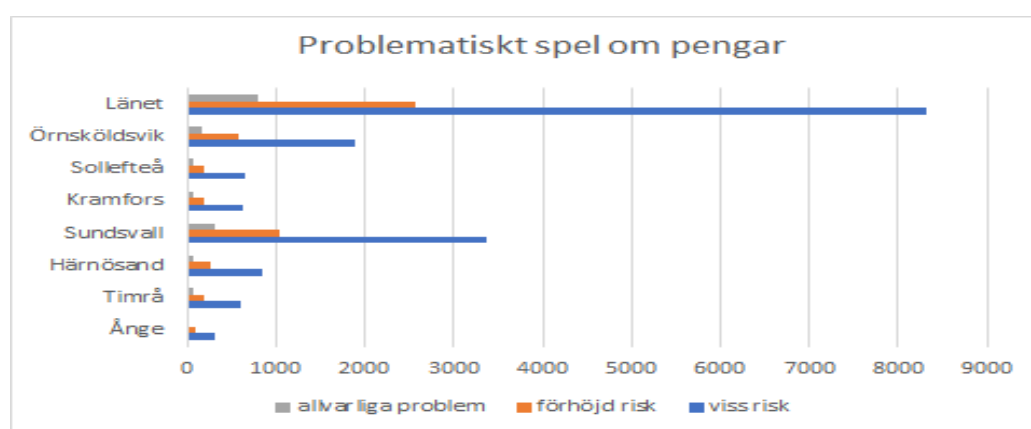
Inom socialtjänsten är statistik gällande personer med problemspelande eller spelberoende svårare att inhämta då merparten av det stöd och behandling som ges inte är biståndsbeviljad insatser utan serviceinsats. Den sammanlagda siffran för länets socialtjänster under åren 2019 och 2020 blir därmed en uppskattning på mellan 55–65 personer. Andra orsaker till att man söker hjälp initialt har främst varit skuldsanering, ekonomiskt bistånd och servicesamtal för sitt mående.

För att få en uppfattning om hur mycket mörkertalet skulle innebära i konkreta siffror har vi tittat på SCB:s (Statistiska centralbyrån) uträkning gällande spel om pengar. Deras siffror baseras på antal invånare år 2020 i åldrarna 15–84 år men kan inte ses som statistiskt säkerställda. Dock kan det ses som en fingervisning av hur det ser ut i länet. Siffrorna visar att det i länet borde finnas uppskattningsvis 197 885 länsmedborgare i det åldersspannet. Av dessa beräknas ca 8 311st (4,2 %) ha en viss risk i sitt spelande, 2 572st (1,3 %) ha en förhöjd risk med sitt spelande och ca 792st (0,4 %) ha allvarliga spelproblem. Inom grupperna viss risk och förhöjd risk beräknas ca 70% vara män. I kategorin allvarliga spelproblem beräknas 80% vara män.

Anledningen till det är få diagnostiserade personer kan dels vara att det generellt inom regionen inte frågas kring denna typ av problematik, dels att personen söker vård för de

konsekvenser som spelberoendet orsakat, inte för spelberoendet i sig. En annan orsak kan vara att problemspelande eller spelberoende är förenat med social skam och att personer därför drar sig för att berätta om sitt beroende.

Folkhälsomyndigheten (FHM) fick i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad analys av utvecklingen inom spelområdet kopplad till spridningen av covid-19 under år 2020. Analysen baseras i huvudsak på en enkätundersökning om spel om pengar och covid-19 som besvarades av drygt 4 000 personer. Resultaten visar att spelmarknaden förändrades som följd av covid-19-pandemin. Spelproblemen var i stort sett oförändrade på befolkningsnivå men ökade bland arbetslösa och personer som redan hade ett problemspelande. Bland dem med ökad grad av spelproblem under pandemin ökade psykisk påfrestning och problem med löpande utgifter. Man kan anta att de grupper som redan innan var utsatta har fått större problem.



Figur 7 Uppskattat antal personer med olika grader av spelproblem utifrån Statistiska centralbyråns uträkning. Observera att uträkningen inte är statistiskt säkerställd.

Personer aktuella för sprututbytesprogram

Lagen om utbyte av sprutor och kanyler tillkom år 2006 och reviderades år 2017. Bland revideringar kan nämnas renodling av regionens ansvar för verksamheten samt att åldersgränsen sänktes från 20 år till 18 år. Syftet med sprututbyte är i första hand att begränsa smitta och smittspridning (exempelvis HIV och hepatit C). Verksamheten har även viktiga funktioner såsom att vara en ingång och kontaktväg till hälso- och sjukvård och socialtjänst, ge stöd och råd samt motivera personen till frivillig vård och behandling. Idag finns sprututbytesmottagningar i 17 regioner. Enligt siffror inrapporterade till IVO för 2018 deltog 3 754 personer i sprutbytesverksamhet, varav 72 % av dessa var män och 28 % var kvinnor.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning har regionerna Västernorrland, Gävleborg, Västmanland och Dalarna inte startat sprututbyten. Region Dalarna har fått tillstånd att starta upp en verksamhet, Gävleborg startar upp en pilotverksamhet under våren 2022, och Västmanland inväntar sitt tillstånd. I region Västernorrland har frågan om sprututbytesverksamhet utretts i omgångar men inget beslut är fattat gällande införande av verksamheten.

Data i länet visar att det idag finns **52 personer** som har en känd intravenöst orsakad blodsmitta. Det är sannolikt ett väldigt stort mörkertal då det är många som inte har testat

sig och haft kontakt med Infektionskliniken. I samtal med andra regioner framkommer att personer med missbruk eller beroende av AAS är en stor grupp som blir aktuella först när sprututbyte införs. Dessa personer har ofta inte någon tidigare kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten på grund av sitt intravenösa missbruk eller beroende. Jämfört med Region Jämtland-Härjedalens faktiska mörkertal så skulle siffran i Västernorrland landa på ca **200 aktuella personer**.

Personer som utöver ovanstående punkter har en samtidig psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer med missbruk och beroende, studier visar att risken att drabbas är mer än dubbelt så stor jämfört med personer som inte har ett missbruk eller beroende. Dessa personer återfinns inom flera verksamheter inom både primärvård och specialistvård. Det är en grupp som ofta känner av stigmatisering, upplever att de avviker från samhällsnormen och har svårt att göra sin röst hörd. Vidare har gruppen också en ökad risk för ett sämre förlopp, sämre följsamhet till behandling och sämre behandlingsresultat (Socialstyrelsen 2017; Socialstyrelsen 2019; Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2016). Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Personer med svåra problem har också ofta samtidigt andra problem och därmed ökat behov av ytterligare stödinsatser.

I publicering (2019) av Socialstyrelsens kartläggning avseende samsjuklighet i psykisk ohälsa och beroendeproblematik som genomförde under år 2017 visade på att 51 835 personer i Sverige vårdades inom specialistslutenvård för sitt intag av beroendeframkallande substanser. Åldersspannet för dessa personer var 10 år och uppåt. Mer än hälften av dem, 64% kvinnor och 52% män, hade under år 2016–2018 samtidigt en pågående vårdinsats för en eller flera psykiatriska diagnoser. Data visar hur vanligt det är att personer med missbruk eller beroende har en samtidig psykisk sjukdom. Undersökningen visade också att ADHD var en vanligt förekommande diagnos tillsammans med andra psykiatriska diagnoser¹⁹.

Vidare framkom att bland de personer som år 2018 vårdades med stöd av LVM så hade 29 % av kvinnorna respektive 40 % av männen tidigare vårdats med stöd av LPT. Majoriteten av de som vårdades hade också någon gång fått frivillig psykiatrisk vård enligt HSL. Det visar på att det till viss del är samma population som tvångsvårdas med stöd av de båda lagstiftningarna. Lagstiftningarna är utformade utifrån att den enskilde har en allvarlig psykisk störning respektive missbruk. Uppdelning kan försvåra förutsättningarna för en samlad vård och omsorg till personer med samsjuklighet.

När det gäller barn och unga påvisade kartläggningen vikten av att Barn och Ungdomspsykiatri (BUP) arbetar med att tidigt upptäcka ungdomar med samsjuklighet för att undvika en utveckling av skadligt bruk eller beroende. Det gäller i synnerhet bland barn och ungdomar som har ADHD och som kan ha intag av beroendeframkallande substanser utan att det har uppmärksamats. Ungdomar som har missbruk eller beroendediagnos har i hög grad även samtidig psykiatrisk diagnos och ungdomar med samsjuklighet har ofta ett allvarigare missbruk och en svårare social situation med föräldrar som har ett missbruk/beroende jämfört med ungdomar utan samtidig psykisk sjukdom.

Vanligen uppträder den psykiska problematiken hos dessa ungdomar långt innan missbruket. Därför har både kommun och region ett stort ansvar både förebyggande, samverkande avseende stöd och behandling. En källa till information avseende bruk och missbruk hos ungdomar är de regelbundna drogvaneundersökningarna som skolan genomför.

Uppgifterna för Västernorrland visar att **303 vuxna personer inom primärvården** har en samtidig beroende- och psykiatrisk diagnos medan **inom specialistvården finns 698 personer** med så kallad dubbeldiagnos. Sannolikt finns det ett stort mörkertal både inom primär- och specialistvården eftersom underdiagnostik avseende beroendeproblematik är stor.

Hur det ser ut inom socialtjänstens verksamheter har inte gått att få fram eftersom det inte finns någon statistik att hämta. Som tidigare nämnts visar data att få personer som är aktuella inom socialtjänstens missbruksvård har en beroende och eller psykiatrisk diagnos/er. De klienter som kan vara aktuella för att bli utredd för en eller flera psykiatriska diagnoser som även har ett missbruk eller beroende utreds sällan, då de i stället uppmanas att först vara nykter och drogfri under längre tid.

Förekomst av droger och drogmönster i länet

Polisen

Samtal har genomförts med medarbetare inom polismyndigheten i länet på operativ och strategisk nivå när det gäller förekomst av drogmönster i länet. Det framkommer att polisens statistik inte speglar den rådande drogtillgången i samhället utan påverkas av prioriteringar och kunskap att upptäcka ett missbruk, med mera. Om polisen inte prioriterar problematiken så går statistiken ner men den faktiska brottsligheten ökar.

Den grupp som är synligast är personer med amfetaminmissbruk, både genom sitt missbruk och genom att missbruket uppdagas i samband med annan brottslighet. Troligtvis finns ett stort mörkertal av personer med missbruksproblematik i de miljöer där polisen inte bedriver uppsökande verksamhet (exempelvis krogmiljö och festivaler).

Sollefteå, Kramfors och Härnösand

De mest förekommande och tillgängliga drogerna är enligt polisen i Sollefteå, Kramfors och Härnösand hasch, amfetamin och bensodiazepiner. Tillgängligheten varierar beroende på vilken drog som efterfrågas. THC i form av marijuana och "blandmissbruk" uppger poliserna som de vanligaste drogerna och förmodligen de droger som står för det största mörkertalet. Dessa finns i normal-populationen och syns inte i några register hos hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller polisen, de är svårupptäckta då de påverkade inte visar så tydliga tecken och missbruket är förhållandevis billigt. Amfetamin "triggar" ofta i gång personen med missbruksproblematik till annan kriminalitet (exempelvis våld, stölder). Ett pågående amfetaminmissbruk leder i större utsträckning till ett intravenöst missbruk, det är oklart hur många individer det rör sig om. Läkemedelsmissbruk förekommer bland de flesta personer med missbruksproblematik, då användningen av tablett blir ett substitut, komplement

eller för att "tända av" från huvuddrogen. Det finns ett stort mörkertal bland personer med missbruksproblematik som är socialt etablerade och som inte har ett brottsligt beteendemönster. Dopning förekommer i mindre utsträckning och användas av individer som har tillgång till pengar utan brottslig verksamhet, det förekommer även i de traditionella kriminella kretsarna. Dopning förekommer även bland motionärer där syftet är att uppnå ett annat kroppsideal. Polisen har inte några signaler som tyder på ökande heroinmissbruk men däremot finns det pågående missbruk av opiater i form av morfin eller morfinliknande preparat.

Örnsköldsvik kommun

Enligt polisen är cannabispreparat följt av amfetamin och Tramadol de substanser som är vanligt förekommande i Örnsköldsviks kommun. Under de senaste åren har det skett ett ökat bruk av kokain och heroin. När det gäller cannabispreparat sker handeln både via nätet och av lokala försäljare. De cannabispreparat som säljs lokalt hämtas i Stockholm och transporteras oftast via tåg norrut. Även Tramadol inhandlas i Stockholm men där förekommer även smuggling från utlandet. Mer osäkert är hur amfetaminet når kommunen. Uppfattningen hos polisen är dock att näthandeln av amfetamin har minskat. När det gäller utbredningen av intravenöst missbruk/beroende, tablettmissbruk/beroende, blandmissbruk och dopning är polisens uppfattning att det ökar i takt med den totala ökningen av droganvändning. Dopningsbrott upplevs ligga på ganska stabila nivåer år från år.

Ånge, Sundsvall och Timrå kommun

Enligt polisen är de vanligast förekommande substanserna olika former av THC följt av bensodiazepiner, Tramadol, amfetamin och kokain, vanligtvis är blandmissbruk av olika narkotiska substanser. Narkotikaanvändandet och den rapporterade narkotikabrottsligheten ökar i Medelpad. Exempelvis har de rapporterade narkotikabrotten ökat från cirka 1 000 under 2016 till cirka 1 600 under 2019, vilket är en kraftig ökning under en så kort period. Polisen beskriver att det finns ett stort mörkertal gällande hur många som faktiskt använder narkotika. Oftast upptäcker polisen dem inte förrän det har gått för långt. Många "festknarkar" och polisen upplever att det har blivit socialt accepterat att använda kokain när man festar.

Länsstyrelsen

Länsstyrelsen i Västernorrland genomförde i oktober år 2020 en undersökning av narkotika i avloppsvattnet. I samverkan med länets kommuner togs prover vid 12 av länets största avloppsreningsverk för att få en övergripande ögonblicksbild av bruket av amfetamin, cannabis, kokain, MDMA och Tramadol. Analysresultaten visar att det finns spår av narkotika i vattnet i samtliga 7 kommuner, för att kunna dra några slutsatser behöver man följa detta område över tid och provtagningen kommer att fortsätta till 2023 med fyra provtagningstillfällen per år. Vattenprover kommer att tas vid olika tillfällen till exempel helger, under pandemi och efter pandemi-restriktioner. Länsstyrelsen har ett särskilt ansvar för att samordna och utveckla det förebyggande arbetet mot alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDT-S) i länet.

Aktuellt utbud av stöd- och behandlingsinsatser som ansvariga huvudmännen erbjuder

Under hösten 2020 genomfördes en kartläggning bland de verksamheter inom kommun och hälso- och sjukvård i Västernorrland som möter personer från 16 år till 75 år. Syftet var att undersöka om och i så fall vilka insatser som länets kommuner och Region Västernorrland erbjuder. Kartläggningen genomfördes i enkätform i syfte att få svar på vilka insatser inom bedömning/screening, behandling och stöd som erbjöds av hälso- och sjukvården och socialtjänsterna i länet. Sedan tidigare har två GAP-analyser genomförts i syfte att se över dels insatser för vuxna 18 år och uppåt (2014), dels insatser för barn och unga 13–17 år (2017). Dessa redovisas under avsnittet om GAP-undersökningar.

Regionen

Resultatet visar att inom regionen saknas i hög grad en sammanhållen behandlings- och stödinsatsprocess för personer med ett missbruk och beroende. De insatser som ges är i regel kopplade till annan problematik eller aktuella i akuta skeden som till exempel akut abstinensbehandling och förgiftningar. När det gäller spel om pengar finns inga insatser att erbjuda, det finns däremot problem som kan härledas och vara starkt förknippade med hasardspel. Inom regionen finns en behandlingslinje (Alkohol riskbruk/skadligt bruk/beroende hos vuxna) som stöd till patienter och vårdgivarens olika vårdnivåer. Utbudet för behandlande och stödjande insatser som inte är av akut karaktär har behov att utvecklas inom både primär- och specialistvården. 15-metoden finns idag i viss utsträckning inom Regionen och är framför allt riktad mot personer inom primärvård och företagshälsovård. Idag finns det i länet ingen samlad verksamhet eller organisation utifrån beroendeproblematiken.

Ett mer samlat uppdrag skulle kunna ge dessa individer en bättre sammanhållen vård och tydliggöra att både primär- och specialistvården måste ta ett ansvar även för personer som har ett pågående missbruk och beroende.

Läkemedelsassisterad behandling

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ger förutsättningar för behandlingen. För att motverka den narkotika- och läkemedelsrelaterade dödligheten anges att regioner och kommuner behöver utveckla sina insatser och erbjuda attraktiva och lättillgängliga stöd- och behandlingsinsatser. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är en av de insatser som lyfts fram i strategin.

År 2016 startade Region Västernorrland en länsövergripande LARO-mottagning med placering i Sundsvall och med två satellitmottagningar, en i Sollefteå och en i Örnsköldsvik. Mottagningen vänder sig enbart till personer med opiat/opioid missbruk. Personer med blandmissbruk, missbruk/beroende av andra droger (till exempel amfetamin, cannabis, alkohol) får i dagsläget endast akutvård eller planerad avgiftning då det saknas en beroendeverksamhet. LARO-verksamheten har en viktig roll i att minska narkotikarelaterade dödsfall. Den är tvådelad det vill säga både medicinskt och psykologiskt inriktad. LARO-verksamheten är en sjuksköterskekrävande verksamhet och verksamheten har ett behov av

en kontinuerlig specialistläkare. Båda delarna innebär stora utmaningar idag utifrån svårigheter att bemanna en verksamhet som LARO, både ur ett rekryteringsperspektiv och utifrån den specifika målgruppen. Idag så ingår ca. 160 patienter i LARO-programmet och många kommer dagligen eller flera gånger i veckan.

Barnombud

Riktlinjen kring barnombud grundar sig på lagtexten i HSL: *"Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med*

- 1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,*
- 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*
- 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel."*

Barnombud finns inom länets samtliga psykiatriska verksamheter, dessa har fått svara på frågor utifrån rollen som barnombud. De möter bland annat personer med samsjuklighet med missbruk av alkohol och narkotika och de samverkar i hög grad med kommunernas socialtjänst. Barnombud menar att missbruk ofta är förenat med mycket skuld och skam vilket gör att andra symtom blir synligare. Barnombuden saknar en specialiserad öppenvård eller primärvård inom hälso- och sjukvården, de uppmuntrar till att patienten själv söker kontakt inom kommunen eller VC/HC för sitt beroende. Man ser att barn till föräldrar/vårdnadshavare som har ett pågående missbruk far illa, generellt sett är det ovanligare att både ta upp och söka för spelberoende och doping, men man ser en ökning och framför allt där det fått stora ekonomiska konsekvenser.

Barn- och ungdomspsykiatri BUP

BUP har idag ingen speciell vård och behandlingsprogram för ungdomar med beroendeproblematik. Fokus ligger på annan behandling, men i de fall där ett beroende uppdrag samverkar man med kommunernas socialtjänst.

Länets kommuner

När det gäller länets sju socialtjänster visar resultatet att det skett en positiv förändring av utbudet gällande dels screening- och bedömningsinstrument, dels de stöd och behandlingsinsatser som rekommenderas av Socialstyrelsen. I hög utsträckning används de rekommenderade screening- och bedömningsinstrument för utredning och bedömning av en persons behov stöd vid missbruk och beroende. Merparten av länets kommuner har även utökat sitt utbud av rekommenderade insatser gällande psykosocial behandling, stöd och boende både inom den egna öppenvården och via externa samverkanspartners. Det gäller även de insatser som riktar sig till anhöriga. För barn till föräldrar med missbruk finns i flera av kommunerna barngrupper som kan möta dessa barns behov. Oavsett storlek finns inom kommunerna en variation i utbudet av behandling och stödinsatser (se vidare bilaga 2).

När det gäller stödinsatserna sysselsättning och boende och behandlingsinsatser för samsjuklighet samt barn och unga finns utvecklings- och förbättringsbehov i samtliga kommuner. Det är få som använder de metoder som rekommenderas. Tillgång till en

sysselsättning eller arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också ha ett samband med fullföljande av och framgång i behandling av missbruk och beroende. Brist på sysselsättning är på motsvarande sätt ofta ett hinder för en lyckad behandling och återanpassning i samhället. Det är också en av de vanligaste orsakerna till återfall. När personer med missbruk eller beroende själva skattar olika problem som uppstått till följd av missbruket brukar arbetslöshet och försörjning tas upp som centrala problemområden.

Placeringar vid HVB och SiS

Ibland finns inte det insatser som en person är i behov av inom den egna kommunen eller regionens regi. Då behöver kommunen göra så kallade externa placeringar vid Hem för vård och Boende (HVB). Bland kommunerna i Västernorrland finns idag samarbete om upphandling av HVB mellan fem stycken. Dessa är Ånge, Härnösand, Kramfors, Sollefteå och Örnsköldsvik. Utbudet av insatsinnehåll varierar bland de HVB-hem som finns inom ramavtalet. Var tredje år sker en ny upphandling inom ramen för rådande upphandlingsförfarande. Sedan några år tillbaka finns inskrivet att de behandlingshem som upphandlas ska följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Hur det följs upp och utvärderas framkommer inte. Timrå och Sundsvall sköter själva sina upphandlingar av HVB hem. Sundsvall driver även ett eget HVB inom sin öppenvård och planer finns på att starta upp ytterligare ett HVB med inriktning mot kvinnor med missbruk och samsjuklighet. I Sundsvall och Örnsköldsvik finns särskilda funktioner som arbetar specifikt med placeringar fast med olika uppdrag. Gemensamt för båda är att de har aktiv dialog både med placerande socialsekreterare samt de HVB-hem som används. I Sollefteå finns en särskild funktion som koordinerar eftervården.

Ibland krävs placeringar utifrån tvångsvårdslagstiftningen LVM och då blir det aktuellt med en placering vid ett så kallat LVM hem. Dessa hem finns runt om i landet och placeringen av själva platsen sköts via placeringsenheten inom Statens institutionsstyrelsen (SiS). Det innebär att personen som ska vårdas kan få en plats långt ifrån hemmaorten.

Nedan följer en sammanställning av placeringar och kostnader för personer med missbruksproblematik i sex av sju socialtjänster i länet. När det gäller antalet placerade ska beaktas att socialtjänsterna har uppgett antal utifrån den åldersindelning verksamheten ansvarar för. Det medför att inrapporterat antal personer omfattas från 16 år, från 18 år och även från 21 år.

HVB Missbruk	2019	2020
Totalt antal placeringar 16 år -	90	89
Varav utanför avtal	11	9
Total kostnad	Ca 65,3 miljoner kr	Ca 73,2 miljoner kr
Varav kostnad för SiS placeringar	Ca 15,3 miljoner kr	Ca 16,9 miljoner kr

Regionen (psykiatrin) har idag viss samfinansiering tillsammans med kommunernas socialtjänst för ett fåtal personer med svårare samsjuklighet och stora sociala svårigheter

som kan ha behov av att utredas och bedömas för att komma fram till bästa omhändertagandenivå.

Utvecklingen av insatser

Jämförelse mellan GAP 2014 och 2021

Inför revideringen av Socialstyrelsens riktlinjer inom missbruk och beroendområdet genomfördes år 2014 en GAP-undersökning i syfte att se hur väl länets kommuner och landsting använde sig av och erbjöd de rekommenderade insatserna både för vuxna, barn och unga samt personer med samsjuklighet. Undersökningen visade tydligt att landstinget samt länets kommuner erbjöd få av de rekommenderade bedömningsinstrumenten, psykosociala behandlingarna och stödinsatserna, framför allt vad gällde barn och unga och personer med samsjuklighet.

I de svar som regionen och länets kommuner har givit under år 2021 gällande användning och erbjudanden av insatser framkommer att länets kommuner utökat sina insatser för vuxna, barn och unga samt personer med samsjuklighet. Fortfarande finns det behov att utveckla öppenvården med insatser som riktas till för personer med samsjuklighet och för barn och unga.

Det har inte primär- och specialistvården gjort i samma utsträckning, sannolikt på grund av att det inte är ett uttalat uppdrag och för att gruppen inte är homogen utan finns inom flera olika verksamheter.

När det gäller medicinska behandlingsinsatser har regionens insatser utvecklats.

Överdosprediktionen i länet har tagit ett stort steg i samband med att Naloxon – antidot mot opioider börjat användas i allt högre grad. Det finns numer ett regionövergripande styrdokument för användande av Naloxon nässpray till personer med risk för överdos av opioider. Socialstyrelsen har kommit med kunskapsmaterial som lär ut hur man räddar liv med Naloxon samt en patientinformation.

Spel om pengar

Spel om pengar ingår inte Socialstyrelsens nationella riktlinjernas kring missbruk och beroende. Därav finns inga rekommendationerna från Socialstyrelsen. Kunskapsguiden har på sin webbsida en sammanställning av de metoder som idag rekommenderas för att utreda och behandla personer med spelproblematik. Kartläggningen visar att inom regionen används ingen av de rekommenderade metoderna eller insatserna trots att problem som kan härledas, eller vara starkt förknippade med, hasardspel förekommer.

I två av länets kommuner används NODS-PERCN vid screening av spelproblem. När det gäller bedömningsinstrument för spelproblem använder tre kommuner ASI – spel grund och uppföljning, en kommun använder sig av tre olika instrument: NODS livsstil, NODS senaste året samt NODS 30 dagar. När det gäller behandlingsinsatser är det MI och KBT som rekommenderas. Sex av länets kommuner använder MI och fyra kommuner använder KBT.

Beroendeplatser

År 2021 organiserade sig den psykiatriska kliniken så att 13 vårdplatser för missbruk/beroende koncentrerades till avdelning 7 vid Sundsvalls sjukhus. Syftet med denna organisering var att samla kompetens, ge en bra likvärdig vård och att avdelningens struktur anpassas för att hantera de utmaningar som finns förknippade med just beroendevård. Beläggningsgraden har under våren legat på i snitt 114 % så ett eventuellt behov av utökat antal vårdplatser finns. Snittvårdtiden är nio dagar/patient. Det handlar idag i huvudsak om akuta och planerade avgiftningar och många gånger i samverkan och i samplanering med hem-kommunens socialtjänst.

Psykiatrin har anställt en personal som i sin funktion endast arbetar med personer som har ett behov av samverkan mellan kommun och region för att underlätta samverkan, öka patientsäkerheten och tryggheten för individen. Denna funktion är uppskattad från båda huvudmännen och skulle behöva utökas ytterligare på samtliga orter och permanentas då det idag äre en ofinansierad tjänst.

Sprututbytesverksamhet

Region Västernorrland har vid ett flertal tillfällen utrett förutsättningarna för att starta ett sprututbytesprogram. Sprututbytesprogram för individer som injicerar droger förebygger en spridning av blodburna infektioner och minskar injektionsrelaterade skador. Att genom programmet få kontakt med hälso- och sjukvården ökar möjligheten att motivera individerna till ett narkotikafritt liv. Under kartläggningsarbetet har projektledarna kommit i kontakt med Region Jämtland/Härjedalen och närmare undersökt hur arbete med sprututbytesprogram genomförts i den regionen och vilka framgångar de ser att programmet lett till, både ur patient – och verksamhetsperspektiv.

Region Jämtland/Härjedalen har haft sprututbytesprogram sedan september 2019. När arbetet initierades fanns 20 av regionen kända personer med intravenösa missbruk. Sedan dess har 100 personer identifierats men idag är 73 personer inskrivna i programmet. Deras rekommendation till vår region var att ta höjd eftersom det visade sig finnas en stor andel som inte hade kontakt inom vården. Patienterna kommer från hela regionen och det är infektionsmottagningen vid Östersunds sjukhus som ansvarar för insatserna. Mottagningen är lokaliserad intill infektionskliniken. Mottagningen har öppet två eftermiddagar i veckan samt har även inplanerade telefontider. Personal från infektionsmottagningen bemannar mottagningen (en undersköterska på 20 %, en sjuksköterska på 20 % samt en infektionsläkare på 10 %). Utöver dessa personalresurser finns även en kurator (10 %) från beroendemottagningen, en barnmorskeresurs från hud- och könkliniken.

Det finns funderingar på att längre fram utlokalisera delar av programmets verksamhet till några av länets hälsocentraler för att underlätta för länsmedborgarna i glesbygd.

Positiva effekter av att ha infört programmet visar sig bland annat i en kraftig minskning av svårare infektioner. Endokarditer (infektion i hjärtats klaffar) har enligt infektionsläkare från regionen i princip försvunnit i denna grupp. Det är ett sjukdomstillstånd som normalt innebär minst tre veckors behandling inom slutenvård.

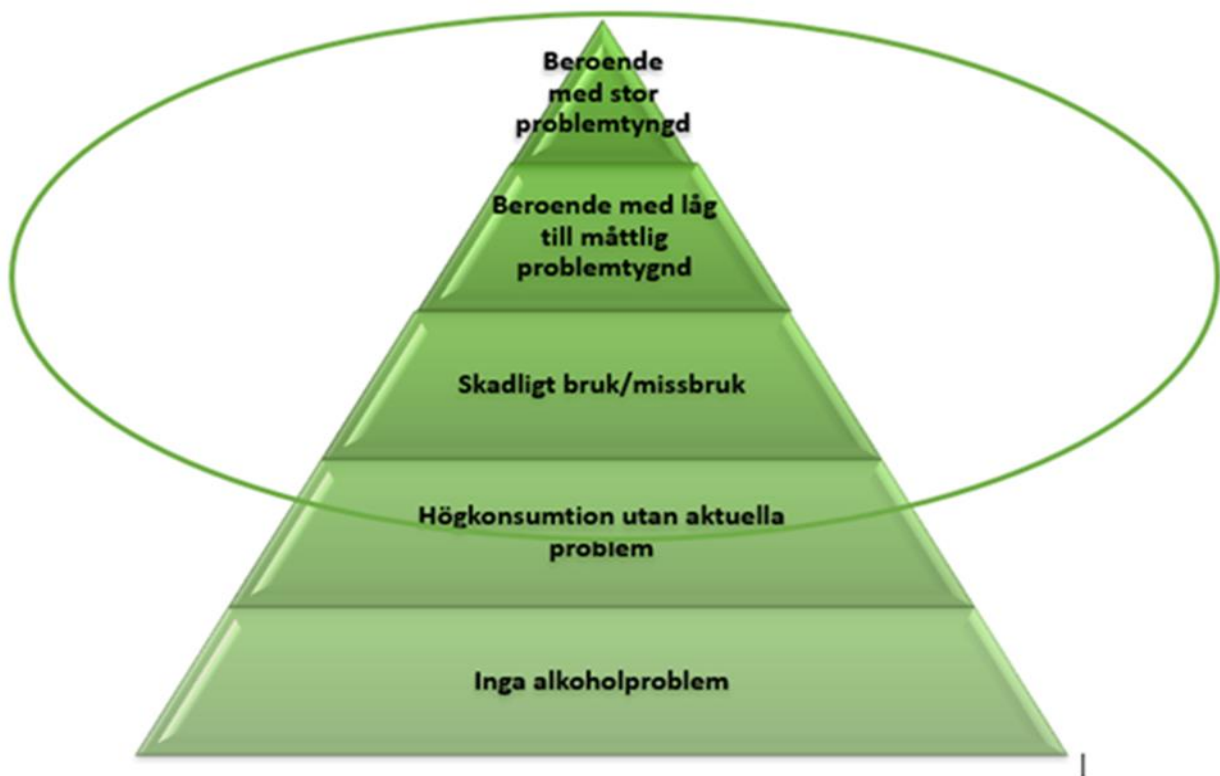
Mottagningens personal har ett gott samarbete med socialtjänst och polis i form av gemensamma regelbundna möten. En annan effekt är att hemlösa personer som besöker mottagningen har kunnat erbjudas exempelvis vaccination. Mottagningen har utarbetat ett "medlemskort" för de personer som ingår i programmet. Syftet med medlemskortet är bland annat att kunna visa upp ifall personen blir gripen av polis och har narkotika på sig att man ingår i programmet, vilket medför att polisen inte tar deras sprutor i beslag.

I vissa andra regioner har gruppen som använder sig av intramuskulärt dopningspreparat i viss mån sökt sig till sprututbytesprogram. Grovt uppskattat i länet så skulle vi endast för den gruppen hamna kring ett par hundra personer – den totala uppskattning av personer som använder sig av anabola steroider är cirka 2,5 % det vill säga drygt 1 100 personer, dock är detta till stor del personer som inte är kända inom sjukvård eller socialtjänst.

Förslag på utökning av insatser och samverkan

De sammanlagda resultaten av kartläggningsuppdraget och de GAP- analyser som studerats visar stora brister gällande utbudet i länet av vård-, stöd och behandlingsinsatser för de målgrupper som innefattas i uppdraget. Bristen är särskilt tydlig när det gäller personer med samsjuklighet samt barn och unga. Främst är det brister och avsaknad av utbud och insatser inom hälso- och sjukvården som blir påtaglig.

Trots att lagstiftningen är tydlig med att hälso- och sjukvården ska behandla invånare även om det finns ett pågående missbruk saknas det idag verksamhet inom regionen med det uppdraget. Hälso- och sjukvården fullföljer sitt uppdrag främst för personer i akuta skeden. Förutom att det saknas en samordnande verksamhet som utför medicinska bedömningar och tillhandahåller adekvata behandlingsinsatser saknas även ett konsultativt stöd inom området, både inom regionens verksamhet och mellan region och socialtjänst. Det innebär att länets socialtjänster tar ett större ansvar än vad som många gånger ingår i deras uppdrag när det gäller att erbjuda vård samt stöd - och behandlingsinsatser, exempelvis provtagning och behandling för personer som diagnostiserats för missbruk eller beroende.



Resursoptimering och utmaningar att arbeta både förebyggande och att ge stöd och vård till de med de största problemen.

Figur 8 Tolkning av professor Sven Andreasson, Läkartidningen, 2014

Bilden ovan illustrerar de olika steg som personer med risk-missbruk eller beroende av alkohol befinner sig på och mått av problemtyngd som medföljer. Den skulle även kunna illustrera stegen för personer med risk-missbruk eller beroende av narkotika och dopning samt problemspelande. Bilden illustrerar även de vårdnivåer som hälso- och sjukvård och socialtjänst verkar inom.

Ett beroende som är av lindrig eller måttlig karaktär får bra effekt av korta behandlingsinsatser och stöd till självhjälp. En vanlig missuppfattning är att beroendetillstånd är komplicerade och kräver omfattande behandling, med många och långa besök inom hälso- och sjukvården. Inom psykiatrisk beroendeverksamhet kan detta förklaras med en hög andel patienter med dubbeldiagnos. För det stora flertalet personer med alkoholberoende gäller dock inte detta. Det upplevs jobbigt att berätta om sina svårigheter med att hantera alkohol. Det främsta skälet är skam samt farhågor om ett

nedlåtande bemötande eller brist på förståelse, det är många gånger inte lika stigmatiserande att söka sin HC som till en beroendeklinik. Därför är det viktigt att uppmärksamma, behandla och följa upp även lindrig till måttlig beroendeproblematik.

I pågående samsjuklighetsutredningen framkommer stora ojämlikheter i landet vad gäller stödjande insatser för vård, behandling och funktionsstödjande. De inriktningsförslag som samsjuklighetsutredningen lagt fram pekar på att hälso- och sjukvården ska ha ett samlat ansvar för all vård och behandling medan socialtjänsten ska ansvara för stöd och förebyggande insatser. Förslaget innebär i korthet följande:

Hälso- och sjukvården	Socialtjänsten	Gemensamt
<p>Ansvara för all medicinsk, psykologisk och psykosocial behandling på samtliga vårdnivåer.</p> <p>Behandla alla psykiatriska sjukdomstillstånd samordnat. Erbjudna skademinimerande insatser i högre utsträckning än i dag.</p>	<p>Uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd</p> <p>Stöd för basala behov som försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang</p> <p>Stöd för att utveckla den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv</p> <p>Stöd till närstående</p>	<p>Obligatoriskt krav på regioner och kommuner om en samordnad vård-och stödverksamhet där samtliga kompetenser finns</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riktat sig till personer med omfattande behov på flera livsområden • Verksamhet som bedrivs utifrån den enskildes behov, mål och resurser • Varje person som får insatser i verksamheten har tillgång till en vård-och stödsamordnare

Fler förslag är att vänta som rör bland annat ansvar för HVB-placeringar och barn och unga.

Bilden som samsjuklighetsutredningen ger gällande ojämlik vård stämmer väl överens med de resultat som kommer fram i vår rapport. Utifrån det har våra förslag gällande utökning av insatser sin utgångspunkt dels i nuläget – det vill säga som situationen ser ut nu, dels nyläget det vill säga ifall samsjuklighetsutredningens inriktningsförslag beslutas att införas.

Vi ser vinster med att stegvis bygga upp en beroendeverksamhet inom regionen som är kopplad till de befintliga strukturerna. Vårt förslag bygger på en utökning av beroendeverksamhet i Sundsvall som då ska fungera som ett kunskapscentrum och medicinskt centra med satellitverksamheter i de existerande SPOT-teamen och det som eventuellt planeras att införas även i Sundsvall. Samordnarrollen som idag finns på avd. 7 är ett exempel på en förändring som skett inom psykiatrin i länet och som uppskattats mycket av kommunerna och som förbättrat för individen. Det behövs fler med en liknande funktion.

Genom att öka koncentrationen av kompetens på avd. 7 är möjligheterna att vara konsult, stödja och bedriva planerad verksamhet betydligt större. Förslaget är också att från Sundsvall utveckla ett sprututbytesprogram som utgår från infektionskliniken som samverkar med beroendeverksamheter och med primärvården.

Vårt förslag innebär också att på sikt, när lokalisering kan göra det möjligt, integrera LARO tillsammans med SPOT-team och införa en samlad specialiserad beroendekompetens till avdelning 7. Genom att bygga på befintliga plattformar ser vi möjligheterna att nå ut till fler, öka kompetensen och få tillgång till likvärdig vård i samtliga länsdelar och samtidigt inte urvattna befintliga verksamheter. Redan upparbetade samverkansplattformar ska vidareutvecklas och inkludera länets samtliga sju kommuner.

En stegvis utveckling av beroendeverksamheten i länet där komponenter som systematisk uppföljning av organisation och arbetssätt, omvärldsanalys och brukarenkäter inkluderat, skapar förutsättningar för länets kommuner och region att kunna erbjuda en sammanhållen insatsprocess som är personcentrerad och sömlös.

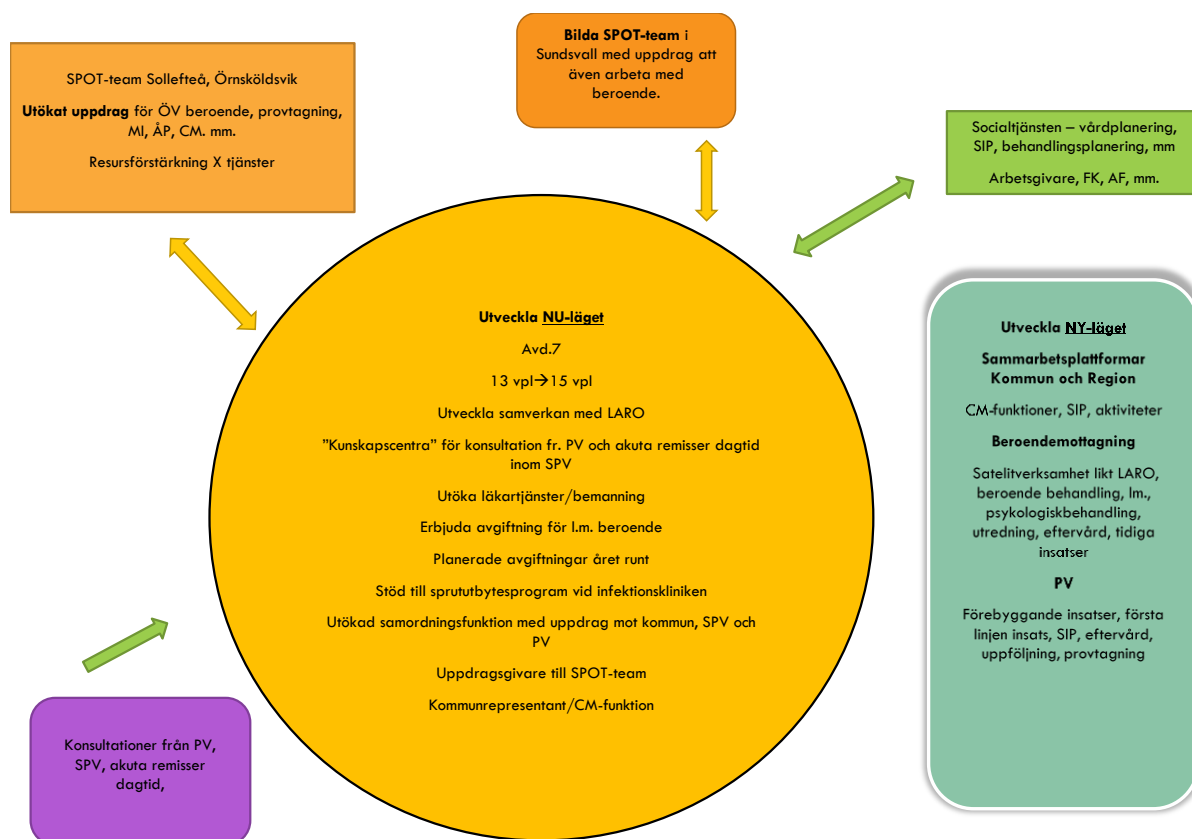
Att verksamheten också utformas till ett kunskapscentrum möter också upp det behov av kompetens- och erfarenhetsutbyte som socialtjänst, andra närliggande samverkansparter såsom polis och skola efterfrågar. Förslaget skapar även förutsättningar för att motverka de brister avseende dels intern och extern samverkan, dels kunskap och kompetens kring de behovsgrupper som kartlagts som framkommit i rapporten.

Vi har svårt att uttala oss om kostnaden för resursförstärkningen men anser att en stegvis uppbyggnad av beroendeverksamheten bör därför innebära en resursoptimering för både regionen och kommunerna.

Vår ståndpunkt är att genom att bygga på befintliga verksamheter i stället för att organisera upp en länsgemensam beroendeverksamhet i ett första steg innebär dels en snabbare utveckling av missbruks- och beroendevården i länet, dels en mer kostnadseffektiv och tillgängligare vård för målgrupperna med svårare problematik. Att nyttja och stärka resurserna på hemmaplan bör innebära en kostnadseffektivitet och minska behovet av externa placeringar, vilket är den gemensamma målsättningen. Befintliga verksamheter är också mindre sårbara än små enheter.

Skulle samsjuklighetsutredningens förslag gå igenom övergår ansvaret för all behandling (medicinsk, psykologisk och psykosocial) till hälso- och sjukvården. Först då ser vi att en länsgemensam beroendeverksamhet skulle bli aktuell att diskutera.

För personer med riskbruk och högkonsumtion av alkohol, narkotika samt spelproblem ser vi att deras behov av vård, stöd och behandling bör i första hand erbjudas av primärvården. Vårt förslag är att några hälsocentraler i länet får ett riktat uppdrag att vara första linjens insats för aktuella målgrupper. Genom samverkan med kommun och specialistvård skulle kompetensen samlas även på första linjens nivå. Det skulle krävas resursförstärkning i form av på några utvalda hälsocentraler i länet. På sikt skulle även sprututbytesverksamheter kunna bli aktuella att bedrivas via dessa hälsocentraler.



Figur 9 Ovan illustreras de förändringar som föreslås genomföras inom avdelning 7 och SPOT teamen i länet och hur dessa förändringar påverkar samverkan. Nuläget utgår ifrån hur verksamheterna ska samordna ifall samsjuklighetsutredningens inriktningsförslag inte går igenom. Ny läget ska ses utifrån att inriktningsförslagen går igenom

SPOT-team

Befintliga SPOT team

SPOT-teamen i Sollefteå och Örnköldsvik är goda exempel på hur vård och stöd kan utvecklas i syfte att komma närmare patienten och undvika onödig heldygnsvård. Det finns ur ett invånarperspektiv ett behov av att utveckla en mer individuellt anpassad vårdform. En mobil verksamhet, SPOT, ger möjlighet till tät kontakt med patienten (och dennes närstående) vid behov en eller flera gånger per dag, utan att patienten behöver ligga inne på en vårdavdelning. Ett psykiatriskt omvårdnadsteam har flera fördelar jämfört med vanlig slutenvård.

SPOT kan öka patienternas möjlighet att behandlas i sitt eget hem, även vid en psykisk försämring och kan ta vid utan ledtid efter ett vårdtillfälle. Vård och behandling kan i större utsträckning genomföras utifrån den enskilda patientens behov och utifrån en förebyggande ambition. SPOT-teamen i Sollefteå och Örnköldsvik har idag LARO-patienter som hämtar sitt läkemedel via teamet samt att det finns ett väl upparbetat samarbete med LARO-mottagningen i Sundsvall.

Ett viktigt mål är att minska slutenvårdsepisoder för de aktuella patienterna, samt att den slutenvård som ändå måste tillgripas blir så kortvarig som möjligt. Att utveckla de befintliga SPOT-teamen med ett uppdrag även för patienter med ett beroende skulle vara en effektiv

och personcentrerad vårdform även för gruppen med samsjuklighet. Det ligger helt i linje med att arbeta med Nära vård som inbegriper både specialistvård, primärvård och kommunerna.

Utveckling av SPOT team i Sundsvall

Idag finns redan ett förslag att se över möjligheten att reducera psykiatriska vårdplatser i Sundsvall och införa så kallade SPOT team.

Vi ser förslaget med att införa ett SPOT team i Sundsvall som en möjlighet att erbjuda stöd och hjälp till personer med en mer betydande problematik som behöver hälso- och sjukvårdens stöd och hjälp för sitt beroende och för gruppen med psykiatrisk samsjuklighet. Gruppen med störst svårigheter blir då inte exkluderad eller marginaliserad utifrån vårdgivarens ansvar. Att rymma detta i befintlig verksamhet skulle riskera en utträngningseffekt för andra grupper.

Avdelning 7 skulle då kunna vara uppdragsgivare för patienter med beroendeproblematik till samtliga SPOT team i länet (Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik) och därmed erbjuda patientgruppen öppna vårdformer i högre utsträckning.

Övriga fördelar med att införa ett nytt SPOT team är att planerad och till viss del akut provtagning på medicinska grunder skulle kunna kopplas till avdelning 7 och SPOT teamen.

Förslaget innebär en utökning av ett konsultativt team bestående av SPOT verksamhet, samordningsfunktion och läkare med placering i Sundsvall. Utökningen innebär även att dessa funktioner får ansvar att möta den övriga hälso- och sjukvårdens behov av konsultation och finnas som stöd för att genomföra behandlingsplaner med kommunernas socialtjänst.

Kostnader

Att förstärka de befintliga SPOT verksamheterna med ett uppdrag som tydligare handlar om stöd och behandlingsinsatser som samordning, CM-funktion och ÅP (återfallsprevention) är möjligt med ett mindre antal tjänster (1 - 2 personer/team i Sollefteå och Örnsköldsvik innebär en kostnadsökning på 1 - 2 mkr och skulle inte vara lika beroende av sjuksköterska). Eftersom det inte finns något SPOT team i Sundsvall ännu är det svårare att göra en beräkning av detta. Då Sundsvall har ett betydligt större upptagningsområde med fyra kommuner, bör resurstillsättning av personal fördubblas (fyra personer) till en kostnad av 2 mkr.

Vi ser även att de befintliga och utökade SPOT teamens bemanning ska kompletteras med personal från socialtjänsten, såsom socialsekreterare, behandlare och personal som utför stödinsatser (exempelvis Case managers, boendestöd).

Förändringarna inom SPOT medför att hälso- och sjukvården och socialtjänsterna i länet tillsammans kan arbeta med att säkerställa vad var och en kan erbjuda, vad som bör erbjudas gemensamt och hur samverkan ska ske. På så sätt möts och erbjuds personer med samsjuklighet en sammanhållen insatsprocess utifrån individens hela livssituation, både ur ett personcentrerat och resurseffektivt sätt. Det ligger även i linje med de inriktningsförslag gällande integrerade verksamheter som samsjuklighetsutredningen föreslår.

Utökning av slutenvårdsplatser

Idag finns 13 länstäckande slutenvårdsplatser (för ovan beskrivna målgrupper) vid avdelning 7, Sundsvalls sjukhus. För samordnarrollen har det inneburit att uppdraget förändrats och funktionen har idag kontakt med samtliga sju kommuner när det gäller samplanering och samordning av insatser från slutet till öppenvård. Sedan start har platserna varit fullbelagda och vid flertalet tillfällen även överbelagda. Det är svårt att få fram nationell statistik avseende hur många vårdplatser/100 000 invånare som behövs för aktuell målgrupp då regionernas verksamhet skiljer sig åt både avseende organisation och behandlingsutbud. I detta måste även de socioekonomiska strukturerna i länet vägas in.

Utifrån det behov som framkommit avseende möjlighet till exempel planerade tablettavgiftningar skulle platsantalet kunna öka ytterligare för att motsvara det förväntade behovet. Idag har psykiatrin inte möjlighet att erbjuda planerade avgiftningar under sommaren utan enbart de som är i behov av akut karaktär skrivs in för vård.

Vårt förslag innebär att utöka dagens 13 vårdplatser till 15 alternativt 16 vårdplatser, vilket skulle medföra en personalförstärkning på två sjuksköterskor och eventuellt 1–2 behandlingsassistenter. Det motsvarar en kostnadsökning på 1,5–2 mkr/år. Eventuellt kan en anpassning av lokaler tillkomma (utifrån ökning av antalet vårdplatser), vilket vi inte beräknat någon kostnad för.

Vi ser vidare att om förslaget antas skulle avdelningen kunna ta emot patienter med ett tablettberoende som är orsakat av vårdensamt utöka sin samverkan mot kommunala insatser och ökad möjlighet att erbjuda planerade avgiftningar även sommartid. Förslaget innebär ökade möjligheter att individen erbjuds en mer "sömlös" vårdkedja gentemot primärvårdens uppdrag som första linjens insats.

Det är svårt att uppskatta kostnader för en utökad verksamhet och i synnerhet då det framför allt är svårrekryterat inom vissa yrkesgrupper. En specialistläkare för beroendeproblematik eller specialist inom psykiatri kostar 1 160 000 kr/år som fast anställd men tvingas man använda sig av stafettläkare blir kostnaden 3 300 000 kr/år. Eftersom länet redan idag har den lägsta specialistläkarbemanningen inom psykiatrin är det svårt att rymma detta uppdrag inom befintlig budget och verksamhet.

Samordnarfunktion

År 2018 tillsatte psykiatrin vid Sundsvalls sjukhus en projektbaserad samordnarfunktion som idag är knuten till avdelning 7. Funktionen tillkom då det uppmärksammats att missbruk och beroende är vanligt förekommande hos de patienter som söker psykiatrisk akutsjukvård. Vidare identifierades att en stor andel av de patienter som lades in inom slutenvård även hade en beroendeproblematik.

Det saknades en funktion som underlättade samverkan mellan region och kommun och många gånger klarade patienten inte att bibehålla kontakterna själva. Fokus var att identifiera de så kallade mångsökarna som lätt hamnade "mellan stolarna" hos de båda huvudmännen. Funktionen var initialt riktad till personer bosatta i Ånge, Sundsvall, Timrå och Härnösand. På grund av neddragningar av slutenvårdsplatser vid psykiatriska

mottagningarna i Sollefteå (2017) och Örnsköldsvik (2021) kom funktionen att från år 2021 bli länsövergripande. Funktionen är inte permanent utan finansieras via vakansmedel och eventuellt av statliga stimulansmedel.

Syftet med samordnarrollen har fram till idag varit att tidigt fånga upp personer, initiera insatser och arbeta tätt gentemot öppenvården. Det har skett genom att samordnaren dels är dessa patienters fasta vårdkontakt, dels har agerat brygga mellan olika samhällsinsatser samt sluten- och öppenvård i de fall där öppenvård är aktuell. Det är av vikt att samordnarfunktionen har kännedom om patientgruppen så att den kan arbeta fokuserat på det som rör den enskilde patienten, hjälpa till i kontakter med myndigheter och övriga insatser inom både primär- och specialistvård och i samverkan med kommunens socialtjänst.

Sekretessen mellan olika myndigheter kan ibland försvåra samverkan runt en patient. Samtidigt är sekretessen viktig som ett skydd för den enskilde. Med rätt kunskap om sekretessen kan det vara möjligt att samverka på ett bra sätt för patientens bästa. Det innebär i korthet att man behöver en persons samtycke för att utföra åtgärder och ett muntligt samtycke ska dokumenteras, till exempel om man behöver samverka kring en individ²⁰.

När det gäller samordnarfunktionen har vi genom intervjuer med socialtjänsterna i länet fått veta att funktionen är mycket uppskattad och den har underlättat samverkan och samplaneringen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården. Vi ser att nya arbetsuppgifter och arbetssätt skulle kunna ingå i funktionen, som att vara en spindel i nätet för planeringar av in- och utskrivningar från hela länet.

Vårt förslag är att funktionen permanentas och en förstärkning av en tjänst till inom samma funktion för att undvika sårbarheten när det endast finns en funktion. Vi ser att nya arbetsuppgifter och arbetssätt skulle kunna ingå i funktionen, som att vara en spindel i nätet för planeringar av in- och utskrivningar från hela länet. En permanentning och förstärkning av personalgruppen och funktionen innebär även att avdelning 7 kan arbeta för att ha öppet för abstinensbehandling även sommartid vilket skulle bidra till en ökad patientsäkerhet. På så sätt stärks förutsättningarna för socialtjänsten och specialistpsykiatri att samordna och samplanera utifrån ett personcentrerat arbetssätt.

Sammanfattning av kostnader för de förslag vi lagt

Resursförstärkning	Verksamhet	Ort i länet	Kostnad	Aktivitet
2 Sjuksköterskor	Avd.7/beroende	S-vall	> 1,1 mkr	Öka vpl -> 16
Ev. 1- 2 behandlingsassistenter			> 0,5-1 mkr	
1- 2 behandlingsassistenter	SPOT	Sollefteå	> 0,5-1 mkr	Stöd och behandling

²⁰ Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

1- 2 behandlingsassistenter	SPOT	Örnsköldsvik	> 0,5-1 mkr	Stöd och behandling
1 Specialistläkare	Beroende	S-vall	1,2-3,3 mkr	Konsultation gentemot PV och Kommun, planerade besök och akuta insatser dagtid.
4 behandlingsassistenter	SPOT	S-vall	2 mkr	
40% ssk, 40% usk, 20% inf.läk, ev. 20% socionom	Infektionskliniken	s-vall	0,8 mkr	
2 st Samordnarfunktioner	Avd.7/SPOT	Sundsvall Örnsköldsvik	>1mkr	Samordning och samplanering vid in- och utskrivning slutenvård
			Upp till 11,1 mkr	
På sikt utveckla	Beroende centrum	---	---	---
	Specialiserade HC	3 st	Har inte gjort någon uträkning – uppskattningsvis handlar det om 1-2 tjänster/HC ➤ 3 mkr	Ökad kompetens på beroendeområdet, mer förebyggande och uppföljande insatser, påsikt sprututbyte.
Om ansvaret över går från Kommun till Region	---	---	---	Samlat ansvar för vård och behandling

Figur 10 Uppskattade kostnader utifrån rådande löner

Sprututbytesverksamhet

Förslaget är att starta upp en sprututbytesverksamhet i liknande former som Region Jämtland/Härjedalen. Den uppskattade kostnaden för Region Västernorrland är drygt 800 000 kr/år med kuratorsresurs och knappt 700 000 kr/år utan kuratorsresurs. I gengäld skulle inneliggande vård och behandling i stor utsträckning kunna undvikas för flera i aktuell målgrupp.

Vårt förslag bygger på att utgå från Jämtland-Härjedalens koncept, vilket innebär att förlägga uppdraget på infektionskliniken. Det är ett effektivt sätt att minimera riskerna för svåra infektioner och hindra blodsmitta. I en förlängning bör denna funktion flyttas ut till vissa hälsocentraler med särskilt uppdrag för att underlätta för den aktuella målgruppen (se tidigare beskrivning ovan).

Medicinska test/provtagning/snabb test/

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska använda medicinska test i syfte att vid misstanke underlätta val av åtgärd och kunna följa utfallet av de åtgärder klienten eller patienten har fått. Testen kan användas för identifiering av problem och för att återkoppla resultatet till klienten eller patienten. Under behandling kan test även användas för att följa förändring under behandlingen och vid uppföljning efter att behandlingen är avslutad.

Ett test som hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan använda är snabbtest, så kallade *patientnära drogtest med urinprov* vid misstanke om pågående eller nyligt intag av

narkotika. I riktlinjerna beskrivs att provtagning för narkotikaanalys ska ske under kvalitetssäkrade förhållanden och laboratorieanalyser bör skickas till ett ackrediterat laboratorium. Patientnära drogtester (snabbtest) kan användas men är inte tillräckligt tillförlitliga på grund av att avläsning av testerna sker med blotta ögat, vilket innebär större osäkerhet.

Inom regionen får man inte tvinga eller villkora krav på tester till exempel urinprov men det kan vara avgörande i val av läkemedel på grund av medicinska ställningstaganden och medicinska risker. Socialtjänsten får inte heller villkora insatser med motprestation och inte heller kräva provtagning av en person som är aktuell för insatser. Däremot om personen samtycker till att lämna utandningsprov eller urinprov finns inget hinder mot att sådant prov tas som ett led i en rehabilitering eller i en utredning.

Idag genomför merparten av länets kommuner så kallade patientnära drogtester med urinprov. Det innebär att det finns medarbetare inom bland annat öppenvården som genomför dessa tester, ofta på uppdrag från socialsekreterare. Huruvida provtagningen sker under kvalitetssäkra förhållanden enligt bestämmelserna framgår inte. För socialtjänstens del finns ingen lagtext i socialtjänstlagen som säger att socialtjänsten är den aktör som ska utföra urin och/eller blodprov (se vidare bilaga 3).

Om en person har lämnat ett urinprov och det visar på narkotika kan det medföra konsekvenser för denne när det gäller exempelvis bedömning och beviljande av biståndsinsatser såsom val av behandling och vid vårdnadsärenden. Snabbtest innefattar en osäkerhet när det kommer till provsvar vilket innebär att säkra provtagningsmetoder ett krav i dessa sammanhang²¹.

För att säkerställa att de provtagningsmetoder som personen genomgår är kvalitetssäkrad, det vill säga att de rutiner som finns gällande medicinska test och provtagning följs, är vårt förslag att medicinska tester ska genomföras inom hälso- och sjukvården, inte inom socialtjänsten. De tester som ska genomföras ska ha ett tydligt syfte, exempelvis att testet ska användas för identifiering av problem och för att återkoppla resultatet till klienten eller patienten alternativt under behandling där testet kan användas för att följa förändring under behandlingen och vid uppföljning efter att behandlingen är avslutad.

Spel om pengar

Av utredningens resultat framkommer att det finns ett stort utvecklings- och förbättringsbehov hos båda huvudmännen men framför allt för regionens verksamheter när det gäller området spel om pengar. Hälso- och sjukvården i regionen har idag ingen systematisk screening- eller bedömningsinstrument eller behandling för behovsgruppen. Problemspelande uppmärksammas oftast inom vården i de fall där det leder till andra symtom som stress, ångest och depression. Därför behöver utbudet av psykosocial behandling för spel utökas och även inkludera screening och bedömningsinstrument. Det gäller både primär – och specialistvården i länet.

²¹ <https://www.jo.se/sv/Sok/?searchType=decision&query=Missbruk&cc=27%2c119>

I första hand föreslår vi att kompetens och kunskap gällande spel om pengar behöver höjas inom primär- och specialistvården samt de verksamheter inom kommunen som arbetar med skuldsanering, ekonomiskt bistånd och familjeärenden. Främst handlar det om screening- och bedömningsinstrument samt behandlingsinsatser (medicinska och/eller psykosociala) som rekommenderas. Att identifiera ett eventuellt problemspelande ska genomföras både inom primärvård och socialtjänst.

I de fall där hälso- och sjukvård bedömer att personen uppfyller kriterier för en diagnos, så ska hälso- och sjukvården bedöma behovet för eventuella behandlingsinsatser. I första hand primärvårdsinsatser och i de fall problematiken efter långvarigt spelberoende övergår i allvarigare tillstånd som svårare depression, ångest och suicidtankar så övergår vård och behandling till specialistpsykiatri.

Det som bör erbjudas är kombinationen KBT med inriktning spel om pengar och motiverande samtal (MI) till personer som har särskilt behov av motivationshöjande insats. Sjukvård och socialtjänst är sedan den 1 januari 2018 skyldiga att erbjuda utredning och behandling. Ett gemensamt ansvar är att informera och motivera till att själv söka hjälp genom olika stödlinjer, spelpauser med mera som finns på internet.

Om det framkommer i kontakt med vården att personen har behov av stödjande insatser från socialtjänsten (såsom skuldsanering, ekonomiskt bistånd) ska en SIP upprättas. Om barn finns i familjen ska även en bedömning gällande orosanmälan av barn beaktas. Därför förordas gemensamma utbildningar även i SIP.

Alkomätare Preact

Som ett led i att utveckla utbudet av insatser inom öppenvården och förebygga externa placeringar föreslår vi en plats obunden nykterhetskontroll som kallas för Preact. Det kan ses som ett stöd att hjälpa personer med alkoholberoende att hålla sig nyktra²². Det är ett komplement till behandling för motiverade klienter att vidmakthålla sin nykterhet efter behandling, i öppenvårdsbehandling och i väntan på behandlingsinsats. Kostnaden ligger på ca 3 000kr/person i månaden. Preact används i fyra av länets kommuner med gott resultat.

Vårt förslag är att följa utvecklingen av Preact och på sikt utöka användningen i länet och även inkludera primärvården.

Missbruk eller beroende av dopningspreparat

När det gäller egenvård finns det idag olika nationella hjälplinjer för både stöd och rådgivning som är kopplade till de stora sjukvårdsområdena. Här är det viktigt att information om denna form av egenvård blir tillgänglig hos huvudmännen, endera i samtal

²² Produkten består av en alkoholmätare, en mobiltelefon med applikation samt en vårdgivarportal. Personen som använder produkten genomför nykterhetstest genom att starta applikationen i mobilen och gör därefter ett utandningsprov. Under tiden provet genomförs tar personen ett kort på sig själv för att säkerställa att det är hen som genomför provet. Provsvaret visas direkt i applikationen i mobilen och skickas därefter till en vårdportal där personens handläggare kan ta del av resultatet. Uppsala kommun har varit med och testat Preact i sin öppenvård inom missbruksområdet under 2016 – 2017. Resultat från testperioden visar att Preact fungerar för personer som är i sysselsättning, som har det ordnat kring sig, som har svårt att komma till provtagning, som inte vill ha hembesök, med biverkning av läkemedel (till exempel antabus) och personer till exempel föräldrar som vill visa att de inte dricker.

eller i information som sätts upp i väntrum. Även elevhälsa, ungdomsmottagningar och BUP är viktiga aktörer när det kommer till att sprida informationen till unga.

När det gäller insatser såsom behandling och stöd bör de läggas upp utifrån personens aktuella problem men även eventuella sociala problem bör beaktas och identifieras. Inom exempelvis hälso- och sjukvården i region Örebro finns erfarenhet av att arbeta med dopningsfrågor både ur patient – och samverkansperspektiv.

Vårt förslag är att som ett första led utveckla ett samarbete mellan regionerna när det gäller öppenvård för personer med AAS missbruk eller beroende. Där ska hela behandlingsförloppet och vem som ansvarar för vad tydliggöras.

Nästa steg är att identifiera och uppmärksamma att en person har ett missbruk eller beroende av AAS. Genom att tillhandahålla utbildningar inom dopningsområdet som syftar till att identifiera och uppmärksamma skulle kunskap och kompetens kunna öka både generellt och specifikt hos medarbetare inom primär- och specialistvård²³, ungdomsmottagningar och socialtjänst. Det skulle kunna leda till att medarbetarna stärks i att våga ställa frågor kring dopning.

Vi ser med fördel att dessa utbildningar genomförs i samarbete med exempelvis Krafttag och de gymnasier som är kopplade till det nätverket. Det skulle också innebära möjligheter till att skapa samverkansarenor mellan dessa aktörer, som i slutändan kommer personen med missbruk till gagn.

Vidare föreslår vi att en hälsocentral inom varje sjukvårdsområde i länet får uppdraget att vara länets ingång till vård för personer med AAS-relaterade problem för att öka incitamenten att ställa frågor om det.

Behandlingslinjer inom området missbruk och beroendområdet

Inom regionen finns en behandlingslinje²⁴ (Alkohol riskbruk/skadligt bruk/beroende hos vuxna) som stöd till patienter och vårdgivarens olika vårdnivåer. Det är den enda behandlingslinje som tar upp substansmissbruk eller beroende. Vi ser behov av att utveckla fler behandlingslinjer inom området missbruk beroende och där även inkludera problemspelande och spelberoende, avseende behandlingsinsatser som inte är av medicinsk och akut karaktär. I dessa behandlingslinjer behöver nivå och vårdgivare specificeras tydligare. Kunskapsnivån behöver breddas och även uppmärksamheten för beroendeproblematiken på till exempel mödravården, ungdomsmottagningar, primärvården, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Vårt förslag är att utveckla fler behandlingslinjer inom ramen för det länsgemensamma arbetet.

²³ Här inräknas även medarbetare inom MVC och BVC.

²⁴ Behandlingslinjerna som är framtagna inom regionen bygger på bästa tillgängliga kunskap och visar ansvarsfördelningen mellan egenvård, primärvård och specialistvård, och i enstaka fall också med kommunerna. (<https://www.rvn.se/sv/For-vardgivare/Behandlingslinjer/>)

Kompetenshöjande insatser

För att stödja personer med missbruk och beroende krävs insatser både på individ-, nätverks- och samhällsnivå. Samverkan mellan olika aktörer, som exempelvis socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård förutsätts för att det ska vara framgångsrikt och kunna bidra till ökad livskvalité och möjlighet till ett drogfritt liv. Kartläggningen visar ett behov av att höja kompetens om och kunskap kring missbruk och beroendområdet på flera nivåer. Till exempel framkommer att kunskapen i att identifiera och diagnostisera skadligt bruk och missbruk behöver öka inom såväl primärvård som specialistvård.

Vårt förslag innebär att båda huvudmännen gemensamt satsar på kompetenshöjande insatser som är rekommenderade för de medarbetare som arbetar direkt eller indirekt med målgruppen och dess anhöriga och närstående. Att skapa gemensamma utbildningsarenor underlättar för medarbetare att knyta kontakter med varandra vilket också bidrar till att höja kunskapsnivån både inom och mellan arbetsplatser och verksamheter. Det blir dessutom en bättre kontinuitet avseende insatserna eftersom det ibland kan vara svårt att särskilja stöd och behandling.

Vidare ser vi att samverkan gällande kompetenshöjande insatser förutom huvudmännen även inkluderar exempelvis Länsstyrelsen, som har uppdrag inom både spelområdet och Våld i Nära relation (där missbruk är vanligt förekommande). De utbildningar som genomförs ska ingå i ett årshjul för gemensam kompetensförsörjning inom området. Här ska även kunskapsdagar gällande de nationella riktlinjerna till stöd för prioritet och för behandling och Nationella Vård och insatsprogrammen (VIP) ingå. Även den kommande Yrkesresan som är framtagen av SKR och riktar sig till personal i socialtjänsten som verkar inom missbruksområdet, kan sannolikt bli en del av kompetenshjulet.

Finansiering av kompetensutvecklingen sker via de länsgemensamma medel gällande samsjuklighet som inryms i den nationella satsningen Psykisk hälsa.

Nedan följer några exempel på utbildningar som bör ingå:

Utbildning	Kostnad utan moms	Antal deltagare/tillfälle	För vilken funktion Utredande Behandlande Stödjande	Hur ofta	Genomförande Fysiskt Online
Case management Strength Modell	250 000kr	22st	Stödjande Behandlande funktion	Vart annat år	Fysiskt
Återfallsprevention	45 000kr	20st	Behandlande Stödjande	Vart annat år	Online
CRA		Enskilt/grupp	Behandlande	Vart annat år	Fysiskt
ASI	65 000kr ➤ 6000kr	20st i grupp Enskilt	Utredande	Vid behov	Online + Fysiskt
HAP	Saknas prisuppgift	8-10st	Stödjande Behandlande	Vid behov	Online Fysiskt
MI	Ca 800kr/deltagare		Samtliga	Vid behov	Fysiskt

Tabell 1 beskriver kostnaden för respektive utbildning under år 2020–2021 och är hämtade från de offerter som kursansvariga för respektive kurs har angett.

Samverkanslösningar



Insatser i form av vård, behandling och stöd för personer med missbruk och beroende av substanser, spel om pengar och samsjuklighet utgör ett gemensamt ansvar och uppdrag för kommunens socialtjänst och regionens hälso- och sjukvård. Det som framkommit genom kartläggningen visar att ansvar och uppdrag upplevs otydligt för professionen inom socialtjänst och primär- och specialistvården och närliggande samverkansparter såsom skolan. Sammanhållna insatser innebär nya organisatoriska utmaningar då personer med missbruk eller beroende ofta behöver olika insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård parallellt.

Samtidigt har dessa organisationer kommit att bli alltmer organisatoriskt specialiserade och fragmentiserade och har avgränsningar i form av verksamhetsområden, uppdrag och arbetsuppgifter. Organisationernas avgränsningar, mandat och ansvarsområden kan antas försvåra tillämpningen av en personcentrerad vård och behandling och därmed även långsiktiga samordnade insatser från flera huvudmän.

Från nationell nivå (SKR med flera) förordas i allt högre utsträckning en utveckling av god och nära vård som ska vara personcentrerad och sömlös. Det är ett arbete som anammats av länets kommuner och regionen och genomförs gemensamt i länet idag²⁵.

²⁵ God och nära vård beskrivs enklast som ett övergripande mål som sker inom hälso- och sjukvården och kommunerna. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Reformen och den ekonomiska satsningen har bland annat i syfte att utveckla samordning inom eller mellan vårdgivare, förbättra tillgängligheten för medborgarna, införa patientkontrakt för att säkerställa att patienter får den vård de har behov av, öka kontinuitet och delaktighet för patienter och närstående samt arbeta hälsofrämjande och förebyggande (ref).

Några faktorer som beskrivs som framgångsrika för att skapa en personcentrerad vård som är sömlös är intern och extern samordning och samplanering inom och mellan hälso- och sjukvård och kommun. Det är faktorer som verksamheter inom länets socialtjänster och regionens primär- och specialistvård beskriver inte fungerar bra, varken inom den egna organisationen eller mellan organisationerna. Det trots att verktyg såsom SIP finns och ska bidra till att underlätta för just samplanering och samordning.

En faktor som beskrivs som hindrande är den otydliga gränsdragningen för ansvar mellan primär- och specialistvård och kommun. En annan faktor, som också tillhör samverkans delen, är avsaknaden av en länsövergripande beroendeverksamhet dit både personer med blandmissbruk, samsjuklighet samt spel om pengar och professionen kan vända sig och få hjälp. En tredje faktor är avsaknaden av en verksamhet där det finns en samlad kunskap inom området²⁶.

Nedan följer våra förslag på utvecklings- och förbättringsområden som har sin utgångspunkt i god och nära-vårdarbetets tankar gällande personcentrerad vård och samsjuklighetsutredningens inriktningsförslag.

Utveckla användningen av SIP

För att skapa trygghet och en ökad tillit behövs en fungerande samverkan för brukare och patient och dess närstående. Ett samarbete förenklar och blir tydliggörande för vilka olika insatser som ges av kommunen eller regionen. En samordnad individuell plan (SIP) ska alltid upprättas tillsammans med den person som har behov av de gemensamma insatserna och gärna med dennes närstående, där kan även brukarens eller patientens egna resurser tas tillvara. Planen ska vara tydlig i fråga om vem som gör vad och när insatser ska göras. Gemensamt arbete kring SIP är ett viktigt verktyg för personer som är i behov av insatser från båda huvudmännen för att insatsprocesser ska kunna ske parallellt och samordnat. Här finns ett stort förbättringsområde för personer med ett missbruk och beroendeproblematik. Förslaget är gemensamma utbildningar mellan de verksamheter som arbetar närmast de målgrupper som ingått i kartläggningen ska genomföras kontinuerligt. På så sätt stärks förutsättningarna för socialtjänsten, primär- och specialistvården och personen det berör att samordna och samplanera utifrån ett personcentrerat arbetssätt.

²⁶ Det här är något som även polisen lyfter fram.

Samordning och samplanering

Regionala samordnare inom området

Under arbetet med att se över samverkanslösningar har vi varit i kontakt med region Kalmar. Regionen har en liknade demografi som Västernorrland och deras samverkansstruktur mellan region och kommun liknar den vi har i vårt län. En framgångsfaktor när det gäller samverkan som region Kalmar lyfter är att de har en utvecklingsledare med länsuppdrag från både kommun och region för gruppen med missbruk och psykisk ohälsa. Dessa två utvecklingsledare arbetar med att bygga nätverk mellan verksamheterna och huvudmännens tjänstemän och sprider information och förankrar kunskapsstyrningen hos de båda huvudmännen.

I Västernorrland har kommunerna sedan år 2015 egna utvecklingssamordnare inom flera av socialtjänstens verksamhetsfält, så även missbruk/beroende och psykisk hälsa. Dessa funktioner finansieras av kommunerna.

Förslaget är att region Västernorrland inrättar liknande funktion inom regionen med ett regionalt ansvar för området missbruk/beroende och psykisk hälsa. På så sätt kan de satsningar som regionen och länets kommuner väljer att ta sig an gemensamt inom länet stödjas och förutsättningarna, för exempelvis implementeringsarbeten både på regional och lokal nivå, stärkas.

Revidering och implementering av länsöverenskommelser och samverkansrutiner

Personer med missbruksproblematik upplever sig ofta tillhöra en stigmatiserad grupp och beskriver att det finns barriärer i mötet med vård och socialtjänst, vilket leder till att missbruksvården inte når alla som skulle behöva vård och stöd. Kommun och region ska enligt ett antal olika lagstiftningar upprätta överenskommelser kring samordning och samplanering mellan huvudmännen. Sällan beskriver dessa dokument hur det ska gå till i praktiken och vad som händer ifall något avviker från det som huvudmännen kommit överens om.

Inom länet har det framtagits ett antal överenskommelser och riktlinjer som dels berör området missbruk och beroende direkt, dels berör området indirekt. Det som har framkommit under arbetet med uppdragsdirektivet är att merparten av de överenskommelser som skrivs inte får fäste i praktiken. Det gör att personer riskerar att hamna mellan stolarna och inte få den vård och stödinsatser de behöver.

Länsgemensam samverkan vid LVM (2016)

Implementeringsarbetet med den länsgemensamma samverkan vid LVM har varit ojämn och under utredningsdirektivets kartläggning framkommer att det material som tagits fram inte är känd inom flertalet av primär- och specialistvårdens verksamheter. Däremot framkommer att de verksamheter inom socialtjänsten som arbetar med handläggning av LVM-ärenden är väl medvetna om att materialet finns.

Socialtjänsten påtalar att materialets processbeskrivning inte är känd hos polis, primär- och specialistvård och därför inte fungerar som beskrivet. En av de delar som behöver tydliggöras är när vården inleds på sjukhus.

En annan del i processen innefattar transport av polisen till närmaste sjukinrättning. Här behöver förtydliganden göras gällande bland annat samverkan och hänsyn till den enskildes behov.

Förslaget är att revidera nuvarande samverkansunderlag. Här ska även polisen vara delaktig. Därefter genomförs ett implementeringsarbete där aktuella verksamheter utser en ansvarig som håller i det arbetet och återkopplar till beredningsgruppen hur arbetet fortskrider.

Samverkansrutin mellan landsting och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i sluten hälso- och sjukvård - Kommunikation, informationsöverföring och planering med stöd av IT-systemet Prator (2018)

Under kartläggningen har det framkommit att samverkansrutinen inte är känd inom de verksamheter inom socialtjänstens som arbetar inom missbruk och beroende området. Det råder otydlighet kring om i så fall när och hur samverkansrutinen ska användas. Utifrån att området missbruk och beroende inte "hör hemma" någonstans inom regionen, finns risken att en mottagande part saknas, vilket kan medföra att en fast vårdkontakt blir en otydlig uppgift.

Förslaget är att revidera och tydliggöra hur samverkansrutinen ska se ut när det kommer till dels personer med missbruk eller beroende av substanser eller spel, dels personer med samsjuklighet. Vidare ska den samverkansrutinen som tas fram ska även skrivas in i den länsgemensamma överenskommelsen inom missbruk och beroendeområdet. Särskild beaktning gällande vårdplaneringar med RPK ska tas, eftersom de inte har kommunikationsplattformen PRATOR

Länsöverenskommelsen missbruk

Nuvarande länsöverenskommelse inom området missbruk och beroende behöver revideras och området spel om pengar behöver tilläggas. Arbetet kan emellertid inte komma i gång förrän Social ReKo diskuterat och tagit ställning till förslagen i denna rapport.

Bifynd

Under arbetet med uppdragsdirektivet har vi hittat bifynd som vi i kartläggningen inte undersökt närmare. Däremot tycker vi att det är av relevans att ta upp dessa delar, framför allt för arbetsgivaren, för att kunna arbeta vidare med det egna utvecklingsarbetet.

- Drygt en fjärdedel av de tillfrågade inom hälso- och sjukvården har någon kollega som visar tecken på riskbruk/missbruk.
- Regionhälsan har få antal anställda som fått eller sökt hjälp för en beroendeproblematik. Den diskrepansen skulle vara av nytta att se över för medarbetare inom regionen.
- Det har också framkommit ett obehag att sätta beroendediagnoser då patienter återkommit i bland annat försäkringsärenden där patienten läst detta i sin journal och blivit hotfulla och ifrågasatt läkaren.
- Underdiagnostisering av patienter leder till att data rörande antalet personer och vårdtillfällen kopplat till missbruk och beroende är osäkra.

- I landet pågår en diskussion gällande pandemins påverkan inom missbruksområdet. Detta bör vara av intresse att följa upp både lokalt, regionalt och nationellt.

Referenslista

Fredriksson, A (2021) "Stärkt barn- och föräldraperspektiv - Kartläggning av missbruks- och beroendevården i Västernorrland" Rapport 199; CAN; ISBN 978-91-7278-325-6

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av barn.

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Läkartidningen. 2018,115: E77S, Läkartidningen 42/2018, Lakartidningen.se 2018-10-16

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2015) Missar vi målet med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: TMG Sthlm; Rapport 2016:2 2015; ISBN 978-91-87213-55-7

Socialstyrelsen (2004) Meddelandeblad: Narkotikatester av urin inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen (2015) Vård och stöd vid missbruk och beroende - stöd för styrning och ledning. Falun; Edita Bobergs AB; artikelnummer: 2015-4-2; ISBN: 978-91-7555-294-1

Socialstyrelsen (2019) Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik; artikelnummer: 2019-11-6481

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Socialtjänstlagen (2001:453)

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

Länkar

<https://www.rvn.se/contentassets/42cdb974dcb54aa6967aea6d1b6aa9ab/overenskommel-se-missbruk-och-beroende-antagen--2014-02-19.pdf>

<https://www.jo.se/sv/Sok/?searchType=decision&query=Missbruk&cc=27%2c119>

<https://www.uppsala.se/contentassets/9dc990a986f847e1885d70e14190d105/9-scn-platsobunden-nykterhetskontroll.pdf>

<http://www.kunskapsguiden.se/missbruk/teman/spelproblem/Sidor/Utreddning-och-bedomning.aspx>

<https://www.can.se/publikationer/starkt-barn-och-foraldraperspektiv-kartlaggning-av-missbruks-och-beroendevarden-i-vasternorrland/>

Bilaga 1

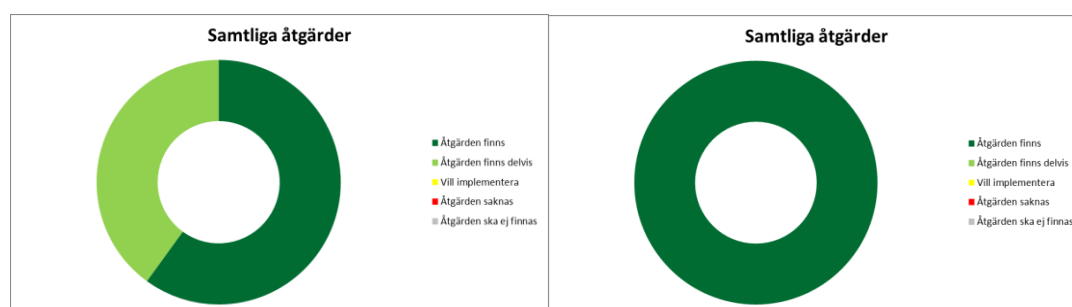
Resultat GAP- analyser år 2014 och 2021

Nedan följer en beskrivning av användning av Socialstyrelsens rekommenderade metoder och insatser inom missbruk och beroendområdet förändrats mellan år 2014 och år 2021. En skillnad är att vid revideringen av riktlinjerna år 2015 tillkom området barn och unga, anhöriga/närstående, arbete/sysselsättning och boende. Det gör att dessa områden redovisas utifrån hur det ser ut år 2021

Bedömningsinstrument vuxna

År 2014

År 2021



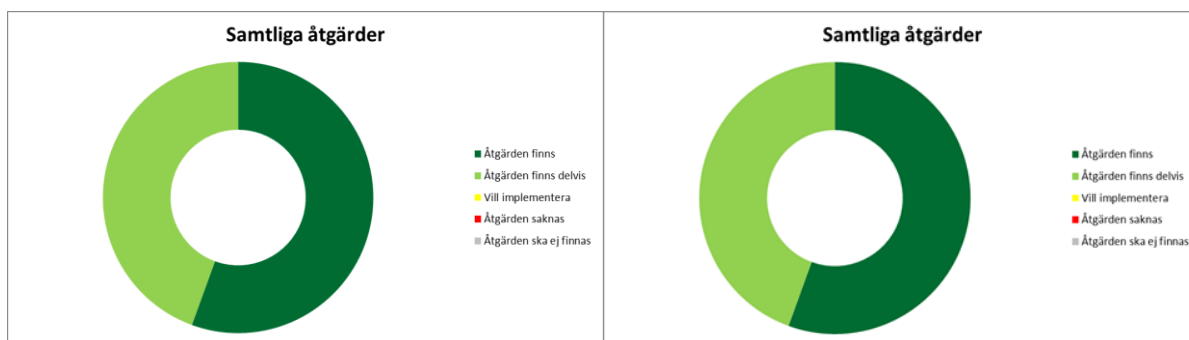
Rekomendationer	2014	2021
Audit	Instrumentet används i dag i nom flera av landstingets - Primärvårdens samt socialtjänstens verksamheter. Användandet bör öka än mer.	Instrumentet används i dag inom flera av regionens specialist - och primärvårdsverksamheter. Används inom samtliga socialtjänster i länet.
Dudit	Instrumentet används inom begränsade delar av landstingets- och socialtjänstens verksamheter ex: öppenvården och vuxenpsykiatrin Används inte inom Primärvården.	Används inom vuxenpsykiatrins verksamhet och primärvården användningsområdet kan utökas. Samtliga socialtjänster använder dudit.
Scid-1	Instrumentet bör användas än mer och även införas inom Primärvården. Används inom landstingets psykiatriverksamhet. Användandet skulle kunna öka inom landstinget.	Används till viss del inom regionens vuxenpsykiatri verksamhet samt Primärvården . Högre prio nu - behöver satsning
Mini	Används inom landstingets psykiatriverksamhet. Användandet skulle kunna öka inom landstinget.	Används inom regionens vuxenpsykiatri verksamhet. Används till viss del inom primärvårdens verksamhet (PV). Högre prio nu behöver satsning
ASI	Används av socialtjänsten i 4 av länets kommuner. Används inte inom landstinget eller primärvården förutom inom vuxenpsykiatrin i en kommun	Används av samtliga kommuner både vad gäller alkohol och narkotika. Används inte inom regionens verksamheter.

ADDIS ²⁷ (tillkom efter rev.2015)	Ingen av länets socialtjänster eller verksamheter inom regionen använder ADDIS.
---	---

Medicinska test (alkohol och narkotika)

År 2014

År 2021



Rekommendationer	2014	2021
Pågående intag av alkohol instrument baserad på bränslecells- eller IR detektor för att upptäcka pågående intag av alkohol.	Test som genomförs inom landstingets verksamheter Test som genomförs inom socialtjänstens verksamheter i kommunerna	Test som genomförs inom regionens verksamheter Test som genomförs inom socialtjänstens verksamheter i kommunerna
Nyligt intag av alkohol EtG och EtS i blod och urin för att upptäcka nyligen intag av alkohol"	Prover genomförs inom landstingets verksamheter. Prover genomförs inte inom länets socialtjänster.	Prover genomförs inom regionens verksamheter. Prover genomförs inte inom länets socialtjänster.
Nyligt intag av alkohol Använda mätning av alkoholhalten i urin"	Mätningen genomförs inom landstingets verksamheter. Prover genomförs inte inom länets socialtjänster.	Mätningen genomförs inom regionens verksamheter. Prover genomförs inte inom länets socialtjänster.
Långvarigt högt intag av alkohol Användning av mätning av CDT.	Mätningen genomförs inom landstingets verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.	Mätningen genomförs inom regionens verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.
Långvarigt högt intag av alkohol Användning av mätning av Peth.	Mätningen genomförs inom landstingets verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.	Mätningen genomförs inom regionens verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.
"Långvarigt högt intag av alkohol Användning av mätning av GT i blodprov"	Mätningen genomförs inom landstingets verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.	Mätningen genomförs inom regionens verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.
"Långvarigt högt intag av alkohol Användning av mätning av ASAT och ALAT i blodprov.	Mätningen genomförs inom landstingets verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.	Mätningen genomförs inom regionens verksamheter. Mätningen genomförs inte inom länets socialtjänster.
"Pågående eller nyligen intag av narkotika Urinprov	Provet används inom hälso- och sjukvården där det finns utarbetade rutiner för drogscreening. Används av akutvården, barn- och vuxen psykiatri, primärvården samt beroendeenhet.	Provet används inom hälso- och sjukvården där det finns utarbetade rutiner för drogscreening. Används av akutvården, barn- och vuxen psykiatri och primärvården. Användandet av provet ser olika ut inom socialtjänsten i kommunerna.

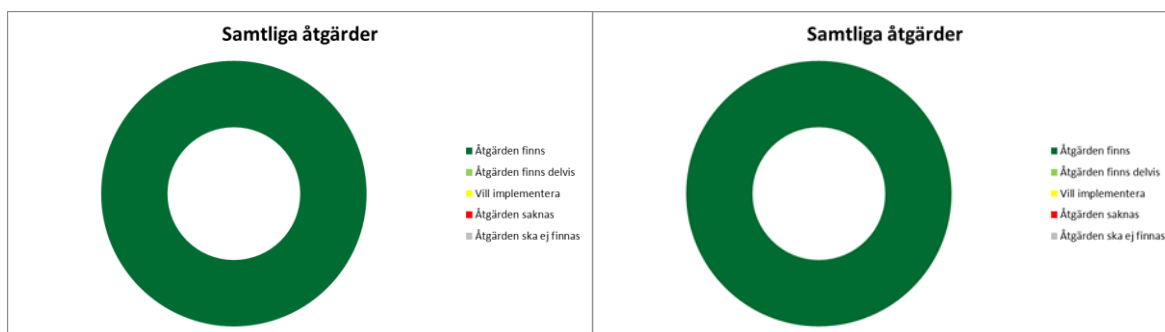
²⁷ Ett bedömningsinstrument som tillkommit i rekommendationerna och har prioritet 3. Instrumentet finns utvecklat både för vuxna och unga och ger underlag för diagnostik.

	Användandet av provet ser olika ut inom socialtjänsten i kommunerna.	
Pågående eller nyligen intag av narkotika Patientnära drogtest med urinprov.	Används inom sex av länets sju socialtjänster	Används inom fem av länets sju socialtjänster.

Läkemedelsbehandling - alkohol

År 2014

År 2021



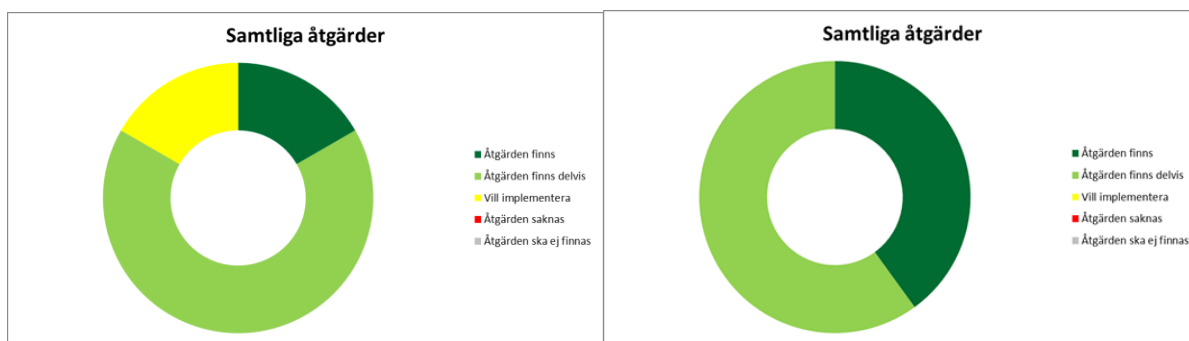
Rekommendationer	2014	2021
Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens - behandla personer med alkoholabstinens med bensodiazepiner	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens- behandla personer med svår alkoholabstinens med bensodiazepiner eller klometiazol	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens - behandla personer med alkoholabstinens med klometiazol eller karbamazepin	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens - behandla personer med alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens med klometiazol	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende behandla personer med alkoholberoende med disulfirma (Antabus)	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende behandla personer med alkoholberoende med akamprosat (Campral)	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende behandla personer med alkoholberoende med naltrexon (peroralt)	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende behandla personer med alkoholberoende med nalmefen	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna

Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende behandla personer med alkoholberoende med topiramat	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende behandla personer med alkoholberoende med bakoflen	Vuxenpsykiatri, Primärvården och Beroendeenheten följer rekommendationerna	Sjukvården följer rekommendationerna

Psykosociala behandling alkohol

År 2014

År 2021

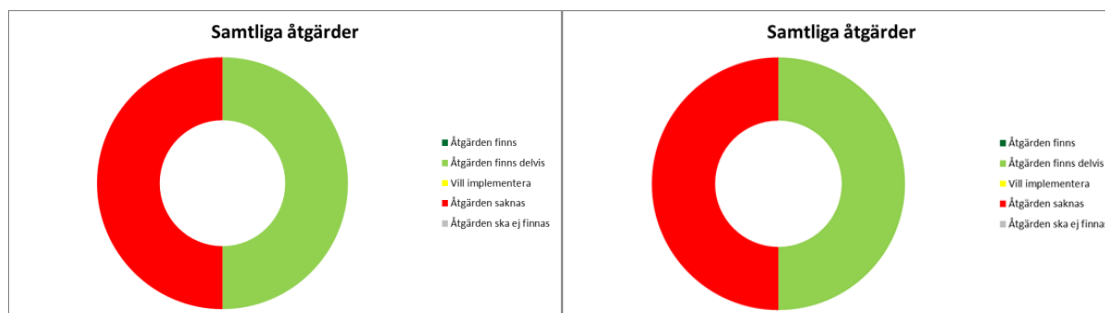


Rekommendationer	2014	2021
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol motivationshöjande behandling (MET).	Används inte i länet idag-bör införas	Finns i 4 av 7 kommuner – inte inom regionen
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol kognitiv beteendeterapi (KBT)	"Utbildad KBT-personal (utifrån krav som nämns i riktlinjerna) finns inom primärvården och psykiatri. Används dock inte inom missbruks och beroendområdet Metoden bedrivs inte inom kommunens regi.	Utbildad KBT-personal (utifrån krav som nämns i riktlinjerna) finns inom primärvården och psykiatri. Används dock inte inom missbruks och beroendområdet Metoden bedrivs inom X av länets socialtjänster. Utbildad enligt krav ?
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol community reinforcement approach (CRA)	1 av 7 socialtjänster i länet erbjuder behandlingen. Erbjuds inte inom Landstinget eller Primärvården	4 av 7 socialtjänster erbjuder behandlingen Erbjuds inte av verksamheter inom regionen
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol 12-stegsbehandling	Behandlingen erbjuds i 5 av länets socialtjänster (både i egen regi och via upphandling av öppenvårdsplatser) Behandlingen erbjuds inte inom Landstinget eller Primärvårdens verksamheter	Behandlingen erbjuds i 6 av 7 kommunernas socialtjänster. Behandlingen erbjuds inte inom regionen eller Primärvårdens verksamheter
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol Erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol psykodynamisk eller interaktionell terapi	Erbjuds inom landstinget. Utbildning av interaktionell terapi kommer genomföras under året för personal inom psykiatri	Erbjuds inom regionen.

Bensodiazepiner

År 2014

År 2021

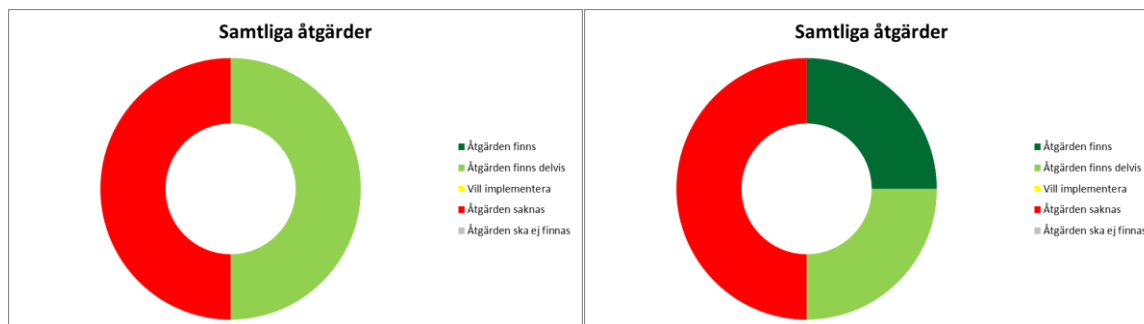


Rekommendationer	2014	2021
Nedtrappning med eller utan tillägg av KBT Erbjuda personer med långvarigt bruk av benzodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig nedtrappning av bensodiazepin	Landstinget erbjuder delvis nedtrappning av bensodiazepiner. Finns flera behovsgrupper som har behov av olika former av nedtrappning.	Regionen erbjuder delvis nedtrappning av bensodiazepiner. Finns flera behovsgrupper som har behov av olika former av nedtrappning.
Nedtrappning med eller utan tillägg av KBT Erbjuda personer med långvarigt bruk av benzodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig nedtrappning av bensodiazepin med tillägg av kognitiv beteendeterapi	Landstinget erbjuder inte nedtrappning av bensodiazepiner med tillägg av kognitiv beteendeterapi	Regionen erbjuder inte nedtrappning av bensodiazepiner med tillägg av kognitiv beteendeterapi

Cannabis

År 2014

År 2021



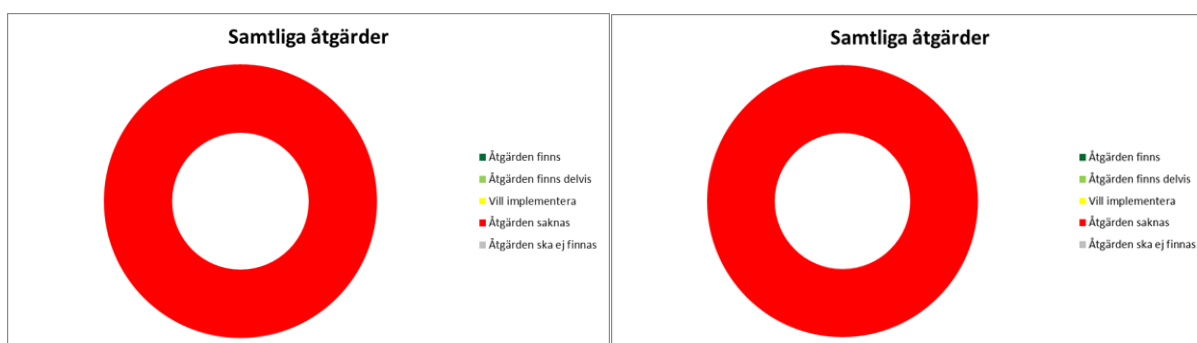
Rekommendation	2014	2021
Psykosocial behandling av missbruk eller beroende av cannabis erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis KBT	Utbildad personal inom KBT finns inom landstinget (psykiatrin) samt primärvården. Behov av att rikta samt utveckla arbetssätt samt behandlingsmetoden mot missbruksområdet. Erbjuds inte inom länets socialtjänster	
Psykosocial behandling av missbruk eller beroende av cannabis erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis HAP	Behandlingsmetoden erbjuds inom länets socialtjänster. Behandlingsmetoden erbjuds inte inom landstinget eller primärvården.	

Psykosocial behandling av missbruk eller beroende av cannabis Erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis MI"	Det finns MI- utbildad personal inom landstinget, primärvården och länets socialtjänster. Bör utvecklas mer inom missbruk och beroendområdet för att nå målgruppen	Används inom regionens LARO verksamhet, det finns MI- utbildad personal inom regionen, primärvården och länets socialtjänst. Bör utvecklas mer inom missbruk och beroendområdet för att nå målgruppen
Psykosocial behandling av missbruk eller beroende av cannabis erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis COM förstärkningsmetod som tillägg till KBT	Förstärkningsmetoden CoM erbjuds inte inom landstingets-, primärvårdens eller länets socialtjänsters verksamheter.	Förstärkningsmetoden CoM erbjuds inte inom regionens-, primärvårdens eller kommunernas verksamheter.

Läkemedelsbehandling - centralstimulantia

År 2014

År 2021



Rekommendation	2014	2021
Läkemedelsbehandling vid centralstimulantiaberoende Behandla personer med amfetaminberoende med naltrexon.	Erbjuds inte inom landstingets verksamheter ²⁸	Erbjuds inte inom regionens verksamheter
Läkemedelsbehandling vid centralstimulantiaberoende behandla personer med enbart kokainberoende med antidepressiva läkemedel för kokainberoende	Erbjuds inte inom landstingets verksamheter ²⁹	Erbjuds inte inom regionens verksamheter

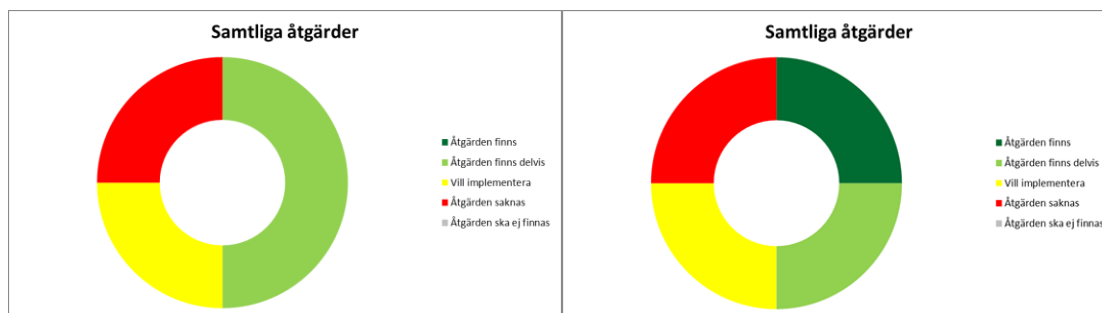
²⁸ Det finns ingen kännedom i gruppen om hur det ser ut i länet i dagsläget, det finns ingen riktig struktur på det. Behandlingsformen är okänd

²⁹ Det finns ingen kännedom i gruppen om hur det ser ut i länet i dagsläget, det finns ingen riktig struktur på det. Behandlingsformen är okänd

Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat

År 2014

År 2021

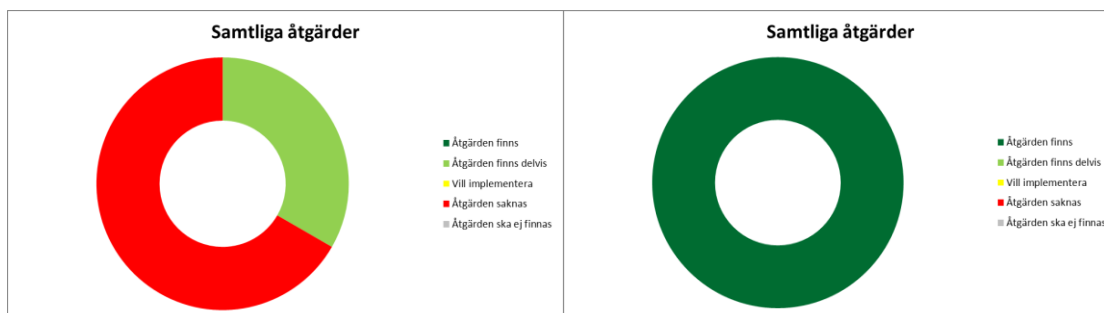


Rekommendationer	2014	2021
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat - erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat community reinforcement approach CRA med tillägg av förstärkningsmetod CoM	CRA i kombination av förstärkningsmetoden CoM erbjuds inte inom Landstinget eller länets socialtjänster.	CRA i kombination av förstärkningsmetoden CoM erbjuds inte inom regionen eller länets socialtjänster.
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat - erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat 12stegsbehandling	Behandlingsmetoden erbjuds inte inom landstinget eller primärvården Behandlingsmetoden erbjuds i 5 kommuner (antingen själva eller genom upphandling av annan kommun)"	Behandlingsmetoden erbjuds inte inom regionen eller primärvården Behandlingsmetoden erbjuds i 5 av 7 kommuner öppenvård
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat - erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat kognitiv beteendeterapi KBT	Behandlingsmetoden finns inom primärvården och inom psykiatrin. Behov av att utveckla metoden riktat mot missbruksområdet. Behandlingsmetoden erbjuds inte inom länets socialtjänster kommunens regi.	
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat - erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat motiverande samtal	MI - finns utbildad personal inom landsting och kommun. Få in metoden mer inom missbruks- och beroendevården	MI - finns utbildad personal inom region, används inom LARO och slutenvårdens beroendepplatser inom vuxenpsykiatrin. Används inom samtliga kommuners öppenvård

Opioider – läkemedelsbehandling

År 2014

År 2021

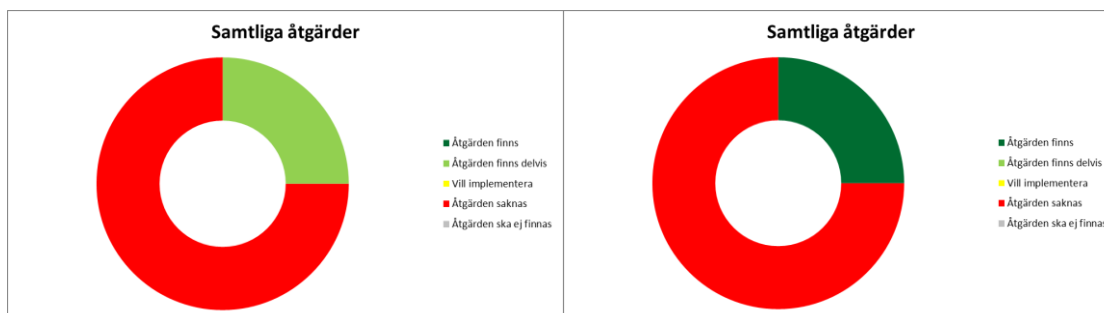


Läkemedelsbehandling vid opiatabstinens behandla personer med opiatabstinens med buprenorfin	Finns behandling inom slutenvård men catapresan används - ej buprenorfin (Sollefteå likadant). Åtgärden används ibland, men används inte som den första metod idag. Catapresan är det läkemedel som används mest.	Används inom LARO verksamheten samt vid inläggande abstinensbehandling
Läkemedelsbehandling vid opiatabstinens behandla personer med opiatabstinens med metadon	Finns behandling inom slutenvård men catapresan används - ej buprenorfin (Sollefteå likadant). Åtgärden används ibland, men används inte som den första metod idag. Catapresan är det läkemedel som används mest	Används inom LARO verksamheten samt vid inläggande abstinensbehandling
Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende behandla personer med opiatberoende med kombination buprenorfin-naloxon	Fortsätter - ny behandling startas inte upp	Används inom LARO verksamheten samt vid inläggande abstinensbehandling
Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende behandla personer med opiatberoende med metadon	Ges inte	Används inom LARO verksamheten samt vid inläggande abstinensbehandling
Läkemedelsbehandling vid opiatberoende behandla personer med opiatberoende med buprenorfin	Ges inte	Används inom LARO verksamheten samt vid inläggande abstinensbehandling

Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av opiater

År 2014

År 2021

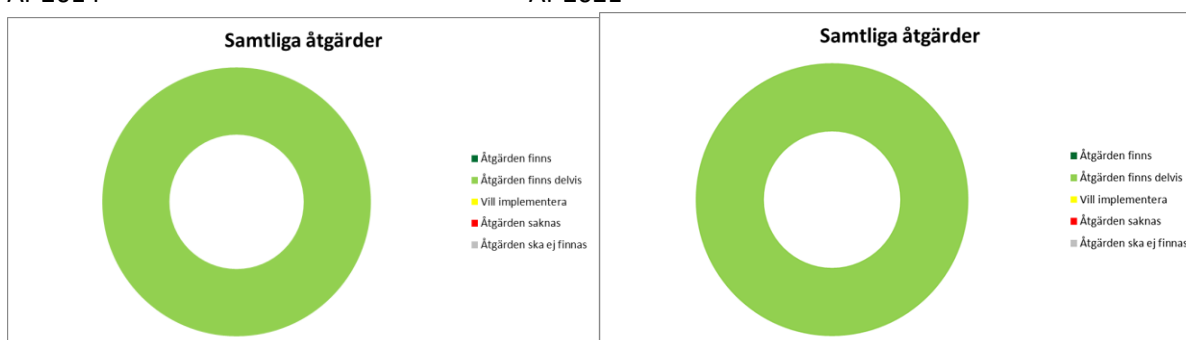


Rekommendation	2014	2021
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av opiater - erbjuda personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling KBT	Utbildad KBT-personal (utifrån krav som nämns i riktlinjerna) finns inom primärvården och inom psykiatri. Erbjuds inte inom missbruks och beroendområdet Erbjuds inte av länets kommuner	Utbildad KBT-personal (utifrån krav som nämns i riktlinjerna) finns inom primärvården och inom psykiatri. Erbjuds inom LARO verksamheten. Erbjuds inte inom missbruks och beroendområdet. Erbjuds inte av länets kommuner
"Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av opiater - erbjuda personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling community reinforcement approach (CRA)"	Behandlingsmetoden erbjuds inte av Landstinget eller primärvården Förutsättningar finns i en av kommunerna där CRA ingår som psykosocial behandlingsmetod. Har dock inte funnits klientunderlag ännu.	Behandlingsmetoden erbjuds inte av regionen eller primärvården Förutsättningar finns i 6 av länets kommuner där CRA ingår som psykosocial behandlingsmetod.
Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av opiater erbjuda personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling förstärkningsmetod (CoM)	Förstärkningsmetoden CoM finns inte inom landstingets-, primärvårdens eller kommunernas verksamheter.	Förstärkningsmetoden CoM finns erbjuds inte inom regionens-, primärvårdens eller kommunernas verksamheter.

Nedtrappning och läkemedelsassisterad behandling vid opioidanalgetikaberoende

År 2014

År 2021



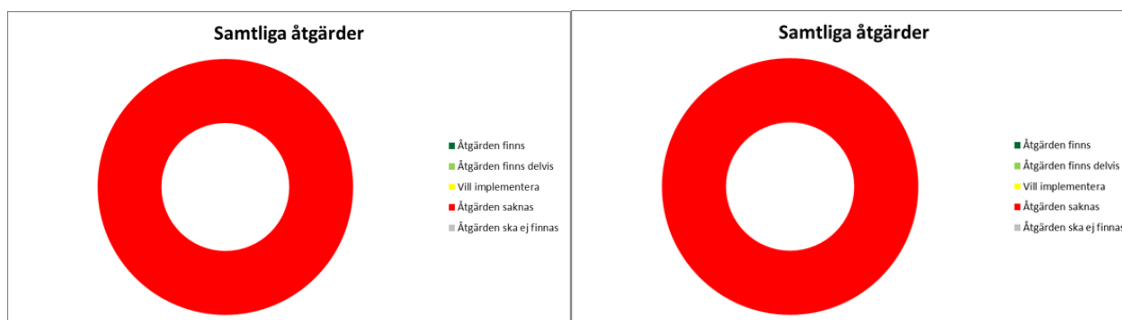
Rekommendation	2014	2021
Nedtrappning och läkemedelsassisterad behandling vid opioidanalgetikaberoende - erbjuda personer med opioidanalgetikaberoende nedtrappning	Erbjuds inom primärvården, psykiatri samt smärtkliniken Erbjuds i mycket begränsad omfattning	Erbjuds inom primärvården, psykiatri samt smärtkliniken i begränsad omfattning
Nedtrappning och läkemedelsassisterad behandling vid opioidanalgetikaberoende	Erbjuds inom primärvården, psykiatri samt smärtkliniken Erbjuds i mycket begränsad omfattning	Erbjuds inom primärvården, psykiatri samt smärtkliniken i begränsad omfattning

erbjuda personer med opioidanalgetikaberoende, där nedtrappning inte lett till opioidfrihet, läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-nalaxon		
--	--	--

Samsjuklighet – läkemedelsbehandling och psykosocial behandling

År 2014

År 2021



Läkemedelsbehandling behandla alkoholberoende hos personer med alkoholberoende och samtidig bipolär sjukdom med valproat med tillägg till litium	Erbjuds inte	Erbjuds inte
"Läkemedelsbehandling behandla alkoholberoende hos personer med alkoholberoende och samtidig adhd med atomoxetin"	Erbjuds inte	Erbjuds inte
Läkemedelsbehandling behandla amfetaminberoende hos personer med amfetaminberoende och samtidig adhd med metylfenidat	Erbjuds inte	Erbjuds inte
"Psykosocial behandling alkoholmissbruk eller beroende och samtidig integrerad behandling.	Erbjuds inte	Erbjuds inte
Psykosocial behandling erbjuda personer med missbruk eller beroende alkohol och droger och samtidig svår psykisk sjukdom integrerad behandling	Erbjuds inte	Erbjuds inte

Barn och Unga

Alkohol och narkotikaproblem hos barn och unga

Rekommendationer	2014	2021
Erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem korta insatser (MI och MET)	MI utbildad personal finns inom kommun och landsting - ej specifik inriktning mot missbruk. MET finns inte för unga	MI utbildad personal finns inom länets kommuner och inom regionen. MET finns inte för unga
Erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (MET och KBT)	Metoderna erbjuds inte inom någon av kommunerna i länet. Metoderna i kombination erbjuds inte av landstinget eller primärvården	Metoderna erbjuds inte inom någon av kommunerna i länet. Metoderna i kombination erbjuds inte av landstinget eller primärvården
Erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem adolescent community reinforcement approach (ACRA) och Assertive continuing care (ACC)	ACRA kommer erbjudas i en av länets kommuner från hösten 2014. Behandlingsmetoden erbjuds inte av landstinget eller primärvården. ACC bedrivs varken av kommunerna, landstinget eller primärvården"	6 av 7 kommuner erbjuder ACRA. 2 av 7 kommuner erbjuder ACC Behandlingen erbjuds inte inom regionens verksamheter
Erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem erbjud ungdomar som använder cannabis haschavvänjningsprogrammet (HAP)	1 av 7 kommuner erbjuder behandlingen. Behandlingen erbjuds inte av landstinget eller primärvården	6 av sju kommuner erbjuder behandlingen, egen utbildare finns inom länet. Behandlingen erbjuds inte inom regionens verksamheter
Familjebehandling - erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem functional family treatment (FFT)	Metoden erbjuds inte av länets kommuner. Metoden erbjuds inte av landstinget eller primärvården	Metoden erbjuds inte av länets kommuner. Metoden erbjuds inte av landstinget eller primärvården
Familjebehandling - erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem brief strategic treatment (BSFT)	Metoden erbjuds inte av länets kommuner. Metoden erbjuds inte av landstinget eller primärvården	Metoden erbjuds inte av länets kommuner. Metoden erbjuds inte av regionen
Familjebehandling - erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem multidimensional family therapy (MDFT)	Metoden erbjuds inte av länets kommuner. Metoden erbjuds inte av landstinget eller primärvården	Metoden erbjuds inte av länets kommuner. Metoden erbjuds inte av regionen
Familjebehandling- erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem multisystemisk terapi (MST)	Under utveckling i en av länets kommuner. Erbjuds inte av landstinget eller primärvården	1 av 7 kommuner erbjuder behandlingen. Behandlingen erbjuds inte av landstinget eller primärvården
ADDIS (tillkom efter rev.2015)		Ingen av länets socialtjänster eller verksamheter inom regionen använder ADDIS.

Bilaga 2

Screening och bedömningsinstrument

Nedan följer en redovisning av de screening- och bedömningsinsatser insatser som finns tillgängliga idag i samtliga kommuner.

Screeninginstrument för alkohol och narkotika vuxna	Ånge	Sundsvall	Timrå	Härnösand	Kramfors	Sollefteå	Örnsköldsvik
AUDIT Alkohol	X	X	X	X	X	X	X
DUDIT Narkotika	X	X	x	X	X	X	X
Screeninginstrument för alkohol och narkotika Unga							
AUDIT	X		X	X	X		X
DUDIT	X		X	X	X		X
Bedömningsinstrument Alkohol och narkotika Vuxna							
ASI Alkohol Narkotika Vuxen	X	X	X	X	X	X	X
ADDIS-Vux							
Bedömningsinstrument Alkohol och narkotika Unga						X	
ADAD Alkohol Narkotika Unga				X			
ADDIS-Ung							
Screeninginstrument för spel							
NODS-PERC N			X				X
NODS-CLiP							
Lie/Bet questionnaire							
Bedömningsinstrument Spel							
NODS livstid							X
NODS senaste året							X
NODS 30 dagar							X
ASI-spel grund	X			X	X		
ASI-spel uppföljning	X			X	X		
Övrigt							
UBÅT ³⁰	X	X		X			
BBIC ³¹				X	X	X	X

³⁰ Uppföljningssystem av insatser – hör samman med ASI

³¹ BBIC är handläggnings- och dokumentationsstöd, inte bedömningsinstrument.

FREDA ³²	X	X					
Freda kort frågor ³³			X				X
PATRIARK ³⁴						X	X
ESTR ³⁵			X				X

Psykosociala behandlingsmetoder

Nedan följer en redovisning av de psykosociala behandlingsmetoder som erbjuds inom socialtjänsterna i länet:

	Ång e	Sundsvall	Timrå	Härnösand	Kramfors	Sollefteå	Örnsköldsvik
Behandlingsmetoder Alkohol vuxna							
CRA enskilt	X	X	X		X	X	X
CRA grupp	X		X		X	X	X
MET	X	X			X		X
12-steg enskilt	X	X	X	X	X	X	
12-steg grupp	X	X	X	X	X	X	
Återfallsprevention	X	X	X	X	X	X	X
Behandlingsmetoder narkotika Vuxna							
CRA enskilt	X	X	X		X	X	X
CRA grupp	X		X		X	X	X
12-steg enskilt	X	X	X	X	X	X	
12-steg grupp	X	X	X	X	X	X	
HAP	X	X	X	X	X	X	X
Återfallsprevention	X	X	X	X	X	X	X
Matrix							
Behandlingsmetoder spel							
MI		X	X	X	X	X	X
KBT		X		X		X	X
Insatser för vuxna anhöriga/närstående							
CRAFT	X	X	X		X	X	X
Al-anon program		X		X			
Nar-anon program				X			
Behandlingsmetod alkohol och narkotika Unga (12-18år)							
ACRA	X	X	X		X	X	X
ACC					X		X
HAP		X	X	X	X	X	X
CPU		X	X		X		X
Återfallsprevention		X		X	X	X	
Brief strategic family treatment							

³²

³³

³⁴

³⁵ Eget screeningdokument som innehåller frågor om alkohol, droger, spel och trygghet

Funktionell familjeterapi							
Multi Systemisk Terapi							X
Övrigt som används							
12 – steg vid spelproblematik (<i>inte en metod som rekommenderas av Socialstyrelsen för spel</i>)	X						
Intensiv hemmabaserad familjebehandling.				X			
ACT (<i>rekommenderas av Socialstyrelsen</i>)					X		
Systemisk familjebehandling						X	
Återfallsprevention i grupp							X

Stödinsatser

Nedan följer de av Socialstyrelsen rekommenderade stödinsatser som länets socialtjänster erbjuder.

	Ånge	Sundsvall	Timrå	Härnösand	Kramfors	Sollefteå	Örnsköldsvik
Person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning							
Arbetslivsriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller		X			X	X	X
Arbetslivsriktad rehabilitering i form av IPS modellen							
Person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och utan bostad							
Personellt boendestöd		X	X			X	X
Boendeinsatser i form av Bostad först		X					
Boendeinsatser i form av en boendetrappa		X					
Boendeinsatser i form av vårdkedja		X					
Person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning							

Individuell Case management i form av Strength model.		X	X		X	X	X
Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom							
Case management i form av integrerande eller samverkande team							

Bilaga 3 Medicinska test/provtagning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska använda medicinska test i syfte att vid misstanke underlätta val av åtgärd och kunna följa utfallet av de åtgärder klienten eller patienten har fått. Testen kan användas för identifiering av problem och för att återkoppla resultatet till klienten eller patienten. Under behandling kan test även användas för att följa förändring under behandlingen och vid uppföljning efter att behandlingen är avslutad

Ett test som hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan använda är snabbtest, s.k. patientnära drogtest med urinprov vid misstanke om pågående eller nyligt intag av narkotika. I riktlinjerna beskrivs att provtagning för narkotikaanalys ska ske under kvalitetssäkrade förhållanden och laboratorieanalyser bör skickas till ett ackrediterat laboratorium. Patientnära drogtest (snabbtest) kan användas men är inte tillräckligt tillförlitliga på grund av att avläsning av testerna sker med blotta ögat, vilket innebär större osäkerhet.

Det som inte framkommer i riktlinjerna är det förfaringsätt som krävs vid medicinska test/provtagning och snabbscreening, vilket beskrivs i Socialstyrelsens meddelandeblad (2004). För att en provtagning ska vara säker krävs att hela kedjan, från kallelse till återlämnande av svar, omfattas av rutiner som följs och är säkerställda. I verksamheten ska finnas rutiner som anger vem som beslutar om kallelse, vem som utför provtagningen, hur prover förvaras och transporteras, analysmetoder och hur svar ska lämnas.

Enligt 2 kap. 6 och 12 §§ RF är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Skyddet kan begränsas genom lag (LVM och LVU är sådan lag där skyddet kan begränsas). Exempel på kroppsligt ingrepp är direkt våld mot människokroppen, läkarundersökningar samt mindre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknande företeelser som brukar betecknas som kroppsbesiktning, **till exempel utandningsprov eller liknande alkoholtest samt urinprov** (se JO 2011/12 s. 471, dnr 6823–2009 och 2196–2010).

Med påtvingat våld menas om det allmänna använder våld för att genomdriva åtgärden, om den enskildes motstånd bryts genom hot om någon sanktion samt om en företrädare för det allmänna uppträder på ett sådant sätt som får till följd att någon med fog uppfattar sig vara tvungen att underkasta sig ingreppet (Petrén/Ragnemalm, Sveriges grundlag, 12:e upplagan, s. 54 f.).

Det innebär att socialtjänsten inte kan villkora insatser med motprestation och inte heller kräva provtagning av en person som är aktuell för insatser. Däremot om personen samtycker till att lämna utandningsprov eller urinprov finns inget hinder mot att sådant prov tas som ett led i en rehabilitering eller i en utredning (<https://www.jo.se/sv/Sok/?searchType=decision&query=Missbruk&cc=27%2c119>).