

Samordnad beroendebehandling i Norrbottens län – ”När behoven får styra över organisationerna”

I. Uppdraget

Länsstyrgruppen, bestående av representanter för kommunernas socialchefer och landstingets divisionschefer, har formulerat uppdraget att utreda förutsättningarna för att finna nya gemensamma lösningar för hela länet vad gäller beroendebehandlingen inom alkohol- och narkotikaområdet.

I direktiven framgår att utredningen bör utgå från de erfarenheter och utvärderingar som är gjorda vid den befintliga Missbruks- och beroendeenheten för Luleå/Boden. Enheten, som är lokaliserad till Luleå, har funnits i drift sedan år 2000 och är gemensam för Luleå och Bodens kommuner och Landstinget. Det rådande avtalet som löpte ut vid årsskiftet 2005/2006 har förlängts att gälla längst till 2006-12-31. Målet är att åstadkomma en ny överenskommelse och teckna nytt avtal under 2006.

I denna rapport disponeras texten enligt följande: En kortfattad redogörelse över projektorganisation följs av avsnittet ”Några Utgångspunkter”. Detta textavsnitt tar sin utgångspunkt i utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (SOU 2005:82) och de faktorer som bedöms ha avgörande betydelse för att kunna utveckla en missbrukarvård av god kvalitet. Här redogörs också kort för folkhälsopolitikens målområde 11, konsumtions- och skadeutvecklingen samt alkoholens och narkotikans del av den samlade sjukdomsbördan i samhället. Vidare konstateras att det idag pågår ett flertal samarbetsaktiviteter mellan kommunerna och landstinget i Norrbotten när det gäller beroendeproblematik, både i det vardagliga arbetet och inom bl a ramen för den Nationella psykiatrisamordningen. Målen för de nationella handlingsplanerna för alkohol- och narkotikapolitiken utgör en grund för de samlade insatserna och statsbidrag finns avsatta för kommunerna att söka när det gäller att utveckla vården för personer med tungt missbruk. Detta textavsnitt avslutas med en kort sammanfattning om den nuvarande Missbruks- och beroendeenhetens uppdrag och förutsättningar.

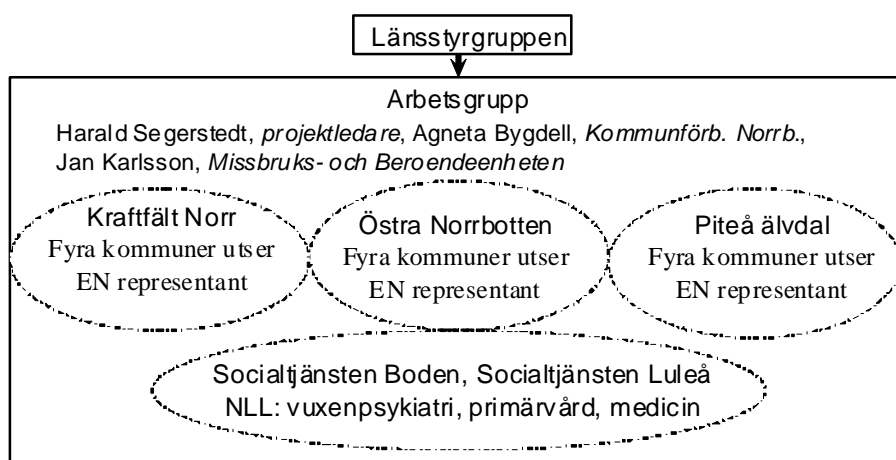
I avsnittet ”Ansvaret för preventions- och behandlingsinsatser” görs ett försök att åskådliggöra preventions- och behandlingsnivåer i samhället och ansvarsförhållanden. Utifrån begreppen ”Primär prevention”, ”Sekundär prevention” och ”Tertiär prevention” förs ett resonemang om respektive huvudmans särskilda ansvar och möjligheter till insatser utifrån bl a gällande lagstiftning.

I avsnittet, ”Framtiden”, tydliggörs olika samverkansnivåer i länet, Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården refereras till och ett förslag till övergripande mål för en samordnad beroen-

debehandling i Norrbotten presenteras. Ett antal områden inom beroendevården har identifierats där det idag saknas tillfredsställande lösningar på lokal nivå. Därefter följer en redogörelse över vad Missbruks- och beroendeenheten skulle kunna bidra med för att utveckla en samordnad beroendebehandling i Norrbottens län.

Rapporten avslutas med en kostnadsberäkning för en länsövergripande missbruks- och beroendeenhet utifrån de framförda behoven. Ett förslag presenteras till bildande av en gemensam länsenhet för länets kommuner och landstinget med ingående uppdrag och styrorganisation.

Projektorganisation



Referensgrupp: Samplaneringsgruppen Missbruks- och Beroendeenheten

Tidsplan: Rapport presenteras för länsstyrgruppen i april 2006

Projektledare för utredningsarbetet är Harald Segerstedt, division Vuxenpsykiatri, i nära samarbete med Agneta Bygdell Kommunförbundet Norrbotten. Enhetschef Jan Karlsson bidrar med erfarenheter från Missbruks- och beroendeenheten. Arbetsgruppen består av:

Stefan Bergström, divisionschef vuxenpsykiatri

Rolf Adolfsson, verksamhetschef vuxenpsykiatri

Bo Westerlund, divisionschef primärvård

Britta Wallgren, divisionschef medicinska specialiteter (ersatt av Ulla Isaksson, planerare)

Gerd Bergman, tf socialchef socialförvaltningen Luleå kommun

Ingegerd Svanberg, enhetschef socialförvaltningen Boden kommun

Anne-Britt Ferreira, IFO- chef socialförvaltningen Älvsby kommun

Kerstin Hedqvist, verksamhetschef IFO Kalix kommun

Maggie Falk, IFO- chef Kiruna kommun

Arbetsgruppen har haft tre möten med bl a besök från Gävleborg som förmedlat erfarenheter från det gemensamma arbetet med "Samordnad beroendebehandling Gävleborg". Referensgruppen och delar av projektgruppen har

även företagit ett studiebesök i Örebro med information om övergripande samverkan mellan kommun och landsting inom missbruksvården. Projektledaren har kontinuerligt avrapporterat arbetet till ledningsgruppen och referensgruppen och fått värdefulla synpunkter på det fortsatta arbetet.

II. Några utgångspunkter

I SOU 2005: 82 "Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling" anges tre faktorer (sid 51–52) som har avgörande betydelse för att kunna utveckla en missbrukarvård av god kvalitet:

- Kunskap om vilka insatser som ger resultat.
- Samordnade insatser från myndigheterna.
- Principen om "individen i centrum" måste styra vårdorganisationen.

Individen i centrum

Enligt SOU 2005:82 är det tre faktorer som är avgörande för en framgångsrik vårdprocess:

- personkontinuitet – långsiktighet
- varje person med drog- missbruksproblem är unik och har individuella förutsättningar som kräver flexibel planering och alternativa insatser
- samtidighet; olika insatser från olika huvudmän måste ofta ske samtidigt och integrerat

När den enskilda medborgaren möter de olika aktörerna inom kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård bör ovanstående vara vägledande för de samlade insatserna.

I bästa fall fungerar allt optimalt, samtliga aktörer är involverade på rätt nivå, alla är medvetna om det egna ansvaret, samarbete, samverkan och samtidighet präglar insatserna. Den enskilde personen med en beroendeproblematik får det professionella stöd han/hon har rätt till och riskerar inte att hamna "mellan stolarna".

I värsta fall fungerar de olika aktörerna enligt "stuprörslagiken" (Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog, Socialstyrelsen: Underlag från experter 2006-123-6). Med stuprörslagik menar författarna att våra offentliga system är organiserade i ett antal avgränsade stuprör med lite insyn i och kunskap om varandras arbetsfält. Detta innebär svårigheter om den enskildes problem spänner över flera olika organisationers kompetens- och mandatområden – något som definitivt kan sägas om missbruks- och beroendevården.

Utgångspunkten för utredningen "Samordnad beroendebehandling i Norrbottens län" har varit patient-/klientperspektivet med individens behov i centrum. Detta förhållningssätt öppnar möjligheter för att gemensamt, från de olika aktörerna inom beroendevården, se till vad respektive aktör utifrån lagstiftning och uppdrag kan bidra med för att tillgodose den enskildes behov av vård och omsorg.

Samlade insatser över huvudmannagränserna med långsiktigt helhetsperspektiv är samhällsekonomiskt lönsamt och minskar det personliga lidandet för såväl den enskilde som för närstående. Behandlings- och stödinsatserna

ska ges på ett sådant sätt att de uppfattas som attraktiva erbjudanden. Insatserna ska vara lättillgängliga och erbjudas kontinuerligt under lång tid.

Kunskapsbaserad beroendebehandling

I SBU:s rapport "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem" nr 156/1 och II, 2001, konstateras att alkoholproblem är mycket vanligt förekommande i Sverige liksom i många andra länder. Stora befolkningsundersökningar i USA har visat att 10 - 15 procent av alla män och cirka 5 procent av alla kvinnor har ett kroniskt alkoholberoende. Av dessa är ungefär en fjärdedel i en fas av aktivt missbruk.

SBU:s övergripande slutsatser är att:

- Alkoholskador kan förebyggas
- Det finns effektiva metoder att behandla missbruk och beroende av alkohol och narkotika
- Det krävs information, utbildning och forskning

I SBU:s rapport konstateras också, utifrån internationella studier, att samtidighet i insatser när det gäller insatser för personer med sk "dubbeldiagnos" (personer med psykisk störning och missbruk) leder till bättre behandlingsresultat än vid behandling av enbart missbruket eller enbart den psykiska störningen.

Samverkan mellan kommunerna och landstinget i beroendefrågor

Det allra mesta av insatserna från kommunerna och landstinget riktade till klienter/patienter med beroendeproblem, sker i det vardagliga arbetet var för sig och i samarbete över huvudmannagränserna. Men det pågår också särskilda aktiviteter i länet i samverkan mellan socialtjänsten, psykiatrin och primärvården med stöd från den nationella nivån av vilka följande särskilt kan nämnas:

Nationell psykiatrisamordning

I den av Riksdagen beslutade psykiatrisatsningen har regeringen beslutat att som länsmedel för Norrbotten avsätta 8 985 000 kr för år 2005 och 2 245 000 kr för år 2006. Ansökan om länsmedel har skett genom en länsansökan som är gemensam för landstinget och kommunerna i länet. Målgruppen utgörs av personer med psykiska funktionshinder och/eller psykisk sjukdom/störning.

I länet har 14 projekt beviljats medel. De prioriterade områdena kan delas in i fem övergripande grupper:

- Gemensamma insatser för personer med komplexa vårdbehov som har sin grund i psykisk störning och missbruk, "dubbeldiagnos".
- Gemensamma utbildningsinsatser för att öka samsyn/värdegrund hos de olika aktörerna som möter personer med psykiska funktionshinder/ psykisk sjukdom.
- Planeringsmedel för kartläggning av vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder och utarbetande av förslag till utrednings- och stödverksamhet.

- Insatser riktade till barn till psykiskt sjuka.
- Unga vuxna - tidiga och samlade insatser för att undvika utvecklande av psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder.

Inom ramen för den Nationella psykiatrisamordningen, i samarbete med Sveriges kommuner och landsting, har Norrbottens läns landsting tillsammans med Bodens och Luleå kommuner valts ut som ett av tre områden i landet för metodutveckling i arbetet med personer med psykisk störning och missbruk s k ”dubbeldiagnoser”.

Aktuell kunskap visar att missbruk och psykisk störning ska behandlas samtidigt för att ge effekt. Även kroppslig ohälsa måste uppmärksammas och ges adekvat behandling. Det finns idag inget stöd för ett förhållningssätt där ett av problemen måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas.

Mobilisering mot narkotika - narkotikapolitisk samordning

I landet har fyra modellkommuner utsetts med ambitionerna att utifrån en helhetssyn utveckla och stärka missbrukarvården. I länet är Älvsbyn utsedd som modellkommun och har därefter sökt samarbete med Arvidsjaur och Arjeplogs kommuner samt landstinget. Modellkommunerna förväntas bygga upp samarbetet och utveckla narkomanvården för att kunna utgöra ett kompetenscentrum dit andra kommuner kan vända sig. Projektet avslutades vid årsskiftet 2005/2006 men fortsätter med gemensam finansiering från de ingående kommunerna och landstinget under 2006. Socialnämndspolitiker från övriga länet, landstingsråd och gruppleddare inbjöds till ett seminarium i Storforsen i maj 2006 för en diskussion om bl a missbruks- och beroendevården i länet.

Konsumtions- och skadeutveckling

I och med Schengenavtalet och EU:s öppna gränser finns det förmodligen inget effektivt verktyg att försvara Sveriges, internationellt sett, restriktiva politik beträffande alkohol och narkotika. Det finns även tecken som tyder på ett liberalare förhållningssätt gentemot droger och tillgänglig statistik visar på ökande alkohol- och narkotikakonsumtion.

Forskning visar tydliga samband mellan tillgänglighet, konsumtion och skadeutveckling. Detta förhållande kommer sannolikt att ställa krav på ökade och samordnade insatser från kommunernas och landstingens beroendevård.

Den samlade sjukdomsördan i samhället

I en rapport från Karolinska Institutet (KI rapport 1998:1) presenteras det första försöket i Sverige att sammanställa sjukdomsördan på ett samlat sätt. Beräkningarna avser viken örda för tidig död, olika sjukdomar och skador innebär för den svenska befolkningen – en ”ohälsans BNP”. Det handlar om att väga samman sjukdomsördan i form av dödlighet och funktionsnedsättning (funktionsjusterade levnadsår), s k *Disability Adjusted Life Years* (DALY). Förebilden har varit ”The global Burden of Disease” – en världsomfattande kartläggning initierad av Världsbanken och WHO i rapporten ”Investing in Health” 1993.

I en rapport från WHO (www.who.int) rangordnas de tio främsta orsakerna till förlorade år p g a funktionsnedsättning och för tidig död (DALY:s) för utvecklade länder i västvärlden enligt nedan:

Orsak	Procent av DALY:s
1. Tobak	12,2
2. Blodtryck	10,9
3. Alkohol	9,2
4. Kolesterol	7,6
5. Övervikt	7,4
6. Lågt intag av frukt och grönsaker	3,9
7. Fysisk inaktivitet	3,3
8. Narkotika	1,8
9. Oskyddat sex	0,8
10. Järnbrist	0,7

Som framgår av redovisningen ovan utgör framförallt alkoholkonsumtion men även bruk av narkotika ett par av de främsta orsakerna till funktionsnedsättning och för tidig död.

Folkhälsopolitikens målområden

Den svenska folkhälsopolitiken har det övergripande målet att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. För att nå det krävs insatser av myndigheter, landsting, kommuner med flera inom ett stort antal politikerområden. Som vägledning för arbetet är folkhälsopolitiken indelad i elva målområden. Målområde 11 lyder: *Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.* Åtgärder mot skador på grund av tobak, alkohol och spel samt för ett samhälle fritt från narkotika och dopning är nödvändiga för att det ska gå att nå det övergripande folkhälsomålet.

Handlingsplaner för alkohol- och narkotikapolitiken

I propositionen 2005/06:30 Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner lägger regeringen en ny handlingsplan för alkoholpolitiken för perioden 2006-2010. Planen slår fast att det långsiktiga förebyggande arbetet för att minska skador till följd av alkoholkonsumtion och att arbetet för ett samhälle fritt från narkotika måste fortsätta. Arbetet på lokal nivå är avgörande för framgångsrika resultat. Samtidigt måste samarbetet inom EU och internationellt öka då Sverige starkt påverkas av förändringar utanför landets gränser och då nästan all narkotika som konsumeras kommer från utlandet.

Handlingsplanen innehåller ett nytt övergripande mål för alkoholpolitiken, som mer än tidigare mål betonar alkoholens samband med folkhälsan: *Att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar.* För att nå det övergripande målet föreslår regeringen att de delmål som tidigare antagits av riksdagen ska gälla även under den kommande femårsperioden:

- åstadkomma en alkoholfri uppväxt

- skjuta upp alkoholdebuten
- åstadkomma fler alkoholfria miljöer
- ingen alkohol ska förekomma i trafiken, i arbetslivet eller under graviditeten
- bekämpa den illegala alkoholhanteringen

Det övergripande målet för narkotikapolitiken är: *Ett narkotikafritt samhälle*. För att uppnå detta föreslås följande tre delmål:

- minska rekryteringen till missbruk
- förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk
- minska tillgången på narkotika

Stimulans till bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk

Inom ramen för regeringens satsning på utveckling av vården för personer med tungt missbruk har avsatts statsbidrag med 340 Mkr för hela landet (Norrbotten 9 Mkr). Statsbidraget fördelas mellan länsstyrelserna i förhållande till befolkningsandel samt vårdtyngd vad avser tungt missbruk. Kommuner som inför behandlingsgarantier för personer med tungt missbruk bör enligt utredningen kompenseras ekonomiskt med engångsbelopp. Kommunerna har möjlighet att söka statsbidrag för att:

- organisera en specialiserad missbruksenhet inom kommunen alternativt organisera en gemensam missbruksenhet med andra kommuner för att uppnå en effektivare handläggning och högre kompetens
- organisera lokala öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingets specialiserade beroendevård/psykiatri för integrerade och samtidiga insatser för målgruppen
- införa och tillämpa lokala behandlingsgarantier med riktmärke att en person med tungt missbruk som ansöker om vård och behandling ska få ett första samtal inom 2-3 dagar och en individuell vårdplan inom cirka 4 veckor
- införa, använda och följa upp individuella vårdplaner som bygger på en systematisk behovsbedömning med vetenskapligt utprovade metoder.

(Ur: Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling SOU 2005:82).

Missbruks- och beroendeenheten

Nuvarande verksamhet – sammanhållna insatser i ett vårdkedjeperspektiv

I Luleå finns sedan år 2000 en för Luleå och Boden och Landstinget gemensam Missbruks- och beroendeenhet. Utmärkande för enheten är att den bygger på samverkan och samarbete mellan sjukvård och socialtjänst i Luleå och Bodens kommuner med tydlig koppling till respektive basförvaltning. Vuxenpsykiatrien har uppdraget att vara huvudman för verksamheten och

därmed ansvara för den dagliga driften och spjutkompetens inom sjukvårdssidan.

Enheten skall vara en sambandscentral och ett kompetenscentrum med ”know-how” avseende missbruk och dess konsekvenser. Verksamheten fungerar hela dygnet. Inom verksamheten förväntas man klara handläggningen av tillnyktring i särskilda fall och behandling av individer vars tillstånd inte klarar poliklinisk avgiftning i ordinarie verksamhet men inte heller är så krävande att sjukhusets somatiska eller psykiatriska specialistnivå fordras.

Socialekreterare från Luleå och Boden deltar aktivt i enhetens arbete. Genom att socialekreterarna har sin grundplacering vid respektive Socialförvaltning med tillhörande befogenheter finns förutsättningar för bland annat samplanering och samordning när det gäller uppföljande insatser. Tillsammans med enhetens övriga personal har de ett gemensamt ansvar för vård och behandling. Primärvården medverkar också i arbetet, framförallt vid inremittering och vid uppföljande medicinska insatser. Inom enheten finns idag specialiserade mottagningar för kvinnor, ”Klara-mottagningen”, och för körkortsärenden, ”Nyktet Nystart”. Det har också funnits ambitioner att tidigt nå ungdomar men detta har man inte riktigt mäktat med.

Tillsammans med tjänstgörande socialekreterare och genom smidig kontakt med primärvården förväntas man med tidiga insatser kunna bidra till ett preventivt arbete med tidiga organiserade insatser och snabb spridning av kunskap samtidigt som man i direkta ärenden agerar samstämmigt och skyndsamt genom att alla finns representerade inom enheten.

Missbruks- och beroendeenheten är en specialiserad verksamhet som ansvarar för tillnyktring och avgiftning, samt att genomföra motivationsarbete för fortsatt behandling.

Verksamheten har 4 tillnyktringsplatser och 12 avgiftningsplatser (8 män och 4 kvinnor). Alla typer av missbruk behandlas, men verksamheten kan i dag inte vårda patienter med komplexa vårdbehov p g a allvarlig psykisk störning och missbruk. Primärvården har det medicinska ansvaret för TNE. Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för den primära bedömningen av personens medicinska tillstånd vid tillnyktringsdelen. Vid behov av ytterligare medicinsk bedömning sker den genom respektive vårdcentral/jourcentral försorg, på plats eller på respektive central, allt utifrån personens behov.

Inskrivning sker med remiss från primärvården eller annan enhet. Patienten vistas på TNE under det första dygnet. Därefter överflyttas patienten till avdelningen där avgiftning och motivationsarbete fortsätter. Vid överflyttningen genomför socialekreterare, omvårdnadspersonal och i vissa fall personal från primärvården ett ankomstsamtal. Under vårdtiden har patienten två kontaktpersoner och en socialekreterare som gränsöverskridande och i samverkan hjälper patienten med planering för framtiden.

De socialekreterare som tjänstgör vid enheten har befogenheter i enlighet med sin grundtjänstgöring. Tjänstgöringen vid enheten innebär kvälls- och helgtjänstgöring i förhållande till verksamhetens behov. Detta ger också ökad möjlighet till samarbete med övrig personal samt arbete med uppgifter som inte är beroende av andra myndigheters öppethållande eller telefontider. Detta innebär att ur personalbemanningssynpunkt inräknas socialekreterare även under kvälls- och helgtid som en del av enhetens personal.

Målgrupper TNE:

- Grava alkoholmissbrukare som genom långvarigt missbruk är allvarligt nedgångna och som inte kan tillnyktra utanför enheten.
- Blandmissbrukare som har behov av inläggning.
- Ungdomar som omhändertas och behöver tillnyktring under medicinskt trygga former.
- Den relativt nyetablerade missbrukaren som kommit i kris, relationskonflikt eller bråk och där anhöriga eller ibland polis står för initiativet att ta personen under vård.
- Personer ur samtliga missbrukskategorier vilka kommer primärt till specialistmottagning, vård-/jourcentral eller socialförvaltning och bedöms ha behov av inläggande tillnyktring.

Målgrupper Avgiftning/behandling:

- Såväl medicinska som sociala skäl kan bli avgörande för inläggningsbeslutet. Patienten beräknas komma dels från tillnyktringsdelen men också direkt till avgiftning/behandling om tillnyktring skett utanför enheten. Planerade inläggningar ska kunna ske där ett primärt motivationsarbete gjorts inom respektive förvaltningsresurs.

Missbruks- och beroendeenheten vänder sig idag till invånare inom Bodens och Luleå kommuner. I mån av plats har övriga kommuner numera möjlighet att för ett dygnspris (för närvarande 3065 kr/ dygn) köpa avgiftningsplats vid enheten.

Klaramottagningen är en öppenvårdsverksamhet riktad till kvinnor med begynnande alkoholproblem. Mottagningen är öppen tisdag 16.00 – 20.00 och torsdag 13.00 – 17.00. Verksamheten är bemannad med kurator anställd av Luleå kommun, skötare/behandlingsassistent och tillgång till läkare anställda av Missbruks- och beroendeenheten.

Nykter Nystart är ett samverkansprojekt mellan Missbruks- och beroendeenheten, polisen, vägverket och länsstyrelsen. Här är enheten behjälplig med blodprovstagning på misstänkta drog-/alkoholpåverkade i samband med framförande av fordon. Enheten erbjuder även krishjälp. En annan del av Nykter Nystart erbjuder handläggning av ”Komplicerade körkort” vilket innebär handläggning rörande återkallande av körkort.

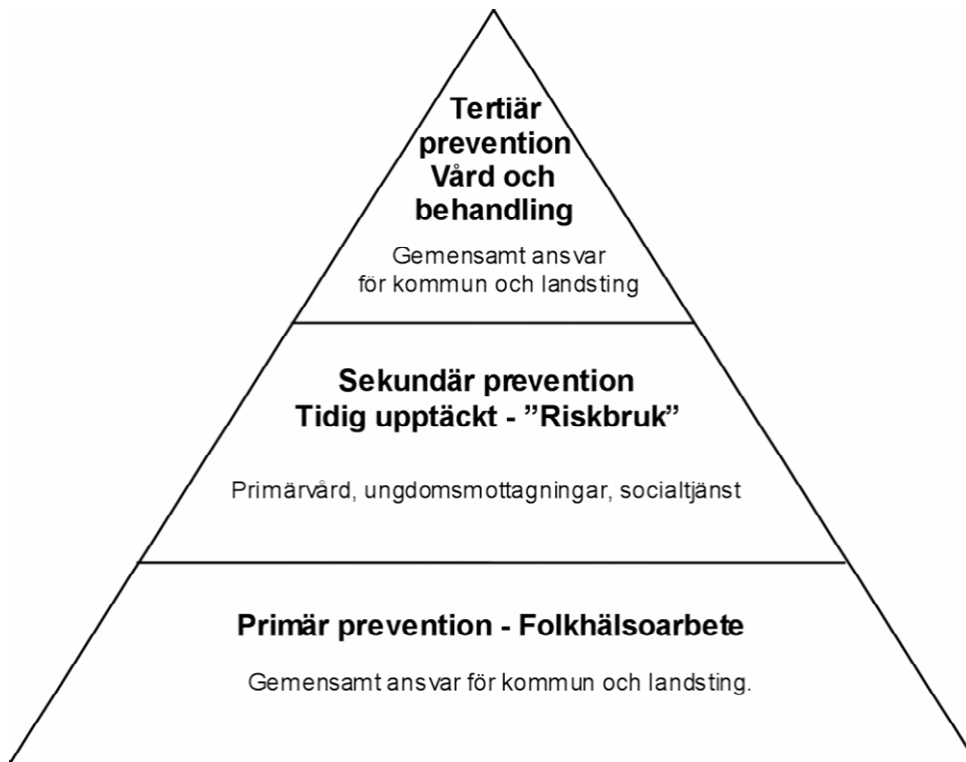
Ungdomsgrupp. Det har även funnits ambitioner att i samverkan möta ungdomar med alkohol- och drogproblem. Verksamheten ska vara bemannad med socialsekreterare samt sjuksköterska och skötare. Denna ambition har dock inte realiserats i nämnvärd omfattning.

III. Ansvar för preventions- och behandlingsinsatser

Samordning mellan huvudmännen förutsätter tydlighet i fråga om mål och ansvar. De övergripande målen och ansvarsgränserna för de båda huvudmännen anges i lagstiftningen - hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen samt gällande tvångslagstiftning. Regelverken ålägger de båda huvud-

männen delvis skilda, delvis sammanfallande uppgifter, både när det gäller förebyggande insatser och vård och behandling.

Figuren nedan är ett försök att åskådliggöra preventions- och behandlingsnivåer i samhället och ansvarsförhållanden.



Primär prevention

Förebyggande insatser och folkhälsoarbete är en gemensam uppgift för kommunerna och landstinget.

Kommunerna har det övergripande ansvaret för välfärdsfrågorna i länet. Inom den kommunala sektorn sköts många frågor av avgörande betydelse för folkhälsan. Barn och äldreomsorg, skola och socialtjänst har grundläggande uppgifter i den sociala tryggheten. Kommunerna har också ansvar för utformningen av bostadsområden, den yttre miljön och hälsoskyddet liksom kultur och fritidsfrågor. Kommunerna i länet har under senare år, ofta i samarbete med landstinget, genomfört aktiva satsningar för folkhälsa. Metoder för befolkningsinriktade insatser bör utformas i samarbete mellan kommunerna och hälso- och sjukvården. En viktig uppgift för landstinget är att förmedla kunskaper om epidemiologi och förhållanden som särskilt behöver åtgärdas för att begränsa eller eliminera ohälsa. En gemensam folkhälsopolitisk strategi för Norrbottens kommuner och landstinget är under utarbetande.

Sekundär prevention

När det gäller sekundär prevention, att tidigt upptäcka individer med risk för att utveckla beroende och att ge tidiga behandlingsinsatser, har primärvården särskilda förutsättningar. Vårdcentralen är för de flesta invånare, särskilt i ett glesbygdsperspektiv, den vårdinrättning man vänder sig till i första hand när man har behov av sjukvård, vare sig det gäller dagligsjukvård, akutsjukvård eller förebyggande vård. Vårdcentralen möter också ofta som första instans

människor med alkohol- och drogproblematik. Organisationen med all primärvård i länet samlad inom en primärvårdsdivision underlättar arbetet i ett länsperspektiv. I landstingsplanen finns ett klart uppdrag att förbättra norrbottningarnas hälsa genom individuell prevention och hälsofrämjande aktiviteter.

I SBU:s rapport "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem" konstateras att det finns vetenskapligt stöd för att tidig upptäckt och behandling av personer med hög alkoholkonsumtion har positiva effekter. Det handlar om att ställa ett fåtal enkla frågor och att med empati informera och motivera personen att minska eller upphöra med alkoholkonsumtionen.

Primärvården i länet har fått särskilda projektmedel för år 2006 med möjlighet till ytterligare två års delfinansiering för kompetensutveckling av vårdgivare inom primärvården när det gäller "riskbruk av alkohol". Målet är bl a att i det dagliga arbetet i primärvården ha verktyg för att hitta riskbrukspatienten och att kunna erbjuda honom/henne hjälp för sitt riskbruk. Vidare att intensifiera arbetet runt riskbruk och missbruk gällande alkohol hos kvinnor, med tonvikt på unga flickor, gravida och kvinnor i övre medelåldern. Barnmorskor i länet har genomgått särskild utbildning i bl a "Motiverande samtal" som ett led i detta arbete. Särskilda "riskbruksverkstäder" för all personal vid några vårdcentraler i länet planeras också som "pilotprojekt".

En viktig arena för tidig upptäckt och tidiga stödinsatser är också ungdomsmottagningarna där personal från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten bidrar med sina olika kompetenser. Inom socialtjänstens ansvarsområde finns också, särskilt när det gäller ungdomar, flera verksamheter som syftar till att ge stöd till ungdomar som befinner sig i den s k "riskzonen".

Tertiär prevention

Tertiär prevention - vård och behandlingsstrategier – avser insatser för människor med så påtagliga och allvarliga beroenden att de är i behov av mer omfattande insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Lagstiftningen – Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) reglerar kommunernas och landstingets ansvar för vård och behandling.

Huvudansvaret för vård och behandling i syfte att åstadkomma social rehabilitering eller omvårdnad vilar på kommunerna. "Socialtjänsten svarar vanligen för den långsiktiga rehabiliteringen och andra stöd- och hjälpinsatser. Sjukvården ansvarar främst för avgiftning/abstinensbehandling och behandling av psykiska komplikationer till missbruk." (Socialstyrelsen Individ- och familjeomsorg 2002 Lägesrapport, sid 25). Behandlingsinsatserna bör utföras på "rätt" vårdnivå:

- Primärvårdsnivå vid komplikationer av lindrigare art
- Specialistnivå vid behov av särskilda specialistinsatser
- Slutenvårdsnivå vid komplikationer av allvarigare art

Utvecklingen och ambitionsnivån går i riktning mot att allt fler insatser hanteras inom ramen för öppna vårdformer. För den medicinska abstinensbehandlingen* kan en modell med följande fem nivåer identifieras (efter "Samordnad beroendebehandling Gävleborg"):

1. Öppenvårdsavgiftning i eget boende
2. Öppenvårdsavgiftning kombinerat med bostadsstöd
3. Slutenvårdsavgiftning på omvårdnadsnivå
4. Slutenvårdsavgiftning på sjukhus/avgiftningsklinik
5. Akutmottagning vid livshotande tillstånd – för senare transport till slutenvård.

”Samtidighet” är ett nyckelord i sammanhanget. När det exempelvis gäller personer med sk ”dubbeldiagnos” visar aktuell kunskap att det finns evidens för att missbruk och psykisk störning ska behandlas samtidigt för att ge effekt. Även kroppslig ohälsa måste uppmärksammas och ges adekvat behandling. För de svårast sjuka är det helt nödvändigt att det finns uppsökande verksamhet och uthålligt motivationsarbete. Det finns idag inget stöd för ett förhållningssätt där ett av problemen måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas.

* ”Abstinensbehandling har traditionellt kallats *avgiftning* inom hälso- och sjukvården. Men termen avgiftning anses inte medicinskt korrekt och har både i Sverige och i internationella sammanhang ersatts av begreppet abstinensbehandling. Med avgiftning menas att substansen eller drogen elimineras ur kroppen. Med abstinensbehandling avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktionerna som uppträder i anslutning till avgiftningen. Syftet med abstinensbehandling är ofta också att förbereda eller motivera till fortsatt behandling i andra vårdformer. Likaså är abstinensbehandling ibland nödvändigt vid allvarliga somatiska tillstånd.”..... ”Abstinensbehandling är en mångfacetterad praktik som för att bli effektiv ställer höga krav på verksamheten under och efter behandling. Det är viktigt att både socialtjänst och hälso- och sjukvård tar ett gemensamt ansvar för att klientens eller patientens vårdbehov ska kunna tillgodoses.” (Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006, sid 99-100).

IV. Framtiden

Ansvarsfördelning

”Missbruksfrågorna spänner över breda medicinska, psykologiska och sociala områden. De rör två delvis lagstyrda verksamhetsområden inom socialtjänsten och hälso – och sjukvården. Många insatser sker dessutom inom många andra huvudmäns verksamheter. Det gäller bl a kriminalvård, frivilliga organisationer och privata eller stiftelsedrivna verksamheter.”

Så säger Socialstyrelsens generaldirektör i förordet till det förslag till Nationella riktlinjer för missbruks – och beroendevård som nu är ute på remiss.

På samma tema konstaterar Kerstin Wigzell i rapporten Personer med tungt missbruk (SOU 2005:82) att ”De allra flesta tunga missbrukare förutom sitt missbruk också har en omfattande social problematik samt psykisk och somatisk ohälsa som de behöver hjälp med för att kunna hantera missbruket.” (sid 94).

För den målgrupp som vårt uppdrag handlar om: personer med tungt missbruk som är i behov av insatser från såväl socialtjänsten som hälso – och sjukvården, är det svårt att hitta den exakta gränsen för var ansvaret ligger.

Detta har den nationella psykiatrisamordnaren lyft fram som en viktig punkt i sin plan för hur avrapportering och förslag till regeringen ska se ut när myndigheten avslutar sitt arbete under hösten 2006. I slutbetänkandet kommer man bli att ta ställning till om hälso- och sjukvårdens behandlingsansvar för personer med missbruks- och beroendeproblematik ska förtydligas, och hur det i så fall ska se ut.

För Norrbotten – och för det uppdrag som vi haft att utreda - innebär det att vi måste hitta en rimlig fördelning av vad som är socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens ansvar.

Möjligen kan vi få en viss vägledning i förslaget till Nationella riktlinjer där man försöker identifiera gemensamma definitioner på vad som är missbruks- och beroendevård.

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

I den nyligen presenterade remissversionen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård anger Socialstyrelsen ett antal förslag på hur kommuner och landsting kan gå till väga för att organisera och implementera riktlinjerna i sina verksamheter (sid 48):

- ”Socialtjänst och hälso- och sjukvård bör sträva efter att specialisera insatserna för personer med missbruks- eller beroendeproblem, och på så sätt öka effektiviteten i de insatser som ges enskilda.
- Kommuner med små personella resurser för verksamhet riktade till personer med missbruks- eller beroendeproblem bör överväga möjligheten att samordna vård och behandling med varandra eller med större kommuner.
- Kommuner och landsting bör om möjligt sammanföra resurser i gemensamma verksamheter under en gemensam eller delad ledning.
- Vårdgivarna – kommun och landsting – bör alltid samverka, då missbruk/beroende förekommer samtidigt med andra (sjukdomstillstånd) såväl av somatisk som psykiatrisk karaktär. Sådan samverkan bör alltid regleras i avtal eller motsvarande.
- Mottagningsverksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård bör utveckla sitt system och sin organisation för regelmässig identifiering av missbruksproblem hos klienten eller patienten och som även kan bistå med en inledande rådgivande eller stödjande kontakt.
- Vårdgivarna bör initiera samarbete med självhjälpsorganisationer för erfarenhetsutbyte och bistå med kontakt med dessa om den enskilde önskar det.”

Missbruks- och beroendebehandling i ett länsperspektiv

Länets kommuner har överlag förmedlat intresse av att diskutera beroendevården utifrån ett vidgat geografiskt perspektiv.

I Östra Norrbotten pågår rekrytering av en för de fyra kommunerna gemensam utredare för missbruksvården med uppdrag att bli utarbete förslag till

vårdkedja för missbrukare i regionen. Förhållanden som kan komma att behöva lösas i ett länsperspektiv är exempelvis mer komplicerad abstinensbehandling, ”dubbeldiagnosproblematik” samt önskemål om kompetenscentrum när det gäller behandlingsinsatser.

Inom det geografiska området Kraftfält Norr är det i huvudsak de två större kommunerna, Kiruna och Gällivare, som uttalar behov och intresse av att diskutera gemensamma lösningar när det gäller tillnyktring/abstinensbehandling och samverkan kring ”dubbeldiagnoser” i ett länsperspektiv. Framförallt Kiruna har svårigheter att finna lösningar när det gäller mer komplicerade abstinensbehandlingar inom länet. En bedömning är att ca: 30 personer/år behöver särskild tillnyktring och ca: 35 personer/år är i behov av särskild abstinensbehandling. Man förordar i första hand en egen enhet för tillnyktring/abstinensbehandling i Gällivare. Om detta inte är genomförbart ekonomiskt och resursmässigt önskar man i första hand få tillgång till inläggningsplatser i en länsövergripande beroendeenhet. Om behovet ökar kan man på sikt överväga om det är möjligt att avsätta budgetmedel direkt in i densamma. Man förutsätter också att samverkan bibehålles och utvecklas mellan kommunerna och landstinget. Ett krav är att man ska ha rätt till samma vård var man än bor i länet.

Från Piteå Älvdal redovisas positiva erfarenheter utifrån det gemensamma arbetet ”Modellkommun Piteå Älvdal”, Mobilisering mot narkotika, som omfattar Älvsbyn, Arvidsjaur och Arjeplogs kommuner och landstinget (primärvården och vuxenpsykiatri). De erfarenheter som gjorts inom ramen för ”Modellkommunprojektet” utgör en god grund för ett fortsatt arbete inom hela Piteå älvdal. Det finns behov av samordnade insatser för bättre omhändertagande av personer med ”dubbeldiagnoser”, abstinensbehandling i slutenvård och när det gäller läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. Det finns en naturlig koppling mellan dessa fyra kommuner för gemensamma lösningar men man är inte heller främmande för länstanken.

Geografiska samverkansnivåer

I utredningsarbetet har tre nivåer för samverkan mellan länets kommuner och landstinget tydliggjorts:

Nivå I: Kommunnivå: Den enskilda kommunen tillsammans med landstinget (primärvård, psykiatri och medicinklinik).

Nivå II: ”Inomregional nivå”: Ett antal geografiskt näraliggande kommuner tillsammans med landstinget.

Nivå III: Länsnivå/Regional nivå: Länets kommuner tillsammans med landstinget.

Det finns idag ett flertal exempel på samverkan mellan kommun och landsting på samtliga tre nivåer. I detta utredningsarbete är exempelvis länets kommuner representerade utifrån fyra geografiska grupperingar och i medelstilldelningen utifrån Nationell psykiatrisamordning gäller samma geografiska indelning.

Utredningens uppdrag är att belysa förutsättningarna för att finna gemensamma lösningar för hela länet vad gäller beroendebehandlingen inom alkohol- och narkotikaområdet. Förslagen nedan om tänkbara framtidsalternativ utgår därför från gemensamma lösningar för hela länet. Uppdraget och den

tid som stått till förfogande har inte gjort det möjligt att ta ett helhetsgrepp på missbruks- och beroendevården i Norrbotten. För att en centraliserad missbruks- och beroendeenhet ska bli framgångsrik krävs att resten av vårdflätan fungerar, d v s att den lokala och den ”inomregionala” samverkan är uppbyggd och tillgänglig.

Hur samverkanslösningar kan se ut på lokal och ”mellanregional” nivå måste styras utifrån lokala och inomregionala förutsättningar, och får ses som framtida utvecklingsområden. Eventuellt kan de utvecklingsmedel som Länsstyrelsen förfogar över bidra till ett sådant utvecklingsarbete. Det arbetet har idag påbörjats bl a genom att Östra Norrbotten anställer projektledare för att samordna missbruks- och beroendefrågorna mellan de fyra ingående kommunerna. I Kraftfält Norr pågår en liknande diskussion sedan flera år och i Piteå älvadal har kommunerna Arjeplog, Arvidsjaur och Älvsbyn arbetat upp en del gemensamma riktlinjer och handlingsplaner inom ramen för ”Modellkommunprojektet”.

Övergripande mål för samordnad beroendebehandling i Norrbotten

Det gemensamma och övergripande målet bör vara att så långt möjligt skapa förutsättningar för att återställa patienters/klienters somatiska, psykiatriska och sociala funktionsförmågor vid ett beroende.

Målet för de integrerade insatserna är att personen ska återfå kontrollen över sitt eget liv och få en ökad delaktighet i samhället.

V. Detta kan Missbruks- och beroendeenheten erbjuda

Verksamhetens innehåll och förutsättningar regleras i ett för huvudmännen gemensamt avtal. Detta avtal är nu under omarbetning. Uppdraget är att se över enhetens framtida organisation för bibehållande och utvecklande av Missbruks- och beroendeenheten och att även överväga hur en geografisk breddning av enhetens uppdrag skulle kunna organiseras.

I översynen av enhetens organisation och arbete kan så här långt följande korta sammanfattning göras: De ingående parterna menar att enheten fyller en viktig funktion och att samverkan på behandlar-/handläggarnivå för ”vardagsfrågorna” fungerar i stort sett väl. Det råder dock en viss osäkerhet om enhetens uppdrag, ambitionsnivå, målgrupper m m. Områden har identifierats där det finns förbättringsbehov och behov av tydliggörande av enhetens uppdrag.

Som framgått av den tidigare redovisningen har enheten en sammanhållen insatsprocess med initiala rehabiliteringsinsatser för de svårast sjuka/beroende. Insatserna inkluderar såväl abstinensbehandling som vård- och behandlingsplanering. Verksamhetens organisation underlättar och möjliggör samtidiga insatser vilket är av stor betydelse för framgångsrika behandlingsresultat.

Det påbörjade arbetet i Luleå och Boden med att hälso- och sjukvården och kommunerna tillsammans på ett strukturerat sätt identifierar, stödjer och behandlar personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk s k ”dubbeldiagnoser” har inneburit att enheten nu har medicinska för-

utsättningar att möta och behandla denna målgrupp. ”Sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för patienter med samsjuklighet mellan missbruk och beroende och somatisk och psykisk sjukdom.” (Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006, sid 150).

Enheten kommer även att kunna utgöra länsresurs när det gäller läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende.

Sammanfattningsvis kan Missbruks- och beroendeenheten till Luleå-Bodenområdet och övriga kommuner i länet erbjuda:

Insatsområde	Luleå-Boden	Övriga kommuner i länet
Kompetenscentrum med spetskompetens och kunskapsspridning gällande missbruks- och beroendefrågor	x	x
Specialistinsatser och kompetensstöd vid komplicerad abstinensbehandling	x	x
Utredning, specialistbehandling och metodstöd för personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk, ”dubbeldiagnoser”	x	x
Länsresurs när det gäller utredning och medicininställning för läkemedelsassisterad beroendebehandling med Subutex/Metadon	x	x
Specialiserad mottagning för behandling för kvinnor med begynnande alkoholproblem, ”Klara-mottagningen”	x I begränsad omfattning för Boden	I begränsad omfattning beroende på geografiskt avstånd
Specialiserad mottagning för trafiknykterhetsbrott, ”Nykter Nystart”, enligt ”Skellefteåmodellen”	x I begränsad omfattning för Boden	I begränsad omfattning beroende på dels geografiskt avstånd och dels att insatser enligt denna modell pågår på andra håll i länet
Samlade insatser för unga vuxna med begynnande psykisk ohälsa och beroendeproblematik	Ej utvecklat idag	Ej utvecklat idag Det geografiska avståndet utgör ett hinder

Förutom den mer övergripande funktionen som kompetenscentrum för länet i missbruks- och beroendefrågor är det således framförallt inom tre områden som missbruksenheten skulle kunna utgöra en resurs för hela länet:

- Specialistinsatser och kompetensstöd vid komplicerade abstinensbehandlingar.
- Specialistbehandling och metodstöd för personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk, ”dubbeldiagnoser”.
- Länsresurs när det gäller utredning och medicininställning för läkemedelsassisterad beroendebehandling med Subutex.

Dessa områden sammanfaller också med de behov av samlade insatser i ett bredare geografiskt perspektiv som presenterats av kommunernas representanter under utredningen. För att en centraliserad missbruks- och beroendeenhet ska bli framgångsrik krävs att hela vårdprocessen fungerar, dvs att den lokala och den ”inomregionala” samverkan är uppbyggd och tillgänglig. De flesta insatserna riktade till målgruppen löses idag på lokal nivå i kommunerna och i samverkan mellan kommun och landsting. Det finns dock brister i omhändertagandet och specialistbehandlingen vid de svåraste bero-

endetillstånden. Den länsgemensamma missbruks- och beroendeenheten kan fylla en viktig funktion i dessa fall med specialistinsatser och samlad spetskompetens. Denna psykiatriska specialistkompetens är inte möjlig att splittra upp på flera enheter i länet utan kvalitetsförlust. Det är också angeläget att dessa patienter, ofta med både missbruksproblematik och psykisk sjukdom/störning, lokalmässigt skiljs från patienter vid allmänpsykiatriska avdelningar eftersom det annars kan uppstå avsevärd oro som påverkar de övriga patienternas tillfrisknande på ett negativt sätt.

När det gäller subutexbehandling framgår av Socialstyrelsens handbok med kommentarer för Underhållsbehandling vid opiatberoende att:

”.....läkemedelsassisterad behandling endast får ges på en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård och att endast läkare med specialistkompetens i psykiatri som är verksamma vid en sådan sjukvårdsinrättning får förskriva läkemedel som utgör narkotika och har godkänts för behandling av opiatberoende.” (Ur förordet, sid 3). En koncentration av förskrivningen och medicininställningen till en länsenhet bör dessutom minska riskerna för en oönskad spridning av det narkotiska preparatet.

Kompetenscentrum

Enheten har förutsättningar att utgöra sambandscentral och kompetenscentrum i länet när det gäller missbruks- och beroendebehandling. Genom att landstingets och socialtjänstens olika kompetenser, lokal- och personalmässigt, finns nära varandra kan kunskaper och erfarenheter från både de medicinska och psykosociala områdena nyttjas. Det skapar också förutsättningar för en helhetssyn både i verksamheten och i förhållande till den enskilde. ”Det är vår bedömning att nära eller omedelbar tillgång till skilda kompetenser ökar effektiviteten.” (Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Remissversion 11 april 2006, sid 50).

Den särskilda metodutveckling, case-management, som har påbörjats när det gäller behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk kommer att tillföra viktig kunskap som höjer enhetens förutsättningar att möta just denna målgrupp. Totalt vidareutbildas sex personal till case managers, tre av dem är anställda inom landstinget och tre inom kommunerna. Dessa ”casare” får förutom den teoretiska utbildningen även handledning från nationell nivå och dessutom stöd i sitt arbete av sex lokala ”specialister” från specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst. ”Casarna” kommer att ha nära och täta kontakter med missbruks- och beroendeenheten och deras samlade kompetens kommer att vara värdefull när det gäller metodutveckling och methodspridning även i ett länsperspektiv även om deras uppdrag är geografiskt avgränsat till Luleå-Boden.

Enheten borde också kunna ”ligga i framkant” när det gäller omvärldsanalys inom missbruks- och beroendevården. Att tidigt ta del av nationella utredningar, kunskapssammanställningar, kartläggningar m m och översätta detta till tankar och strategier för implementering på lokal nivå blir en angelägen uppgift för enheten. Enheten kommer också att nära kunna följa den lokala drogutvecklingen och sprida dessa erfarenheter i länet.

Samtliga kommuner i länet har utbildat handläggare i det systematiska bedömningsinstrumentet ASI (Addiction Severity Index). Intervjun ger en kartläggning av klientens situation och problem som ligger till grund för en bedömning av klientens hjälpbehov. Den kan också användas för den enskildes vård- och behandlingsplanering. Missbruks- och beroendeenheten borde

kunna fungera som stöd och vidareutbildare i metoden som systematiskt använd skulle ge ett bra underlag för behandlingsinsatser och systematisk uppföljning.

Abstinensbehandling

De flesta behoven av abstinensbehandling torde finna sin lösning i samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården lokalt enligt modellen presenterad på sid 12 i denna utredning. Det finns dock idag brister i vårdflåtan på så sätt att behoven av abstinensbehandling på sjukhus idag inte löses tillfredsställande för flera kommuner i länet.

Vid missbruks- och beroendeenheten skulle, förutom abstinensbehandlingen, en samlad vårdplanering med initiala rehabiliteringsinsatser kunna utformas i nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Denna samlade vårdplanering ligger sedan till grund för det fortsatta rehabiliteringsarbetet som i huvudsak sker lokalt.

Samsjuklighet kräver samarbete mellan vårdgivarna

När det gäller samlade insatser för personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk deltar Norrbottens läns landsting tillsammans med Luleå och Bodens kommuner som ett av tre områden i landet för metodutveckling rörande denna patient-/klientgrupp. Lokala samverkansteam med case managersfunktioner har visat sig vara en bra metod för att möta målgruppens behov. Denna metod betonar bl a vikten av samtidiga insatser och samordning av tillgängliga lokala resurser. Missbruks- och beroendeenheten kan genom specialistinsatser direkt riktade till målgruppen och genom metodstöd till socialsekreterare och hälso- och sjukvårdspersonal utgöra en samlad resurs i länet när det gäller "dubbeldiagnoser". Även för dessa patienter/klienter kan således enheten fungera som "sambandscentral" för planering av det lokala arbetet efter utskrivning från slutenvården. Gemensamt kartläggningsarbete inom Luleå-Boden-området från kommunerna och hälso- och sjukvården indikerar att ca: 80 personer har denna dubbla problematik. Detta överensstämmer väl med Palmstiernas beräkning att 1 person av 1000 har dessa problem (Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk. Fokusrapport Stockholms läns landsting 2004). Med detta som utgångspunkt antas att 200 personer (18 år och äldre) i länet skulle kunna ha detta komplexa vårdbehov. Vidare antas att hälften, 100 personer, under det första året kan bli aktuella för behandlingsinsatser vid Missbruks- och beroendeenheten.

Behandling av opiatmissbruk

Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2004:8 reglerar verksamhet rörande läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. Subutexbehandling är en starkt evidensbaserad behandling av opiatmissbrukare som godkänts och förordats av Socialstyrelsen. Nära samverkan mellan vårdgivarna, socialtjänsten och hälso- och sjukvården, är absolut nödvändig för att effekten av behandlingen ska bli optimal och för att undvika att det narkotiska preparatet sprids till missbrukarkretsar. Socialstyrelsens föreskrift anger tydlig inriktning och mål för den läkemedelsassisterade underhållsbehandlingen. Den vårdplan som skall upprättas innehåller bl a krav på tydliggörande av vilka behandlingsåtgärder som behövs för att syftet med underhållsbehandlingen ska uppnås och vilka insatser som kommunens soci-

altjänst planerar samt formerna för samverkan mellan beroendevården och kommunens socialtjänst.

Ur Socialstyrelsens kunskapsöversikt 2004 "Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare" hämtas följande citat:

"Behandling av heroinnarkomani utformas regelmässigt som ett samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, bland annat därför att ordnad bostadssituation, meningsfull sysselsättning och ett fungerande socialt nätverk är viktiga förutsättningar för en framgångsrik behandling." (sid 7).

"Flera psykosociala behandlingsmetoder är dokumenterat verksamma vid heroinberoende. Samtliga kännetecknas av en hög grad av struktur, och fokus på själva missbruksbeteendet. Positiva effekter av sådan behandling har i vetenskapliga studier endast kunnat påvisas om patienten samtidigt fått verksam läkemedelsbehandling. Psykosocial behandling är ett mycket viktigt komplement till läkemedelsbehandling. Bästa resultatet uppnås när dessa två strategier kombineras, d v s det som här benämns läkemedelsassisterad behandling." (sid 7-8).

Även remissversionen av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård konstaterar vikten av ovanstående: "Behandling av opiatmissbruk och -beroende kan med fördel bedrivas som kombinationsbehandling där psykosociala metoder kombineras med läkemedel." (sid 110).

Missbruks- och beroendeheten kan utgöra länsresurs när det gäller utredning och medicininställning för läkemedelsassisterad beroendebehandling med Subutex. Beräknad utrednings- och medicininställningstid är två veckor. Under denna tid kan också gemensam vårdplanering göras för de fortsatta insatserna lokalt. Regelbundna avstämningsmöten mellan berörda parter tillsammans med patienten är en viktig byggsten i detta program. Idag får 9 personer i länet behandling med Subutex. Antalet kommer dock sannolikt att öka utifrån bl a vikten av att använda evidensbaserade insatser och uppfylla vårdåtagandet.

Övriga insatser

För de specialiserade mottagningarna "Klara-mottagningen" och "Nycter Nystart" är det mera tveksamt om enheten generellt kan utgöra en länsresurs annat än i vissa fall. De långa avstånden i länet innebär praktiska svårigheter. Närhetsprincipen och den lokala förankringen är av stor betydelse.

Ekonomiska förutsättningar

Underlag för beräkning av komplicerad abstinensbehandling

Missbruks- och beroendeheten hade en medelbeläggning under 2004 på 46 procent och under 2005 var medelbeläggningen 50 procent. Detta borde innebära att det i nuvarande enhet finns kapacitet som kan täcka länets totala behov av komplicerade abstinensbehandlingar.

Underlag för beräkning av vårdbehov för personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk

För uppskattning av länets behov av behandling av personer med s k "dubbel diagnoser" har följande beräkning gjorts:

Medelvårdtiden för patienter i Luleå/Boden och Haparanda/Kalix med schizofrenidiagnos uppgick under år 2005 till 10 vård dagar. Beaktat att den ak-

tuella patientgruppen även har ett komplext missbruk så tillkommer uppskattningsvis ytterligare 10 vård dagar per år. Detta ger totalt 20 vård dagar per år och patient.

Epidemiologi: Enligt Palmstierna lider uppskattningvis 1 person av 1000 av s k ”dubbeldiagnos” (Fokusrapport Stockholms läns landsting 2004). Inventeringar som gjorts i Luleå/Boden inom ramen för det pågående metodutvecklingsprojektet tyder på att denna uppskattning stämmer rätt så väl även i vårt län. Med detta som utgångspunkt antas att 200 personer, 18 år och äldre, i länet skulle kunna ha detta komplexa vårdbehov. Vidare antas att hälften, 100 personer, under det första året blir aktuella för behandlingsinsatser vid Missbruks- och beroendeenheten.

Underlag för beräkning av vårdbehov läkemedelsassisterad underhållsbehandling

Som tidigare nämnts reglerar Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2004:8 verksamhet rörande läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende med bl a krav på nära samverkan mellan vårdgivarna, socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsöversikt är 0,15 procent av befolkningen i åldrarna 15 – 57 år beroende av heroin.

Bedömningen görs att 10 nya patienter i länet kommer att ingå i den läkemedelsassisterade underhållsbehandlingen under det första året. Den kalkylerade kostnaden per patient och år bedöms uppgå till cirka 130 000 kr. Subutextbehandling består av sex byggstenar:

- 1) Läkemedelsbehandling: Utförs av psykiatrin som också har det ekonomiska ansvaret.
- 2) Urinscreening: Utförs av sjukvården, men socialtjänsten har det ekonomiska ansvaret.
- 3) Psykosocial behandling: Utförs av socialtjänsten som också har det ekonomiska ansvaret.
- 4) Avstämningmöten: Involverade aktörer inkl patient träffas regelbundet (en gång/månad, oftare vid behov) för avstämning och eventuell korrigering av behandling och planering.
- 5) Bostad: Socialtjänsten ansvarar för ordnad bostadssituation inkl det ekonomiska ansvaret.
- 6) Sysselsättning: En förutsättning för att rehabilitering ska vara möjlig. Socialtjänstens ansvar.

Kalkylerade kostnader för Missbruks- och beroendeenheten

För att få en uppfattning om enhetens totala kostnader har en schablonmässig uppräkningsgjorts utifrån enhetens nuvarande platsantal och bemanning. Nedanstående kalkyl baserar sig på 16 vårdplatser och 365 vård dygn per år jämfört med dagens 12 vårdplatser och 322 vård dygn. Ökningen med fyra vårdplatser motsvarar den ambitionshöjning som föreslås för behandling av personer med ”dubbeldiagnoser” och opiatmissbruk. Då dessa grupper inte tidigare varit aktuella för enheten ska kalkylen nedan ses en grov uppskattning.

Personalkostnader	Sgr	Kostn/ personal	Belopp tkr
Omvårdnadspersonal inkl enhetschef	20,2		9 280,8
Läkarkostnader	0,6		537,1
Adm personal	1,0		407,4
Socialekreterare	4,0		1 731,4
Utbildning		4,0	103,2
Handledning		10,0	258,0
Summa personalkostnader			12 317,9
Direkta kostnader			
Läkemedel, sjukvårdsmtrl			743,5
Laboratoriekostnader			628,7
Övr sjukvårdsmtrl			13,0
Summa direkta kostnader			1 385,1
Övriga kostnader			
Lokalkostn			1 032,7
Mat			744,6
Tvätt			230,7
Telefon, post			106,1
Förbrukningsinv, kontorsmtrl, annonser, mm			222,7
Transporter			178,7
Försäkringar			148,5
Kompetenscentrum utåtriktade aktiviteter			500,0
Övriga kostnader			90,4
Summa övriga kostnader			3 254,3
Nettokostnad			16 957,4
OH-påslag			
Allmänservice, städ mm	2,6%		440,9
OH-påslag	5,1%		864,8
Summa OH-kostnader			1 305,7
Bruttokostnad			18 263,1

Kalkylen visar de uppskattade kostnaderna för kompetenscentrum, abstinens-, dubbeldiagnos- och subutexvård för hela länet vid fullt utbyggd verksamhet.

Särskilda kostnader för Klara-mottagningen, ”Nyktter Nystart” och ungdomsarbete ingår inte i kalkylen ovan.

Tänkbara avtalsalternativ

Utifrån den förda dialogen i projektgruppen med en samlad missbruks- och beroendeenhet för länet kan följande avtalsalternativ urskiljas:

Alternativ I: Avtal tecknas mellan landstinget och länets kommuner. Medicinsk prioritering avgör tillgång till plats. Landstinget bidrar med x procent av kostnaderna och kommunerna med y procent.

Alternativ II: Avtal tecknas mellan landstinget och Luleå och Bodens kommuner. Landstinget bidrar med x procent av kostnaderna och kommunerna med y procent. Om plats finns ledig kan övriga kommuner i länet göra anspråk på denna genom köp av vårdplats. Platstillgång avgör i första hand –

inte medicinsk prioritering. Detta alternativ garanterar således inte de övriga kommunerna vårdplats när behov uppkommer.

Alternativ III: Avtal tecknas mellan landstinget och Luleå och Bodens kommuner. Landstinget bidrar med x procent av kostnaderna och kommunerna med y procent.

Vårt förslag

Vårt förslag utgår från Alternativ I ovan, d v s att avtal tecknas mellan landstinget och länets kommuner.

De öppenvårdsprogram i form av Klara-mottagningen för kvinnor och Nykter Nystart vid trafikonykterhet som pågår mellan landstinget och Luleå och Bodens kommuner finns inte med i förslaget eftersom detta inte bedöms vara en gemensam resurs för länet. Vi utgår från att öppenvårdsprogrammen Klara-mottagningen och Nykter Nystart fortsätter sin verksamhet som hittills.

Den målgrupp som vårt uppdrag handlar om – personer med tungt missbruk – är i behov av insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Eftersom insatserna i många fall förutsätts ske samtidigt och dessutom är sammanflätade är det svårt att exakt ange var den ene huvudmannens ansvar börjar och den andres ansvar tar vid.

Med detta som utgångspunkt föreslår vi:

- att en gemensam länsenhet bildas för
- specialistinsatser och kompetensstöd vid komplicerad abstinensbehandling
 - utredning, specialistbehandling och metodstöd för personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk
 - utredning och medicininställning för läkemedelsassisterad beroendebehandling med Subutex/Metadon, samt
 - kompetensutveckling, metodutveckling och kunskapsspridning
- att avtal i dessa delar tecknas mellan länets kommuner och landstinget
- att division vuxenpsykiatri är huvudman för verksamheten
- att en styrgrupp bestående av företrädare för vuxenpsykiatri, primärvård, medicinska specialiteter och länets kommuner bildas med uppdrag att styra verksamheten, och
- att kostnaden fördelas mellan länets kommuner och landstinget genom avtal.

Harald Segerstedt
Verksamhetsstrateg
Division vuxenpsykiatri
Norrbottens läns landsting

Agneta Bygdell
FoU- samordnare
Kommunförbundet Norrbotten

Referenser

Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk. Fokusrapport Stockholms läns landsting 2004.

Den specialiserade psykiatrin och dess vårdgrannar – avgränsning och samverkan. Psykiatriuppföljningen 1997:15. Socialstyrelsen.

Handläggning av missbruksrelaterade vårdproblem i Luleå-Boden, maj 1998. Projektrapport Norrbottens läns landsting, Luleå kommun, Bodens kommun.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Socialstyrelsen 2005.

KI rapport 1998:1. Karolinska Institutet.

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem. Remissversion 11 april 2006. Socialstyrelsen.

Nilsson I. och Wadeskog A.: Socialstyrelsen – Underlag från experter 2006-123-6.

Personer med svår psykisk störning och missbruk. Psykiatriuppföljningen 1999:1. Socialstyrelsen.

Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. SOU 2005:82.

Regeringens proposition 2005/06:30 Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner.

Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan.

Samordnad beroendebehandling Gävleborg – Kommunerna, landstinget och beroendevården i Gävleborgs län – en gemensam policy.

Samordnad beroendebehandling Gävleborg – Utvecklingsplan 2005 – 2007.

SBU- rapport 2001 Behandling av alkohol- och narkotikaproblem Nr 156/I och II.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende (SOSFS 2004:8 M).

Socialstyrelsens kunskapsöversikt 2004 ”Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare”.

Socialstyrelsen Individ- och familjeomsorg 2002 Lägesrapport.

Internetkälla: www.who.int.

Underhållsbehandling vid opiatberoende. Socialstyrelsen. 2006.