

KARTLÄGGNING AV INSATSER RIKTADE
TILL PERSONER MED MISSBRUKS- OCH
BEROENDEPROBLEMATIK I JÄMTLAND

Marianne Westring Nordh

Rapport nr 2009:4 i FoU Jämts rapportserie

Kartläggning av insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Jämtland

Marianne Westring Nordh
© Författaren och FoU Jämt
ISSN 1651-7253

Kartläggning av insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Jämtland

Marianne Westring Nordh

Sammanfattning

FoU Jämt har på uppdrag av NIL- projektet, som ett första steg i kunskapsarbetet med implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, genomfört en länsövergripande kartläggning över behandlingsinnehåll och personalens kompetens inom nämnda områden. I kartläggningen omfattas såväl kommunala som landstingskommunala verksamheter likväl som privata och frivilligorganisationer.

Kartläggningen har genomförts via enkäter, intervjuer och i kontinuerlig dialog med projektledare och styrgrupp.

Det intervju- och enkätmaterial vi har fått in visar att det är en i grunden god basutbildningsnivå bland personal som arbetar inom missbruks- och beroendevården/behandlingen i länet. I kommunerna har majoriteten av personalen socionomutbildning eller behandlingsassistent/pedagogutbildning. Inom landstinget är det i första hand socionomer, terapeuter, sjuksköterskor, och specialistsjuksköterskor som är anställda. Privata och frivilligorganisationer bygger i stort sina verksamheter i form av självhjälsgrupper. Personer inom frivilligorganisationerna har många gånger eget tidigare missbruk som erfarenhet.

Terminologi är ett område som är problematiskt. I denna kartläggning kommer detta framför allt i dagen när det gäller vilka metoder/tekniker som verksamheterna använder sig av och har certifiering/legitimering för. Inom kommunernas socialtjänst använder man sig inte av språkbruket legitimering/certifiering, det är ett språkbruk som är mer relaterat till sjukvården. Inom socialtjänsten uttrycker man att man har utbildning eller annan kompetens på området. Detta har föranlett att personer som har redovisat utbildningar relaterade till de metoder/tekniker som de arbetar med ändå har svarat nej på frågan om de har legitimering/certifiering. Kopplingen tillbaka till metoder och tekniker för genomförande av vård- och behandlingsinsatser som tas upp i enkäterna blir därmed otydlig och kanske även missvisande.

De absolut mest förekommande insatserna som verksamheterna tillhandahåller är motiverande samtal och rådgivning. Därefter kommer uppsökande insatser, provtagning, utredning/diagnos, återfallsprevention och psykosocialt stöd i form av relationer, bostad och arbete. Kontaktperson är också en insats som är vanligt förekommande från kommunernas sida. När det gäller privata verksamheter och frivilligorganisationer använder de sig i stor utsträckning av Minnesotamodellens tolvstegsprogram och arbetar på så sätt i huvudsak med självhjälsgrupper som metod.

Till vissa delar framgår det i kartläggningen att det fortfarande finns brister när det gäller samverkan mellan vård- och behandlingsenheter organiserade under olika myndigheter och/eller mellan förvaltningar. Ett gott samarbete som lyfts fram i enkätstudien är kommunernas och hälsocentralernas gemensamma vård- och behandlingsarbete tillsammans med landstingets Dubbel-diagnosteam när det gäller personer med samsjuklighetsproblematik. Ett annat samverkansarbete som lyfts är det mellankommunala samarbetet med några av länets mindre kommuner och Östersunds kommuns Beroendecentrum. Ett ytterligare inslag när det gäller samverkan och förebyggande arbete i länet är landstingets alkoholprocess, riskbruksarbete och fortsatta mobiliseringsarbete, då framför allt riktat till primärvården. Det ställs stora förhoppningar från alla till landstingets kommande beroendeenhet.

Innehåll

Förord.....	1
Läshänvisningar.....	3
Definitioner av förekommande begrepp	3
Samhälleliga bakgrundsbilder.....	5
Ohälsotalen i Jämtlands kommuner.....	5
Arbetslösheten i länets kommuner	6
Axplock av tidigare kunskap på området	7
Nationella riktlinjerna.....	8
Kartläggningsuppdraget	11
Metoder i kartläggningsarbetet.....	12
Enkätmaterialen sett ur ett länsperspektiv	13
Kommunvis genomgång av verksamheter och insatser.....	20
Bergs kommun	21
Kommunens insatser	21
Samordningsförbundet Berg.....	22
Privat verksamhet.....	23
Frivilligorganisationer	23
Primärvården	23
Bräcke Kommun	25
Kommunens insatser	25
Frivilligorganisation.....	26
Primärvården	26
Härjedalens Kommun.....	27
Kommunens insatser	27
Frivilligorganisationer.....	29
Primärvården	29
Privat verksamhet.....	29
Krokoms Kommun	30
Kommunens insatser	31
Frivilligorganisation.....	32
Primärvården	32
Ragunda Kommun	32
Kommunens insatser	33
Primärvården	34
Strömsunds Kommun.....	35
Kommunens insatser	36
Frivilligorganisationer.....	37
Primärvården	37
Privat	38
Åre Kommun.....	38
Kommunens insatser	39
Privat verksamhet.....	40
Frivilligorganisationer.....	40
Primärvården	40

Östersunds Kommun	41
Kommunens insatser	41
Frivilligorganisationer i kommunen	47
Primärvården	48
Landstingets - Alkoholprocess, Riskbruk och Mobilisering	51
Dubbeldiagnosteamet	52
Kompetenscentrum för livsstilsfrågor/alkohol och droger	53
Kvinnosjukvården Östersunds sjukhus	55
Reflektioner på det sammantagna materialet	56
Utbildning, metoder och tekniker	57
Målgrupper och verksamheter	58
Samverkan	59
Implementeringsarbetets grundförutsättningar	60
Samhällets betydelse	60
Referenser	63

Bilaga 1 Enkät 1

Bilaga 2 Enkät 2

Förord

Människor med riskbruksbeteende eller utvecklad beroendeproblematik är inte en homogen målgrupp. Många ser fortfarande den utslagna mannen eller kvinnan på parkbänken med spritflaskan i handen framför sig när dessa målgrupper kommer på tal. Det är mer sällan som vi tänker på mamman eller pappan i familjen bredvid som stretar och drar för att få arbetsliv och familjeliv att gå ihop.

För kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård innebär detta komplexa arbetssituationer. Kan och bör insatser för dessa varierade profilbilder hos människor i behov av socialtjänstens och/eller sjukvårdens stöd se lika ut? Hur skall professionerna på bästa sätt mötas och erbjuda insatser i samverkan? Vad är evidensbaserad praktik? Vilka insatser finns i vårt län idag? Detta är frågor som vi alla skulle vilja få svar på. I denna kartläggning hoppas vi kunna bidra med svar på framför allt den senare frågan och dessa skall kunna ge ledtrådar till hur vård- och behandlingsinsatser kan utvecklas till förmån för målgrupperna.

En kartläggning är till för att ge en bild av hur läget ser ut. Då läget inte är statistiskt innebär det att en kartläggning alltid ger en bild av ”det som varit” och en del av ”det som fortfarande är”. Förhoppningen med denna kartläggning är att den bild som Du ser är föränderlig och därmed också kan påverkas. I detta kan vi alla bidra med kunskap och erfarenheter så att framtida evidensbaserad kunskap och praktik kommer till allas gagn.

Ett varmt tack till styrgruppen och projektledaren som arbetar med implementering av nationella riktlinjerna, som hela tiden funnits med som dialogpartners under kartläggningens gång i arbetet med allt ifrån enkätfrågornas utformning till analysarbetet. Jag vill även skicka ett varmt tack till alla personer ute i verksamheterna som tagit sig tid att fylla i enkäterna och att svara på alla frågor vid kompletterande telefonsamtal och mailkorrespondens.

Östersund 2009 06 19

Marianne Westring Nordh

Forskningsledare vid FoU Jämt
marianne.westring-nordh@miun.se

Läshänvisningar

Denna rapport tar sitt avstamp i en liten övergripande samhällelig bild av människors arbetsvillkor och hälsoläge i länet, och hur dessa kan påverka det egna välbefinnandet och skatteunderlag för verksamheter inom den offentliga sektorns områden. Via en övergång i kortfattad sammanfattning av tidigare forskning och de framtagna nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, övergår rapporten till att beskriva kartläggningsuppdraget och de metoder som använts för genomförandet av studien.

Då syftet med rapporten har varit att få en bild av hur situationen ser ut i länet så startar resultatredovisningen med det länsövergripande kapitlet *Enkätmaterial sett ur ett länsperspektiv*. Detta gör att läsaren blir direkt insatt i vilka resurser som finns totalt i länet och vilka som saknas eller behöver utvecklas.

I följande kapitel, *Kommunvis genomgång av verksamheter och insatser*, redovisas resultaten per kommun. Här finns utöver kommunens egna verksamheter och insatser även projekt, frivilligorganisationer och privata verksamheter redovisade, liksom landstingets primärvård i form av hälsocentraler. I efterföljande avsnitt redovisas resultat från de delar av övriga landstingsverksamheter som vi kommit i kontakt med.

Kartläggningen knyts ihop i kapitlet *Reflektioner kring det sammantagna materialet* där resultaten från kartläggningen speglas mot den pågående evidensdebatten och hur denna kan påverka det förestående implementeringsarbetet. Människors livssituationer och möjligheter till livsval sätts i relation till den samhällsutveckling som är och som påverkar inställningar, förhållningssätt och resurser till verksamheter lika väl som insatser för medmänniskor som befinner sig i riskzonen eller redan har en beroendeproblematik som de inte klarar av att ta sig ur på egen hand.

Enkäter som använts i kartläggningsarbetet finns med som bilagor och dessa har även legat till grund för de telefonintervjuer som genomförts.

Definitioner av förekommande begrepp

I denna kartläggning används begreppen verksamheter och insatser i försöken att beskriva det stöd och den behandling som finns i länet för människor med riskbruks-, missbruks- och/eller beroendeproblematik. Begreppet verksamheter används när en enhet eller ett team beskrivs, medan insats står för den specifika åtgärd eller behandling som individer och grupper får del av.

Förkortningar som används i rapporten har sammanställts och förklaras här nedan.

AA	Anonyma alkoholister
ADAD	Adolescent Drug Abuse Diagnosis – Ungdomsversion av ASI
ADDIS	Alkohol Drog Diagnos InStrument – Bedömningsinstrument för alkohol och drogproblematik
Al-Anon	Självhjälsgrupper för anhöriga till personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik
ASI	Addiction Severity Index - Bedömning av problemtyngd och hjälpbehov
ASQ	Attachment Style Questionnaire, ett psykometriskt instrument i form av självskattningsformulär avsett att mäta anknytning hos ungdomar och vuxna
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test - Psykologisk test för upptäckt och bedömning av alkoholproblem
DIP-Q	Ett självskattningsinstrument för personer med personlighetsstörningar som kan ligga till grund för diagnos och behandling
DOK	Dokumentation och utvärdering inom missbruksvården - Bedömning av problemtyngd och hjälpbehov
DUDIT-E	Drug Use Disorders Identification Test - Psykologisk test för upptäckt och bedömning av narkotikaproblem
GA	Anonyma spelberoende
LVM	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test –Test för att identifiera alkoholmissbruk
MAPS	Monitoring Area and Phase System – Strukturerat redskap för självhjälp och klientmedverkan
MI	Motivational Interviewing – Motiverande samtal
NA	Anonyma narkomaner
IMS	Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete
SCID-II	Semistrukturerat intervjustöd som används för diagnostik av personlighetsstörningar enligt DSM-IV

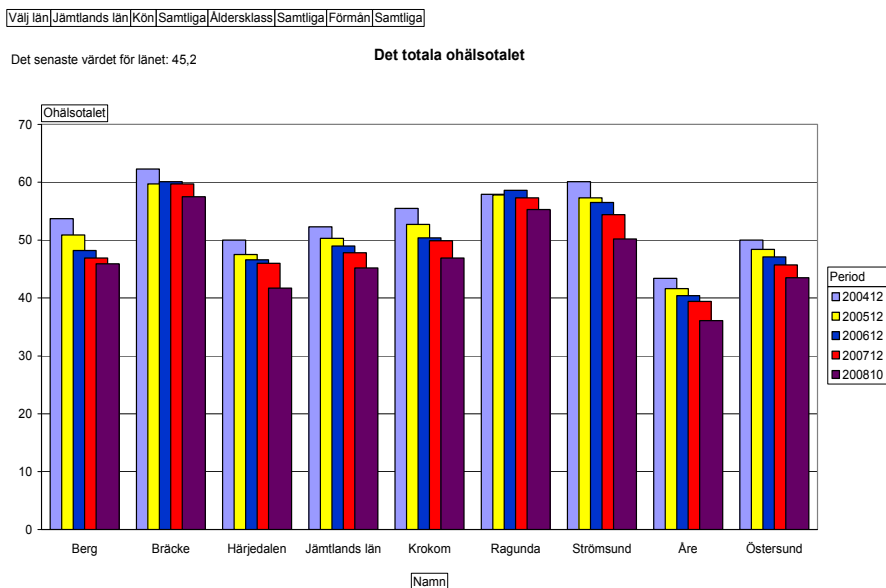
Samhälleliga bakgrundsbilder

Majoriteten av Jämtlands knappt 127 000 innevånare bor i den tätbefolkade Storsjöbygden. Detta innebär att stora delar av Jämtlands län är gles befolkad. Hela 34,4 procent av befolkningen bor på landsbygden.

Länets näringsliv domineras av småföretagande och viktigaste sektorerna är framför allt de inom trä, turism, handel och livsmedel. I de östra delarna av länet finns en av landets största energiproducenter. Offentliga sektorn och dess verksamhetsområden är i många fall största arbetsgivaren i länets kommuner.

Ohälsotalen i Jämtlands kommuner

Länet har under de senaste åren varit det län som haft högst ohälsotal i landet och en av de högsta arbetslöshetsnivåerna. Detta är samhälleliga faktorer som kan vara viktiga att ta med i det förebyggande arbetet. Hur många av de personer som ligger i farozonen för arbetslöshet utvecklar ett riskbruksbeteende, som i sin tur kan medverka till sämre hälsa för individen och ett ytterligare ökat ohälsotal för regionen?



Figur 1 Ohälsotalet för kommunerna i Jämtland åren 2004 till 2008

Jämförelsetalet med riket med början från år 2004 räknat i antal ohälsodagar är plus 42, 41, 40, 38 respektive 36 stycken.¹ De senare åren har ohälsotalet sjunkit. En del av förklaringen för de sänkta ohälsotalen kan hänga samman med åtstramningar i Försäkringskassans regelverk, vilket innebär att personer har utförsäkrats och därmed fallit bort ur statistik över ohälsotal (Larsson, Marklund & Thunborg 2006).

Arbetslösheten i länets kommuner

I Arbetsförmedlingens *Höstprognos Jämtland 2008*, påvisas att antalet arbetslösa i länet har minskat jämfört med föregående år, med undantag för mätningar under oktober månad. På grund av den globala lågkonjunkturen beräknas sysselsättningen minska och arbetslösheten öka under kommande år (Arbetsförmedlingen 2008 s 12-13).

Männens andel av arbetslösheten är högre än för kvinnorna i Jämtland. Detta hänger samman med vikande efterfrågan på arbetskraft inom traditionellt manligt dominerade yrkesområden (Arbetsförmedlingen 2008).

En annan orsak till kvinnors högre sysselsättning kan vara att kvinnor i större utsträckning än män vidareutbildar sig och har större flexibilitet när det gäller val av yrken (Nordenmark 2004, Westring Nordh 2007).

Tabell 1 Öppet arbetslösa (årsmedeltal) mellan män och kvinnor i Jämtland 2007 och total andel samt antal öppet arbetslösa (årsmedeltal) i Jämtland 2007²

Kommun/Region	Män/andel i procent	Kvinnor/andel i procent	Total andel	Totalt antal
Berg	3,0	1,7	2,4	106
Bräcke	3,6	3,6	3,6	154
Härjedalen	2,9	2,7	2,8	177
Krokom	2,5	1,9	2,2	201
Ragunda	4,2	2,8	3,5	118
Strömsund	5,2	3,6	4,5	340
Åre	2,9	2,5	2,7	175
Östersund	4,0	2,9	3,4	1320
Länet	3,7	2,8	3,2	2592
Riket	3,0	2,8	2,9	169506

Frågan är hur dessa arbetslöshetssiffror kommer att påverkas av den finansiella kris som utvecklade sig under slutet av 2008 och vars effekter visats sig kvarstå en bra bit in på år 2009. Man kan även fråga sig hur de stora skatte-

1 Data hämtat från www.forsakringskassan.se

2 <http://www.regionfakta.com/dynamiskPresentation.aspx?id=2540> [2009-06-30]

sänkningar som genomförts under senaste mandatperioden kommer att påverka arbetsutbudet inom de offentliga verksamheterna som finansieras just genom skatteintäkter?

Axplock av tidigare kunskap på området

I betänkandet SOU 2005:82 s. 44 poängteras det att socialtjänstens och andra myndigheters behandlingsinsatser skall utgå från individens behov och att individen själv ska vara med i planering av behandlingen.

Samma betänkande pekar på tre grundförutsättningar för en god "vårdprocess";

- *Personkontinuitet* är den grundförutsättning som utredningen bedömer som viktigast och den innebär en långvarig kontakt med en ansvarig behandlare.
- *Den enskilde individens unikum*, vilket innebär att beslutande och behandlande personal skall finna individuella och flexibla insatser i samverkan med klienten.
- Olika *insatser* från flera vårdgivare *bör ske samtidigt och integrerat* istället för efter varandra (SOU 2005:82 s 17).

Här har andra studier påvisat brister i samordnade och/eller integrerade behandlingsinsatser. Framför allt har psykiatrisk problematik i kombination med beroendeproblematik fokuserats och kritiserats (se vidare i Tärnegård 2000 som har skrivit om denna problematik utifrån en studie genomförd i Östersund).

Faktorer som brukar- och frivilligorganisationer pekar på för goda behandlingsresultat är behovet av *snabba insatser* när den med beroendeproblematik visar en vilja till förändring. Detta då motivationen hos individen är flyktig. Även dessa grupper pekar på behovet av varierade och individuellt önskade insatser, långsiktiga behandlingar, tillåtande atmosfär som räknar med återfall och ser det som en del av tillfriskningsprocessen (SOU 2005:82).

Verksamhetsansvariga och företrädare för huvudmännen pekar på behovet av ömsesidighet i byggandet av systematiskt planerings/dokumentations/utvärderingssystem och en långsiktig förvaltning och utveckling av instrumentet. När det gäller individens behov vill man att ett helhetsperspektiv utifrån livssituationen skall råda, där den beroendes familj, övrigt nätverk, somatisk och psykisk hälsa, boende med mera skall lyftas in. Även denna grupp poängterar vikten av långsiktighet och tålmod i behandlingsinsatser. Här ser man en planerad eftervård som avgörande efter intensiva behand-

lingsinsatser. Verksamhetsansvariga och företrädare för huvudmännen pekar vidare på behovet av många olika behandlings- och rehabiliteringsinsatser för att kunna möta upp individuella behov i större omfattning än idag (SOU 2005:82).

Skuld och skam är känslor som är tätt sammanknippade med individens beroende till drogen. Många människor med beroendeproblematik ”beskriver sin situation som *fängelseliknande, förnedrande, nedvärderande, omyndigförklarande, bestraffande, frihetsberövande etc.*” Dessa känslor upplevs i relation till beroendet självt och förändras inte under vistelsen på institution. Detta innebär att klienten under lång tid upplever sin autonomi begränsad och sin integritet kränkt (Arlebrink 2005 s 159).

I samband med en tidigare studie uppmärksammades fem olika missbruks- och/eller beroendeprofiler trots ett litet material på endast 19 individer. Dessa olika profiler påvisade med tydlighet komplexiteten i missbruks- och beroendebehandlingen. Studien visade på en spridning i åldrar, kön och levnadsförhållanden som ytterligare belyser tidigare utredningars och forsknings krav på individuella lösningar vid missbruks- och beroendeproblematik (Westring Nordh & Nordh Börresson 2007 s 29/30, SOU 2005:82). Med integrerade behandlingsformer och professionellt empatiska förhållningssätt, där individen får möjlighet till inflytande kan invanda mönster brytas (Holm 2005, SOU 2005:82). Det vi också vet från tidigare forskning på området är att människor med ett riskbruksbeteende, som fortfarande har ett ”väl fungerande” liv med arbete och nära relationer, har större chans att bryta sitt skadliga beteende än de som lever isolerade och utsatta (Gerdner och Holmberg 2000).

Möjligheter till könssegregerade behandlingsformer för kvinnor, i vissa utsatta livssituationer, är ett viktigt område som utredningen menar måste beaktas i framtiden, likväl som kompetensutveckling hos personalen (SOU 2005:82 s 20).

Mycket av detta tidigare arbete och genomförda studier har legat till grund för arbetet med de nu framtagna nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.

Nationella riktlinjerna

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen tillsammans med olika expertgrupper arbetat fram underlaget till de nu rådande nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården i Sverige. Tanken är att dessa riktlinjer skall bli en gemensam plattform för det vård- och behandlingsarbete som bedrivs, både av kommuner och landsting, för och med dessa målgrupper.

De nationella riktlinjerna påvisar vikten av att professionerna skapar gemensamma begrepp och definitioner, för att därmed underlätta kommunikation och förståelse mellan de olika aktörerna. Ett nytt begrepp som på detta sätt har arbetats fram är *samsjuklighet* och det inbegriper personer där det föreligger både missbruk/beroende och psykiatrisk/somatisk problematik. I denna kartläggningsrapport kommer det nya begreppet att användas konsekvent. Enda undantaget är när kommuner och primärvård pekar på att de samverkar med landstingets dubbeldiagnosteam.

I de nationella riktlinjerna tas olika rekommendationer av screeningtest, fysiologiska och psykologiska test samt bedömningsinstrument upp utifrån målgrupp, effekt, testets tillförlitlighet och utförande. Detta är ett sätt för socialstyrelsen att bidra till mer evidensbaserade insatser för målgrupperna. Evidens i detta sammanhang skall bygga på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis och bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap (SOU 2008:18).

Dessa tre ben ligger även till grund för SKL:s implementeringsarbete, Kunskap till praktik, som är en del i det pågående evidensarbetet.

Regeringen fattade den 24 april 2008 beslut om en överenskommelse med Sveriges Kommuner och landsting (SKL) om implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Målet för överenskommelsen är att den missbruks- och beroendevård som kommuner och landsting erbjuder är utformad i enlighet med Socialstyrelsen riktlinjer och aktuell kunskap om effektiva metoder och arbetssätt, så att klienter och patienter får insatser av god kvalitet.

SKL kommer under hösten 2009 träffa en överenskommelse med Kommunförbundet i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting, där syftet bland annat är att stödja parterna i att utveckla ett kvalificerat stöd i dessa viktiga utvecklingsfrågor.

SKL har uppdragit till Kommunförbundet Jämtlands län och Jämtlands läns landsting att ta fram en genomförandeplan för tiden 2009-09-01 – 2009-12-31 som är steg ett. Det man vill uppnå med detta arbete är utvecklade vårdkedjor, tydliggörande av ansvarsfördelning mellan ingående vård- och behandlingsaktörer och att förbättra samarbetet mellan dessa. Personal skall fortbildas och brukar-/patient-/klientinflytandet skall förstärkas och sammantaget utvecklas en evidensbaserad praktik.

Arbetet med kunskap till praktik skall med all tydlighet leda fram till styrdokument: Gemensamma riktlinjer för missbruks- och beroendevården i Jämt-

lands län. Dokumentet skall bygga på de nationella riktlinjerna och förtydliga hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården i länet kan samarbeta och avgränsa sitt arbete kring målgruppen.

I slutändan är förhoppningarna att de nationella riktlinjerna skall bidra till förbättrad missbruks- och beroendevård/behandling med förbättrad dokumentation och metodik. Detta i sin tur kan förhoppningsvis leda till tidiga upptäckter och förbättrade insatser med tydlig brukarmedverkan (Socialstyrelsen 2008).

De nationella riktlinjerna är ett levande material som hela tiden skall utvecklas vidare. Detta är ett gemensamt uppdrag som ligger hos företrädare från praktisk verksamhet lika väl som akademien och FoU enheter. I detta arbete är det av vikt att människor som är i behov av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens stöd får bidra till kommande evidensbygge med sina erfarenheter av den vård och behandling som de varit med om.

Kartläggningsuppdraget

Under perioden maj 2006 till juli 2008 pågick projektet ”Missbrukskompetens i DD-enheten” i samverkan mellan Kommunförbundet i Jämtland och Landstinget i Jämtlands län. Målsättningen med detta projekt var att få till en kompetensutveckling och samsyn kring personer med psykisk sjukdom och beroendeproblematik, så kallad samsjuklighet (Laag 2008).

Erfarenheter och kunskapsvinster över organisationsgränserna började ta form i projektet och dessa kom att ligga till grund för en ny ansökan om stimulans- och utvecklingsmedel till Europeiska unionens socialfond och Länsstyrelsen i Jämtland under 2007/2008, NIL- projektet³.

Medel från Europeiska unionens socialfond beviljades för perioden augusti 2008 till april 2009. De beviljade medlen var ämnade för kompetensutveckling av personal som arbetar inom missbruks- och beroendevården, där samsjuklighet är ett uppmärksammat dilemma. Denna kompetensutveckling skall i sin tur leda till att tydliga vård- och behandlingskedjor utvecklas och att dessa bygger på evidensbaserade metoder och teorier. Denna kedja av sammanhängande insatser skulle utgå ifrån de nationella riktlinjer som presenterats av Socialstyrelsen i februari 2007.

FoU Jämt har på uppdrag av NIL- projektet, som ett första steg i denna process, genomfört en övergripande kartläggning över vilka olika behandlingsinsatser som finns i länet och vilka grupper som får tillgång till dessa insatser. Vidare har behandlingsinnehåll och personalens kompetens på de olika enheterna kartlagts.

Här är viktigt att påpeka att uppdraget för denna kartläggning endast omfattar insatser riktade till den vuxna populationen i länet. Det innebär att i denna kartläggning har insatser riktade till barn/ungdomspopulationen inte efterfrågats.

Det sammantagna materialet kommer att ligga till grund för adekvat kompetensutveckling inom redan befintliga enheter. Kartläggningsmaterialet kan även ligga till grund för en utveckling av områden som visat sig inte vara tillgodosedda utifrån dagens behandlingsinsatser. I alla steg av kartläggningen har samtliga vård- och behandlingsorganisationer inom länet tillfrågats och studien har genomsyrats av ett genusperspektiv.

³ NIL står för Nyckelgrupper, Individ och Lärande

Metoder i kartläggningsarbetet

Under hösten 2008 har alla IFO chefer eller ansvariga enhetschefer i länets kommuner, landstingets hälsocentraler, psykiatri, infektion och akutavdelningar på sjukhuset i Östersund kontaktas för en redovisning av de behandlingsinsatser som finns för personer med missbruks- och beroendeproblematik, samt för personer med samsjuklighetsproblematik.

För kommunerna har det gått ut två enkäter. Den första till nämnda ansvariga chefer för att få en överblick av insatser och/eller enheter som finns för målgrupperna.⁴ Den andra lite mer utförliga enkäten skickades ut till redovisade kontaktpersoner för de angivna enheterna.⁵ I denna enkät ges det mer specifikt svar på kompetensnivå hos de anställda, metoder/tekniker som används och vilka som kommer i åtnjutande av de insatser eller den behandling som finns tillgänglig för målgrupperna, sett utifrån kön, ålder och beroendeproblematik. Enkäten två har även skickats ut till landstingets Dubbel-diagnosteam, Kompetenscentrum för livsstilsfrågor och de kontaktpersoner som uppgivits från landstingets sida, då i första hand kuratorer på de olika avdelningarna.

I samråd med styrgruppen, som bestått av chefsrepresentanter från länets kommuner och landstingets primärvård bestämdes det att svar på de uppgifter som för kommunernas del efterfrågades i enkätutskick två, skulle inhämtas via telefonkontakter med alla hälsocentraler i länet, liksom med sjukhusets akutmottagning, infektionsklinik och psykiatrienhet. Då det visade sig mycket svårt att nå vederbörande enheter per telefon har slutligen utskick av enkät 2 genomförts. Men inte heller på dessa har vi fått svar mer än i något enstaka fall.

Längre behandlingsinsatser upphandlas även utanför länet via Kommunförbundet i Jämtland. Dessa kan inte redovisas närmare i denna kartläggning då upphandlingen inte förväntas vara klar förrän till hösten 2009.

Medverkande parter har fortlöpande informerats om utfall i kartläggningsarbetet vid projektets styrgruppträffar. Projektledaren och undertecknad har haft kontinuerlig dialog under kartläggningens gång.

Då kartläggningens huvudsyfte är att visa vad för resurser som finns i länet startar redovisningen av resultat med ett länsövergripande perspektiv, för att därefter redovisas per kommun och svarande enheter från landstinget.

⁴ Bilaga 1

⁵ Bilaga 2

Enkätmaterialen sett ur ett länsperspektiv

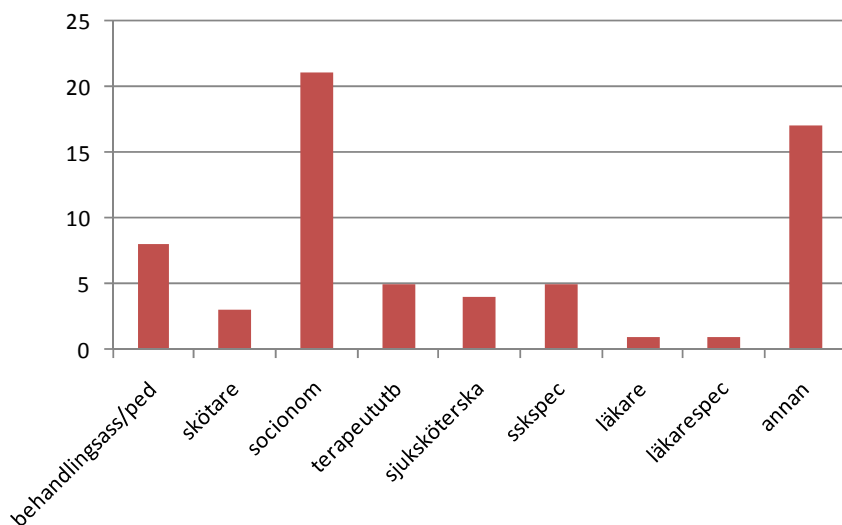
Totalt har vi fått in 20 svar på 38 utskick av enkät 2. Ett av de uteblivna svaren beror på att verksamheten hade lagts ner. Fördelningen mellan svaren är 13 från kommunerna och sju från landstinget. Av svar från landstinget kommer fem från länssjukvården och två från primärvården. Av kommunernas svar ingår 12 i ordinarie verksamhet och ett är i projektform. Av redovisade ordinarie verksamheter finns fem enheter belägna i Östersunds kommun. I ytterligare tre kommuner i länet finns specifika team med verksamhet riktad till kartlagda målgrupper. De verksamheter som har redovisats från landstinget är alla permanenta verksamheter.

Övervägande personal inom verksamheterna har utbildning som överensstämmer med de tjänster som de innehar. De med annan utbildning eller annan tidigare erfarenhet har oftast handplockats för den verksamhet de arbetar i. Några utbildningar som har hamnat under stapeln ”annan” är dietist, barnmorska, röntgensjuksköterska, läkarsekreterare, sociolog, rehabiliteringsvetenskapare och administratör.

Då vi inte har frågat aktivt i enkäten efter egen erfarenhet av missbruk och/eller beroendeproblematik finns det med all säkerhet ett mörkertal i denna kartläggning. I några fall har personer på eget initiativ skrivit in denna form av erfarenhet under utbildningsmodulen i fråga sex.

Inom kommunernas verksamheter är det i huvudsak socionomer, behandlingsassistenter/pedagoger och drogterapeuter som är anställda. Inom landstinget är det sjuksköterskor, socionomer (kuratorer), specialistsjuksköterskor, skötare och terapeuter som finns i verksamheterna.

Utbildningsnivå, antal personer i länets verksamheter



Figur 2 Fördelning av personer i länets verksamheter utifrån angiven utbildning

Majoriteten (75 %) av verksamheterna har svarat att de tar emot över tjugo klienter. Dessa har med största sannolikhet svarat utifrån årsbasis. De som angett mindre antal har svarat på liknande sätt, fast då utifrån hur många klienter som de kan ta emot samtidigt i sina respektive gruppverksamheter. På årsbasis tar även dessa verksamheter emot över tjugo klienter, alternativt patienter. Åldersmässigt är verksamheterna inriktade på vuxna (65 %), familjer i behandling uppgår till 20 % och i vissa fall tas ungdomar från 16 år emot i vuxens sällskap (10 %).

Vid samsjuklighetsproblematik uppger 85 % att de samverkar med andra och då i första hand med landstingets Dubbeldiagnosteam. Motsvarande siffra för de med missbruks- och/eller beroendeproblematik är 90 %. Här varierar samverkanspartners i större utsträckning. Några av dem som nämns är Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt kommunernas övriga enheter.

Verksamheterna bedrivs i 75 % av fallen på dagtid och 15 % har verksamhet både på dagtid och på kvällstid. Myndighetsbeslut för insatsen krävs i 45 % av fallen, medan 40 % har uppgivit att det inte krävs för att kunna delta i verksamhetens insatser. När det gäller klienters, patienters möjligheter att vara med anonymt svarar 40 % ja och 55 % nej. Hälften av verksamheterna

bedrivs på individuell basis och 40 % både individuellt och i grupp. Endast 5 % uppger att de arbetar med enbart gruppverksamhet.

I enkäten har inte frågan ställts på ett sådant sätt att vi kan få en klar bild av hur den faktiska numerära fördelningen mellan målgrupperna ser ut. Svaren vi fått grundar sig på kommunens ansvar att ge alla i behov av stöd den insats de är i behov av. Under stapel "annan" finns målgrupperna med spel- och köpberoende. De enda som har uppgett att de arbetar med enkönade grupper är anonyma alkoholister, och då endast i några få av länets kommuner, samt Svenska kyrkan som har en kvinnogrupp för "vuxna barn" i Härjedalens kommun.

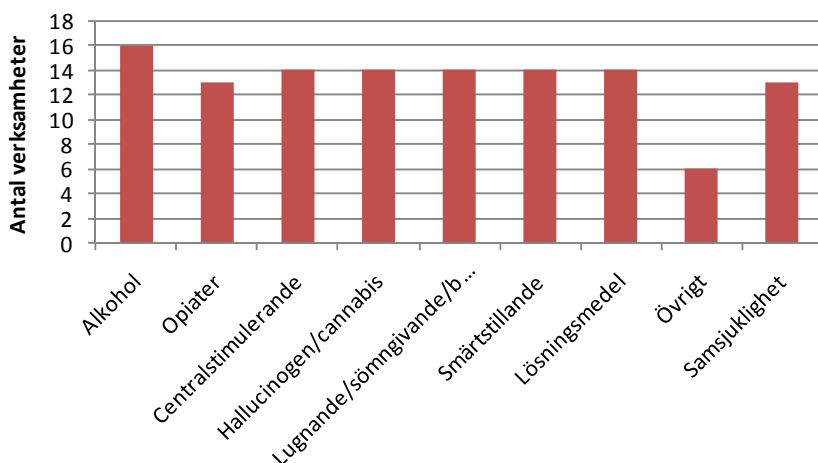
Det som framkommer med tydlighet i enkätsvaren är att det inte bedrivs någon verksamhet riktad till specifika grupper, utan den verksamhet som finns erbjuds alla. Behandlingsinsatserna bedrivs inte könsuppdelade utan man arbetar i huvudsak med heterogena grupper.



Figur 3 Redovisade målgrupper från verksamheterna

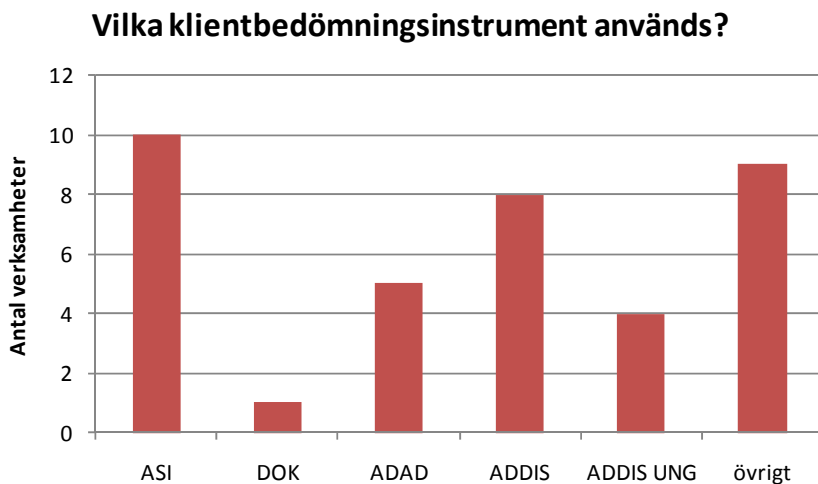
När det gäller frågan om vilken/vilka drogberoenden som verksamheten kan behandla blir svaren lika övergripande som tidigare fråga om målgrupp. Respondenterna svarar utifrån vilka de skall kunna ta emot, inte i vilken omfattning det förekommer. Under stapeln övrigt har spel- och köpberoende angivits.

Vilken typ av missbruks-/beroendeproblematik är verksamheten inriktad på?



Figur 4 Övergripande typ av missbruks-/beroendeproblematik i relation till drog

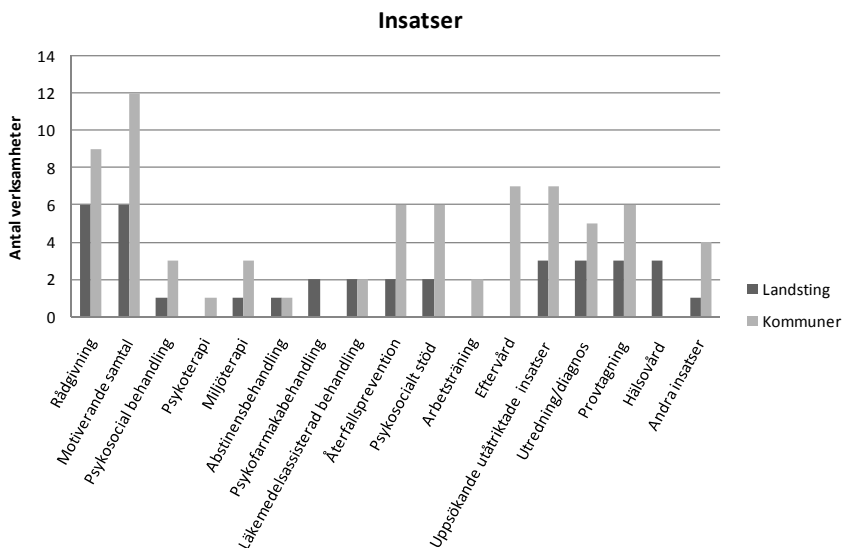
Majoriteten av enheterna använder någon eller flera former av klientbedömningsinstrument i verksamheten. Av dessa använde 60 % instrumentet vid enskild uppföljning av klienter. Det är tre som har svarat att de inte använder något klientbedömningsinstrument alls. Två har inte fyllt i frågan överhuvudtaget. Under stapeln övrigt har fem enheter svarat att de även arbetar med AUDIT och/eller DUDIT och en har uppgett ADAD. En av informanterna från dubbeldiagnosteamet har uppgett SCID-II, DIP-Q och ASQ som ytterligare klientbedömningsinstrument.



Figur 5 Klientbedömningsinstrument som används

De absolut mest förekommande insatserna som verksamheterna tillhandahåller är motiverande samtal och rådgivning. Därefter kommer uppsökande verksamhet, provtagning, utredning/diagnos, återfallsprevention och psykosocialt stöd i form av relationer, bostad och arbete. Vid denna fråga fanns inte alternativet kontaktperson angiven i enkäten. Det har dock visat sig att detta är en insats som förekommer i princip i alla kommuner i länet. I två av kommunerna förekommer denna insats i hög grad.

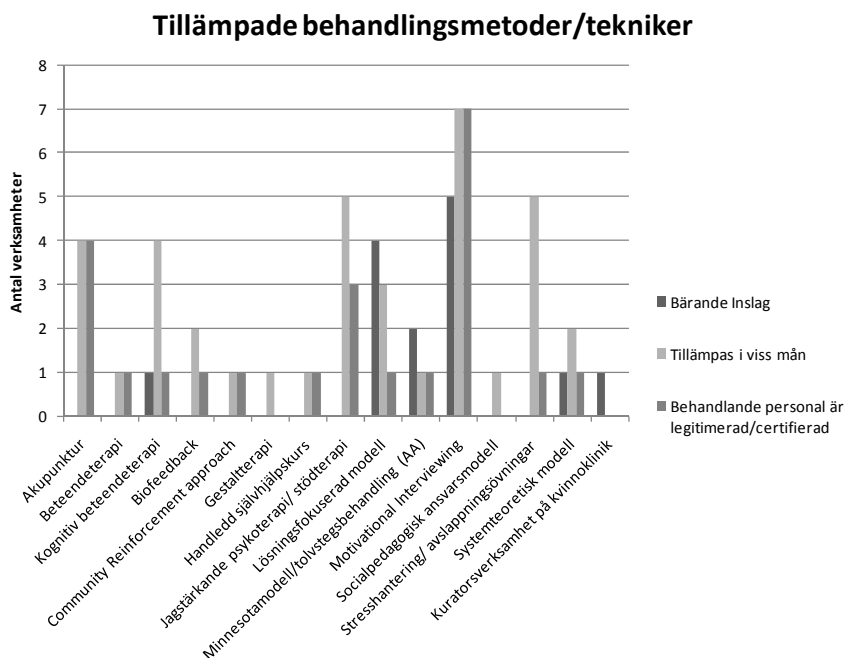
I figuren nedan framgår att typ av insats fördelar sig i stort sett lika i kommun- och landstingsverksamheterna. Att frekvensen blir högre i kommunerna är ett utslag av den ojämnt fördelade svarsfrekvensen från respektive huvudman.



Figur 6 Insatser i verksamheterna

Även när det gäller metoder/tekniker som verksamheterna använder sig av är det motiverande samtal som ligger i topp och då som bärande inslag, men nu under benämningen Motivational Interviewing. Alla som har uppgett att de arbetar med MI har certifiering/legitimering för metoden. På samma sätt förhåller det sig med dem som arbetar med akupunktur, beteendeterapi, Community Reinforcement Approach och handledda självhjälpssgrupper.

För övriga metoder/tekniker som har redovisats har det dock visats sig att personalen inte anser sig ha legitimering eller certifiering i den utsträckning som metoderna används. Detta är ett fenomen som beror på att personal inom kommunernas socialtjänst inte använder sig av språkbruket legitimering eller certifiering. Begreppen har medicinsk tillhörighet. Återkommer till detta fenomen längre fram i materialet.



Figur 7 Omfattning av tillämpade metoder/tekniker kopplat till certifiering/legitimering

Utvärdering av verksamheternas insatser, metoder och tekniker anges förekomma på 14 av de 19 svarande enheterna.

Kommunvis genomgång av verksamheter och insatser

Alla kommuner har enligt Socialtjänstlagen ansvar för att arbeta med ett samhälleligt förebyggande arbete så att kommunens medborgare skall få ett så gott liv som möjligt. För personer med ett skadligt drogbeteende finns det lagstadgade verksamheter som skall finnas i varje kommun. Dessa omfattas bland annat av att utreda och fatta beslut om insatser. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är ett exempel på när kommunen *måste* agera. Detta är en tvångslag som ingriper när personens drogbeteende är till fara för deras eget eller andras liv.

Kommunerna och landstinget abonnerar på sex tillnyktrings- och avgiftningsplatser på Frösö LVM hem. Medelvårdtiden för dessa platser ligger på ett dygn för tillnyktring och fem dygn för avgiftning (Karlsson 2009).

Kommunförbundet i Jämtland genomför på uppdrag av länets kommuner upphandling av behandlingshemsinsatser som respektive kommun använder sig av vid behov.

Primärvårdens insatser kommer att redovisas i anslutning till respektive kommungenomgång, då dessa finns belägna närmast den kommunala verksamheten. Landstingsövergripande verksamheter som psykiatrins Dubbeldiagnosteam som kommunerna samverkar med när det gäller personer med samsjuklighetsproblematik och Kompetenscentrum för Livsstilsfrågor kommer att redovisas specifikt under rubriken *Landstingets verksamheter*. Där kommer även landstingets övergripande arbete med alkoholprocessen, www.riskbruk.se och deras mobiliseringsarbete att redovisas.

Privata och frivilliga organisationer, inklusive anhörigorganisationer, gör viktiga samhällsinsatser på det alkoholskedeförebyggande området. Genom dessa organisationer erbjuds många människor stöd och/eller vård och behandling som samhället i övrigt inte har kunnat erbjuda. Många frivillig- och anhörigorganisationer har även bidragit med idéer om åtgärder som de anser att samhället skall vidta, bland annat i samband med framarbetandet av nu befintliga nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2008).

I denna kartläggning har vi försökt få en överblick på vilka privata, likväl som, frivilligorganisationer som är aktiva i länet. De som vi har funnit redovisas kommunvis.

Bergs kommun

I Bergs kommun som omfattar en yta på 5 753m² bor det knappt 7 600 personer. Kommunen ligger fjällnära och vid Storsjöns södra spets. Det finns goda kommunikationer med buss som gör att arbets- och utbildningspendling till och från kommunen tillgodoses.

I Bergs kommun har man en verksamhetsnämnd som sätter mål och visioner kring frågor som sorterar under vård- och socialutskottet (där individ- och familjeomsorgen finns) och utbildningsutskottet.

Individ och familjeomsorgens fördelade budget för 2008 omfattade 13,4 miljoner kronor. Av dessa har drygt 1,6 miljoner (knappt 12 procent) varit budgeterade för insatser för missbruks- och beroendeproblematik. Budget för missbruks- och beroendeinsatser fördelar sig mellan externa institutionskostnader, öppenvårdskostnader i form av kontaktpersoner och kommunens missbruksteam.

De faktiska kostnaderna för institutionsplaceringar har legat på cirka en miljon kronor per år, de senaste tre åren. Budgeterade medel för samma insatser har legat på halva beloppet. Även budgeterade kostnader för kontaktpersoner har överskridits i senaste budget.

Kommunens insatser

Inom socialförvaltningens verksamhet riktad till personer med missbruks-, beroende- och samsjuklighetsproblematik arbetar fyra socialsekreterare med handläggning av ärenden och ansvarar därmed för myndighetsutövningen. Av dessa är det i huvudsak en handläggare som arbetar gentemot målgruppen. De övriga tre handlägger några enstaka ärenden från nämnda målgrupp. Sammantaget åtgår cirka en heltid av handläggarnas arbetstid till personer med missbruks-/beroendeproblematik.

De specifika insatser som kommunen tillhandahåller för ovan nämnda målgrupper är öppenvårdsinsatser via kontaktperson och ett missbruksteam bestående av en behandlingsassistent och en behandlare, båda på heltid. Den senare har gått ett socialpedagogiskt behandlingsprogram plus utbildning i ASI. Behandlingsassistenten har fem års arbetslivserfarenhet inom området, en ettårig förberedande KBT utbildning, plus interna utbildningar där bland annat ASI har ingått.

Det krävs myndighetsbeslut för insatser hos kommunens missbruksteam, vilket innebär att deltagarna inte kan vara anonyma. Teamet för inga speciella register eller journalanteckningar. Verksamheten erbjuder inget schemalagt

program. Det klientbedömningsinstrument som används är ASI. Detta instrument används även för uppföljning av enskilda klienter. Verksamheten i sig har utvärderats i kommunal regi vid ett tillfälle.

Missbruksteamet tar emot kvinnor, även gravida, samt män och par från 25 år och uppåt. Teamet kan ha 10-12 klienter aktiva åt gången. Behandlingen sker individuellt och under dagtid. Teamet arbetar med dessa individer oberoende av missbruks- och/eller beroendeproblematik. I detta arbete samverkar teamet med arbetsförmedling, försäkringskassa, kommunala arbetsmarkandsenheten, primärvården och frivilligorganisationer.

Teamet arbetar även med insatser för personer med samsjuklighetsproblematik, med kombinationen drogmissbruk och psykisk ohälsa. Här samverkar de med socialpsykiatriska teamet och psykiatrins dubbeldiagnosteam.

Den insats som teamet uppger att de i huvudsak tillhandahåller är motiverande samtal. Övriga insatser som nämns är läkemedelsassisterande behandling, provtagning, återfallsprevention, psykosocialt stöd i form av insatser riktade på till exempel relationer, arbete och bostad. De erbjuder även eftervård och genomför uppsökande verksamhet. Teamet genomför utredningar och psykosocialt behandlingsarbete i form av strukturerad behandling med stöd av etablerade tekniker som kognitiv beteendearbete.

Motiverande samtal är den metod/teknik som uppges genomsyra det dagliga arbetet. Ingen uppges dock ha utbildning i MI, som är den certifierade utbildningen. (Enligt projektledaren för NIL projektet har en personal fått denna utbildning via Miltonprojektet och två personer i nuvarande NIL projektet) En fortsatt utbildningsplan har lämnats till IFO-chefen. I viss mån uppger teamet att de arbetar med inspiration från lösningsfokuserade modeller och kognitiv beteendeterapi, men inte heller här är det någon som uppges ha legitimering eller certifiering.

Samordningsförbundet Berg

Samordningsförbundet i Berg, ett samordningsorgan bestående av kommun, landsting, arbetsförmedling och försäkringskassa, har under hösten 2008 startat upp ett projekt där framför allt kommunen och arbetsförmedlingen kommer att samarbeta. Projektet riktar sig till personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik som anses ha möjligheter att komma ut på arbetsmarknaden om de får rätt form av stöd. Projekttiden är beräknad till sista oktober 2009 med eventuell förlängning. I projektet arbetar en behandlingspedagog som rehabiliteringssamordnare på heltid med som högst åtta personer åt gången. Kognitivt inriktad psykoterapiresurs köps in efter behov.

Klientbedömningsinstrument som används är ASI och metod/teknik som i huvudsak används i det dagliga arbetet med målgruppen är motiverande samtal, där vederbörande har certifiering för metoden. För övrigt används ambivalenskors och andra tekniker som bygger på ett lösningsfokuserat förhållningssätt.

För att verksamhetens mål skall uppnås krävs det att det finns arbetsgivare som vill ta emot individer från målgruppen som praktikanter eller för arbetsutbildning. Det har varit svårigheter att få till dessa praktikplatser.

Privat verksamhet

Kommunen upphandlar insatsen missbruksvård på hemmaplan, benämnd Stödgrupp, av Ove Eriksson, Drogkonsult AB. Denna verksamhet vänder sig till kvinnor, män och par över 18 år med alkohol eller blandmissbruksproblematik. Gruppen bestående av 10-12 personer träffas en gång i veckan.

Frivilligorganisationer

Anonyma alkoholister bedriver självhjälsgrupper i kommunen. Dessa grupper leds av personer med egen erfarenhet av drogmissbruk. De arbetar traditionsenligt efter Minnesotamodellens tolvstegsprogram.

Al-Anon erbjuder ett program för tillfrisknande, med hjälp till självhjälp för familjer och vänner till alkoholister, vare sig alkoholisten söker egen hjälp eller inte. Medlemmar ger och får tröst och förståelse genom ömsesidigt utbyte av erfarenheter, styrka och hopp.

Primärvården

Inom Bergs kommun finns hälsocentralerna Myrviken, Råtan, Svenstavik och Storsjö – kapell. Dessa hälsocentraler leds av samma enhetschef som redovisar verksamheten enligt nedan.

På Hälsocentralen i Svenstavik samt Myrviken finns sammanlagt 5,5 distriktsläkare, 6,5 distriktssjuksköterskor, 2 distriktssjukgymnaster plus en privat i kommunen, 1 kurator, 2,75 undersköterskor, 1 barnmorska, 0,5 röntgensköterska, 1 enhetschef, 0,5 administratör och 3,95 läkarsekreterare anställda. Verksamheten riktar sig till alla boende oavsett ålder inom primärvårdsområdet.

De typer av missbruk/beroendeproblematiker som verksamheten riktar sig till är alkoholmissbruk, läkemedelsmissbruk A och B. Det finns inga specifika insatser för personer med samsjuklighet. Däremot samverkar man kring denna målgrupp med socialpsykiatri och missbrukshandläggarna i kommunen.

Verksamheten samverkar inte med andra kring personer med missbruks- eller beroendeproblematik.

Det krävs inget myndighetsbeslut för att delta i Hälsocentralens verksamheter. Patienter kan inte delta anonymt i verksamheten. Det förs register/journalanteckningar.

De klientbedömningsinstrument som används är ADDIS och AUDIT. Dessa instrument används för uppföljning av enskilda patienter.

Insatser ges individuellt och på dagtid. Det erbjuds inga schemalagda program. De insatser som erbjuds är rådgivning, motiverande samtal, psykofarmakabehandling, läkemedelsassisterande behandling, återfallsprevention, provtagning och hälsovård.

De metoder och tekniker som tillämpas i viss mån är akupunktur, Biofeedback, Community Reinforcement Approach (CRA), MI och stresshantering/avslappningsövningar. För alla dessa metoder/tekniker uppges behandlande personal ha legitimering eller certifiering. Verksamheten utvärderas inte enligt informanten.

Tabell 2 Sammanfattning av verksamheter och/eller insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Bergs Kommun

Handläggare myndighetsutövning	Myndighetsutövning och insatser	Kommunen	Landstinget	Frivilligorganisationer	Privata företag
4 ⁶	4	Kontaktperson Missbruks-team Motiverande samtal, Läkemedelsassisterande behandling Provtagning Psykosoc. stöd Återfallsprevention	HC Rådgivning MI Psykofarmaka Läkemedelsassisterande behandling Återfallsprevention DD team	AA Al-Anon	Ove Eriksson Drogkonsult AB Stödgrupp 12-stegsprogram

⁶ Total årsarbetstid som riktas till kartläggningens målgrupper uppskattas till en heltidstjänst

Bräcke Kommun

Av kommunens totala yta omfattas 78 procent av skogsmark. Huvudnäringen inom kommunen är baserad på några få verkstadsindustrier och kommunal verksamhet. Goda allmänna kommunikationer med tåg innebär att det är lätt att arbetspendla in och ut från kommunen. Bräcke kommun har en svagt minskande befolkning som vid 2007 års bokslut uppgick till drygt 7000 invånare.

Kommunen har ett socialutskott som sorterar direkt under kommunstyrelsen. De sätter mål och riktlinjer för den gemensamma social- och utbildningsavdelningen. Avdelningen innehåller i sin tur enheter för skol- och barnomsorg, socialtjänst, vård- och omsorg samt biblioteksverksamhet. Av kommunens budget för 2007 gick 33 procent till utbildning och 35 procent till social omsorg. Här finns inga specifika siffror angivna för socialtjänstenheten.

Vid telefonkontakt lämnades information om att socialtjänstens kostnader överskrider budgeten med cirka 4,4 miljoner kronor för år 2007. Den i särklass största kostnaden var institutionsplacering av barn- och ungdomar. Övriga områden med överskridanden var institutionsplacering av vuxna, familjehemsplaceringar, ekonomiskt bistånd och insatser enligt LSS. Alla dessa insatser är av den beskaffenhet att de inte kan förutspås i sin helhet. Det kan räcka med *en*_större insats under året för att budget skall överskridas i sin helhet.

Kommunens insatser

Myndighetsutövning gentemot personer med missbruks-/beroendeproblematik bedrivs av fyra handläggare. Av dessa är det en handläggare som är något mer inriktad på målgrupperna, men även de andra tre handläggare ärenden av nämnda slag. Den totala handläggartid som uppskattas åtgå till personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik omfattar 50-75 % på årsbasis. De insatser som dessa handläggare ger till individerna är rådgivning och motiverande samtal och de sker dagtid. Kommunen har ingen egen specifik verksamhet riktad till målgrupperna.

Socialtjänsten i Bräcke erbjuder insatser till personer med missbruks- och beroendeproblematik, främst genom att upphandla tjänsterna hos andra aktörer. Handläggarna i Bräcke har en upparbetad samverkan med framför allt Östersunds Beroendecentrum när det gäller öppenvårdsverksamhet för personer över 18 år med alkohol-, narkotika-, läkemedels- och blandmissbruk. De insatser som upphandlas av andra genomförs både individuellt och i grupp.

För målgruppen med samsjuklighet, såväl psykisk som somatisk, samverkar kommunen i första hand med landstingets dubbeldiagnosteam. När behov uppstår köper kommunen behandling på de institutioner som Kommunförbundet i Jämtland har tecknat avtal med.

Frivilligorganisation

Riksförbundet frivilliga samhällsarbetare arbetar med uppdrag som kontaktperson/stödperson för Bräcke kommun.

Primärvården

I Bräcke kommun finns det hälsocentraler i Bräcke, Kälarne och Gällö. Dessa har en och samma enhetschef som har lämnat uppgifter som följer.

Det finns en permanent verksamhet på hälsocentralen i Bräcke där en sjuksköterska med påbyggnadsutbildning i psykosocialt behandlingsarbete 40p arbetar på heltid. Denna person uppger att inriktningen på arbetet är riktat till alla inneboende som hör till den aktuella hälsocentralen och då i första hand till patienter med psykisk ohälsa, smärta och kriser. Insatserna ges individuellt och på dagtid, det krävs inget myndighetsbeslut.

I tjänsten ingår inte att arbeta specifikt med missbruksproblematik. När det gäller personer med missbruks-/beroendeproblematik samverkar hälsocentralen med socialtjänsten.

Verksamheten har insatser för personer med samsjuklighet och samverkar då med andra inom hälsocentralen men även med socialtjänsten och psykiatrins Dubbeldiagnosteam.

Patienter har inte möjlighet att vara anonyma utan registreras och journalförs. Klientbedömningsinstrument som används är AUDIT. Instrumentet används inte för uppföljning av enskild patient.

Det finns inget schemalagt program för insatser riktade till nämnda målgrupper. De insatser som erbjuds är rådgivning och motiverande samtal. På frågan om vilka metoder/tekniker som används finns inga svar.

Verksamheten utvärderas genom skattningar i början och slutet av en kontakt, men även under tiden för pågående behandling.

Tabell 3 Sammanfattning av verksamheter och insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Bräcke Kommun

Handläggare myndighetsutövning	Myndighetsutövning och insatser	Kommunen	Landstinget	Frivilligorganisationer	Privata företag
4	4 ⁷	Rådgivning Motiverande samtal	HC Rådgivning Motiverande samtal DD team	Riksförbundet frivilliga samhällsarbetare	

Härjedalens Kommun

Härjedalen är Sveriges högst belägna kommun och till ytan en av landets största med sina 11 934 m². På denna yta bor det 10 685 personer. Kommunen är belägen i fjäll eller fjällnära natur. Att komma till eller ifrån kommunen innebär resa med eget fordon eller med buss.

Av kommunens totala budget utgår 36 procent till socialnämndens verksamhetsområden. Dessa innefattar individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen, handikappomsorgen med LSS och daglig verksamhet. Av det underskott som socialnämnden redovisade i budget 2007 omfattades 87 procent av kostnader för äldreomsorgen. Individ- och familjeomsorgen redovisade ett överskott. Detta hänför man till minskade kostnader för försörjningsstöd. Insatser för barn och unga är fortsatt höga. Tillskapandet av öppenvård på hemmaplan för missbrukare har bidragit till att antalet externa placeringar har stannat upp.

Kommunens insatser

För personer med missbruks och/eller beroendeproblematik finns det en socialsekreterare som arbetar med handläggning och myndighetsutövning mot målgruppen. Denna handläggare är även delaktig på beroendeenheten Zezam, tillsammans med ytterligare tre personer varav två är drogterapeuter och en behandlingsassistent. Alla fyra personer på enheten arbetar heltid riktat till kartläggningens målgrupper.

Beroendeenheten Zezam är öppenvård med gruppverksamhet i form av stödgrupp, kunskaps- och motivationsgrupp, grundbehandling, eftervård och anhörigbehandling. De tar emot vuxna kvinnor, män och anhöriga från 18 år och uppåt. Alla former av alkohol- och drogproblematik med undantag för

⁷ Som tidigare nämnts är det mellan 50-75 % av alla handläggares gemensamma tid som används för insatser till målgrupperna med missbruks/beroende och/eller samsjuklighetsproblematik

missbruk av lösningsmedel behandlas. För dem med spelberoendeproblematik upphandlas behandling utanför kommunen.

Enheten har insatser för personer med samsjuklighetsproblematik med exempelvis diagnoser som manodepressivitet och ADHD. Med dessa personer arbetar teamet med insatser som motiverande samtal och gruppbehandling. Kontakt finns med psykiatrins dubbeldiagnosteam när dessa finns inkopplade kring specifik klient.

I samband med avgiftning gäller externa placeringar för dem som inte kan tillgodogöra sig stöd via kommunens egen öppenvård. Zezam erbjuder anhörighetsstöd.

När det gäller sysselsättning för personer med missbruks-/beroendeproblematik har man samverkan med kommunens avdelning för arbete och aktivitet där IDAMIC⁸ finns liksom OSA⁹insatser.

Det finns inget maximalt antal klienter angivet för enheten. Det är befolkningens behov som styr. I gruppverksamheten arbetar teamet däremot med maximalt 12 klienter åt gången. Man har rullande intag till gruppen. Utöver gruppverksamheten kan individuella stödinsatser erbjudas.

Zezam arbetar utifrån schemalagt program. Merparten av verksamhetens insatser bedrivs under dagtid. Eftervård finns en kväll i veckan. I enkäten svarar informanten att klienter har möjlighet att delta anonymt, denna möjlighet har dragits tillbaka enligt IFO-chefen. Idag krävs myndighetsbeslut för insatser hos Zezam och de använder sig av register/journalsystem.

De klientbedömningsinstrument som används är ASI, ADDIS, ADDIS UNG, AUDIT och DUDIT. Utbildning i ADAD påbörjas under mars månad 2009. Instrumenten används även för uppföljning av enskild klient.

Insatser som erbjuds på Zezam är rådgivning, motiverande samtal, återfallsprevention, eftervård och uppsökande verksamhet. Provtagningar genomförs. Behandlingsmetod/teknik som är det bärande inslaget i verksamheten är den så kallade Minnesotamodellen, även kallad tolvstegsbehandling. I viss mån tillämpas akupunktur. För båda dessa metoder/tekniker har behandlande personal legitimation och/eller certifiering. Uppgiftslämnaren har angivit att verksamheten utvärderas men inte på vilket sätt.

⁸ Individuellt Dagligt Arbete Människan I Centrum

⁹ Offentligt skyddat arbete

Frivilligorganisationer

Anonyma alkoholister har verksamhet i form av självhjälsgrupper i Funäsdalen, Sveg, Vemdalen och Ytterhogdal. Al-Anon har självhjälsgrupper i Hede och Sveg. Länsnykterhetsförbundet samarbetar med IOGT-NTO angående kamratkedjan/kamratstöd i Sveg.

I Svegsbygdens församling har Svenska kyrkan grupper för kvinnliga ”vuxna barn” mellan 25-40 år, som växt upp i familjer med alkohol/drogproblematik. Församlingen samarbetar i detta med rådgivningsbyrån. Diakonen i församlingen är etisk rådgivare till Härjedalens kommun.

Primärvården

I Härjedalens kommun finns det hälsocentraler i Funäsdalen, Sveg och Ytterhogdal. Den hälsocentral som vi har fått kontakt med är den i Sveg.

I samverkan med kommunens beroendeenhet (Zezam) erbjuder hälsocentralen i Sveg fördelning av mediciner. Psykosociala enheten har samtalsterapi med en del av personerna som finns i målgruppen. Här kan eventuellt även de med samsjuklighetsproblematik få hjälp. Det uppges att det finns en person som har ett något större ansvar än övrig personal på HC riktat till personer med missbruks- beroende, och samsjuklighetsproblematik. Riktigt vad det ansvaret går ut på framgår inte. Respondenten uppger att det inte finns något förebyggande arbete på detta område.

Privat verksamhet

I Hede bedrivs den tidigare landstingsstyrda hälsocentralen nu i privat regi och går under namnet Fjällhälsan Hede Vemdalen. Vi har inte fått någon kontakt med verksamheten.

Tabell 4 Sammanfattning av verksamheter och insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Härjedalens Kommun

Handläggare myndighets-utövning	Myndighets-utövning och insatser	Kommunen	Landstinget	Frivillig-organisationer	Privata företag
1	1 ¹⁰	Beroendeenheten Zezam Rådgivning Motiverande samtal Återfallsprevention Olika former av gruppverksamhet Eftervård och uppsökande verksamhet	HC Läkemedelsass- behandling Psykosocial enhet Samtalsterapi DD team	AA AI-Anon IOGT – NTO Svenska kyrkan	Fjällhälsan Hede Vemdalen

Krokoms Kommun

Totalt bor det 14 293 innevånare i kommunen som gränsar till Östersund i öster och till norska fjällvärlden i väster. I området närmast Östersund expanderar kommunen i antal innevånare och detta har bidragit till ett ökat bostadsbyggande.

Krokoms kommun saluför sig själv som en jakt- och fiskekommun och riktar sig på detta sätt till en marknad för både sommar- och vinterturister. Valfungerande kommunikationer med tåg, flyg och buss underlättar för turister att komma till kommunen, liksom det underlättar arbetspendlande både in till och ut från kommunen.

Kommunens budget har gått med överskott sju år i rad. Socialnämnden med ansvarsområden som omfattar individ- och familjeomsorgen och vård- och omsorgsverksamheter i kommunen hade ett positivt resultat på drygt tre miljoner kronor år 2007. Missbruksvården som sorterar under individ- och familjeomsorgen har haft höga kostnader under samma år främst beroende på att flera personer har varit i behov av tvångsvård enligt LVM.

Det påpekades i årsberättelsen för 2007 att missbruksproblematiken hade ökat i kommunen och därmed antalet insatser. Kommunen öppnade under

¹⁰ Handläggaren ingår i beroendeenheten Zezam där totalt fyra personer arbetar med målgruppen

hösten 2007 ett stödboende för personer med missbruksproblem. Utgångspunkten för verksamheten var av förebyggande karaktär och avsåg att ge personer med tung beroendeproblematik stöd i boendet och i livssituationen. Detta stödboende har under kartläggningsperioden lagts ner.

Under våren 2009 har planer för samverkande insatser mellan polis, skola och socialtjänst aktualiserats när det gäller förebyggande arbete riktat mot alkohol och droger.

Kommunens insatser

Beroendeenheten i kommunen har två socialsekreterare på heltid som arbetar mot målgruppen. Båda har socionomutbildning. Enheten tar emot alla som söker sig till verksamheten. ”Vi måste som myndighet ta emot alla som söker sig till oss!” På samma sätt argumenterar informanten när det gäller frågan om vilka målgrupper som verksamheten riktas till. Detta innebär att alla i enkäten angivna målgrupper är ikryssade. Verksamheten riktar sig till alla över 18 år oberoende av missbruk/beroendeproblematik. När det gäller missbruk/beroendeproblematik samverkar de med frivården i Östersund, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, olika arbetssökeriverksamheter, olika institutioner för missbrukare såsom tillnyktringsenheten på Frösö LVM hem, med flera.

Det finns insatser för personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och missbruk. I dessa ärenden samverkar enheten med DD-teamet och kommunens eget socialpsykiatriska team.

Man kan delta anonymt i verksamheten, trots att det krävs myndighetsbeslut för deltagande. Det förs register/journal. De klientbedömningsinstrument som används är ASI, ADAD, ADDIS, ADDIS UNG. Instrumenten uppges användas för uppföljning av enskilda klienter.

Insatserna ges individuellt och på dagtid. Verksamheten erbjuder inga schemalagda program.

De insatser som erbjuds är rådgivning, motiverande samtal, miljöterapi, abstinensbehandling, läkemedelsassisterande behandling, återfallsprevention, psykosocialt stöd med inriktning relationer, bostad och arbete, arbetsträning, eftervård, uppsökande utåtriktade insatser, utredning/diagnos och provtagning. Informanten har under denna fråga uttryckt sig på följande sätt: ”OBS! Allt ovan har socialtjänsten i mån av behov att ”leverera” till den enskilde efter vederbörlig utredning”

Inga metoder/tekniker som är angivna under fråga 24 har fyllts i. Verksamheten utvärderas inte enligt informanten.

Frivilligorganisation

Den frivilligorganisation som finns nämnd i Krokoms kommun är AA som har en självhjälpsgrupp i Föllinge.

Primärvården

I Krokoms kommun finns utöver hälsocentralen i Krokoms och Föllinge som ligger på intraprenad även en hälsocentral i Offerdal.

Vi har inte lyckats med att få kontakt med någon av verksamheterna, varken per telefon eller via mail. Därmed har vi inte heller någon information om verksamheterna har insatser, och i så fall vilka, som är riktade till kartläggnings målgrupper.

Tabell 5 Sammanfattning av verksamheter och insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Krokoms Kommun

Handläggare Myndighetsutövning	Myndighetsutövning och insatser	Kommunen	Landstinget	Frivilligorganisationer	Privata företag
4	2	Rådgivning, Motiverande samtal, miljöterapi, abstinensbehandling, läkemedelsassisterande behandling, återfallsprevention, psykosocialt stöd, arbetsträning, eftervård, uppsökande verksamhet, provtagning	DD team	AA	Ingen angiven

Ragunda Kommun

På Ragundas yta av 2 527 km² bor det cirka 5 725 innevånare. Befolkningsmängden har varit stadigt sjunkande sedan mitten av 1990-talet. De senare åren har befolkningsantalet växlat marginellt uppåt eller nedåt, med ett hundratal personer. Kommunen gränsar i väster till Östersunds kommun och i öster mot Västernorrland och Sollefteå kommun.

Ragunda kommun har nio kraftverk som producerar 10 procent av Sveriges vattenkraftselektricitet. Huvudnäringen i kommunen är tillverkning och ut-

vinning och därefter vård och omsorg. Vård och omsorg finns organiserat i ett gemensamt utskott direkt under kommundirektör och kommunstyrelsen. Ragunda har fyra utskott; Sociala, Näringsliv och Tekniska utskottet samt ett för barn och utbildning. De uppgifter som kunnat hämtas från Ragundas årsredovisning 2007 visar att socialtjänsten budget omfattade cirka 9 miljoner kronor. Och att budgeten överskreds med drygt 700 000 kronor. Ragunda kommun har i samarbete med Bräcke och Ånge kommun genomfört ett utbildningsprojekt "Ansvarsfull alkoholserving". Insatser för vuxna som lätt medför överskridanden i socialtjänstens budget är kostnader vid omhändertaganden enligt LVM eller kostnader för tillnyktringsenhetens tjänster, då dessa inte kan förutsägas.

Kommunens insatser

I Ragunda kommun är sju personer anställda på IFO-enheten. Dessa består av en IFO-chef på heltid, fem socialsekreterare på heltid, samt en socialassistent på 70 %. Det är ingen på enheten som är specialiserad mot målgruppen med missbruks- eller beroendeproblematik, utan alla arbetar med alla förekommande ärenden. IFO-chefen beräknar totala insatser för kartläggningens målgrupp till cirka en heltidstjänst per år. Denna tid fördelar sig olika över åren beroende på aktuella ärenden hos vardera socialsekreteraren.

IFO-chefen är auktoriserad socionom och utbildad familjeterapeut. Socialassistenten är handplockad av IFO chefen och har ingen för yrket adekvat grundutbildning. Personen i fråga har bred tidigare arbetslivserfarenhet och har genomgått vidareutbildning av olika slag under sin tjänstgöringstid på enheten. Av de fem socialsekreterarna har tre socionomutbildning, en har pågående socionomstudier som kommer vara slutförda inom kort. Slutligen har en av dem en kandidatexamen i sociologi.

Enheten riktar sina insatser till alla människor i kommunen oavsett ålder eller familjekonstellation. När det gäller missbruks- och beroendeproblematik uppges insatser erbjudas alla, fränsett dem med rent läkemedelsberoende. Enheten erbjuder insatser för dem med spelberoende.

För personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik av olika slag ges insatser i samråd med landstingets dubbeldiagnosteam, arbetsförmedling och försäkringskassa.

Ytterligare samverkansparter när det gäller personer med samsjuklighetsproblematik kan vara personligt ombud, kommunens psykiatri samt primärvården.

All verksamhet som riktar sig till målgrupperna sker efter att social utredning genomförts och beslut kring insatser tagits. Det innebär att klienter inte kan vara anonyma och att insatser journalförs.

De insatser som erbjuds på enheten är utredningar, rådgivning, motiverande samtal, psykosocialt stöd och eftervård. Det psykosociala stödet har i första hand fokus på relationer, arbete och bostad. Schemalagda behandlingsprogram erbjuds inte. Kommunens insatser sker individuellt och under dagtid.

Klientinstrument som används på enheten är ASI och ADAD. Dessa instrument används även för uppföljning av klienter. Arbetet med ASI kommer att systematiseras under år 2009 och då även användas som ett komplement till nuvarande utvärderingar som sker genom direkt återkoppling till respektive klient.

Behandlingsmetoder/tekniker som är förekommande på enheten uppges i första hand vara inriktade på lösningsfokuserade och systemteoretiska modeller. Till detta tillkommer i hög grad motiverande samtal (MI). I viss mån tillämpas även kognitiva, jagstärkande - och gestaltterapeutiska modeller.

När det gäller specifik utbildning för metoderna som nämns är det endast i Motivational Interviewing som två av socialsekreterarna har utbildning och certifiering. Övriga metoder/tekniker ger IFO-chefen handledning i vid behov.

Det finns ingen kännedom om några privata eller frivilligorganisationer i kommunen, som arbetar med insatser riktade till nämnda målgrupper.

Primärvården

I Ragunda kommun finns det hälsocentraler i Stugun, Björkhammar och Bispgården som finns under samma enhetschef. Dessutom finns en hälsocentral i Hammarstrand som vi inte har kommit i kontakt med.

De insatser som erbjuds för personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik på hälsocentralerna i Stugun, Björkhammar och Bispgården är samtal och medicinsk behandling som exempelvis antabus. När det gäller personer med samsjuklighetsproblematik arbetar man utifrån individens behov och har avstämningsmöten med dubbeldiagnosteamet. Hälsocentralen har en personal som är ansvarig för att finnas med vid dubbeldiagnosräffar med kommunen.

Ett samarbete mellan hälsocentralen, kommunens socialtjänst, arbetsförmedling, polis med flera påbörjades under december månad 2008.

Som förebyggande insatser uppger respondenten att hypertoniker, personer med högt blodtryck, till exempel fyller i en blankett där det finns frågor om alkoholkonsumtion. Hälsocentralen skall under 2009 börja arbeta med ASI utredningar med dessa patienter och övriga patienter som har kontakt med psykosociala enheten.

Hälsocentralen i Hammarstrand har vi inte lyckats komma i kontakt med.

Tabell 6 Sammanfattning av insatser och verksamheter riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Ragunda Kommun

Handläggare myndighetsutövning	Myndighetsutövning och insatser	Kommunen	Landstinget	Frivilligorganisationer	Privata företag
5	5 ¹¹	Rådgivning Motiverande samtal Psykosocialt stöd Eftervård	HC Läkemedelsass- behandling Samtal Psykosoci- ala enheten DD team		

Strömsunds Kommun

Strömsund är den nordligaste av länets kommuner och sträcker sig ifrån Östersunds kommun i söder till den västerbottniska och norska fjällvärden i norr. Kommunen är 10 600m² stor och på denna yta bor 12 640 innevånare, trots en stadigt minskande befolkning. Strömsund blev år 2008 vald till länets bästa småföretagarkommun.

År 2007 hade kommunen ett budgetöverskott på 13 miljoner. Socialförvaltningen hade dock ett underskott på närmare 3 miljoner kronor samma år. Detta underskott berodde till största delen på ökade beslut om institutionsplaceringar och familjehem för barn och unga. Kostnader för ekonomiskt bistånd hade sjunkit markant.

¹¹ Alla fem socialsekreterare arbetar med insatser riktade till målgruppen, beräknat totalt procentuellt utfall blir cirka en heltidstjänst per år

Kommunens insatser

På Vuxenenheten i Strömsund finns det tre socialsekreterare och två beroendeterapeuter, alla anställda på heltid, som arbetar mot målgruppen. Av socialsekreterarna har två gått socionomutbildning och en har gått sociala omsorgslinjen. En beroendeterapeut har gått rehabiliteringsvetenskap med inriktning alkohol/droger och den andra har behandlingsassistentutbildning. De tre handläggarna på vuxenenheten arbetar i huvudsak med myndighetsutövning, men ger även insatser i form av personligt stöd.

Vuxenenheten riktar sig till alla vuxna boende i kommunen, vilket innebär att man arbetar med såväl kvinnor som män, gravida och par, likväl som de vuxna i barnfamiljer och med anhöriga. Alla former av missbruk och/eller drogberoende behandlas i verksamheten. Vuxenenheten arbetar både med gruppverksamheter och enskilda samtalsserier på 5-10 gånger utifrån klientens behov. Ingen kan delta i verksamheten anonymt, trots att det i vissa fall inte krävs något myndighetsbeslut för att delta i vissa insatser. Det finns ett register/journalsystem.

Vuxenenhetens två beroendeterapeuter har inlett ett arbete med fokus på motiverande samtal (MI) och hembesök hos personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik. Insatser på enheten ges både i grupp och individuellt och finns tillgängliga både på dag- och kvällstid. Detta har bidragit till att ett antal missbrukare har fått längre nyktra perioder, vilket i sin tur har lett till att institutionskostnaderna har sjunkit för andra året i rad.

Enheten har insatser för dem med samsjuklighetsproblematik i form av psykisk ohälsa och missbruks-/beroendeproblematik. I detta arbete samverkar de i första hand med psykiatriens dubbeldiagnosteam. När det gäller samverkan kring personer med missbruks-/beroendeproblematik samarbetar Vuxenenheten med arbetsförmedlingen, försäkringskassan, primärvården och frivilligorganisationer.

De klientbedömningsinstrument som används är ASI, ADDIS, ADDIS UNG. Vid tid för kartläggningen genomfördes utbildning i ADAD. Instrumenten används även för uppföljning av enskilda klienter.

Insatser som tillhandahålls av Vuxenenheten är rådgivning, motiverande samtal, återfallsprevention, psykosocialt stöd med inriktning på till exempel relationer, arbete och bostad. För övrigt genomförs uppsökande verksamhet och utredningar. Verksamheten erbjuder schemalagt program i form av Ersta Vändpunkts anhörigprogram som pågår i 16 veckor och där medberoendeproblematiken tas upp.

De behandlingsmetoder/tekniker som Vuxenenheten uppger att de tillämpar i viss mån är jagstärkande psykoterapi/stödterapi, lösningsfokuserad modell och motiverande samtal. Det finns certifikat när det gäller MI, för övrigt har man kryssat att legitimering eller certifikat inte finns för de metoder som man använder sig av. (Finns enligt projektledaren NIL för ASI och ADAD.)

En insats som har utvärderats är nyttan av enskilda samtal.

Frivilligorganisationer

Sällskapet Länkarna har en aktiv verksamhet i Strömsund där samlingslokalen hålls öppen alla vardagar. De har telefonjour dygnet runt. Samverkar med primärvård och kommun. De gör hembesök hos kända missbrukare och genomför aktiviteter av olika slag.

Primärvården

Primärvården i Strömsunds kommun består av hälsocentraler i Backe, Hoting, Gäddede och Strömsund. Den vi har fått kontakt med är Strömsund.

Man har inga renodlade insatser riktade till målgruppen på hälsocentralen i Strömsund. Däremot hänvisas personer med missbruks-, beroende- eller samsjuklighetsproblematik till psykosociala enheten. Denna enhet består av en psykolog och två socionomer. Psykosociala teamet tar emot alla som har behov av deras stöd och hjälp. De avgränsningar som de gör är vid hög belastning. Då är det de personer som är i störst behov av insatsen som har förtur, man går då inte på diagnos. Teamet har ingen åldersgräns för sin verksamhet. Alla i teamet kommer att gå utbildning med NIL projektet.

Frivilligorganisation som hälsocentralen har ett aktivt samarbete med är Länkarna. Däremot har de inget strukturerat samarbete med socialtjänsten. Respondenten uttrycker att det idag inte finns något egentligt samarbete med socialtjänsten.

Något förebyggande arbete finns det inte idag. Det som möjligen kan räknas dit är att personal som arbetar på hälsocentralen skall vara lyhörd för tidiga tecken när de möter patienten. Här påpekar respondenten att det är viktigt att upptäcka tidiga tecken på individnivå, våga fråga och därifrån kunna arbeta med MI.

Det finns stora förhoppningar kopplade till Kompetenscentrum för livsstilsfrågor och deras arbete när det gäller framtidens förebyggande arbete. Ett kommande Beroendecentrum där landstinget kan ta ansvar för avgiftning och

långsiktig medicinsk delaktighet i vård- och behandling av etablerade missbrukare är något som man ser fram emot.

Privat

I Hamnerdal finns en privat hälsocentral benämnd Utrikeshälsan som vi inte har fått någon kontakt med.

Tabell 7 Sammanfattning av insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Strömsunds Kommun

Handläggare Myndighets- utövning	Myndighetsutövning och insatser	Kommunen	Lands- tinget	Frivillig- organisa- tion	Privata företag
3	3	Vuxenenheten Rådgivning Motiverande samtal Psykosocialt stöd Uppsök verksamhet Återfallsprevention	Psykosociala enheten MI DD team	Länkarna	Utrikeshälsan

Åre Kommun

I Åre kommun länkas det mittnordiska bältet samman. Här möts fjäll, sjöar, vildmark och bördig jordbruksbygd på en total yta av 7 263km². På denna yta bor det 10 165 innevånare. Det finns goda tåg-, flyg- och busskommunikationer till kommunen. Åreskutan är en av Sveriges klassiska skidorter och där har stora satsningar genomförts riktade till turistnäringen som är den stora arbetsmarknaden i kommunen vid sidan om den offentliga.

Socialnämnden i Åre beslutar om frågor som rör individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen, psykiskt långtidssjukskrivna, funktionshindrade inklusive LSS, daglig verksamhet och en rehabiliteringsenhet. Av socialnämndens totala budget var nästan 16 miljoner avsatta för individ- och familjeomsorgen. Några specifika uppgifter om hur mycket av dessa medel som riktas till kartläggningens målgrupper framgår inte av kommunens årsredovisning. Kostnader för behandlingshem och familjehem hade dock minskat i förhållande till 2006, men var ändå högre för år 2008 än vad som budgeterats.

Ett projekt riktat till personer med grava missbruksproblem inleddes i oktober 2007 och pågick under ett år. Projektet innebar att personer med allvarliga alkohol- och drogproblem fick stöttning via personliga kontaktpersoner för att klara av vardagen utan droger. Syftet med projektet var också att stär-

ka vårdkedjan när personer kom tillbaka hem efter institutions- eller familjehemsvistelse. Detta bidrog till att kostnader för kontaktpersoner ökade och att kostnaden för tillnyktring och avgiftning minskade.

Kommunens insatser

På individ och familjeomsorgen i Åre finns en socialsekreterare med socio-
nomutbildning som arbetar heltid riktat till målgrupperna. Enligt denne finns
det inget övre tak för antal personer som verksamheten riktar sig till. "Social-
kontoret måste ta emot *alla* som vill ansöka om någon form av bistånd".

Det innebär att alla angivna alternativ inom målgruppen missbrukare/
beroende i enkäten är ikryssade, liksom alla missbruks- och/eller beroen-
deformer. Den avgränsning som finns är att insatserna gäller för vuxna.

Det finns insatser för samsjuklighet i form av missbruk och psykisk sjukdom.
I dessa insatser samverkar enheten med psykiatri, hälsocentraler, arbetsför-
medling, försäkringskassa och LSS. Övrig samverkan för de med miss-
bruk/beroendeproblematik har enheten med olika behandlingshem i landet
och med tillnyktringsenheten på Frösö LVM hem.

Det krävs myndighetsbeslut för insats, klienten kan inte vara anonym. Det
förs register/journalanteckningar. Viss rådgivning kan ges utan myndighets-
beslut och därmed utan dokumentation. Insatser sker individuellt och på
dagtid. Verksamheten erbjuder inga schemalagda program.

De klientbedömningsinstrument som används är ASI, ADAD, AUDIT och
DUDIT. Instrumenten används för uppföljning av enskilda klienter.

De insatser som ges är rådgivning, motiverande samtal, psykosocialt stöd
med inriktning på relationer, arbete och bostad, eftervård, uppsökande ut-
åtriktade insatser samt utredning/diagnos.

Under frågan om vilka metoder/tekniker som används är det enbart MI som
är ikryssat. Den som arbetar med detta är också utbildad i MI enligt IFO-
chefen.

Vid lösningsfokuserad modell, socialpedagogisk ansvarsmodell och systemte-
oretisk modell har informanten skrivit frågetecken. Detta kan tolkas som att
verksamheten är inspirerad av dessa metoder/tekniker men att de inte arbetar
fullt ut efter dem. Här finns inte heller några anteckningar om legitimering
eller certifiering. Verksamheten uppges inte utvärderas.

Privat verksamhet

I kommunen finns ett privat öppenvårdsalternativ, Acceptera i Edsåsen som kommunen samarbetar med. Acceptera genomför 12-stegsbehandling i grupp en eller två gånger per år och tar emot kvinnor, män, familjer och anhöriga till personer med alkohol-, narkotika-, läkemedels- och blandmissbruk. Även personer med samsjuklighetproblematik är välkomna.

Frivilligorganisationer

Anonyma alkoholister har aktiva självhjälpssgrupper i Järpen och Åre.

Primärvården

I Åre kommun finns hälsocentralerna i Åre, Järpen och Hallen under intraprenad och verksamhetschefen för Åre HC uttrycker vid telefonintervjun att kartläggningens målgrupper behandlas som vilken annan patientgrupp som helst. Det hälsocentralen kan erbjuda i form av insats är kognitiva terapeutiska samtal och samtal med beteendevetare. I övrigt hänvisar man personen till kommunens socialtjänst. Hälsocentralen är ansvariga för medicinering och han uttrycker att det finns ett visst samarbete mellan hälsocentralen och kommunens socialtjänst.

Det förebyggande arbete som verksamhetschefen anger att hälsocentralen deltar i idag är att de finns med och informerar vid restaurangutbildningen i Åre. De genomför även påbjudna drogtester av personal som arbetar inom hotellverksamheten på orten.

Arbetet med alkoholprocessen och Riskbruk har inte implementerats in i hälsocentralens arbete enligt respondenten vid detta telefonsamtal, till skillnad från de uppgifter som framkommer i slutrapporten 2008 för alkoholprocessen, där samma person är en av författarna. I slutrapporten påvisar de att ett pågående implementeringsarbete pågår framför allt inom mödra- och barnhälsovården. Här framhålls även att behandlande personal har fått utbildning i MI sedan 2006.

Vi har inte kommit i kontakt med övriga verksamhetschefer.

Tabell 8 Sammanfattning av verksamheter och insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Åre Kommun

Handläggare myndighetsutövning	Myndighetsutövning och insatser	Kommunen	Landstinget	Frivilligorganisationer	Privata företag
1	1	Kontaktperson Rådgivning MI Psykosocialt stöd Utåtriktad verksamhet Eftervård	Åre Intraprenad Kognitiva terapeutiska samtal Läkemedelsass –behandling Information vid restaurangutbildning	AA	Acceptera, Öppen- vårds- behandling
DD team					

Östersunds Kommun

Östersund är residensstad för Jämtlands län och centralort i Östersunds kommun. Staden ligger vid Storsjön och är Jämtlands enda stad. Östersunds kommun är den befolkningsrikaste kommunen i länet med sina drygt 58 000 innevånare.¹² Dessa bebor en yta på 26 840 km². Det finns möjlighet till goda kommunikationer till och från Östersund med både bil, tåg, buss och flyg.

Östersund är länets handelscentrum som likt övriga Jämtland domineras av småföretagande. Det är dock kommunen och landstinget som är de största arbetsgivarna. Mittuniversitetet har ett Campus lokaliserat till Östersund.

Kommunens insatser

Socialnämnden och socialförvaltningen i Östersund har organiserat all sin missbruks- och beroendevård/behandling i ett Beroendecentrum som geografiskt är placerat i stadsdelen Solliden i Östersund. Här finns 9 handläggare som arbetar med myndighetsutövning i samma hus som en del av nedan nämnda öppenvårdsinsatser. De handläggande socialsekreterarna på Beroendecentrum arbetar i huvudsak med utredning och uppföljning av beslutade insatser, samt med ekonomiskt bistånd. En så kallad uppsökare finns knuten till enheten och denne arbetar både med kontrollfunktion och med individuellt stödjande arbetsinnehåll. Det senare bygger på ett motiverande förhållningssätt.

¹² Information hämtad från Arbetsförmedlingens bok Höstprognos Jämtland 2008

På gångavstånd finns öppenvårdsverksamhet i form av arbetsträning, olika former av stödboenden och ett Case Management (CM) team. CM teamet finns placerat vid boendeenheten Björkebo.

Beroendecentrums gruppbehandling är en strukturerad gruppbehandling i öppenvård som utgår ifrån traditionellt 12 -stegsprogram i kombination med moderna tankar om motivation och förändringsarbete. För att få tillgång till insatsen krävs utredning och beslut från handläggande socialsekreterare. Behandlingen är uppdelad i primärbehandling på heltid i fem veckor och eftervård under 20 veckor, två timmar i veckan. Eftervården innehåller återfallsprevention, vilken utgår ifrån kognitiv beteendeterapi. Till detta erbjuder teamet även stöd och hjälp till anhöriga till personer med beroendeproblematik. Detta anhörigprogram pågår i fem veckor, två timmar i veckan. Målsättningen med denna gruppbehandling är att den anhörige skall må bättre, inte att de ska lösa den beroendes problem.

Teamet består av två personer en man och en kvinna som båda arbetar heltid. Mannen som är socionom har vidareutbildning till tolvstegsterapeut och går nu steg 1 utbildning. Den kvinnliga sjuksköterskan går vidareutbildning till beroendeterapeut.

Teamet kan ta emot upp till 60 klienter per år i gruppverksamheten och bedrivs företrädesvis på dagtid. Behandlingen utgår ifrån ett schemalagt program (Minnesotabehandling) och utvärderas på kort sikt via utvärderingsblanketter där brukarna beskriver sina upplevelser av vården.

Både kvinnor, även gravida, män och deras anhöriga, från 18 år och uppåt kan finnas med i gruppbehandlingen. Teamet tar emot personer oavsett typ av drogmissbruk. De tar även emot personer med spelberoende och olika former av samsjuklighet. När det gäller samsjuklighet samverkar teamet med övriga team på Beroendecentrum. I arbetet med personer med mer entydig missbruks- och beroendeproblematik samverkar de utöver kommunens egen verksamhet med kyrkan, landstinget, arbetsgivare och diverse självhjälsgrupper.

Det krävs myndighetsbeslut för att delta i verksamheten och personer som finns i behandling hos teamet kan därmed inte vara anonyma. Verksamheten har inga register eller journalsystem. Kontaktpersonen för teamet uppger att de använder klientbedömningsinstrument, men preciserar inte vilket eller vilka. Instrument för uppföljning av enskilda klienter håller på att arbetas fram.

Behandlingsmetoder, tekniker som uppges vara bärande inslag i verksamheten är kognitiv beteendeterapi och Minnesotamodellen/tolvstegsbehandling. Här har man angivit att behandlande personal inte är legitimerad eller certifierad, trots att man tidigare har uppgett att en i teamet har utbildning till tolvstegsterapeut med ett kognitivt förhållningssätt. På samma sätt har man svarat när det gäller de metoder/tekniker som används i viss mån. Teamet uppger här att de arbetar med MI, stresshantering/avslappningsövningar och systemteoretisk modell, men att behandlande personal inte är legitimerad eller certifierad. Den behandlingsinsats som uppges utföras av legitimerad/certifierad personal är akupunktur.

Björkebo är ett stöd- och utslussningsboende som förekommer i olika former, allt ifrån stugboende till stöd i egen lägenhet. I stugboendet finns det inga drogfrihetskrav. Däremot har man tillsyn dagligen av personal. Det finns ett akutboende med sex platser där man kan bo mellan 21.30-08.00. Där får de övernattande en smörgås på kvällen och frukost på morgonen och det finns möjligheter att tvätta sig själv och sina kläder. I själva stöd- och utslussningsboendet finns boende i eget rum på korridor med tillgång till ett gemensamt kök, liksom boende i "egen" lägenhet. Här ställs det krav på drogfrihet och någon form av sysselsättning. Vid återfall är man välkommen tillbaka efter tillnyktring.

Anställda på enheten är sju personer. Av dessa är en socionom och två behandlingsassistent/pedagog. Fyra personer har ingen utbildning inom yrket. Därutöver finns en teamchef på heltid som har socionomutbildning och forskarutbildning. Vad forskningsutbildningen omfattar eller vilken nivå den ligger på framgår inte.

Boendet vänder sig till vuxna kvinnor, män, par och anhöriga och kan ta emot maximalt 38 personer. Verksamheten vänder sig till alla oavsett missbruks- eller beroendeproblematik. Det finns insatser riktade till personer med samsjuklighetsproblematik och då samverkar man med psykiatris dubbel-diagnosteam. När det gäller övriga insatser för dem med missbruks- och beroendeproblematik samverkar Björkebo med primärvården och övriga enheter på Östersunds kommuns Beroendecentrum.

Det fodras myndighetsbeslut för insatsen. När det gäller akutboendet så krävs inte något myndighetsbeslut.

De insatser som verksamheten tillhandahåller är rådgivning, motiverande samtal, återfallsprevention, psykosocialt stöd med inriktning på till exempel

relationer, arbete och bostad. Provtagningar genomförs. Verksamheten erbjuder schemalagt program i form av ADL träning och återfallsprevention.

Verksamhetens insatser ges både individuellt och i grupp. När det gäller tillgänglighet under dygnet har man inte fyllt i något av alternativen, men Björkebo bemannas dygnet runt.

Behandlingsmetoder som är bärande inslag i verksamheten är lösningsfokuserad modell, motiverande samtal, stresshantering och avslappningsövningar. Behandlande personal anges inte vara legitimerad eller certifierad för de metoder som de arbetar med.

På **Brytpunkten** arbetar man med olika former av daglig sysselsättning. Bland annat finns det möjligheter att arbeta i köket med alla de sysslor som där förekommer. Det finns en kafeteria i anslutning där de serverar den lunch som har tillagats. Det finns olika former av hantverk att arbeta med. Just nu finns ett renoveringsarbete av en båt som ett pågående projekt.

På enheten arbetar två personer, en arbetsledare på heltid och en behandlare på 80 %. Arbetsledaren har behandlingsassistentutbildning och behandlaren har behandlingspedagogutbildning.

Syftet med insatsen är att skapa dagliga rutiner och att skapa en förståelse hos individerna i gruppen att de är viktiga som individer. Ett annat syfte är att ge dagen ett innehåll som kan bidra till fortsatt motivation för ett liv utan droger.

Klienterna har möjlighet att delta anonymt i verksamheten, det krävs inga myndighetsbeslut. De har inga register eller journalsystem och använder inga klientbedömningsinstrument.

Insatserna ges både i grupp och individuellt på dagtid. Verksamheten kan ta emot 34 personer som maximalt. De tar emot kvinnor, även gravida, män och par som är över 24 år. Brytpunkten vänder sig till alla oberoende av vilken missbruks/beroendeproblematik som vederbörande har. Brytpunkten samverkar med Frösö LVM hem, psykiatri och arbetsförmedlingen. Verksamheten har inga insatser för personer med samsjuklighetsproblematik.

De insatser som verksamheten erbjuder är motiverande samtal, miljöterapi och provtagning. Inga specifika metoder/tekniker har uppgivits för genomförandet.

Brytpunktens verksamhet utvärderas kontinuerligt via enkätundersökning med klienter och i form av fokusgrupper.

CM teamet

Teamet består av tre case manager. I enkätsvaret är det två som uppges arbeta heltid men efter komplettering framgår det att alla tre har heltidstjänster. Alla tre har case managerutbildning som påbyggnadsutbildning till sin behandlingsassistent-, mentalskötare- respektive socionomutbildning.

De klienter som teamet fokuserar på är missbrukare med psykiska funktionshinder i åldrarna 18-65 år. Verksamheten kan ta emot 30 klienter. Alla former av missbruk kan vara aktuella. Teamet arbetar alltså specifikt med insatser för personer med samsjuklighetsproblematik. Man samverkar med psykiatri och då främst med Dubbeldiagnosteamet. När det gäller klienter med mer enhetlig missbruks/beroendeproblematik samverkar enheten med övriga öppenvården och handläggare på Beroendecentrum i Östersund.

Inga myndighetsbeslut krävs för deltagande, men aktualisering sker genom ett remissförfarande. Det förs inga register eller journaler utan dokumentations-skyldigheten ligger hos remitenten. Inga bedömningsinstrument används. Insatserna genomförs individuellt och under dagtid.

Verksamheten erbjuder schemalagt program via andra öppenvårdsinsatser. De insatser som tillhandahålls på enheten är rådgivning, motiverande samtal, miljöterapi och uppsökande utåtriktade insatser.

Metoder/tekniker som tillämpas i viss mån är kognitiv beteendeterapi, motiverande samtal och stresshantering/avslappningsövningar. Ingen av metoderna/teknikerna uppges personalen ha legitimation eller certifiering för.

Verksamheten utvärderas genom planering och uppföljning.

Lösningsfokuserade samtal är en metod där man arbetar med individens hela livssituation. Hit kan man söka på egen hand, men behandlingen kan även föreslås efter att en utredning genomförts på Beroendeenheten. För alla som är boende i Östersunds kommun är behandlingen gratis.

I detta team arbetar två terapeuter/behandlare med socionomutbildning och båda jobbar heltid¹³. En av dessa är utbildad i lösningsinriktad metod och en har påbörjat en sådan utbildning under våren 2009.

¹³ Uppgiften kompletterad av verksamhetschef

Verksamheten riktar sig till alla från 16 år och uppåt som har någon form av alkohol- eller drogproblem, även spel- och köpberoende. Verksamheten vänder sig även till anhöriga. Man vänder sig till såväl individen som familjen och/eller par. Teamet kan även finnas till konsultativt för andra grupper.

Teamets insatser riktar sig även till personer med samsjuklighetsproblem och i dessa sammanhang samverkar de med dem som finns runt klienten, som kan vara till hjälp för att nå det gemensamt satta arbetsmålet. Samverkanspartners kan vara CM teamet, kontaktperson, personligt ombud, socialsekreterare från olika enheter, psykiatrins Dubbeldiagnosteam, Frivården och andra verksamheter inom Beroendecentrum. Dessa samverkanspersoner/enheter finns även tillgängliga när det gäller personer med mer ”ren” missbruks- och/eller beroendeproblematik. Verksamheten använder inga klientbedömningsinstrument.

Insatser ges både i grupp och individuellt och bedrivs både på dagtid och på kvällstid. Det finns inget schemalagt program. På frågan om det krävs myndighetsbeslut för insatsen har man svarat både ja och nej.

Teamet arbetar med lösningsfokuserat förändringsarbete. Detta innebär lösningsfokuserade samtal som utgår ifrån ett salutogent förhållningssätt och tar sin utgångspunkt i individens egna tankar om behov, väg och mål. Det finns ingen tidsgräns för insatsen. De insatser som erbjuds från verksamheten är motiverande samtal, psykosocial behandling som strukturerad behandling med stöd av etablerade metoder som exempelvis kognitiv beteendeterapi. Verksamheten bedriver återfallsprevention, eftervård och anhängstöd. Man arbetar med par- och familjesamtal.

Insatserna (verksamheten) utvärderas vid varje samtal med klienten, dels utifrån det satta arbetsmålet och dels utifrån hur samtalet i sig har fungerat. Detta för att i första delen se om arbetet går framåt. I den andra delen får man svar på om samtalet har fokuserat runt rätt saker, om klienten känt sig lyssnad på etcetera. De mätinstrument som används är Scott D Millers och Barry L Duncans ORS (Outcome Rating Scale) och SRS (Session Rating Scale). Till detta har verksamheten måldokument och kvalitetspunkter som utvärderas en gång per år och säkerställer att teamet arbetar med det som teamet säger att de skall arbeta med.

Behandlingsmetoder/tekniker som används som bärande inslag i verksamheten är lösningsfokuserad modell. Man har här angivit att ingen av de anställda är legitimerad/certifierad i denna metod/teknik, trots att en har utbildning i lösningsfokuserad terapi och den andra har påbörjat liknande utbildning.

På **Mottagningsfunktionen** arbetar idag två socionomer anställda av kommunen. Landstinget har flyttat sin sjuksköterska från lokalerna. Till mottagningsenheten kan alla vända sig som behöver stöd, hjälp och/eller information om olika behandlingsmöjligheter. Det krävs ingen utredning för kontakt med teamet. Däremot kan teamet vara bryggan över till de handläggande socialsekreterarna eftersom vissa behandlingsinsatser kräver att utredning genomförs och att beslut tas kring specifika insatser. Teamet arbetar med screeninginstrument för alkohol, narkotika och spel (AUDIT och DUDIT). Utifrån poängutfallet i screeningen erbjuds man upp till fem motiverande samtal. Vid höga poäng erbjuds man ASI som är en strukturerad intervju-metod för bedömning av alkohol och narkotikarelaterade problem. Det finns ett haschprogram och öronakupunktur kan ges som kompletterande behandling.

Övrig verksamhet

Utöver dessa insatser tillhandahåller kommunen en lokal i centrum som benämns som Värmestugan. Denna lokal fungerar som en möjlighet för personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik att komma in i "värmen" en stund och få en fika. Denna verksamhet betraktas inte som någon insats. Olika frivilligorganisationer och kyrkor samverkar med kommunen för att hålla värmestugan öppen i så hög omfattning som möjligt.

Frivilligorganisationer i kommunen

I Östersund finns det självhjälsgrupper i form av AA, NA, AL-Anon och GA som alla arbetar efter Minnesotamodellens tolvstegsprogram riktat till olika former av missbruks- och beroendegrupper samt deras anhöriga.

Betelförsamlingen, EFS missionsförening, Pingstförsamlingen Filadelfia, Röda Korset och Svenska kyrkan samarbetar med Östersunds kommun om att hjälpa till att hålla värmestugan öppen.

Hela människan och Länsnykterhetsförbundet samarbetar i "Våga vara vuxen", som bygger på ett informationsmaterial framarbetat av ALNA. Materialet skall fungera som ett stöd till vuxna i kommunikation och upptäckt av drogmissbruk hos unga. Men materialet kan även fungera som egeninsikt vad det gäller eget bruk eller missbruk.

IOGT-NTO har kamratstöd och samtalsgrupper. Det är personer som är med i AA som håller i kamratstödet. De arrangerar bland annat "Vit Jul" där personer med missbruks/beroendeproblematik och deras anhöriga inbjuds till ett drogfritt firande i lugn och ro.

KRIS bedriver stödverksamhet för alla människor som har problem. Man kan vara fänge i sitt eget missbruk lika väl som fänge på en anstalt. De erbjude

der stödsamtal där den som är i behov av stödet möter en person av samma kön. Man arbetar med denna form av stödverksamhet i hela Jämtland. De samarbetar med Samhall. När personer riskerar återfall tas kontakt med KRIS för ytterligare stöd.

Ett Halvvägshus planeras och skall förhoppningsvis komma igång under våren 2009. Man väntar på besked från Östersund kommun angående lokaler. Här skall personer med kriminell och/eller missbruksproblematik få hjälp i övergången till eget boende och daglig verksamhet av något slag. Efter att personer har gått igenom det första steget och man är drogfri kan personen få hjälp med att hitta eget boende, praktikplats eller utbildningsplats.

Primärvården

Primärvården i Östersund består av hälsocentraler i Lit, Odensala, Torvalla, Lugnvik, Zätagränd, Frösön, och Brunflo. Den kontakt som lett till svar på våra frågor är från hälsocentralen i Lit.

Hälsocentralen i Lit erbjuder personer med lättare problem kontakt med psykosociala enheten. För övrigt finns det ingen speciellt avdelad personal som arbetar med personer som har missbruks- och eller beroendeproblematik. Inget förebyggande arbete omnämns. Ansvarig respondent kan inte uppge någon verksamhet som de är involverad i som har insatser riktade till personer med samsjuklighet. Finns inget uttalat samarbete med annan myndighet eller organisation som arbetar med målgrupperna.

Tabell 9 Sammanfattning av insatser riktade till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Östersunds kommun

Handläggare myndighetsutövning	Myndighetsutövning och insatser	Egna verksamheter	Landstingets verksamheter	Frivilligorganisationer	Privata företag
9	0	Beroendecentrums Gruppbehandling 2 heltidstjänster Björkebo 7 heltidstjänster Brytpunkten 1,5 tj Värmestugan 2,0 tj CM teamet 3 heltidstjänster Teamet Lösningsfokuserade samtal 2 heltidstjänster Mottagningsfunktion 2 heltidstjänster	Psykosociala enheten	AA, Al-Aanon NA, GA IOGT-NTO KRIS Gamla Kyrkan Svenska kyrkan Frikyrkorna Hela människan Länsnykterhetsförbundet	

För att få en lättöverskådlig översikt av de kommunala insatser och personalresurser, likväl som privata och frivilligorganisationers insatser riktade till kartläggningens målgrupper har nedan sammanställning gjorts.

Tabell 10 Sammanfattande översikt länets kommuner

	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Äre	Östersund
Finns insatser för missbruk- och beroendeproblematik	Ja, kontaktperson	Ja samverkan Ösds Beroendecentrum	Ja	Ja	Ja	Ja, kontaktperson	Ja, kontaktpersoner	Ja
Finns insatser för samsjuklighet	Samverkan DD teamet + Socialpsykiatriskt team	Samverkan DD teamet	Samverkan DD teamet	Samverkan DD teamet + Socialpsykiatriskt team	Psykiatri- samordnare i samverkan DD teamet	Samverkan DD teamet	Samverkan DD teamet	Samverkan DD teamet
Handläggare Myn- dighetsutövning	4	4	1	2	5	3	1	9
Av dessa arbetar även med insatser	4 ¹⁴	4 ¹⁵	1	2	2 ¹⁶	3	1	0
Totalt antal som arbetar med insats	6	4	4	4	5	5	1	17,4
Egen verksamhet	Missbruksteamet	Råd och stöd	Zezam			Fjärilen för vuxna	Råd och stöd	Se särskild tabell
Målgrupper	♂ ♀ > 25år	♂ ♀ Par > 18år	♂ ♀ Par > 18år Anhöriga			♂ ♀ gravida ♀ Par Anhöriga > 18år	♂ ♀ gravida ♀ Par Anhöriga > 18år	
Kända frivillorganisationer	AA Alanon	Riksförbundet frivilliga sam- hällsarbetare	AA, Alanon IOGT-NTO Sv. Kyrkan	Nej	Nej	Länkarna	AA	AA, NA, GA, Alanon, KRIS, Sv Kyrkan Fri- kyrkorna
Målgrupp/er	♂ ♀ Anhöriga	♂ ♀ Anhöriga	♂ ♀ Anhöriga			♂ ♀	♂ ♀	♂ ♀ Anhöriga
Kända privata före- tag	Ove Eriksson Drogkonsult AB	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Acceptera öppenvårdsbeh	Nej
Målgrupp/er	♂ ♀ Anhöriga						♂ ♀ Anhöriga	

¹⁴ Total årsarbetstid som riktas till kartläggningens målgrupper uppskattas till en heltidstjänst

¹⁵ Total årsarbetstid som riktas till målgrupperna uppskattas till 50-75 %

¹⁶ Total årsarbetstid som riktas till målgrupperna uppskattas till en heltidstjänst

Landstingets - Alkoholprocess, Riskbruk och Mobilisering

Inom landstinget i Jämtland har Thomas Andersson och Alf Lerner från Åre hälsocentral arbetat med att få fram en god och kvalitetsmässig alkoholprocess i form av strukturerat vårdprogram inom primärvården. Det viktiga är att både landstingets egen verksamhet och kommunens verksamheter beaktar den framarbetade alkoholprocessen för att få till stånd ett mer kvalitativt och samverkande arbete riktat till kartläggningens målgrupper (Andersson & Lerner 2005 s 8). Flera arbetsseminarier riktade till primärvården, socialtjänsten, försäkringskassan, polisen och företagshälsovården har genomförts i länets samtliga kommuner (Andersson & Lerner 2009).

Processen har sedan januari 2008 övergått i en reguljär verksamhet inom primärvården, inkluderat barn- och mödrahälsovården, och ska vara en del av vård- och behandlingsinsatser för personer med missbruksproblem i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (Lerner & Andersson 2008 s10). På mödra- och barnavårdscentraler har det arbetats fram en tydligare policy när det gäller alkohol och graviditet. Alla gravida erbjuds att svara på AUDIT formuläret och vid behov tillämpa MI (Andersson & Lerner 2009).

I det fortsatta utvecklings- och implementeringsarbetet har fokus riktats till distriktssköterskorna som har en central roll i mötet med patienter. Enligt rapporten framgår det att cirka 80 % av distriktssköterskorna har gått MI-utbildning. Utöver ny kunskap på området har distriktssköterskorna erbjudits särskild handledning för att kunna identifiera riskfylld alkoholkonsumtion och genom individuella samtal med patienten motivera denne till minskad konsumtion. I detta arbete ingår att fokusera på vissa diagnoser som exempelvis högt blodtryck, krisreaktioner, depression och ångest (Andersson & Lerner 2009).

Lerner & Andersson har även arbetat fram en hemsida, Riskbruk.se, där professionella som arbetar med folkhälsofrågor eller med personer med direkt alkohol-, beroende- och/eller samsjuklighetsproblematik kan gå in och finna uppdaterad och adekvat information. Denna hemsida har rönt mycket positiv uppmärksamhet. I samarbete med Folkhälsoinstitutet har en webbaserad utbildning i MI utvecklats ”Samtalet om riskbruk av alkohol” (Andersson & Lerner 2009)

För allmänheten finns hemsidan Mobilisering.nu Här finns möjlighet att testa sina egna alkoholvanor liksom länkar där man kan få information som kan skapa reflektion och vidare diskussion. Hemsidan är byggd för innevånarna i Jämtlands län och hänvisar därför i första hand till olika stödotsatser som finns inom länet.

För allmänheten har det även arbetats fram en patientbroschyr och "livsstilsdatorer" som skall finnas tillgänglig i väntrummen på länets hälsocentraler för att patienten själv skall kunna testa sin livsstil ur ett hälsoperspektiv. Testresultat kan tas upp till diskussion med läkare och/eller distriktssköterska (Andersson & Lerner 2009).

Vid uppföljning i form av patientenkäter har det framkommit att samtal om alkoholvanor vid läkar- och/eller distriktssköterskebesök varierar mellan undersökningsåren (1,1 %-10,6%-) och mellan hälsocentraler (2,7%-52%). Resultaten förklaras till viss del med metodproblem vid dokumentation i datajournaler (Andersson & Lerner 2009).

Dubbeldiagnosteamet

Från dubbeldiagnosteamet har två svar kommit in. De skiljer sig något åt och detta beror delvis på att den ena av informanterna nyligen börjat sin anställning på teamet och den andre funnits med en längre period och därmed kan omfatta fler metodinslag. För att få klarhet i frågor gällande personalstat och insatser, metoder har ytterligare kontakt tagits för att säkerställa riktighet i det som här redovisas.

På enheten finns en kurator/socionom och 1,5 psykiatrisjuksköterska. Vidare finns det en sjuksköterska och en mentalskötare. När det gäller läkartjänster finns en överläkare och en underläkare på vardera 25 % tjänst.

Målgruppen för verksamheten är män och kvinnor (även gravida) över 18 år, där alla former av alkohol/drogproblematik kan föreligga samt psykisk ohälsa. Verksamhetens specifika målgrupp är med andra ord personer med sam sjuklighetsproblematik. Här samverkar teamet med socialtjänsten, primärvården, frivården, SIS, privata aktörer och övrig psykiatri. Detta samarbete gäller även för personer med missbruks-/beroendeproblematik utan psykisk ohälsa.

Klienter/patienter kan inte delta i verksamheten anonymt. Det krävs inte något beslut från myndighet för att klienter/patienter skall få delta i verksamheten. Det förs register och journaler.

Klientbedömningsinstrument som används är ASI, ADAD, ADDIS, ADDIS UNG, SCID-II, DIP-Q och ASQ. Bedömningsinstrumenten används även för uppföljning av enskilda klienter/patienter.

Insatserna ges individuellt. I arbetet med individen kan det bli aktuellt med par- och familjeinsatser. Verksamheten är öppen på dagtid alla vardagar.

Det finns inga schemalagda insatser enligt informanterna.. Insatser som verksamheten tillhandahåller är rådgivning, motiverande samtal, psykosocial behandling, abstinensbehandling, psykofarmakabehandling, läkemedelsassisterande behandling, psykosocialt stöd, utredningar, provtagning och hälsovård. Informant två har även uppgett miljöterapi, återfallsprevention och uppsökande utåtriktade insatser.

När det gäller metoder/tekniker som tillhandahålls uppger informant två att i viss mån tillämpas kognitiv beteendeterapi, biofeedback, jagstärkande psykoterapi/stödterapi och motiverande samtal. Informant ett har uppgett att det bärande inslaget i verksamheten är motiverande samtal och här har behandlande personal legitimation/certifiering.

Övriga metoder tekniker som förekommer i viss mån och där personal har legitimering/certifiering är beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi, handledd självhjälpsgrupp, jagstärkande psykoterapi/stödterapi, lösningsfokuserad modell och systemteoretisk modell.

De metoder/tekniker som tillämpas i viss mån men där behandlaren inte är legitimerad/certifierad är enligt informant två, systemteoretisk modell och socialpedagogisk ansvarsmodell. När det gäller stresshantering/avslappningsövningar vet inte vederbörande om behandlaren har legitimering/certifiering för metoden/tekniken.

Verksamheten utvärderas via landstingets interna uppföljningssystem.

Kompetenscentrum för livsstilsfrågor/alkohol och droger

Här har två enkätsvar kommit in. Båda redovisas var för sig då alkohol/drograpeuten inte finns angiven under det övergripande enkätsvaret.

1. Den första enkäten är inlämnad av den person som arbetar på heltid som alkohol/drogutredare och denne svarar på enkäten utifrån sin egen arbetsroll. Denna person har psykoterapiutbildning steg 1, är certifierad ADDIS utredare, har MI utbildning och beroendelära. Redovisar eget tidigare missbruk och 18 års nykterhet som specifik kunskap och erfarenhet.

Verksamheten omfattar 75 – 100 personer per år och riktar sig till alla länets vuxna personer oavsett alkohol/drogproblematik. Insatser sker individuellt och under dagtid. Inga schemalagda program erbjuds.

Verksamheten har inga insatser för personer med samsjuklighetsproblematik, men samverkar med andra. Vilka dessa är har inte uppgivits. När det gäller personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik samverkar personen med kommuner, företag, sjukhus, hälsocentraler, arbetsförmedling, försäkringskassa med flera.

Målgrupperna har möjlighet att delta anonymt och inga register eller journaler förs. Inga myndighetsbeslut behövs för att delta i verksamheten. Det klientbedömningsinstrument som används är ADDIS. Detta instrument används även vid uppföljning av enskilda klienter.

De insatser som tillhandahålls är rådgivning, motiverande samtal, uppsökande utåtriktade insatser, utredning/diagnos och stödsamtal.

Metoder/tekniker som tillämpas i viss mån är jagstärkande psykoterapi/stödterapi och motiverande samtal. För båda metoderna/teknikerna är behandlaren legitimerad/certifierad.

Verksamheten utvärderas genom statistik och kontakt med remitterande instanser.

2. Den andra personen som svarat från Kompetenscentrum för livsstilsfrågor inleder med att påtala svårigheten med att fylla i enkäten då 20 % av deras arbetstid skall användas till klientarbete och resterande 80 % skall användas till konsultativt arbete och kunskapsförmedling. Till största delen är det alkohol, men det kan även förekomma många andra former av droger.

På enheten arbetar två sjuksköterskor, en skötare och en sjukgymnast på heltid. Det finns även en dietist anställd på 50 %. Alla har legitimerad utbildning inom respektive område. Alla målgrupper och åldersgrupper kan tas emot och de mest förekommande missbruksområdena är alkohol och tobak. Verksamheten har inga insatser för personer med samsjuklighetsproblematik, men samverkar med psykiatri, psykosociala enheter, AF-Rehab med flera.

Klienter har möjlighet att delta anonymt och inga myndighetsbeslut behövs. Verksamheten har inga register eller journaler. Det klientbedömningsinstrument som används är ADDIS och AUDIT. Instrumenten används inte för enskilda uppföljningar av klienter.

Insatser ges individuellt och under dagtid. Det finns inga schemalagda program.

De insatser som tillhandahålls är rådgivning, motiverande samtal, uppsökande utåtriktade insatser, utredningar och provtagning.

Den metod/teknik som tillämpas som bärande inslag är motiverande samtal och här har personal legitimering/certifiering. Detta gäller även metoderna/teknikerna jagstärkande terapi/stödterapi och akupunktur. Verksamheten har funnits i cirka ett år och har ännu inte utvärderats.

Kvinnosjukvården Östersunds sjukhus

På området Barn/Kvinna arbetar två kuratorer på vardera 75 %. Båda är socionomer och den ena har även magisterexamen i socialt arbete.

Verksamheten riktar sig till kvinnor och då även gravida. Insatser sker individuellt och under dagtid. Ingen form av myndighetsbeslut behövs, däremot registreras och journalförs alla patienter. De insatser som verksamheten ger är hälsovård, rådgivning, motiverande samtal psykosocialt stöd med inriktning på till exempel relationer, arbete och bostad, med utgångspunkt för inom kvinnokliniken förekommande kuratorsverksamheten. Denna verksamhet utvärderas kontinuerligt genom personalenkäter.

Ingen form av missbruks- eller beroendeproblematik behandlas. Inga klientbedömningsinstrument för kartläggningens målgrupp används i verksamheten. Det finns inga insatser för personer med samsjuklighetsproblematik, men vid behov kontaktas socialtjänsten, alkoholrådgivningen och psykiatrin. Detta gäller även för personer med uttalad missbruks- och eller beroendeproblematik.

Reflektioner på det sammantagna materialet

När vi nu sitter här med materialet i hamn så kan vi konstatera att enkäter inte är ett helt enkelt redskap, utan ibland kan det bli ett rätt så trubbigt instrument när man vill få en fördjupad överblick på de områden som kartläggningen har omfattat. Det har visat sig att enkätmaterialet i sig kunde ha finslipats ytterligare så att respondenterna bättre skulle ha vetat vad som verkligen efterfrågades.

Terminologi är ett område som är problematiskt, vilket även har påpekats i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2008). I denna vår kartläggning kommer detta framför allt i dagen i sista frågan, om vilka metoder/tekniker som verksamheterna använder sig av. Som delsvaret på denna fråga ville vi veta om personalen har legitimering/certifiering för redovisade metoder. Inom kommunernas socialtjänst använder man sig inte av språkbruket legitimering/certifiering, det är ett språkbruk som är mer relaterat till sjukvården. Inom socialtjänsten uttrycker man att man har utbildning eller annan kompetens på området. Detta har föranlett att personer som har redovisat utbildningar relaterade till de metoder/tekniker som de arbetar med under fråga sex, ändå har svarat nej på sista frågan.

På samma sätt finns det en risk att det har blivit en språkförbistring när det gäller insatsen motiverande samtal. Här har majoriteten svarat att de arbetar med motiverande samtal som insats, men under metoder/tekniker har de inte kryssat i att de arbetar med MI som är den specifika metod som går under benämningen motiverande samtal på svenska. Frågan är vad de som har svarat att de arbetar med motiverande samtal, men inte MI, har lagt in i begreppet?

Då detta är en kartläggning av insatser och kompetens vad det gäller missbruks- och beroendevården/behandlingen i länet borde det ha funnits med en fråga om personalen har gått utbildning i grundläggande beroendelära. Detta har missats. En del respondenter har på eget initiativ skrivit att de har denna utbildning, men det kan vara så att det finns ett mörkertal bland övriga respondenter då detta inte specifikt efterfrågades. Av samma anledning kan det finnas ett stort mörkertal som tidigare nämnts när det gäller egen erfarenhet av missbruk och/eller beroendeproblematik. Även här finns det respondenter som angivit eget tidigare missbruk som en specifik kompetens i arbetet.

Utbildning, metoder och tekniker

Det finns en raljans i dagens argumentation kring evidensbaserat socialt arbete som är olycklig. Det är givetvis inte på så sätt att majoriteten av den vård- och behandling som genomförts och genomförs riktad till målgrupper som här omfattas, görs helt utifrån ”hitta på teorier” som Knut Sundell uttrycker det i IMS-Nytt 2009:1. Däremot kan det råda brist på dokumentering av det arbete som genomförs.

Det intervju- och enkätmaterial vi har fått in visar att det är en i grunden god basutbildningsnivå bland personal som arbetar inom missbruks- och beroendevården/behandlingen i länet. Majoriteten har socionomutbildning eller behandlingsassistent/pedagogutbildning. Inom landstinget är det i första hand terapeuter, sjuksköterskor, socionomer och specialistsjuksköterskor som är anställda. Det vi inte kan utläsa av enkätsvaren är i vilken omfattning beroendelära och/eller annan specialisering mot aktuell målgrupp ingår i bas- eller vidareutbildningar. Detta kan med all säkerhet skilja sig mellan olika utbildningsorter och institutioner.

Varken socionomutbildningen eller behandlingsassistent/pedagogutbildningarna ger certifiering för specifika metoder. Men utbildningarna ger en överblick och kunskap i relevanta metoder lika väl som viktiga och relevanta etiska frågeställningar, som är avgörande i människoinriktad yrkesutövning. De utbildningar som finns redovisade i denna kartläggning understryker alla vikten av de sex kriterier som forskning har visat som betydelsefulla för goda resultat. Dessa kriterier är att vård och behandling skall vara lättillgänglig och omfatta många behandlingsplatser, aktivt arbeta för att förhindra avhopp från behandling, omfatta eftervård, ha ett brett behandlingsfokus utöver missbruket, använda familjeterapi i behandlingen och involvera stöd från anhöriga och vänner (IMS-Nytt 2009:1, SOU 2005:82). Hur detta sen kan omsättas i praktiken är en annan sak. Arbetsinsatserna ställer stora krav på tidsutrymme, personalens professionalism i bemötande och dialog kring behandlingsalternativ. För att respektive handläggare och behandlingsarbetare skall kunna genomföra ett gott arbete krävs det kontinuerlig kompetensutveckling och tid för genomförande och reflektion. Detta förutsätter en personalstab som möjliggör en medveten fördelning av ärenden, att kontinuerligt stöd i form av handledning och kompetensutveckling kommer till stånd.

Utifrån kartläggningen visar det sig att rådgivning och motiverande samtal är de insatser som är mest förekommande i länet. Därefter kommer uppsökande utåtriktade insatser, provtagning och återfallsprevention. En insats som används i kommunerna och i vissa fall i hög grad, är användandet av kon-

taktperson. Detta är en insats som inte har kunnat prickas för i enkäten och därför finns den inte redovisad i figur 6.

Kopplingen tillbaka till metoder och tekniker för genomförande av vård- och behandlingsinsatser blir otydlig och kanske även missvisande då, som tidigare påpekats, frågan inte är ställd om man har utbildning på området utan använder sig av termerna legitimering och certifiering. När det gäller privata verksamheter och frivilligorganisationer använder de sig i stor utsträckning av Minnesotamodellens tolvstegsprogram och arbetar på så sätt i huvudsak med självhjälpsgrupper som metod.

För att evidensdiskussionen skall bli mer respektfull mot dem som finns aktiva i dagens missbruks- och beroendevård/behandling torde de utbildningar som här framkommit studeras mer noggrant utifrån innehåll, samtidigt som det faktiska yrkesutövandet djupstuderades. Vad lär man sig under sina studier och vad omsätts i professionell handling? På vad sätt implementeras och används de nationella riktlinjerna inom utbildning och i praktiken? Skulle socionomutbildningen vinna på att ha en allmän basutbildning ”på samma sätt” som läkare och sjuksköterskor, med därtill påföljande valbara specialistutbildningar riktade till olika målgrupper?

Målgrupper och verksamheter

Vi ser i denna kartläggning att flertalet kommuner svarar att de erbjuder insatser till i stort sett alla medborgare oberoende av missbruks och/eller beroendeproblematik. Detta åligger dem enligt lag som några av dem uttryckt det. Det vi däremot inte kan utläsa av detta är den faktiska fördelningen av insatser till olika grupper. Finns det grupper som får övervägande delen av resurserna? Finns det på samma sätt grupper/individer, målgrupper för verksamheten som sällan eller aldrig får insatser? Vi vet inte heller hur pass differentierade insatserna som erbjuds är?

Genom andra studier som nyligen genomförts i länet framkommer det att alkoholmissbruket är det mest frekventa och det är för denna målgrupp större delen av länets insatser riktade. På Östersunds Beroendecentrum finns dock ett ”haschprogram” som bygger på minst 20 träffar. För dem med annan tyngre drogproblematik använder sig kommunerna i första hand av behandlingsinsatser som finns utanför länet (SKL 2008, Larsson 2006).

Mängden riskbruks - och/eller beroendeprofiler understryker komplexiteten och behovet av flexibla och tidiga lösningar inom vård- och behandling för dessa målgrupper.

Samverkan

Ett gott samarbete som lyfts fram i enkätstudien är kommunernas och hälso-centralernas gemensamma vård- och behandlingsarbete tillsammans med landstingets Dubbeldiagnosteam, när det gäller personer med samsjuklighets-problematik. Ett annat samverkansarbete som lyfts är det mellankommunala samarbetet med några av länets mindre kommuner och Östersunds kom-muns Beroendecentrum. Ytterligare ett annat samarbete som finns beskrivet i kartläggningen är det mellan Svenska kyrkan i Härjedalen och Härjedalens kommun. De privata verksamheter och frivilligorganisationer som omnämns i studien är också exempel på befintliga samverkansinsatser och kanaler som finns upparbetade idag.

Det är stora förhoppningar knutna till den planerade Beroendeenheten som skall startas upp i landstingets regi. Denna enhet hoppas man skall bidra till att vård- och behandlingskedjor stärks och att samarbetet till primärvård och kommunernas socialtjänst skall stärkas och tydliggöras.

Till vissa delar framgår det i kartläggningen att det fortfarande finns brister när det gäller samverkan mellan vård- och behandlingsenheter organiserade under olika myndigheter och/eller mellan förvaltningar. Det stora frågeteck-net är landstingets i stort sett genomgående svar att ”detta är ett område som vi inte specifikt arbetar med”. Detta gäller såväl de länsövergripande avdel-ningarna som hälsocentralerna. De flesta kommer med största sannolikhet i kontakt med personer som har både misstänkt, som uttalad missbruks- och/eller beroendeproblematik. Så även om landstinget inte har huvudansva-ret för dessa målgruppers behandlingsinsatser, när det gäller deras missbruks- eller beroendeproblematik, finns det ett ansvar i att arbeta förebyggande och i mån av möjlighet samverka med kommunernas socialtjänst eller frivilligorga-nisationer runt dessa individer.

När det gäller det förebyggande arbetet och tidig upptäckt så har Riskbruks-arbetet i länet rönt positiv uppmärksamhet. I SKL:s rapport *Utredning rörande regionala utbildningscentra för olika personalkategorier inom missbruks och beroendevår-den (2008)* framkommer det att 70 % av distriktssköterskorna och 80 % av distriktsläkarna är utbildade i beroendelära. Detta är uppgifter som inte fram-kommer i vår kartläggning. Det är ingen av hälsocentralerna som svarat på enkäten eller på telefonintervjuer som tagit upp denna kompetens. Så frågan är om det är ett individproblem, att vård- och behandlingskedjor svajar eller ett kunskapsbaserat organisationsproblem som det handlar om?

Implementeringsarbetets grundförutsättningar

Implementering av ASI som klientbedömningsinstrument och MI som teknik för motiverande samtal har påbörjats och kommit en bra bit på väg i flera av länets kommuner (Laag 2009). Detta är ett implementerings- och utbildningsarbete som är alldeles i sin linda och därmed har kommit olika långt i länets kommuner. Utbildningsinsatserna kommer att fortgå framöver i SKL:s *Kunskap till praktik*. Här kan det finnas fördelar i att kunna involvera den expertis som finns på området i länet.

Arbetet med landstingets beroendeenhet är på god väg att sjösättas. Detta har i nuläget inneburit att tillnyktringsenheten på Frösö LVM hem har sagt upp sitt avtal om vårdplatser med landstinget och kommunförbundet i Jämtland. Tanken är att detta arbete skall ske omlott så att de personer som är i behov av platserna inte skall bli lidande.

Implementering av alkoholprocessen, riskbruks - och mobiliseringsarbetet fortsätter och här kommer primärvården och kommunerna att vara i fokus.

Det som är av vikt i det fortsatta implementeringsarbetet är att försöka få till ett gemensamt språkbruk för de insatser och metoder som används, så att involverad personal vet att de pratar om samma sak. Detta kan bidra till att missförstånd och irritation minimeras och en bättre samverkan och obrutna vård- och behandlingskedjor kan komma till stånd.

Samhällets betydelse

I det inledande kapitlet i denna kartläggning visades länets arbetslöshetssiffror och ohälsotal. När det gäller arbetslösheten har den ökat under kartläggningens gång. Orderingången till länets näringsliv har minskat kraftigt, vilket medfört att många varsel om uppsägningar har lagts. Antalet sysselsatta i länet beräknas minska med 1600 personer under perioden 2008/2010.

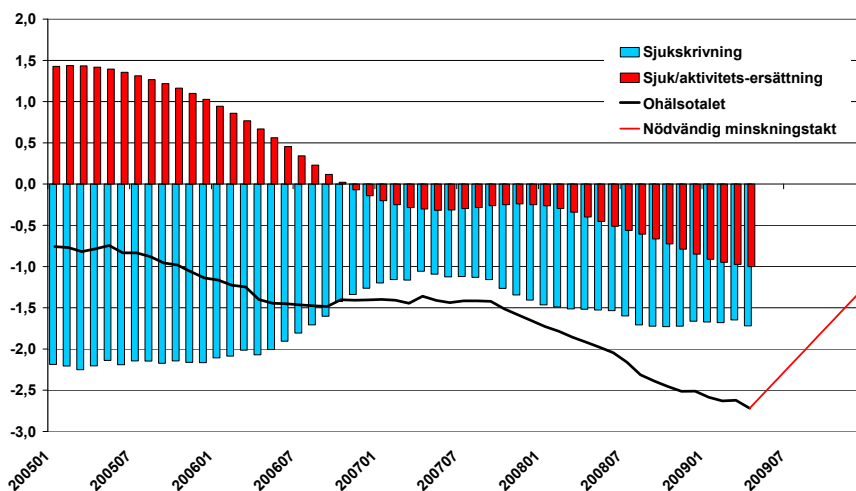
Det första kvartalet 2009 utgör den manliga arbetslösheten ungefär två tredjedelar av den totala arbetslösheten. Skillnaden förväntas minska något de närmaste åren på grund av minskad sysselsättning inom traditionellt kvinnliga yrken (www.arbetsformedlingen.se). Det innebär i realiteten att den totala arbetslösheten i länet kommer att öka ytterligare.

Andelen av de arbetssökande som har arbetslöshetsersättning har också minskat. Lägst andel har unga och de med utomnordiskt födelseland. Detta beror på att sammansättningen av arbetslösa har förändrats. Möjligheten för nyarbetslösa har begränsats och dessa utgörs till större del av personer som saknar ersättning. Förändringar i regler för arbetslöshetsförsäkringen har

bland annat inneburit att det inte längre är möjligt att få förlängd period med arbetslöshetsförsäkring, ersättning grundad på studier eller mellan studietermi-
ner. (www.arbetsformedlingen.se)

När det gäller ohälsotalet fortsätter det att minska snabbt enligt försäkrings-
kassans statistik. Sedan september 2008 minskar antalet inkomna begäranden
om sjukpenning och antalet startade sjukdomsfall långsammare än tidigare.
Antalet nybeviljade av sjukaktivitetsersättning (SA) är det lägsta sedan 1970-
talet och antalet personer med sjukersättning beräknas minska främst som
följd av det lägre inflöde som följer av att få långa sjukdomsfall pågår, samt
de striktare kraven i det nya regelverket. (<http://www.forsakringskassan.se>
Månadsrapport sjukförsäkringen 200905.doc)

Figuren nedan visar tydligt hur det minskade ohälsotalet hänger samman med
minskade ersättningar, men huruvida detta i realiteten innebär att människor
är mer friska framgår inte.



Figur 8 Förändring av ohälsotalet under löpande 12-månadersperioder - dagar

Denna sammantagna statistik påvisar ökade risker för att människor i vårt län
kommer att leva under större ekonomisk press än tidigare. Socialtjänsten i
kommunerna har redan nu en uppgång vad det gäller ekonomiskt bistånd och
hur detta kommer utvecklas vidare framöver ser vi inte idag. Om kommu-
nernas kostnader för ekonomiskt bistånd kommer öka markant, hur kommer
det i sin tur att påverka fördelning av medel till andra verksamhetsinriktning-

ar inom individ- och familjeomsorgens verksamhetsområden och för denna kartläggnings målgrupper?

Till detta kommer att faktorer som kommunens geografiska storlek, spridda befolkning, drogkultur och dubbelt minskade skatteunderlag kan spela stor roll för vilka vård- och behandlingsinsatser som skapas och vilken samverkan som utvecklas mellan förvaltningar och andra organisationer. Med dubbelt minskade skatteunderlag åsyftas både den ökade arbetslösheten likväl som regeringens sänkning av skatt för de som fortfarande har arbete. Det är de facto skatteintäkter som finansierar den offentliga sektorns verksamheter och minskar dessa minskar även utrymmet för denna form av service för innevånarna i länet.

Referenser

- Arlebrink, J (2005) Upplevelser av och reaktioner på tvångsvård, i J, Arlebrink & M, Larsson Kronberg (red), Tvångsvård vid missbruk, LVM i teori och praktik (pp149-170), Lund: Studentlitteratur
- Andersson, T & Lerner, A, (2005) Verksamhetsplan Alkoholprocessen – Identifiera och behandla riskfylld alkoholkonsumtion, Östersund: Jämtlands Läns Landsting
- Andersson, T & Lerner, A (2009) Verksamhetsrapportering och ekonomisk redovisning avseende 2008 04 01 – 2008 12 30, Jämtlands Läns Landsting
- Arbetsförmedlingen, (2008) Höstprognos Jämtland, www.arbetsformedlingen.se
- Gerdner, A & Holmberg, (2000) Factors affecting motivation to treatment in severely dependant alcoholics, Journal of Studies on Alcohol (2000),pp. 548-560, View Record in Scoupes
- Holm, U (2005) Förhållningssätt bland personalen på institutioner, i J, Arlebrink& M, Larsson Kronberg (red), Tvångsvård vid missbruk, LVM i teori och praktik (pp171-196), Lund: Studentlitteratur
- IMS Nytt 2009:1
- Karlsson, T, (2009) Kommande landstingsrapport
- Laag, M, (2008) Projekt – slutrapport av ett Miltonprojekt
- Laag, M, (2009) Slutrapport för NIL projektet
- Larsson, A-C (2006) Empowermentprocesser - ett sätt att öka långtidssjuk-skrivna kvinnors resurser? En studie om att återta balansen i arbetsli-vet och vardagslivet. Doktorsavhandling, Linköpings Universitet
- Larsson, T, Marklund, S & Thunborg, P (2006) Den galopperande sjukfrån-varon, sken, fenomen och väsen, Stockholm: Arbetslivsinstitutet, RARs forskningsrapport 1

Lerner, A & Andersson, T (2008) Slutrapport: Alkoholprocessen – identifiera och behandla riskfylld alkoholkonsumtion, Jämtlands Läns Lansting

Nordenmark, M, (2004) Arbetsliv, familjeliv & kön, Umeå: Boréa
Socialstyrelsen, (2008) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, Stockholm: Socialstyrelsen

SKL (2008) Utredning rörande utbildningscentra för olika personalkategorier inom missbruks- och beroendevården, Stockholm: Sveriges kommuner och landsting, avdelningen för vård och omsorg

SOU 2005:82, Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling, Stockholm: Fritzes

SOU 2008:18 Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren, Stockholm: Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst

Tärnegård, A (2000) Socialtjänstens hantering av klienter med psykiatrisk komorbiditet – en aktstudie vid missbruksenheten i Östersund, C-uppsats, Östersund: Mittuniversitetet, Institutionen för socialt arbete,

Westring Nordh, M & Nordh Börresson, J, (2007) Mortalitetsrapport för åren 2005 och 2006 – Östersunds Beroendecentrum, Östersund: Utvärderingsrapport FoU Jämt

Övriga referenser

[www.arbetsförmedlingen.se](http://www.arbetsformedlingen.se)

[www.forsäkringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

[http://www.forsäkringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Statistik/Oh%c3%a4lsostatistik/M%c3%a5nadsrapporter%20Socialf%c3%b6rs%c3%a4kringen/M%c3%a5nadsrapport%20sjukf%c3%b6rs%c3%a4kringen%200905.doc](http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Statistik/Oh%c3%a4lsostatistik/M%c3%a5nadsrapporter%20Socialf%c3%b6rs%c3%a4kringen/M%c3%a5nadsrapport%20sjukf%c3%b6rs%c3%a4kringen%200905.doc) [2009-07-09]

www.mobilisering.nu

www.ragunda.se

<http://www.regionfakta.com/dynamiskPresentation.aspx?id=2540> [2009-06-30]

www.riskbruk.se

Kartläggning av behandlingsinsatser i Jämtlands län gällande personer med missbruks-/beroendeproblematik och/eller samsjuklighet

I Jämtlands län pågår ett länsövergripande projekt för implementering och utveckling av de nationella riktlinjerna i missbruks- och beroendevården. Som ett led i detta arbete genomför FoU Jämt, tillsammans med NIL-projektet*, en kartläggning av vilka insatser som finns för personer i Jämtlands län med missbruks-/beroendeproblematik och/eller samsjuklighet (missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom).

Kartläggningen genomförs i två steg. I denna första del ligger fokus på vilka insatser/verksamheter som finns och vilka målgrupper de är avsedda för vad gäller kön, ålder och beroendeproblematik. I nästa steg kommer kartläggningen att fördjupas genom att varje verksamhet kontaktas för en beskrivning av insatser, personalresurser och personalens kompetens.

Om du har några frågor kring enkäten är du välkommen att kontakta Ingela Bergström, FoU Jämt, tfn 063-16 56 43, e-post ingela.bergstrom@miun.se eller Marianne Westring Nordh, FoU Jämt, tfn 063-16 56 70, mobil 070-290 35 53, e-post marianne.westring-nordh@miun.se.

Vi ber dig besvara enkäten senast 27 oktober. Tack för din hjälp!

*Utvecklingsprojektet nyckelgrupper, individ och lärande som medfinansieras av EU

Ange din organisation

- ☐ Bergs kommun
- ☐ Bräcke kommun
- ☐ Härjedalens kommun
- ☐ Krokoms kommun
- ☐ Ragunda kommun
- ☐ Strömsunds kommun
- ☐ Åre kommun
- ☐ Östersunds kommun
- ☐ Jämtlands läns landsting
- ☐ Annan Om annan, ange vilken

Uppgiftslämnare

Befattning

Telefonnummer

E-postadress

Erbjuder er organisation insatser till personer med missbruks-/beroendeproblematik?

☐ Ja ☐ Nej

Ev kommentar

Erbjuder er organisation insatser till personer med samsjuklighet?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilken form av samsjuklighet?

Hur många i er organisation arbetar med myndighetsutövning gentemot målgrupperna?

Ev kommentar

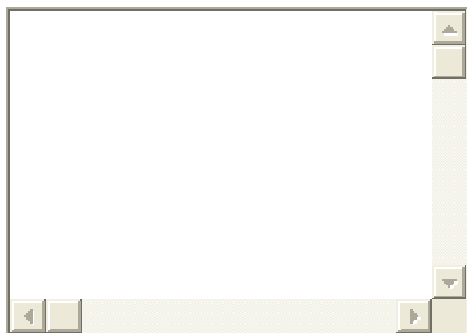
Hur många av dessa arbetar även med insatser gentemot målgrupperna?

Ev kommentar

Hur många totalt i organisationen arbetar med insatser gentemot målgrupperna?

Känner du till några frivilliga eller ideella organisationer i Jämtlands län som erbjuder insatser till personer med missbruks-/beroendeproblematik och/eller samsjuklighet? Ange i så fall organisation och om möjligt kontaktuppgifter för dessa.

Känner du till några privata verksamheter i Jämtlands län som erbjuder insatser till personer med missbruks-/beroendeproblematik och/eller samsjuklighet? Ange i så fall organisation och om möjligt kontaktuppgifter för dessa.



Ange de insatser som er organisation erbjuder till personer med missbruks-/beroendeproblematik och eller samsjuklighet.

Verksamhet 1

Namn på verksamheten

Kontaktperson

E-postadress

Vilken/vilka av följande målgrupper riktas verksamheten till?

- ☐ Kvinnor
- ☐ Gravida kvinnor
- ☐ Män
- ☐ Par
- ☐ Barnfamiljer
- ☐ Anhöriga

Ev kommentar

Vilka ålderskategorier omfattas av verksamheten?

Vilken/vilka typer av drogproblematik är verksamheten utformad för?

- ☐ Alkohol
- ☐ Narkotika
- ☐ Läkemedel
- ☐ Blandmissbruk
- ☐ Samsjuklighet
- ☐ Annat

Ev kommentar

Skicka in svaren

Rensa all inmatning

Kontaktperson: Ingela Bergström, ingela.bergstrom@miun.se

Senast ändrad: 2008-10-20

Kartläggning av insatser i Jämtlands län gällande personer med missbruks-/beroendeproblematik och eller samsjuklighet

I Jämtlands län pågår ett länsövergripande projekt för implementering och utveckling av de nationella riktlinjerna i missbruks- och beroendevården. Som ett led i detta arbete genomför FoU Jämt, tillsammans med NIL-projektet*, en kartläggning av vilka insatser som finns för personer i Jämtlands län med missbruks-/beroendeproblematik och/eller samsjuklighet (missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom).

Kartläggningen genomförs i två steg. I den första delen gjordes en inventering av vilka insatser/verksamheter som finns och vilka målgrupper de är avsedda för vad gäller kön, ålder och beroendeproblematik. I detta steg kommer kartläggningen att fördjupas genom att varje verksamhet som uppgetts i steg 1 kontaktas för en beskrivning av insatser, personalresurser och personalens kompetens.

Om du har några frågor kring enkäten är du välkommen att kontakta Ingela Bergström, FoU Jämt, tfn 063-16 56 43, e-post ingela.bergstrom@miun.se eller Marianne Westring Nordh, FoU Jämt, tfn 063-16 56 70, mobil 070-290 35 53, e-post: marianne.westring-nordh@miun.se.

Enkäten kan fyllas i på datorn. Spara den ifyllda enkäten på din dator och bifoga filen med ett mail till ingela.bergstrom@miun.se.

Vi ber dig besvara enkäten så snart som möjligt. Tack för din hjälp!

*Utvecklingsprojektet nyckelgrupper, individ och lärande som medfinansieras av EU



Organisation

1. Namn på verksamheten

- ## 2. Uppgiftslämnare

- ### 3. E-postadress

- #### 4. Huvudman för verksamheten

Om annan, ange vilken

- ## 5. Verksamheten drivs som

- ☐ Permanent verksamhet
- ☐ Tidsbegränsat projekt/försöksverksamhet

Personal

6. Vilka personalresurser finns i verksamheten? Beskriv en tjänst per rad

[illegible]

Målgrupp och samverkan

7. Hur många klienter/patienter kan verksamheten ta emot?

8. Vilken/vilka av följande målgrupper riktas verksamheten till? Flera alternativ kan kryssas för.

- ☐ Kvinnor
- ☐ Gravida kvinnor
- ☐ Män
- ☐ Par
- ☐ Barnfamiljer
- ☐ Anhöriga

Kommentar

9. Vilka ålderskategorier omfattas av verksamheten?

10. Vilken typ av missbruks-/beroendeproblematik är verksamheten inriktad på? Flera alternativ kan kryssas för.

- ☐ Alkoholmissbruk
- ☐ Opiatmissbruk (heroin, morfin, opium, metadon, buprenorfin etc)
- ☐ Missbruk av centralstimulantia (amfetamin, kokain, MDMA/ecstasy, kat etc)
- ☐ Hallucinogen/cannabissmissbruk (LSD, hasch, marijuana etc)
- ☐ Läkemedelsmissbruk A- (lugnande eller sömngivande medel, t ex bensodiazepiner)
- ☐ Läkemedelsmissbruk B (smärtstillande medel, t ex kodein, dextropropoxifen, ketogan)
- ☐ Missbruk av lösningsmedel (thinner, lim, butangas etc)
- ☐ Annat, ange vilket

11. Har er verksamhet insatser för personer med samsjuklighet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om ja, vilken form av samsjuklighet?

12. Samverkar ni med andra verksamheter kring personer med samsjuklighet?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om ja, med vilka?

13. Samverkar ni med andra verksamheter kring personer med missbruks-/beroendeproblematik?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Om ja, med vilka?

Register, instrument och utvärdering

14. Har klient/patient möjlighet att delta i verksamheten anonymt?

- ☐ Ja
☐ Nej

15. Har verksamheten ett register/journalsystem?

- ☐ Ja
☐ Nej

16. Används något klientbedömningsinstrument i er verksamhet?

- ☐ Ja, vilket/vilka
- ☐ ASI
 - ☐ DOK
 - ☐ ADAD
 - ☐ ADDIS
 - ☐ ADDIS UNG
 - ☐ MAPS
 - ☐ Annat, ange vilket
- ☐ Nej, gå vidare till fråga 18

17. Används instrumentet för uppföljningar av enskilda klienter/patienter?

- ☐ Ja
☐ Nej

18. Utvärderas verksamhetens insatser?

- ☐ Ja
☐ Nej

Om ja, på vilket sätt?

Insatser

19. Hur ges insatser i er verksamhet?

- ☐ I grupp
- ☐ Individuellt
- ☐ Både i grupp och individuellt

20. Vilka öppettider har er verksamhet för klienten/patienten?

- ☐ Dagtid
- ☐ Kvällstid
- ☐ Natt
- ☐ Heldygn

21. Krävs myndighetsbeslut för insatser på enheten?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

22. Erbjuder verksamheten schemalagt program för klienter/patienter?

- ☐ Ja
- ☐ Nej, gå vidare till fråga

Om ja, beskriv kort programmets innehåll och upplägg

23. Vilka insatser tillhandahåller verksamheten? Flera alternativ kan kryssas för.

- ☐ Rådgivning
- ☐ Motiverande samtal
- ☐ Psykosocial behandling (strukturerad behandling med stöd av etablerad metodik, t ex kognitiv beteendearbete)
- ☐ Psykoterapi
- ☐ Miljöterapi
- ☐ Abstinensbehandling
- ☐ Psykofarmakabehandling (psykos-/ångest-/depressionsdämpande läkemedel)
- ☐ Läkemedelsassisterad behandling (revia, campal, naltrexon, subutex och metadon)
- ☐ Återfallsprevention (träning av tekniker för att hantera risksituationer)
- ☐ Psykosocialt stöd (insatser med inriktning på t ex relationer, arbete och bostad)
- ☐ Arbetsträning (arbetsrehabilitering)
- ☐ Eftervård
- ☐ Uppsökande utåtriktade insatser (t ex utåtriktad information, uppsökande arbete, deltagande i lokala samverkansgrupper)
- ☐ Utredning/diagnos (t ex utförlig utredning/diagnos av missbruksproblem, psykisk hälsa, social situation)
- ☐ Provtagning (t ex alkometertest, urinprov, alkoholmarkörer, testning av STD, Hepatit och HIV)
- ☐ Hälsovård (t ex medicinsk eller psykiatrisk vård, mödravård, barnavård, hälsoupplysning)
- ☐ Andra insatser, ange vilka

24. Vilken/vilka av följande behandlingsmetoder/tekniker tillämpas i verksamheten? Markera med ett kryss på varje rad

	Bärande Inslag	Tillämpas i viss mån	Tillämpas inte alls	Behandlande personal är legitimerad/ certifierad		
				Ja	Nej	Vet e j
Akupunktur	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beteendeterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitiv beteendeterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Biofeedback	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Community Reinforcement Approach (CRA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dramaterapi/psykodrama	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gestaltterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Handledd självhjälpkurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Identitetsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jagstärkande psykoterapi/ stödterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konfrontativ intervention	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lösningsfokuserad modell	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Minnesotamodell/tolvstegsbehandling (AA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivational Enhancement Therapy (MET)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivational Interviewing	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neurolingvistisk programmering (NLP)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psykodynamisk insiktsterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Socialpedagogisk ansvarsmodell	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stresshantering/ avslappningsövningar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Systemteoretisk modell	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transaktionsanalytisk modell (TA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annan	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Om annan, ange vilken

Skicka gärna informationsmaterial om behandlingsinsatserna i er verksamhet till Ingela Bergström via e-post, Ingela.bergstrom@miun.se, eller post, FoU Jämt, Mittuniversitetet, 831 25 Östersund.

Tidigare utgivna rapporter i FoU-Jämts rapportserie

- 2009:3 Bodil Evertsson, Elenor Ivarsson och Magnus Zingmark. Jag behöver hjälp med min mat. Vad är behovet?
- 2009:2 Catharina Höijer. Håll i och håll ut. Utvärdering av en aktivitet inom ramen för Kompetensstegen
- 2009:1 Magnus Zingmark. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig - En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser
- 2008:12 Catharina Höijer och Ewa Nordström-Johansson. Samordningsförbundet för psykiskt funktionshindrade i Jämtlands län - Samordning i förändring
- 2008:11 Birgit Eriksson. Hur har det gått? Adoptivbarn och samhällets stöd.
- 2008:10 Markku Paanalahti. Kroniska strokepatienters perspektiv på funktionsproblem i ordinärt boende
- 2008:9 Catharina Höijer och Elisabeth Magnusson. Från asylhem till eget hem - ensamkommande asylsökande barn
- 2008:8 Bengt Åkerström och Gunilla Henriksson. Inventering av psykiskt funktionshindrade samt livskvalitetsundersökning i Jämtlands län
- 2008:7 Marianne Westring Nordh och Ingela Bergström. Projekt kommer och går vilka kunskaper är det som består? Utvärdering av Bergs samordningsförbund
- 2008:6 Marianne Westring Nordh. 15 eller 27 extra dagar- gör det någon skillnad? En uppföljningsstudie av 3-3 modellen i Krokom
- 2008:5 Marianne Westring Nordh. Familjekrafts fortsatta utveckling och familjebehandlingens långsiktiga effekter
- 2008:4 Magnus Zingmark. Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränslandet mellan Socialtjänstlagen och Hälso- och Sjukvårdslagen
- 2008:3 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att färdas framåt tillsammans! - Utvärdering av samordningsförbundet i Strömsund
- 2008:2 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att vara eller hur vara – det är frågan? Utvärdering av samordningsförbundet Östersund
- 2008:1 Catharina Höijer. Socialpsykiatriska teamet i Krokoms kommun - en utvärdering
- 2007:4 Lotta Svensson. Att gå från god vilja till vågad förändring - Utvärdering av Bräcke ungdomsprojekt
- 2007:3 Marianne Westring Nordh och Jonna Nordh Börresson. Mortalitetsrapport för åren 2005 och 2006 Östersunds beroendecentrum
- 2007:2 Marianne Westring Nordh. Utvärdering av Strömsunds familjevårdsteam

- 2007:1 Marianne Westring Nordh. Intensiv, flexibel behandling på hemmaplan -utvärdering av projektet Familjekraft i Krokoms kommun
- 2006:5 Kerstin Andersson-Thorell, Ingrid Christensen, Jonna Nordh Börresson och Marianne Westring Nordh. När och varför gör den kommunala distriktssköterskan tillfälliga hembesök
- 2006:4 Markku Paanalahti. Hemträningens effekt på funktionsförmågan på kroniska strokepatienter i ordinärt boende
- 2006:3 Eva Karlsson, Nils Mårtensson och Anders Säterhag. Kommunikationsutveckling - autism/funktionshinder
- 2006:2 Magnus Zingmark. Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering
- 2006:1 Maritha Månsson, Ann Nordholm, Lena Andersson, Annelie Mikaelsson och Ulla Ekman. Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst
- 2005:3 Karin Nykänen och Lena Olofsson. Internationella adoptioner i Jämtland - utveckling av föräldraförberedelser
- 2005:2 Henry Lundmark. Med Dagmars ögon
- 2005:1 Suzanne Göransson. Varför söker inte anhörigvårdare stöd?
- 2004:4 Irène Ahlnäs-Toft. Brukarinflytande i hemvården
- 2004:3 Bengt Åkerström och Ingrid Nilsson. Samhällsstödet till barn och ungdomar med funktionshinder och deras föräldrar i Jämtlands län
- 2004:2 Susanne Olsson. Det är som en extrafamilj
- 2004:1 Elisabeth Carlander-Blom och Ingrid Lund-Bouvin, Kerstin Björkman Randström, Barbro Amrén och Birgitta Borglund. Den kommunala distriktssköterskan
- 2003:1 Bengt Åkerström och Gunilla Westerdahl. Utvärdering av projektet Vårdknuten
- 2002:3 Anna-Lena Näsström. Är jag en sån där anhörigvårdare jag?
- 2002:2 Theres Bergström, Marie Nilsson, Björn Bergvall, Veronica Holmberg och Fredrik Olsson. Äldreomsorg, IFO, LSS & Rehab i Krokoms kommun
- 2002:1 Sven Jonasson. FoU-enhet för socialt arbete och den kommunala hälso- och sjukvården i Jämtlands län. Projektplan

FoU Jämt har på uppdrag av NIL- projektet i Jämtlands län, som ett första steg i kunskapsarbetet med implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, genomfört en länsövergripande kartläggning över behandlingsinnehåll och personalens kompetens inom nämnda områden. Kartläggningen omfattar kommuner och landsting samt privata och frivilligorganisationer och har genomförts med enkäter, intervjuer och i kontinuerlig dialog med projektledare och styrgrupp.

Personal inom missbruks- och beroendevård/behandling i länet har en god basutbildningsnivå. De mest förekommande insatserna är motiverande samtal och rådgivning. Därefter kommer uppsökande insatser, provtagning, utredning/diagnos, återfallsprevention och psykosocialt stöd. Privata verksamheter och frivilligorganisationer använder i stor utsträckning Minnesotamodellens tolvstegsprogram och arbetar i huvudsak med självhjälpgrupper som metod.

Det finns fortfarande brister i samverkan mellan olika myndigheter och/eller förvaltningar. Ett av flera goda exempel på samarbeten som lyfts fram i enkätstudien är kommunernas och landstingets gemensamma arbete för personer med samsjuklighetsproblematik.

fou.jamtland.net

Kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län