

Integrerad verksamhet – missbruk och beroende



Rapport av uppdrag: att analysera ett förslag till integrerad missbruks- och beroendeenhet i Jämtlands län/Östersunds kommun

Östersund 2014-12-16

Ewa Jonsson och Inger Hultin

1. Bakgrund och uppdrag

De senaste åren har den svenska missbruks- och beroendevården genomgått stora förändringar. Den som söker hjälp har rätt att erhålla insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap. Val av insats ska sammanvägas med brukarens erfarenheter, behov och önskemål. Personer med missbruk och beroende har inte sällan en komplex problematik och behöver ofta insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.

På nationell nivå har flera satsningar stimulerat utvecklingsarbetet runt om i landet. Den så kallade ANDT-strategin (Strategi inom alkohol- narkotika, doping- och tobaksområdet) antogs 2011 och innehöll en sammanhållen strategi för allt från förebyggande arbete och riskbruk till behandlingsinsatser mot den enskildes egen vilja. Missbruksutredningen (SOU 2011:6 och SOU 2011:35) bidrog med en genomgång av kunskapsläge, brister och utvecklingsområden. Här poängterades bland annat vikten av att utgå från patientens/klientens behov och vikten av bättre samordning mellan huvudmännen. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård som antogs 2007 har nu reviderats och den reviderade versionen finns på remiss under 2014.

Sveriges Kommuner och Landsting har bidragit till utvecklingen genom det nationella utvecklingsprojektet ”Kunskap till praktik” som pågått sedan 2008. I Jämtlands län har det bland annat resulterat i en regional överenskommelse (2011) gällande riskbruk, missbruks- och beroendevård där bland annat ansvarsfördelning tydliggjorts mellan primärvård, beroendevård, psykiatri och socialtjänst. Åtskilliga utbildningsinsatser har genomförts och arbetet har skett i samarbete med brukarorganisationerna.

Interventioner på olika behovsnivåer

Individer med missbruk och beroende och samtidig svår psykiatrisk sjukdom och/eller somatisk sjukdom, samsjuklighet med komplexa vårdbehov	Case Management enligt ACT-modellen (fotnot) Gemensam vårdplanering, Utredning, diagnos, behandling och uppföljning, Stödgruppsverksamhet
Individer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom, samsjuklighet	Gemensam vårdplanering, Utredning, diagnos, behandling och uppföljning, Stödgruppsverksamhet
Individer med missbruk och/eller beroende	Samordnad behandling, Utredning, behandling och uppföljning, Självhjälpgrupper och stödgruppsverksamhet
Individer med riskbruk	Tidig upptäckt och identifiering av riskgrupper, Screening och kort rådgivning, Självhjälpgrupper och stödgruppsverksamhet
Befolkningen	Förebyggande insatser, ANDT-strategi (fotnot) Folkhälsoperspektivet

(Överenskommelse avseende riskbruk, missbruk och beroende i Jämtlands län, 2011)

Som **ett** resultat av överenskommelsen beslutade Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) 2011 utreda möjligheterna för en integrerad, gemensam missbruksenhet med personal från båda huvudmännen. Det beslutades att Östersund skulle vara ”pilotkommun” för samarbetet och att övriga kommuner skulle ges möjlighet att ansluta på sikt. En arbetsgrupp med representanter för det praktiska

klient-/patientarbetet från Socialtjänst, Beroendeenhet, Primärvård, Regionförbund och Brukarorganisationer tillsattes.

Arbetsgruppen arbetade fram ett förslag på en integrerad verksamhet/mottagning där socialtjänst, primärvård och psykiatri arbetar tillsammans i en gemensam lokal (HUSET) med syfte att underlätta tillvaratagandet av olika kompetenser och en effektiv resursanvändning. Där ska också samverkan effektivisera och vårdkedjan säkerställas. Vårdkvalitet, bemötande och evidensbaserade metoder ska utvecklas. Arbetsgruppen angav som mål ”**En väg** in till missbruks- och beroendevården i Östersund, för en sammanhållen vårdkedja oavsett huvudmannaskap” och målgrupp är personer med missbruk/beroende av alkohol och droger över 18 år samt närstående och anhöriga bosatta i Östersunds kommun. (bilaga 1)

Arbetsgruppen rapporterade in sitt förslag med innehåll och resurstilldelning till SVOM våren 2013. De beslutade godkänna förslaget till ”Östersundsmodell” samt ge ett uppdrag till Regionförbundet, Östersunds kommun och Jämtlands läns landstinget område psykiatri, att i samverkan fortsätta utreda förutsättningarna för genomförande av förslaget.

I utredningsuppdraget (bilaga 2) angavs att olika aspekter av den föreslagna enheten ska analyseras. I analysen ska framgå vilka möjligheter den integrerade beroendeverksamheten har att möta upp brukares behov avseende kvalitet, tillgänglighet och bemötande. I utredningen ska vidare möjliga samordningsvinster för brukare, personal och organisation beskrivas samt vad det kan medföra i form av kostnadseffektivitet för huvudmännen. I analysen ska även långsiktighet med hållbar kvalitet beaktas.

En styrgrupp med representation och mandat från alla huvudmän har kontinuerligt följt utredningsarbetet. Utredningen ska leda till redovisning med beslutsunderlag senast 31 december 2014.

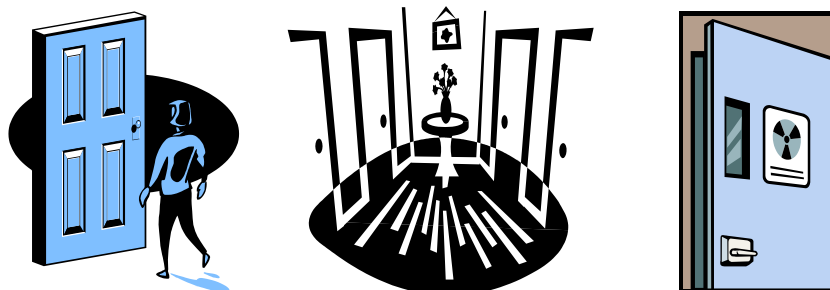
2. Utredning

Utredarna påbörjade utredningsarbetet i april 2014 och inledde med att intervjua representanter från den arbetsgrupp som arbetat fram förslaget HUSET samt andra intressenter (bilaga 3). Dels för att erhålla materiel till en nulägesbeskrivning men också för att erhålla underlag för en analys av möjligheterna att realisera förslaget. Under hösten 2014 har utredarna besökt två län och fått information om deras verksamheter inom området samt tagit del av dokumentationer från flera andra liknande verksamheter i landet (bilaga 4). Utredarna har deltagit vid två konferenser (Kunskap till Praktik -slutkonferens och Socialstyrelsens information om reviderade riktlinjer) samt vid redovisning av rapporten om Mångbesökarmodellen i Jämtlands län. Utredarna har också tagit del av materiel och dokumentationer som publicerats inom ämnesområdet. I november presenterade utredarna det aktuella läget i utredningen för HUSET's arbetsgrupp samt andra intressenter.

Utredningen innehåller en beskrivning av nuläge och redogörelse för de utgångspunkter som utredarna använt i sina analyser. I utredningen presenteras analys av möjligheter och svårigheter med nuvarande organisering och möjligheter och svårigheter vid ett genomförande av förslaget HUSET samt utredarnas förslag på ett utvecklingsarbete.

3. Nulägesbeskrivning 2014

Flera dörrar in – och olika...



3.1. Landstinget:

Område psykiatri – Beroendeenheten

Beroendeenheten startade 2011 och består av tillnyktringsenhet (TNE), avdelning för abstinensbehandling med mer och ett beroendeteam med mottagning för öppenvårdsbehandling. Slutenvård och öppenvård har gemensam chef. Det finns väl anpassade lokaler i nära anslutning till akutmottagning och länssjukhus. Man bedömer själv att det finns ett väl utbyggt samverkanssystem med kommunerna i länet. I vissa kommuner är samverkan bättre med primärvården och i vissa ligger fokus i samverkan med kommunens socialtjänst. Man betonar sitt länsuppdrag och att cirka hälften av resurserna används för Östersunds kommun.

Statistik för 2013/2014 visar dock att utifrån antal patienter och antal vårdtillfällen är det övervikt av resursanvändning för Östersunds kommun.

TNE, tillnyktringsdelen finansieras med kommunala medel enligt avtal. Ett avgränsningsdokument visar fördelning av ansvar mellan primärvård och psykiatri, där psykiatrien bland annat ansvarar för insatser till personer med drogproblematik och samsjuklighet (dubbel diagnos) och primärvården för insatser till personer med alkohol- och läkemedelsberoende.

Aktuella bedömningsinstrument som AUDIT; DUDIT och ASI används. Medicinska insatser följer socialstyrelsens riktlinjer och psykosociala insatser i form av KBT, MI och psykoterapi erbjuds.

Övrig specialistvård

Utredarna kommer inte att analysera/ta hänsyn till detta i denna utredning. Det bör dock undersökas vid ett senare skede då övriga enheter inom psykiatrien också de arbetar med patienters beroendeproblematik i samband med annan behandling.

Primärvården

Primärvården möter varje patient och gör första bedömning, som är viktig grund för alla insatser som kommer senare och utgör den s k ”Första linjen”. Sedan 2011 finns ett vårdprogram/vårdkedja för

primär- barn- och mödrahälsovården: ”Riskbruk av alkohol - identifiera och behandla riskfylld alkoholkonsumtion.” Där framgår att man utgår från begreppet alkoholprocess som omfattar allt från tidiga insatser av alkoholproblem, alkoholmissbruk/beroende till dubbeldiagnos och behandling, med avgränsning att identifiera och behandla riskfylld alkoholkonsumtion.

Primärvården i Östersund är lokaliserade på sju Hälsocentraler med distriktsläkare, distriktssköterskor, psykosociala enheter samt MVC/BVC. Ungdomsmottagningen finns i egen lokal.

I distriktsläkaren arbetsuppgifter ingår att möta såväl riskbruk, missbruk som beroende och det sker integrerat i övrigt arbete. Det är ovanligt att patienten ringer och bokar tid för sitt missbruk, vanligare att någon anhörig ringer när hen vet att patienten ska till doktorn. Distriktsläkarens instrument för samtal/insatser har olika steg. Det kan vara en av många frågor vid anamnes och när patienten återkommer med många diffusa besvär. Det kan handla om screening vid samtal om livsstilsfrågor generellt och om man misstänker högkonsumtion ytterligare samtal om alkohol, till exempel med hjälp av AUDIT . Nästa steg blir då att motivera patienten att ta emot ytterligare insatser antingen via HC eller med hänvisning till socialtjänsten. Mindre än en procent får medicinsk behandling som t ex antabus. I alla situationer dokumenteras insatsen i löpande journalanteckningar.

Primärvården uppskattar att ca 50% av en distriktsläkartjänst (om körkortsärenden ingår) och maximalt 25% av en distriktsskötersketjänst, används för alkohol- och drogproblematik. I de psykosociala enheterna arbetar all personal på något sätt med alkohol-, drog- och spelproblematik samt sexmissbruk, då de möter och arbetar med personens totala problematik. Vanligaste insatsen är KBT-samtal. Bedömningen är att cirka 10% av den totala arbetstiden används för problematiken. MVC arbetar systematiskt och konsekvent med screening av alkohol då detta ingår särskilt i deras uppdrag.

3.2 Östersunds kommun

Socialtjänsten

Myndighetsutövning

Team Vuxen är den enhet inom socialtjänsten som arbetar med vuxna (18- >100 år) med missbruksproblematik. Där finns socialsekreterare, boendesamordnare och individuella coacher. De är lokaliserade tillsammans med övrig socialtjänst. Kontakt med teamet fås genom ansökan eller anmälan. Det finns ett politiskt beslut som säger att Öppen Vård alltid ska prövas som insats i första hand. Handläggarna utreder med hjälp av AUDIT/DUDIT och ASI. Teamet beslutar om, men arbetar inte med insatser. I handläggarnas uppgift ingår också utredning angående eventuella insatser enligt LVM- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall. E sådan utredning föreläggs socialnämnden och Länsrätten fattar beslut.

Öppenvård

Socialtjänstens öppenvård för vuxna med missbruksproblematik sker bland annat via Nexus som har egna lokaler utanför övriga socialtjänsten. På Nexus arbetar behandlare som erbjuder följande insatser: Återfallsprevention, Motiverande samtal, Haschavvänjningsprogram, Anhörigskola, Kris/stödsamtal, CRA och 12-stegsprogram. Utvecklingsarbete gällande nya metoder sker kontinuerligt.

Boende

Det finns två boenden; Björkebo och Skogsglántan som är lokalmässigt skilda från varandra och från övriga socialtjänsten. Personer med alla typer av beroendeproblematik tas emot, även spel. Personal (behandlingsassistenter och socionomer) finns dygnet runt. På akutboendet erbjuds säng, mat och hygien. Skogsglántans lågtröskelboende har 14 platser för personer 45 år och äldre. För boende här krävs biståndsbeslut.

Övrig kommunal verksamhet med insatser för personer med beroendeproblematik

Utredarna har valt att inte ta med dessa insatser i denna utredning.

3.3 Övriga intressenter

Brukarorganisationer

Jämtlands läns brukarråd (JLB) finns sedan 2011 och är en paraplyorganisation där Föräldraföreningen mot narkotika, Räddningsplankan, RSMH och Attension/Asperger idag ingår. JLB fungerar som bollplank, rådgivare och föreläsare. JLB utför brukarrevisioner och har under hösten 2014 genomfört en sådan på Beroendeenheten i Östersund. JLB har varit representerade i arbetsgruppen som tagit fram förslaget HUSET.

Polisen

Polisen har inte deltagit i arbetet med framtagande av förslaget HUSET. Vi har under utredningsarbetet haft kontakt med representant för polisens ungdomsgrupp. Hon påtalade särskilt behovet av utveckling och samordning avseende insatser för ungdomar med missbruksproblematik samt vikten av att det finns personal tillgänglig dygnet runt som kan möta dessa ungdomar och deras anhöriga.

Kriminalvården

Utredarna har inte haft kontakt med någon representant för kriminalvården under utredningstiden.

3.4 Statistik

De olika intressenterna har olika dokumentationssystem och olika nyckeltal som används vid uppföljning av respektive verksamhet. Vi försökte få svar på ett antal – som vi bedömde – viktiga frågor som del av nulägesbeskrivningen. De data vi här presenterar är inte direkt jämförbara, men ger ändå information som kan bli en utgångspunkt för utveckling av ökad samstämmighet vid uppföljning. Vi väljer att kommentera statistiken i punktform.

- Det har inte varit möjligt att få fram fullständig och enhetlig/likvärdig statistik från huvudmännen med svar på de frågor utredarna haft.
Som exempel kan nämnas att Beroendeenheten redovisar att de haft möten med 521 unika personer under ett år och Socialtjänsten i Östersund redovisar 472 unika personer. Beroendeenheten redovisar då möten med personer från hela länet och socialtjänsten redovisar insatser gällande alla droger inklusive spel. Från primärvården går motsvarande siffra inte att få fram.

- Primärvården kan i princip inte uppvisa några siffror; de insatser som görs i samband med riskbruk, missbruk och beroende dokumenteras i löpande journalanteckningar. Ett vårdprogram finns som reglerar såväl insatser som rutiner. Deras bedömning angående omfattning av problematiken är skattad utifrån erfarenheter inom området.
- Totalt antal personer som får insatser på årsbasis kan uppskattas vara ca 450-500 i Östersunds kommun.
- Av landstingets statistik framgår att såväl antalet personer som andelen insatser som genomförs gällande Östersunds kommun är betydligt mer än hälften av totala antalet insatser. Vid skattningar av det totala länsuppdraget brukar denna fördelning bedömas som 50-50.
- Av redovisad statistik går inte att utläsa effekter av de insatser som görs. Det framgår inte heller hur många som genomför **hela** program och hur många som avbryter i förtid. Antalet som återkommer till samma typ av insats går heller inte att utläsa.
- Då alla huvudmän inte redovisar åldersfördelning bland de som erhåller insatser går inte att utläsa utveckling av missbruk över tid. Vid samtal uppskattar professionerna dock att missbruket kryper allt längre ner i åldrarna.
- Utöver här redovisad statistik om olika behandlingsinsatser bistår socialtjänsten med råd- och stöd samt olika former av boendestöd för ca 150 personer/år.
- Antal personer som får insatser utifrån använd drog går inte att få fram. Primärvården, som inom landstinget har förstahandsansvar för insatser till personer med alkoholproblematik, för ingen statistik. När det gäller alkohol kan misstänkas att ett stort antal personer som använder alkohol inte får den insats de behöver. Detta är i princip lika i hela Sverige; enligt siffror från Socialstyrelsen (Nationella riktlinjer för missbruk och beroendevård 2014, preliminär version) får endast 20% av personer med alkoholproblematik den insats de behöver, och då gäller det främst personer som har kompletterande social problematik.
- Eventuellt dubbelarbete: Inga registersökningar har gjorts vilket medför att det inte går att bedöma om och när det görs dubbelarbete; d v s om en person får likartade insatser på flera ställen samtidigt. Vår bedömning är dock att dubbelarbete kan förekomma.
Ett exempel kan nämnas från det som redovisas i den så kallade Mångbesökarmodellen (med bland annat som syfte att redovisa eventuella brister i vårdkedja och samverkan utifrån ett brukarperspektiv) . Här har uppföljningen omfattat personer med komplex problematik, s k mångbesökare, det vill säga personer som haft kontakt med flera olika vårdgivare, och som vid flera tillfällen återkommit till missbruks- eller beroendevården. De har intervjuats om sina erfarenheter och synpunkter på den vård de fått. Av totalt 24 personer som stämde in på studiens kriterier intervjuades 11. De 13 som inte intervjuades hade – av bland annat antalet vårdtillfällen att döma – en svårare problematik än de som intervjuades. Sex av de 24 identifierade personerna (25%) hade inte haft någon kontakt med socialtjänsten – alltså förekom inte någon form av dubbelarbete gällande dessa sex. Övriga 75% av målgruppen har kontakt med båda huvudmännen men detta visar inte heller med säkerhet att/om dubbelarbete förekommer.
- Såväl socialtjänst som beroendeenhet och primärvård använder de evidensbaserade metoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.
- Socialtjänsten bistår med insatser både individuellt och i grupp medan landstinget endast förmedlar individuella insatser.
- Personal från alla huvudmän som direkt omfattas av förslaget om Huset är i dagens läge ca 55 tjänster från fem separata verksamheter och med 8-10 personalkategorier.

	Personal *)	Målgrupp Drog	Antal klient/pat 2012: 6 må	Antal klient/pat 2013-2014 (1 årsbasis ***)	Ant besök 2013- 2014	Bedömnings- instrument	Insatser/behandling
Landsting							
Primärvård	Ca 50% läkare, 0,25 % dssk,, 1,0 PSE, tillg till sj gymn,arb ter*****	Riskbruk alkohol, läkemedel				Screening, AUDIT, ADDIS?	Behandling individuellt; MI/KBT- samtal, medicinering (inkl antabus), kk- ärenden
TNE, 4 platser		Alk, narkotiska prep, läkemedel		194 Ösd (349 länet)	559 tillf 842		
Avdelning, 6 platser	1 läk, 10 sjsk, 10 skötare	Narkotika, alkohol		247 (299 vårdtillfällen; 164 Ösd)		AUDIT/DUDUT, ASI och medic droscreening	MI, abst behandl,
ÖV/ber mott	1 läk, 1 sekr, 7 sjsk, 1 skötare, 2 kurator, 1 psykolog, 1 ps ter, 0,5 arb ter (+ 1 enh chef)	Narkotika, samsjukligh, alkohol för unga och gravida	204 (2421 besök)	267	4683 (6063 länet)	Utrednigar, ASI, neuropsyk utr	Behandling individuellt; KBT, MI, ÅP, HAP psykoterapi, LARO, konsultation, rådgivning, komp stöd, kk-ärenden
Socialtjänst							
Missbruksenh	7 Soc sekr, 2 IC, 1 teamchef	Alkohol, narkotika, läkemedel, spel	Ca 300			AUDIT, ASI, ADDIS? , sociala utredningar och beslut om nästa insats, SMADIT	Råd och stödsatser?, även förmedling av beslut om boende och k- personer etc
Nexus	1 teamchef, 6 behandl (socioonom?)	Alk, nark, spel	Ca 200 fr Ösd	209 (2013)		Kräver utredning och beslut fr handläggarna	Behandling både individuellt och i grupp; MI, 12- stegsbeh, CRA, anhöriggrupp, ÅP, samtal KBT-ansats
Beh hem**)		Alla	106 + 7 (plac > 21 år; helår - 2012)****	98 + 8 (placeringar > 21 år)			Beroende på målgrupp och inriktning
LVM **)		Alla	25	14			Beroende av målgrupp och inriktning
TOTALT	Minst 54,25		450- 500 på årsbasis?	472			
Observandum			Ber enh totalt 521 personer	Antal beslut (SoL + LVM) 1192			

*) För Beroendeenhet/ÖV, TNE och avdelning har personalen också ett länsupdrag, **) Externa behandlingsresurser företrädesvis utanför länet, ***)antal unika patienter Öppenvård inkl TNE **521**, ****) exklusive Strandvillan, *****) primärvårdens siffror är skattade

4. Grund för analys

I vår analys av nuvarande organisation och av förslaget HUSET har vi haft följande som grund.

- Missbruksutredningen (SOU 2011:35), ANDT-strategin (Statlig strategi inom alkohol, narkotika, doping och spel, 2011) och projektet ”Kunskap till Praktik”, har alla utgått från att ett antal brister i missbruksvården behöver åtgärdas. Kunskap och slutsatser från dessa nationella dokument - i kombination med utveckling, planer, verksamheter och erfarenheter från andra län - har inspirerat oss i vårt utredningsarbete.
- Utvecklingsarbetet i hela landet har karaktäriserats av flera gemensamma utgångspunkter. Tydlig ansvarsfördelning och fokus på samarbete/samverkan mellan huvudmännen har varit och är en viktig grund. Vidare har ökat fokus lagts på EVP (evidensbaserad praktik) med hög grad av kompetensutveckling samt ökad brukarmedverkan på alla nivåer. Ökad kvalitet i vård- och behandling ska uppnås genom bättre fungerande vårdkedjor/vårdflätor; det behövs förtydliganden av hur insatser förmedlas på olika ställen; generella och förebyggande insatser i till exempel förskola och skola och insatser från ”första linjen” med tidig upptäckt av riskbruk där bland annat primärvårdens hälsocentraler spelar en viktig roll. Specialistinsatser blir aktuella när missbruk/beroende är konstaterat/ diagnosticerat och kan förmedlas från landstingets psykiatri med beroendevård, eller öppenvårdsbehandling (till exempel Nexus), behandlingshem och/eller från LVM-vård förmedlad via kommunens socialtjänst.
- Lagstiftning:
 - **Det gemensamma ansvaret** för insatser till personer med riskbruk, missbruk och beroende har tydliggjorts i såväl Socialtjänstlag som Hälso- och sjukvårdslag för båda huvudmännen. Utifrån detta upprättades en överenskommelse i Jämtlands län 2011 som är under revidering (**beslutad?**) hösten 2014.
 - **Beslutsfattande** sker med respektive lagstiftning som grund. Socialtjänstens myndighetsutövning med överklagningsbara beslut utgår från lagtextsreglering på ett tydligare sätt jämfört med sjukvårdens insatsbeslut där läkarna är ytterst ansvariga.
 - **Dokumentation** sker i olika dokumentationssystem inom kommunens socialtjänst och inom landstingets hälso- och sjukvård. Detta underlättar inte en integreringsprocess, men vi bedömer det inte som möjligt – eller ens önskvärt - att påverka och förändra dokumenterings- och arkiveringsprocess och rutiner. Samtidigt har lagstiftaren stadfäst skyldigheten att genomföra så kallad SIP (samordnad individuell plan) enligt två likalydande bestämmelser i 2 kap 7 § SoL och 3 § HSL. En **SIP ska** upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina samlade behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillgodosedda. Den enskilde ska samtycka till att planen upprättas vilket också ska omprövas med jämna mellanrum.
 - **Samtycke** bedöms av oss som det enda verktyg som finns att använda för att en integrering av de båda huvudmännens verksamheter ska fungera i enlighet med sekretesslag och lagar som styr journalföring och arkivering. **Sekretesslagen** finns för att skydda den enskilde, men innebär inget hinder för samverkan/samarbete om rutiner om samtycke från den enskilde införs.

- Tänkt målgrupp för en integrerad verksamhet verkar till en del ha förändrats sedan Huset's arbetsgrupp påbörjade sitt arbete. Dels utifrån att medelåldern för personerna som besöker de olika instanserna har sjunkit och dels för att den så kallade missbrukskarriären verkar gå snabbare. I skrivande stund svårt att veta om detta beror på minskade resurser för missbruksarbete eller om utbudet av droger ökat.

Med detta och vårt uppdrag som bakgrund har vi valt nedanstående utgångspunkter som grund för vår analys av möjligheter och svårigheter med nuvarande organisation och med det från 2013 utarbetade förslaget till Integrerad missbruksenhet i Östersund.

4.1 Utgångspunkter

4.1.1 Tillgänglighet

Vi uppfattar att visionen om EN ingång är en myt – men att **ökad tillgänglighet** med tydlighet för vart man vänder sig och garanti för ett kompetent bemötande är en nödvändighet.

En specialiserad enhet och kompetensnav tar inte bort behovet av och möjlighet till de möten som sker i primärvårdens och andra intressenters "första linje" (Missbruksutredningens förslag - Volym 1, kapitel 2, samt - Volym 2, kapitel 20). I Jämtland finns också ett vårdprogram framtaget som på ett tydligt sätt reglerar i första hand primärvårdens arbete.

Tidig upptäckt av narkotikabruk sker i mycket liten omfattning på hälsocentralerna idag. Kontakter under utredningstiden ger vid handen att såväl intresse, kunskap och resurser behöver utvecklas för att primärvården fullt ut ska kunna ta det ansvar som ligger på dem.

För båda huvudmännen gäller att **vårdgaranti** även ska gälla även för riskbruk, missbruk och beroende.

Socialtjänstens yttersta ansvar reglerar en form av garanti för att brukaren ska få sina behov bedömda och tillgodosedda, även om annan huvudman missat sin del av ansvaret.

4.1.2 Brukarinflytande

Brukarens behov ska avgöra upplägg av insatser och organisation av dessa insatser. Upplevelsen av bemötande från professionen bedöms som särskilt viktigt för hela behandlingsprocessen och används i allt större utsträckning som mått på insatsens kvalitet. Att bemötandet upplevs som respektfullt, kompetent och empatisk ökar möjligheten till ett positivt behandlingsresultat. Brukaren bör så långt möjligt ges möjlighet att påverka och samråda om vårdens innehåll och uppläggning – inte minst från ett rättviseperspektiv (Missbruksutredningen, volym 2, analys). I Socialstyrelsens Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården från 2010 är delaktighet det kvalitetsområde som uppvisar sämst resultat (2,7 på en skal mellan 1 och 5. Öppna jämförelser finns inom sju kvalitetsområden: insatser, tillgänglighet, samverkan, delaktighet, utredning, riktade stödformer och kompetens). Forskning visar också att behandlingens effekt i betydande utsträckning beror av relationen mellan behandlare och patient/klient.

Brukarmedverkan är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en evidensbaserad praktik. Det räcker inte med experternas och professionens kunskap. Utan brukarnas perspektiv blir det ingen evidensbaserad praktik.

Brukarorganisationernas roll behöver stärkas på alla nivåer i planeringen (Delaktighetstrappan SKL).

4.1.3 Kunskapsnav

Genom att tillskapa ett kunskaps- och kompetensnav med koppling till aktuell forskning och kunskapsutveckling leder detta till kvalitetshöjning och uppföljning som gagnar brukare, personal och verksamhetsutveckling.

4.1.4 Evidens

Evidensbaserad praktik (EBP) är en följd av ständigt, systematiskt lärande där kunskap från brukaren/patienten, praktiker och från forskningen vägs samman och används (SKL). Vi menar att EBP bland annat kräver både att professionen behöver ”lära om” för att kunna ta till sig ny kunskap och sedan även reflektera över ny forskning för att sedan kunna integrera den med befintlig professionell praktikerkunskap (PBE) och brukarnas perspektiv. Arbetsplatsen som reflektionsarena kan fungera som en språngbräda för att integrera ny forskning med redan existerande praxiskunskap (Nilsen, Nordström & Ellström, 2012)

4.1.5 Samverkan/samarbete

I en avhandling ”Utveckling av samverkan” av Ingela Furenäck, Linköpings universitet, förklarar hon följande begrepp:

Samexistens är då organisationer verkar parallellt utan hänsyn till andras agerande,

samverkan är då aktörerna handlar gemensamt men med tydliga gränser,

samordning då gränserna har luckrats upp och aktörerna genomför uppgifter tillsammans och

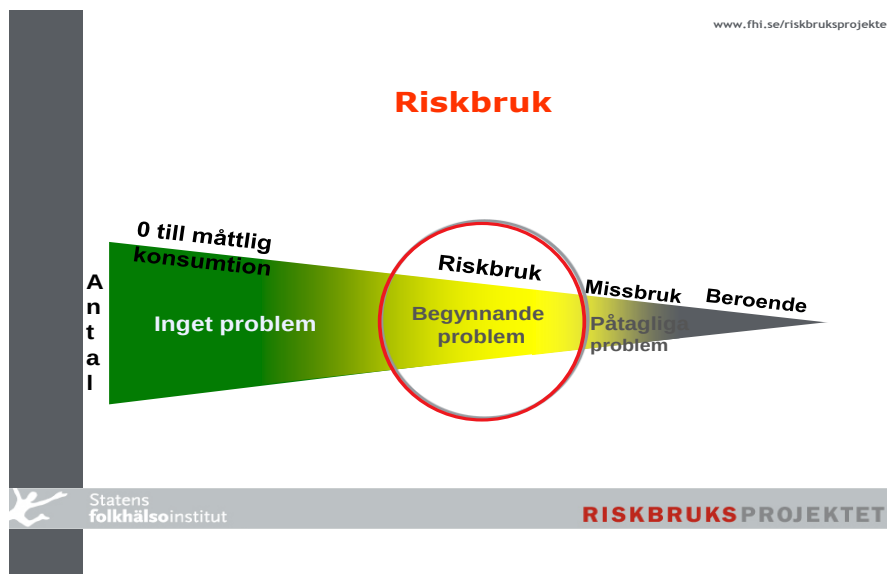
samarbete då aktörerna genomför sina arbetsuppgifter tillsammans. I samarbetet övergår det till ett mellanmänniskt fenomen där relationer blir en kärnaktivitet. Samarbetet kan också fördjupas genom ett gemensamt lärande och utvecklas till en **samsyn**.

Inom välfärdsområdet är det ett problem att människovårdande organisationer inte ”arbetar tillsammans” på ett effektivt sätt, varken på nationell, regional eller lokal nivå, vilket riskerar att leda till ett servicesystem som är fragmenterat, ineffektivt och inte använder resurser på bästa sätt, och som medför att de som är beroende av hjälp och stöd ibland ”faller mellan stolarna.” (Longoria 2005).

Samverkan förväntas leda till rationalisering, effektivitet, legitimering och socialt ansvarstagande. Gemensam bedömning mellan myndigheter minskar rundgången! (Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version)

I Handbok, SOSFS 2011:9, Socialstyrelsen framgår att samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten. Föreskrifternas krav på att identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan gäller för de som finns i den egna verksamheten. Samtidigt rör sig klienter ofta mellan flera vårdgivare. Av processerna och rutinerna ska det därför också framgå hur samverkan möjliggörs med externa aktörer.

Det är viktigt att **definiera** begrepp/innehåll som används i samband med insatser. Missuppfattningar uppstår när de olika intressenterna tolkar begrepp och innehåll i insatserna olika. Bilden nedan illustrerar ett sätt att definiera riskbruk i förhållande till missbruk och beroende.



Definition av Riskbruk/missbruk/beroende/samsjuklighet (oavsett drog) där insatser till den enskilde sker på olika ställen utifrån graden av problematik.

Organisation: I de olika exempel från landet som vi studerat kan vi konstatera att en integrerad verksamhet kan organiseras på olika sätt. Det kan ske genom samverkansavtal som reglerar finansiering, uppdrag, ansvar, mandat och roller. I Stockholms län har man istället en gemensam policy som anger organisation. I Värmland har man organiserat sig via sitt Vårdförbund som är ett Kommunalförbund och som fanns sedan tidigare. Vi bedömer att det sistnämnda inte är ett realistiskt alternativ i Jämtland utan att ett samverkansavtal är det alternativ som skulle fungera bäst här. Det innebär att det är två huvudmän som är ansvariga för verksamheten, vilket kan uppfattas som ett problem men kan också ha en positiv effekt enligt vad som går att läsa i en avhandling från Lunds universitet (Maria Hjortsjö) "Med samarbete i sikte - Om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler". Där framgår att det faktum att enheterna har olika huvudmän inte bara innebär problem utan också kan innebära en trygghet för verksamheten då det innebär att inte verksamheten är så lätt kan läggas ned.

Ledningsstruktur: I samma avhandling (Maria Hjortsjö) menar man att svårigheterna med flera huvudmän kan underlättas med en gemensam samordnare som visar alla ingående enheter samma respekt. Vi menar att för en integrerad enhet räcker inte en samordnarroll utan det behöver vara en **en ledare/chef** som finansieras till lika delar av båda huvudmännen. Chefen behöver mandat från båda organisationernas ledning samt från respektive organisations delverksamheter som ingår i den integrerade enheten. Denna chef behöver för mandatet en styrgrupp med representanter för organisationernas övergripande ledning men också ha en ledningsgrupp till sitt förfogande med representanter för organisationernas verksamhetsansvariga. Chefen har ansvar för uppstart och genomförandeprocess av verksamheten, varför mandaten måste klaras ut innan start.

Förändring: En integrering av de två organisationernas verksamheter kräver "kulturarbete". Kulturarbete innebär en process som innefattar bland annat samsyn och gemensamma definitioner av de begrepp och metoder som används. En del av organisationskulturen bygger vidare på den lagstiftning som reglerar respektive verksamhet. Bristande kunskaper om varandras lagstiftning och konsekvenser av detta riskerar försvåra samarbetet. Det finns lagstadgat om utökad samverkan och behov av övergripande gemensamma riktlinjer.

Utifrån vår erfarenhet finns risk för att konkurrensförhållanden uppstår i samband med integrering. Konkurrens kan uppstå i förhållande till patienter men även om kompetens och sättet att bidra med

insatser. Konkurrensförhållanden kan innebära att man blir osäker för att göra fel vilket i sin tur kan hindra utvecklingen.

Ett utvecklingsarbete med integrering av två organisationers verksamheter behöver synkronisering med andra pågående utvecklingsarbeten både på verksamhets- och organisationsnivå.

Det kanske viktigaste av allt är ändå att ***Lyckade förändringsarbeten tar tid!***

Lokalisering: Redan innan tillskapandet av nuvarande Beroendeenhet hos Landstinget konstaterades positiva synergier av närhet till övriga sjukhuset, bland annat med hänvisning till ökad möjlighet till provtagningar samt närhet till både akut somatisk och psykiatrisk sjukvård. I Hallands planer om beroende- och abstinensenhet finns samma argument för närhet till övrig sjukvård. I den avhandling som tidigare nämnts om familjecentraler har bland annat samlokaliseringens generella betydelse studerats. I avhandlingen framgår att närheten genomgående upplevs positiv. Men även lokalernas planlösning och hur dessa är belägna har betydelse. Samarbetstankar föds genom att man stöter på varandra. Det har även visat sig att en enhet som bara varit samlokaliserad en dag i veckan upplevt vinster i arbetsbelastning.

Finansiering: I de verksamheter i landet som vi studerat har finansieringen varit en nyckelfråga. I de flesta fall har man valt att dela de gemensamma kostnaderna (t ex lokal, gemensamma insatser, kompetensutveckling) 50-50 mellan landsting och kommun. Kommunens del har sedan fördelats mellan ingående kommuner utifrån befolkningsstorlek. Personal har varit anställda av respektive organisation och den egna organisationen har också stått för personal- och verksamhetskostnad.

4.1.6 Effektivare resursanvändning

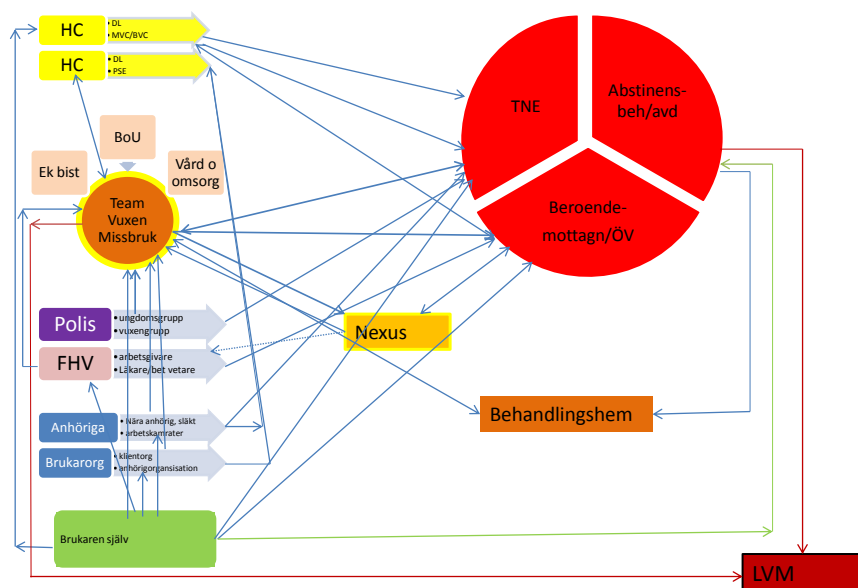
Ekonomi: Socialstyrelsen bedömer i reviderade Nationella riktlinjer för beroendevård 2014 (s 53), att ökad tillgänglighet ökar kostnaderna för huvudmännen till att börja med, men att kostnaderna sedan minskar eftersom effektiviteten blir högre. Totalt blir insatserna billigare och eventuellt tidigare dubbelarbete minskar.

Om brukarna hänvisas till ett ställe minskar risken för dubbelarbete och förutsättningar för tydligare statistik och uppföljning förbättras. Till exempel kan man från startåret börja följa upp tid per personal och brukare, kostnader för varje brukarkategori samt fördelning av kostnader mellan huvudmännen. Med fler personalkategorier och större antal personal på samma ställe bör effektiviserings- och samordningsvinster uppstå om det är en tydlig förutsättning vid starten av verksamheten.

För att kunna utnyttja resurser effektivt behövs en så **tydlig och enkel vård- och insatsprocess** som möjligt. En fungerande **vårdfläta** innebär att varje steg/instans i flätan tillsammans med brukaren tar ansvar för vad som kommer att hända i nästa steg.

Tillgänglighet i en integrerad enhet kan alltså både spara in och/eller kosta – men långsiktigt är det sannolikt att brukares livskvalitet höjs och huvudmännens ekonomi förbättras.

5. Analys av nuvarande organisering



Bildtext: Ovanstående figur försöker illustrera var/hur dagens missbruksinsatser förmedlas. Notera att antalet Hälsocentraler egentligen är sju (7). För att inte bilden ska vara alldeles omöjlig att läsa har många flöden i form av pilar inte ritats ut då bilden skulle bli lika komplicerad som verkligheten. Bilderna finns i större format som bilaga 5.

5.1 Tillgänglighet

Idag finns det många ingångar och enheter/aktörer är separerade från varandra; det är rörigt och snårigt för brukaren. För behov på icke kontorstid finns endast TNE och Polis tillgängliga. För andra intressenter (företagshälsovård, brukar- och anhörigorganisationer, Ungdomsmottagning med flera) som behöver råd och stöd i missbruksfrågor är det svårt att få kontakt. Att personal från socialtjänst och beroendeenhet inte finns på samma ställe vid något tillfälle försvårar för både brukare och professionella.

5.2 Brukarinflytande

Brukarinflytandet är under utveckling sedan några år, brukarrevisioner pågår och flera brukarorganisationer har varit/är delaktiga i framtidsplaneringen. Det finns dock ingen naturlig plats för brukarorganisationerna i dagens organisation. Medverkan och delaktighet hänger ofta på olika personers inställning och aktivitet.

5.3 Kunskapsnav

I Jämtland finns sedan 2011 en fungerande Beroendeenhet kopplad till specialistområde Psykiatri; en tillnyktrings- och abstinensbehandlingsavdelning kompletterad med ett Beroendeteam i Öppen vård. Där finns också en av Sveriges mest erfarna och kompetenta beroendeläkare som medicinskt ansvarig. Vi bedömer också att det finns hög kompetens hos den specialiserade socialtjänsten inom missbruksområdet. Med den splittrade organisation som finns idag är det dock svårt att utveckla gemensam kvalitet och kompetens. Det är också komplicerat för andra intressenter att veta var man ska vända sig för att få råd och stöd i missbruksfrågor.

5.4 Evidens

Både landsting och socialtjänst använder sig av de evidensbaserade metoder, för både utredning och insatser.

5.5 Samverkan/samarbete/samsyn

Det finns en överenskommelse avseende riskbruk, missbruk och beroende i Jämtlands län både för den regionala nivån och för lokal nivå i varje kommun.

Det finns också ett vårdprogram för ämnesområdet framtaget inom landstinget med fokus primärvård.

Samverkan har utvecklats, delvis beroende på riktlinjer och nationella projekt. Samarbetet mellan socialtjänst och primärvård respektive socialtjänst och beroendeenhet har ökat de senaste åren men har fortfarande utvecklingspotential.

Det finns ett gränsdragningsdokument som reglerar gränsen mellan Beroendeenhetens ansvar contra övrig sjukvård inklusive Primärvårdens ansvar för målgruppen. Trots ökat samarbete och ökad tydlighet i nämnda dokument finns fortfarande olika uppfattningar inom Primärvård och Beroendeenhet till exempel om var gränsen för samsjuklighet hos brukare föreligger.

Respektive lagstiftning ställer krav på och har skapat bättre förutsättningar för ytterligare samverkan. Omorganisationer kan underlätta när det inte finns så fasta strukturer. Men det kan också vara en svårighet då omorganisationerna hos de två huvudmännen inte riktigt hunnit konstitueras och kommuniceras klart. Nya dokumentationssystem är införda i båda organisationerna som förväntas vara bättre anpassade för samverkan, till exempel när SIP ska användas. Samtidigt finns det ännu inga tydliga rutiner för när och hur SIP ska användas.

Beroendeenheten har praktisk lokalisering i närheten till övriga sjukhuset och socialtjänstens missbruksgrupp är lokaliserad tillsammans med övriga socialtjänstens enheter. Nexus har egna lokaler vilket kan vara bra för vissa brukare/anhöriga. Primärvårdens lokalisering i brukarnas närområde fungerar för tidig upptäckt. Dock bedömer vi sammantaget att lokaliseringen på många olika ställen är mest praktisk utifrån ett brukar perspektiv.

Det finns med nuvarande organisering risk för dubbla insatser, för icke effektivt utnyttjande av lokaler och kompetensutveckling, och för höga externa kostnader.

Respektive organisationskultur bygger delvis på den lagstiftning som reglerar verksamheterna och det finns bristande kunskaper om varandras lagstiftning och konsekvenser av den, detta försvårar samarbetet. Olika definitioner och begrepp används i organisationerna vilket komplicerar kommunikation och samverkan. I praktiken fungerar inte SIP, samarbetet är fortfarande i för hög utsträckning personrelaterat och inte strukturellt relaterat. Samarbetet försvåras vidare av brist på kunskaper om varandra och olika förväntningar på varandra. De båda huvudmännen har olika sätt att fatta beslut och det finns upplevelser/synpunkter på att lagstiftning speciellt sekretess är ett hinder.

”Om aktörerna som ska samverka med varandra saknar tillit till varandra leder det till ett kontrollerande. Det leder i sin tur till att ingen vill ta några risker och initiativ till samverkan vilket i sin tur kan medföra att den tänkta samverkan rinner ut i sanden”(Costa mfl 2001)

”...detta riskerar att leda till ett servicesystem som är fragmenterat, ineffektivt och inte använder resurser på bästa sätt, och som medför att de som är beroende av hjälp och stöd ibland ”faller mellan stolarna.” (Longoria 2005)

5.6 Effektivare resursanvändning

Det finns många så kallade ut- och inflöden i vårdflödet och risken finns för att brukaren inte får ”rätt” insats eller att man inte i tid upptäcker ett risk- och/eller missbruk. Vi uppfattar inte att det skett något systematiskt och strukturerat arbete med vårdflödet i nuvarande organisering av missbruksvården, varför det finns risk att resurser inte används på effektivaste sätt. Vid överföring mellan olika vård-/behandlingsformer finns ibland olika uppfattning om en person är ”färdigbehandlad” inom landstinget och när det är möjligt för socialtjänsten att överta insatser för att de ska bli optimala för patienten/klienten och tvärtom. Några tydliga rutiner för denna process har vi inte funnit.

Det finns en uppenbar risk för att brukare med alkoholproblematik ”trillar mellan stolarna” då det är oklart vart och till vem man ska vända sig. Det finns också risk för att brukare får dubbla och/eller olika budskap och det kan vara otydligt av vem och var behandling förmedlas. För till exempel alkohol- och läkemedelsberoende ansvarar inte Beroendeenheten för insatserna utan där har primärvård och socialtjänst ansvar. Nexus och Beroendeenheten arbetar delvis med samma målgrupp och med samma innehåll i insatserna (se statistik), men organiserar delvis arbetet olika. Det finns anledning att tro att man också delvis arbetar med samma patienter.

Socialtjänstens handläggare har som uppgift att utreda för beslut om insats. Men vi uppfattar att de också ansvarar för uppföljning av insatser, till exempel när någon kommer ”tillbaka” efter avslutad insats hos Nexus eller på Behandlingshem. Den uppföljningen finner vi ibland ligger nära vad som kan benämnas som insats.

Det finns i dagsläget bristande resurser för att i full utsträckning förmedla insatser i första linjen (primärvård och socialtjänst.) Särskilt läkarbrist inom primärvården men också avsaknad av uppsökande arbete inom socialtjänsten minskar möjligheter för tidig upptäckt framförallt avseende personer som missbrukar narkotika, men även avseende fördjupade insatser gällande alkohol.

Med det som i förslaget beskrivs som en ingång blir det oklart hur den heterogena gruppen brukare med missbruks/beroende problematik kan/ska bemötas. Vårt utredningsuppdrag omfattar vuxna personer där missbruk och beroende finns för alla droger inklusive spel. Vi uppfattar att önskemålet hos delar av arbetsgruppen innefattade även unga, omyndiga personer tillsammans med föräldrar. För att realisera HUSET skulle dagens gränsdragningar inom landstingets verksamheter behöva revideras, särskilt gällande ansvarsfrågan för insatser till personer med alkoholproblematik.

6.2 Brukarmedverkan

I förslaget till HUSET skulle brukarorganisationer ha en naturlig plats både i form av närvaro och i form av delaktighet i planering och utveckling.

6.3 Kunskapsnav

I HUSET skulle de flesta personer som arbetar professionellt med missbruksfrågor vara samlade vilket skulle kunna innebära att dialog och kompetens förs över mellan personal på ett enklare sätt. Utbildningar och andra kompetenshöjande insatser skulle kunna organiseras och genomföras på ett samlat sätt och därigenom nå fler och kunna ske mer kostnadseffektivt. I HUSET skulle i stort sett all kompetens inom området finnas samlad vilket analogt bör innebära att det blir lättare för andra intressenter att få tillgång till den kompetens/kunskap man är i behov av.

6.4 Evidens

HUSET's organisation och innehåll skulle kunna bidra till att det blir tydligare om och när flera aktörer arbetar med samma evidensbaserade metod. Vi tror att de olika professionerna har olika infallsvinklar i sitt användande av metoderna, vilket skulle kunna medföra möjlighet till större diversifiering. Det skulle också kunna vara en grund för utveckling av all metodanvändning och även för effektivare utnyttjande av resurser..

I förslaget till HUSET finns inte beskrivet hur uppföljning och forskning planeras.

6.5 Samverkan/samarbete/samsyn

I HUSET skulle det finnas närhet mellan aktörer vilket man i forskning funnit vara en betydelsefull faktor för att samverkan och samarbete ska uppstå, utvecklas och fungera.

HUSET har inte tydligt beskrivit hur ledning av verksamheten skulle se ut.

Med samlokalisering i HUSET underlättas gemensamma utbildningar och andra kompetenshöjande aktiviteter vilket ofta även fungerar som god grund för ökad samverkan och samarbete men också för ökad samsyn. Här skulle det dock även krävas ett tydliggörande hos varje organisation och aktör kring innehåll i verksamhet, rutiner, definitioner, förhållningssätt och teoretiska ramar.

I HUSET skulle en del av nuvarande gränsdragningar ”suddas ut”, och därigenom skulle nya gränsdragningar krävas.

För samlokalisering i HUSET skulle totalt mer än 50 personer från sex verksamheter med två huvudmän och 8-10 personalkategorier beröras. Inget i förslaget beskriver hur den förändringsprocess som en samlokalisering med ökad samverkan och samarbete skulle ske. Av forskning vet vi att förändringsprocesser i arbetslivet tar tid och att processer med många medarbetare med olika ”kulturer” kräver både stark styrning och ett planerat långsiktigt förändringsarbete.

6.6 Effektivare resursanvändning

I HUSET skulle det vara lättare att upptäcka om brukare besöker flera aktörer samtidigt och därmed också lättare att bedöma om detta inklusive om innehåll i olika insatser gynnar behandlingsresultatet.

Närheten mellan aktörer från olika organisationer (med olika lagstiftning och beslutsrutiner) i HUSET skulle förmodligen underlätta genomförandet av den lagstadgade samordnade individuella planen (SIP).

I HUSET skulle brukare med alla olika drogproblem tas emot vilket troligen skulle kunna minska återremitteringar till primärvården avseende brukare med alkoholproblematik.

I förslaget finns inget som beskriver hur ”utflödet” från HUSET ska se ut. Hur brukare kommer vidare efter insatser är avgörande för hur det långsiktiga resultatet blir. Det handlar om boende, sysselsättning och nätverk utanför en vård- och behandlingssituation.

Vid slutkonferensen för Kunskap till Praktik i november 2014 konstaterades just det sista som ett behov för framtiden inom området som:

”Samarbeta och utgå från en helhetssyn. Se inte bara till ett behov, att det är missbruket som man måste komma tillrätta med. Det behövs också många andra insatser som boende, sysselsättning och stöd av olika slag”

7. Vår konklusion och vårt förslag

När vi jämför analys av dagens organisering av missbruksvården och analys av förslaget HUSET drar vi slutsatsen att HUSET är en för stor och genomgripande förändring samtidigt, såväl gällande verksamhet, personal och kultur som lokaler.

Vi stödjer vår slutsats bland annat på den forskning som finns kring samverkansprocesser. Huxham & Vangen (2005) menar till exempel att **integrering kräver en interaktion både avseende arbetsprocesser och sociala processer och att dessa båda processer pågår parallellt**. I den sociala processen ingår bland annat hantering av olikheter och konflikter. De menar vidare att det samtidigt kan finnas flera mål vid samverkan och dessa kan delas in i tre nivåer: **Samverkansmål** som är det övergripande mål man strävar efter att uppnå genom samverkan. **Organisationsmål** utifrån respektive organisation och deras mål med samverkan som inte alltid är direkt relaterat till det övergripande målet. Det kan exempelvis handla om en professions mål och den professionella gruppens behov av gränser och kontroll över sitt yrkesfält. **Individuella mål** som ofta är dolda kan bland annat handla om karriärmöjligheter för den enskilda personen.

Vi stödjer också vår slutsats på vår egen långa yrkeserfarenhet och på det som framkommit under vårt utredningsarbete.

Analys av dagens missbruksvård i Jämtland och Östersund visar ändå – enligt vår bedömning - att det inte kan fortsätta som idag.

Vi föreslår därför ett utvecklingsarbete i faser enligt nedan som när det är helt genomfört i många delar påminner om HUSET. Vi tror att genom att genomföra vår föreslagna förändring stegvis och under tre år så kommer möjligheterna att lyckas att vara betydligt större än om HUSET skulle genomföras enligt förslag. Vi hänvisar till tidigare skrivning om samverkansprocesser och konsekvenser i form av förändring gällande verksamhet, personal, kultur och lokaler.

Vi föreslår också – utanför vårt uppdrag - att det parallellt påbörjas ett utvecklingsarbete för ungdomar med riskbruk/missbruk/beroende, då vi under vårt arbete blivit klara över brister som finns även för denna målgrupp.

7.1 Utveckling i faser

ÅR 1

Steg 1

- Styrgrupp utses och Chef/Ledning rekryteras och anställs.
- Mottagning sätts med en ingång, ett telefonnummer och i nära anslutning till TNE . På Mottagningen ska personal från Beroendeenhet, Socialtjänst och Primärvård finnas. Nya rutiner tas fram för det gemensamma arbetet bland annat för samtyckesrekvisit. Brukarorganisationerna har en plats i mottagningen.
- Gemensamma utbildnings- och teamutvecklingsinsatser påbörjas som en del av ett ”kulturarbete”.
- Vi bedömer det viktigt att hela utvecklingsprocessen följs från start varför FoU behöver kopplas in direkt.

Vi bedömer att det inte finns behov av ny huvudman. Integrationen kan genomföras i samverkan mellan nuvarande huvudmän. Vi anser att finansiering ska ske 50-50 av de gemensamma delarna(lokal, chef; inkl stöd, viss kompetensutveckling, forskning/utvärdering och gemensamma verksamhetskostnader) övrigt finansieras av respektive huvudman. Vi bedömer också att utvecklings- och uppstartsarbetets kostnader bör finansieras med tilläggsanslag.

Steg 2

- Integration av den nyöppnade Mottagningen, Nexus, och Beroendeenheten startar med målsättning samlokalisering.
- Samverkansrutiner med primärvård, polis, övriga kommuner i länet revideras och utvecklas

Ett parallellt utvecklingsarbete för ungdomar med riskbruk/missbruk/beroende startar

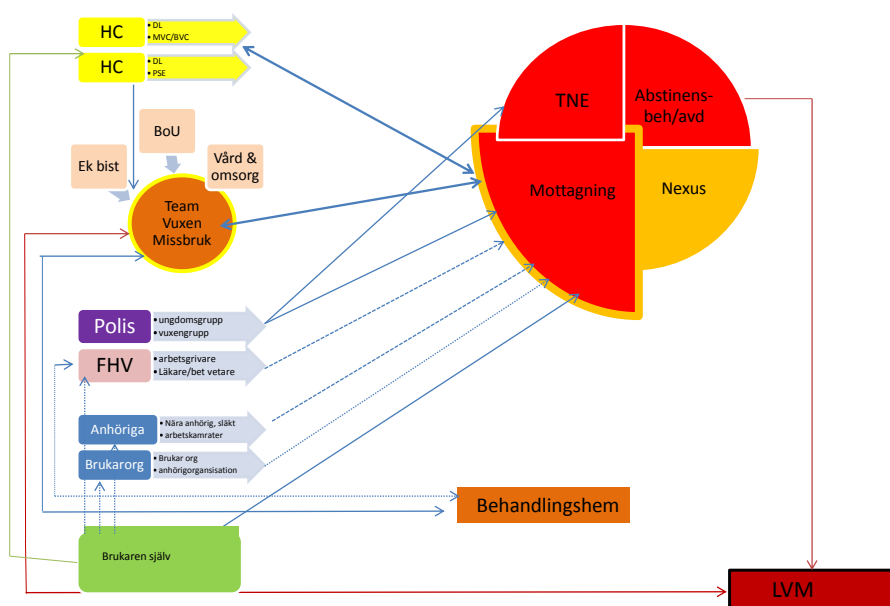
ÅR 2

- Integration av den nyöppnade Mottagningen, Nexus, och Beroendeenheten är genomförd
- Forskning kopplat till verksamhetsinnehåll, brukarmedverkan med mera initieras
- Dialog/fördjupad utredning om även socialtjänstens uppdrag med utredning och myndighetsutövning ska integreras
- Kommunens utvecklingsarbete kring boende, sysselsättning och coachinsatser fortsätter parallellt med de specialiserade insatserna
- Primärvårdens kunskaper och insatser om tidig upptäckt fortsätter utvecklas parallellt med de specialiserade insatserna
- Fortsatta diskussioner med övriga kommuner i länet kring utrymme för köp av tjänster alternativt delfinansiering

Beslut om särskild ungdomsmottagning

ÅR 3

- Förvaltning och fortsatt utveckling av den nu integrerade verksamheten
- Beslut om socialtjänstens myndighetsutövning ska integreras med övriga aktörer
- Beslut om hur länets övriga kommuner kommer att ansluta
- Socialtjänstens- och Primärvårdens utvecklingsarbete fortsätter



Bildtext: Vi försöker med bilden illustrera de två första åren av utvecklingsprocessen. Observera att socialtjänstens myndighetsutövning ligger utanför den integrerade enheten. Bilden finns i större format som bilaga 7.

7.2 Slutsats

Vi menar att med vårt förslag, kan en integrerad verksamhet för beroende och missbruk byggas upp under tre år. En integrerad verksamhet som kan möta upp brukares behov avseende kvalitet, tillgänglighet och bemötande. Den kommer att ge samordningsvinster för såväl brukare som personal och organisation vilket också leder till en högre resurseffektivitet. Den samlade, specialiserade Missbruksenheten blir ett kunskapsnav som gagnar även annan verksamhet som möter personer med missbruk och beroende. Genom en planerad process i steg och med uppföljning/forskning knuten till processen anser vi att det finns ökade möjligheter för en långsiktig varaktighet med hållbar kvalitet .

