

31 AUGUSTI 2011

# **Länsstrategi för missbruks- och beroendevård i Norrbotten**

## **Länsstrategi för missbruks- och beroendevård i Norrbotten**

Vägledande för arbetet med att ge stöd, vård och behandling till personer med riskbruk, missbruk och beroende är att det sker i samverkan mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner.

De insatser som erbjuds ska utgå från evidensbaserad praktik, vilket innebär att bästa tillgängliga kunskap utifrån forskning, praktikerns beprövade erfarenhet och brukarens erfarenheter och förväntningar vägs samman.

Den enskildes behov ska vara i fokus, och insatser ska så långt det är möjligt planeras i samråd med honom/henne.

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har kommit överens om följande gemensamma strategi för en missbruks- och beroendevård som håller hög kvalitet och är tillgänglig för alla.

Undertecknas av Ordförande i Kommunförbundet Norrbotten och Landstingsråd.

## Bakgrund

Norrbottnens läns landsting och länets kommuner har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården i Norrbotten.

För att förebygga missbruk och tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och landstinget och inom respektive huvudman. Personer med missbruk och beroende ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet. Bemötandet ska präglas av respekt för individen som ska erbjudas att vara delaktig i planering och beslut om den egna vården. Samverkan mellan huvudmännen ska leda till att individens behov av insatser blir organiserade så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden.

År 2007 utkom Socialstyrelsen med Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som är gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården (1). Målet med riktlinjerna är bland annat att vården ska bli mer enhetlig, tillgänglig och utmärkas av god kvalitet samt att ge huvudmännen ett underlag för att rationellt använda missbruks- och beroendevårdens resurser.

Sveriges Kommuner och Landsting har i september 2008 träffat överenskommelse med Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting om implementering av de Nationella riktlinjerna. Målet med överenskommelsen är att den missbruks- och beroendevård som kommuner och landsting erbjuder är utformad i enlighet med aktuell kunskap om effektiva metoder och arbetssätt, så att klienter och patienter får insatser av god kvalitet.

Utvecklingsarbetet inom ramen för överenskommelsen ska ta till vara och utveckla den kompetens som finns lokalt och regionalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. Det kan bland annat ske genom en strukturerad samverkan mellan de båda huvudmännens FoU-verksamheter och genom samarbete med berörda universitet.

I överenskommelsen åtar sig Norrbottens läns landsting och kommunerna i länet, att implementera de Nationella riktlinjerna och arbeta fram ett gemensamt styrdokument för missbruks- och beroendevården som tydliggör vårdkedjan och de olika aktörernas ansvar.

## Länsstrategi

Utgångspunkten för länsstrategin är de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården med rekommendationer om hur en evidensbaserad praktik inom området bör hanteras. I strategin kommer de enskilda rekommendationerna inte att upprepas, då de kan förändras över tid. Istället hänvisas till de Nationella riktlinjerna med de rekommendationer som är aktuella.

Länsstrategin uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna och landstinget gemensamt lever upp till strategins intentioner.

Länets kommuner har olika befolkningsstruktur, organisation, behov och förutsättningar vilket innebär att insatserna kan skilja sig åt mellan de olika kommunerna. Varje kommun måste därför, tillsammans med landstinget, analysera vilka insatser som fordras för att leva upp till strategins intentioner.

Länsstrategin ska utifrån de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, Missbruksutredningens diskussionspromemoria (2) och utifrån tidigare utredningar och erfarenheter definiera innehåll och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen inom följande områden:

- Upptäckt och tidig intervention
- Tillnyktringsverksamhet
- Abstinensvård
- Behandling och stöd
- Utredning, bedömning, planering, uppföljning

Länsstrategin ska också tydliggöra vilka vård- och behandlingsinsatser som tillgodoses på basnivå respektive specialistnivå samt behovet av regional stödstruktur för kunskaps- och kompetensutveckling inom missbruks- och beroendevården i länet utifrån individens behov.

Eftersom ansvaret ofta är gemensamt för huvudmännen ska den nya bestämmelsen i SoL och HSL om individuell plan, som alltid ska upprättas i samråd med den enskilde om behov finns av insatser från båda huvudmännen, utgöra ett viktigt verktyg för arbetet.

Länsstrategin ska ses som ett utvecklingsdokument. Förslag till förbättringar och utveckling ska behandlas av länsstyrgruppen. Länsstrategin gäller tills vidare. Länsstyrgruppen har det övergripande ansvaret för uppföljning och utvärdering och att strategin blir reviderad vartannat år. Utgångspunkten är att arbetet ska vara långsiktigt.

## **Missbrukssituationen**

I betänkandet ”Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling” (SOU 2005:82 ) uppskattas antalet personer med tungt narkotikamissbruk till cirka 26 000 och antalet med tungt alkoholmissbruk uppskattas till cirka 80 000 personer (3).

I Missbruksutredningens diskussionspromemoria summeras, utifrån tillgängliga undersökningar, den rådande missbrukssituationen i Sverige (2).

Tabellen på nästa sida har hämtats från Missbruksutredningen (sid 74) och kompletterats med skattat antal för Norrbotten. Beräkningen utgår från att länets befolkning utgör 2,7 procent av rikets befolkning och att missbrukssituationen i länet är av ungefär samma omfattning som för riket.

	Andel	Antal	Skattat antal i Norrbotten
<b>Alkohol</b>			
- Riskabel konsumtion		900 000	25 000
- Skadligt bruk		300 000	8 000
- Beroende (vårdade för alkoholdiagnos)		80 000	2 200
<b>Narkotika</b>			
- Riskabel konsumtion (någon gång)	10 %		
- Beroende (vårdade för narkotikadiagnos)		29 500	800
<b>Läkemedel</b>			
- Skadligt bruk (tillvanda eller beroende)		250 000	7 000
<b>Dopningsmedel</b>			
- Riskabel konsumtion (någon gång)	1 %		
- Skadligt bruk och beroende (frekvent användning)		10 000	270
<b>Blandmissbruk</b>			
- Tungt narkotika och alkohol	40 %		
- Missbruksklienter med alkohol och narkotika (ASI)	25 %		
<b>Samsjuklighet</b>			
- Missbruk (sökt vård) och psykisk sjukdom	30– 50 %		
- Psykisk sjukdom (sökt vård) och missbruk	20-30 %		

Som framgår av tabellen har alkohol som problemdrog klart störst utbredning. Alkoholen står också för de största negativa konsekvenserna i form av dödlighet, sjukdom och skador. Den svenska alkoholkonsumtionen har ökat markant sedan mitten av 1990- talet liksom de alkoholrelaterade skadorna (2).

Narkotikamissbruket är mer begränsat men i vissa former mycket allvarligt. Efter flera år av minskad konsumtion förefaller narkotikamissbruket ha förvärrats under senare år. Detta grundas på att antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet som har sjukhusvårdats för narkotikarelaterade diagnoser eller avlidit av narkotikarelaterade orsaker har ökat (4).

Skadligt bruk av läkemedel är förhållandevis vanligt och i stor utsträckning ett dolt problem (2).

Blandmissbruk är vanligt förekommande och från både brukar- och klientorganisationer och från professionella inom vården förmedlas bilden av att blandmissbruket ökat över tid (2).

När det gäller samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol och narkotika visar forskning att mellan 30 och 50 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende också har prevalens för psykisk sjukdom. Mellan 20 och 30 procent av dem som söker vård för psykisk ohälsa har samtidigt missbruk eller beroende (2).

## Utvecklingsområden inom missbruks- och beroendevården

Missbruks- och beroendevården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. Kunskapsutvecklingen på området ger förutsättningar för att åtgärder och insatser i allt högre utsträckning ska kunna ge faktiska och hållbara resultat. Ny kunskap om vård- och behandlingsformer,

behoven av samverkan och samarbete mellan olika vårdgivare samt värdet av att sätta individen och hans eller hennes behov i centrum ställer krav på organisering som förmår skapa goda förutsättningar för en önskvärd utveckling. Missbruksutredningen konstaterar att missbruks- och beroendevården i landet uppvisar problem inom följande områden:

- Individens ställning
- Tillgänglighet
- Kompetens och kvalitet
- Samordning och kontinuitet

### **Evidensbaserad praktik**

Ett strategiskt utvecklingsområde inom missbruks- och beroendevården är införandet av evidensbaserad praktik. Det innebär ett förhållningssätt med ständigt och systematiskt lärande, där brukaren (i den mån brukaren kan eller vill vara delaktig), och de professionella, utifrån bästa tillgängliga kunskap tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser. Vetenskap blir användbar först när den integreras med professionell erfarenhet samt brukarens situation och önskemål (5).

Ett systematiskt förbättringsarbete kan fungera som drivkraft i en evidensbaserad verksamhet. Samtliga yrkesgrupper involveras i en läroprocess där man tillämpar vetenskap, ny kunskap systematiseras, brukarens erfarenheter tas tillvara och insatser följs upp metodiskt.

För att uppnå önskad effekt och bättre resultat är det viktigt att det finns utvecklade strukturer för samarbete över huvudmannaskapsgränserna och att olika professioners arbete synkroniseras. Kort skulle man kunna beskriva det som att man i en dialog mellan brukaren och den professionelle väger samman kunskapskällorna. Brukaren har rätt att få veta på vilken grund besluten fattas, dels av etiska och dels av rättssäkerhetsskäl. Beslutsgrunderna redovisas öppet, och det räcker inte att den professionelle hänvisar till personliga erfarenheter, tyst kunskap eller teorier om att hjälpprocessen har ett värde i sig.

## **EVIDENSBASERAD PRAKTIK**

(Haynes et al, 2002)



## Innehåll och ansvarsfördelning

Personer med missbruk eller beroendeproblematik utgör ingen homogen grupp. Många olika problembilder ställer krav på olika insatser och kombinationer av insatser. Svårighetsgraden kan variera; allt från riskbruk till skadligt bruk till beroende. Konsekvenserna är ibland hälsorelaterade, ibland sociala och ibland både och.

Insatserna behöver vara differentierade och individuellt anpassade, ofta behöver de vara samordnade och samtidiga från huvudmännen.

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen framgår av följande plan:

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig intervention	Upptäckt och tidig intervention
Tillnyktring	Tillnyktring
	Abstinensvård
Psykosocial behandling Socialt stöd: Boende, sysselsättning, försörjning	Medicinsk diagnostik och behandling
Utredning, bedömning, planering, uppföljning (Egen, ibland samordnad)	Utredning, bedömning, planering, uppföljning (Egen, ibland samordnad)

### Upptäckt och tidig intervention

Upptäckt och tidig intervention ska ske hos båda huvudmännen genom att bland annat använda de evidensbaserade screening- och bedömningsinstrument som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna. Viktiga verksamheter för identifikation är inom kommunens ansvar skolan och vissa delar av socialtjänsten och inom landstingets ansvar primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri och den somatiska vården.

Den som upptäcker problem ska ha möjlighet att initiera tidig intervention, till exempel i form av kort rådgivning. Det är också viktigt att den som upptäcker problemet har smidig tillgång till den specialiserade nivåns insatser, till exempel att enkelt kunna hänvisa vidare alternativt konsultera specialister hos båda huvudmännen om de upptäckta problemen bedöms vara svåra eller om det visar sig att den enkla, tidiga interventionen inte är tillräcklig.

Samordning mellan huvudmännen ska erbjudas när den ger ett mervärde för brukaren och kan konkretiseras i en individuell plan.

### Tillnyktringsverksamhet

Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda alkohol- och drogpåverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap och någonstans att vistas under en kortare tid medan den värsta påverkan går ur kroppen.

De flesta tillnyktringar sker i hemmet utan inblandning av vare sig socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Polisen har ett särskilt ansvar för tillnyktring enligt Lagen om omhändertagande av berusad person, LOB.

Utöver detta finns behov av tillnyktring med medicinsk tillsyn oavsett om personen söker själv eller med hjälp av socialtjänst eller polis. Många personer klarar inte själva att bryta ett aktivt missbruk av rädsla för medicinska komplikationer. Det finns alltid en ökad medicinsk risk för påverkade perso-

ner, och det ska finnas tillgång till tillnyktring under medicinskt kontrollerade former.

Tillnyktringsverksamhet är ofta en länk i en vårdkedja före en abstinensbehandling eller en behandling för missbruk eller beroende.

### **Abstinensvård**

Med abstinensbehandling eller abstinensvård avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder i anslutning till att intaget av alkohol eller andra droger upphör.

Abstinensvård är ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Abstinensvård ska i första hand erbjudas i öppna vårdformer inom hälso- och sjukvården medan komplicerad abstinensvård fordrar heldygnsvård.

Abstinensvård ska också ses som en länk i vårdkedjan.

### **Behandling och stöd**

Behandling definieras som systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från missbruk eller beroende.

Psykosocial behandling innebär utöver detta att interventionen ska rikta sig till den enskildes psykologiska och sociala livssituation med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende, samt främst syfta till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar.

Psykosocial behandling och socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning är ett ansvar för socialtjänsten.

Medicinsk behandling utgår från diagnostik och omfattar bland annat provtagning, abstinensvård och farmakologisk behandling. Psykoterapi är en annan viktig del, i första hand beteendeorienterade kognitiva terapier, olika former av jagstödande terapi samt motiverande samtal.

All farmakologisk behandling, inklusive substitutionsbehandling vid opiatberoende, är ett ansvar för sjukvården. Vid abstinens- och substitutionsbehandling är den psykosociala delen av insatsen ett viktigt inslag som åligger socialtjänsten.

Vid abstinensbehandling och substitutionsbehandling för opiatberoende ska alltid en samverkan ske mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och i förekommande fall med arbetsgivaren. En individuell plan ska upprättas i samråd med den enskilda individen där ansvarsfördelningen tydliggörs.

Huvudregeln är att kommunen ansvarar för psykosocial behandling och landstinget för medicinsk behandling. Detta delade ansvar kommer att medföra ett visst mått av otydlighet som får avhjälpas genom individuella planer, lokala rutiner och överenskommelser.

### **Utredning, bedömning, planering, uppföljning**

Med utredning avses kartläggning av behov och önskemål hos en individ med identifierade problem. För detta finns standardiserade instrument som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Med bedömning avses att beskriva problemen i termer av diagnos och vårdbehov, väga samman bästa åtgärder och individens egna önskemål, samt att formulera förslag till åtgärder.

Med planering avses den aktivitet som professionella tillsammans med brukaren och ibland hans eller hennes närstående utför för att bestämma hur insatserna ska utformas.

Med uppföljning avses främst aktiviteter som görs för att ta reda på hur förloppet utvecklar sig och om de vidtagna insatserna är tillräckliga.

Ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning ligger hos såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

Det är viktigt att se att utredning, bedömning, planering och uppföljning kan visa behov av samordning men det kan också vara så att det bara är den ena huvudmannen som ska stå för uppgiften. Den enskilda individen ska inte behöva utsättas för upprepade utredningar och bedömningar för samma problem. Om det inte finns behov av insatser från båda huvudmännen ska utredning och bedömning ske där frågan väcks.

Bara när det krävs för att länka ihop en vårdkedja ska detta göras gemensamt och föregås av en individuell plan.

Behovet av en individuell plan är särskilt tydligt vid samsjuklighet (missbruk/beroende och samtidig psykisk sjukdom) då samtidiga insatser är avgörande för effekterna för den enskilde.

## **Rätt insats på rätt nivå för personer med missbruks- och/eller beroendeproblem**

Insatser för personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik ska ta sin utgångspunkt i den enskildes behov vare sig det gäller riskbruk, skadligt bruk eller beroende och bygga på evidensbaserad praktik.

Det är angeläget att öka tillgängligheten till vård och stödinsatser för målgruppen. Kontinuitet i vårdkedjan med tillgång till personal med adekvat kompetens och med hög kvalitet i insatserna är av stor vikt för den enskilde och för samhället.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och kommunerna och mellan kommunerna behöver utvecklas för att få tillgång till tillräcklig kompetens och specialkunskap.

Kommunernas och landstingets verksamheter har olika basnivåer för sina verksamheter som möjliggör tidig upptäckt och intervention. För hälso- och sjukvården utgör primärvården ”första linjen” och för kommunernas del skolan och vissa delar av socialtjänsten.

Det är viktigt att basnivån i sin organisation har tillgång till de resurser och kompetenser som krävs inom området. Tidig identifiering av problem förutsätter att det finns insatser att tillgå för att förhindra fortsatt problemutveckling. En otillräckligt utvecklad första linjens vård och specialistvård, liksom oklarheter i ansvarsfördelning, medför stor risk för att insatser fördröjs eller helt uteblir.

När basnivåns kompetens inte är tillräcklig ska specialistnivån kontaktas. Specialistverksamheterna ska komplettera basverksamheterna med konsultation och ansvarar för bedömning och utredning som kräver särskilda kunskaper, diagnostik och behandling. Brister på basnivån motiverar inte insatser på specialistnivån.

Den specialiserade vården utgörs från kommunernas sida av socialtjänstens missbruks- och beroendevård. För hälso- och sjukvårdens del finns patienter med missbruks- och/eller beroendeproblematik både inom den psykiatriska och inom den somatiska specialistvården.

### **Kompetenscentrum**

För att utveckla kompetensen inom området missbruk och beroende behöver ett gemensamt kompetenscentrum etableras, i syfte att samla och sprida kunskap gällande utvecklingen inom de psykiatriska, medicinska och psykosociala områdena.

### **Referenser**

1. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007-102-1)
2. Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen (S2008:04).
3. Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling (SOU 2005:82).
4. Drogutvecklingen i Sverige. CAN Rapport 117. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
5. Oscarsson L. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. SKL Kommentus 2009.

### **Övrigt**

När behoven får styra över organisationerna. Samordnad beroendebehandling i Norrbottens län. Norrbottens läns Landsting och Kommunförbundet Norrbotten 2006.

Norrbus – Samverkan kring barn och unga i Norrbotten. Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting

Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa – en kunskapssammanställning. Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

Kartläggning av den psykiatriska slutenvården. Sveriges Kommuner och Landsting 2010.