

# Öppenvård i Gävleborg

En genomlysning av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet

Ann Lyrberg



# Öppenvård i Gävleborg

En genomlysning av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet

Ann Lyrberg

**FoU Rapport 2017:3**  
**FoU Välfärd – Region Gävleborg**

Layout: Gunilla Bloom Lundqvist  
Tryckeri: Backman Info, Gävle

ISSN: 1654-8272

# Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	3
SAMMANFATTNING .....	4
Syfte och frågeställningar .....	7
Genomlysningens datainsamling .....	7
Genomgång av aktuell forskning, omvärldsbevakning av trender och goda exempel på missbruks- och beroendevård.....	7
Registerdata .....	7
Öppna jämförelser och GAP-analys.....	7
Enkätundersökning.....	8
Fokusgruppsintervju.....	8
DEFINITIONER AV BEGREPP.....	9
LAGSTIFTNING, LITTERATURGENOMGÅNG OCH TIDIGARE FORSKNING .....	11
Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen: två utgångspunkter för missbruks- och beroendevård .....	11
Missbruk/beroende – en bio-psykosocial förklaringsmodell.....	11
Behov av samverkan och målgruppspecifika insatser .....	12
Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.....	12
Uppföljning av resultat – tjänar flera syften .....	15
Vilka resultat ska följas upp?.....	15
Varför kommer de tillbaka? .....	17
RESULTATREDOVISNING .....	18
Kostnader och antal brukare i öppenvård.....	18
Antal brukare i öppenvård .....	18
Jämförelse av behovsprövade insatser, frivillig institutionsvård och LVM .....	20
Kostnader .....	21
Öppna jämförelser och GAP-analys.....	24
Kunskapsbaserad verksamhet.....	24
Självbestämmande och integritet .....	27
Väntetider för nybesök .....	28
Samverkan .....	29
Resultat enkät.....	29
Förekomst av syfte, mål och systematisk uppföljning av öppenvård .....	29
Målgrupper öppenvården lyckas bra med.....	31
Målgrupper som har svårare att uppnå förbättring i öppenvård.....	32
Hur utbudet svarar mot brukarnas behov och öppenvårdens behov av utveckling.....	32
Öppenvård – ett exempel från Söderhamn .....	32
Öppenvård – ett exempel från Huddinge.....	34
Trender och pågående forskning inom missbruksvården .....	35
DISKUSSION.....	39
Antal brukare i öppenvård och kostnader.....	39
Utbud och effekter av insatser .....	39
Goda exempel och trender inom forskning.....	41
Utvecklingsbehov och förutsättningar för samverkan .....	41
REFERENSER.....	44
Internet .....	45

## Sammanfattning

Syftet med genomlysningen är att få en samlad bild av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet, vilket utbud som erbjuds och dess effekter. Utgångspunkten har varit att utgå från befintlig data från öppna jämförelser, GAP-analys, registerdata och publikationer om aktuell forskning. Ny data har inhämtats i form av en mindre enkät till enhetschefer vid individ- och familjeomsorgernas vuxenenheter och gruppchefer för öppenvård. Genomlysningen har kompletterats med två exempel på öppenvård: Söderhamns Beroendecentrum och Forum 4 i Huddinge.

Sammantaget visar genomlysningen att länets kommuner implementerat och använder flera av de i nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård rekommenderade metoderna vid missbruk eller beroende av alkohol och centralstimulantia, medan rekommenderade metoder vid andra typer av substansberoende och kombinationer av problem inom andra livsområden används i mindre omfattning eller saknas. Resultaten visar att:

- Metoder som MET, MI, ÅP, 12-steg och CRA har implementerats och används i stor utsträckning vid missbruk eller beroende av alkohol och centralstimulantia.
- Rekommenderade metoder som riktar sig till personer med missbruk och samtidigt svår psykisk sjukdom erbjuds i liten omfattning eller inte alls.
- Kombinationer av behandlingsmetoder som rekommenderas i nationella riktlinjer vid opiatberoende saknas. Personer med opiatberoende erbjuds antingen läkemedelsassisterad underhållsbehandling via hälso- och sjukvården eller psykosocial behandling och stöd via kommunens socialtjänst, ej kombinationer av olika behandlingsformer samtidigt.
- Ungdomar erbjuds främst MET och MI. Ingen av Gävleborgs kommuner erbjuder någon av de familjeterapimetoder som rekommenderas.

I huvudsak pekar resultaten på att socialt förankrade alkoholberoende personer lyckas bäst i öppenvård medan tre klientgrupper; personer med tungt missbruk, missbruk i kombination med psykisk ohälsa samt ungdomar med missbruk och beroende, har svårare att uppnå förbättring. Öppenvården tycks ha svårare att tillgodose och anpassa behandlingsinsatser till dessa tre klientgrupper.

Möjligheten att bedöma öppenvårdens resultat förutsätter någon form av systematisk uppföljning av verksamhetsstatistik, kostnader och effekter av insatser. Sammantaget visar resultaten från både enkät och öppna jämförelser att systematisk uppföljning görs i liten omfattning och i de flesta kommuner görs det inte alls. Idag finns olika utvecklade program t.ex. UIV<sup>1</sup> och ASI<sup>2</sup> till stöd uppföljning av insatsers effekter. Bland länets kommuner finns ASI-kompetens och sju av tio kommuner har också tillgång till UIV men utnyttjas endast sporadiskt av fyra kommuner. Genom att utveckla rutiner och implementera metoder för systema-

<sup>1</sup> UIV (Uppföljning av Insatser för Vuxna missbrukare) är en metod att följa upp biståndsbedömda insatser för personer med alkohol- eller narkotikaproblem. UIV speglar vårdens resultat ur ett brukarperspektiv. Metoden ger svar på klientens upplevda kvalitet och om de insatser som ges är effektiva. Aggregerat kan resultaten användas som stöd för val av insatser för olika målgrupper.

<sup>2</sup> ASI (från engelskans "Addiction Severity Index) är en intervjumetod för bedömning av hjälpbehov och ger en samlad bild över problem inom olika livsområden. ASI finns i två versioner – ASI grund och ASI uppföljning – samt en version, UBÅT, för uppföljning och beskrivning av åtgärder.

tisk uppföljning skulle det bli möjligt att bedöma öppenvårdens effekter och skapa lokal evidens d.v.s. ”*vad fungerar i vår verksamhet*”.

Utifrån aktuell forskning och goda exempel på öppenvård tycks trenden inom missbruksvård gå mot ett differentierat utbud där insatser anpassas efter varje individs behov. En differentierad missbruksvård förutsätter att arbetsmetoder och synsätt utvecklas i samverkan med andra verksamheter och myndigheter. I ett eventuellt utvecklingsarbete förslås öppenvården fokusera på att utveckla:

- ✓ Stödinsatser som främjar boendestabilitet och sysselsättning,
- ✓ Integrerad behandling vid samsjuklighet,
- ✓ Kombinationer av läkemedelsassisterad och psykosocial behandling,
- ✓ Familjeterapeutiska metoder i arbetet med ungdomar och deras familjer,
- ✓ Utbudet av olika terapimetoder samt,
- ✓ Systematisk uppföljning.

## Bakgrund

I samband med en utredning om ett länsgemensamt HVB-hem för personer med missbruks- och beroendeproblem, väcktes frågan om kommunernas öppenvård till personer med missbruks- och beroendeproblem, dess utbud, innehåll och effekter (Åsbrink, 2016). Behandlingsmetoders innehåll och omfattning såg olika ut i kommunerna och frågan om det går att samverka bättre kring insatser väcktes. Beslut togs av socialchefsgruppen om att göra en genomlysning av kommunernas öppenvård till personer med missbruks- och beroendeproblem. FoU Välfärd, Region Gävleborg, gavs i uppdrag att genomföra genomlysningen.

Missbruk och beroende orsakar stora negativa effekter för individen och leder även till betydande problem för personer i dennes omgivning. Såväl den fysiska och psykiska hälsan som den sociala situationen påverkas negativt av missbruk och beroende. Ramstedt m.fl. (2014) genomförde på uppdrag av regeringen en mätning av bruk, missbruk och beroende av alkohol, narkotika, dopning och tobak i Sverige. Mätningen visade att 5,6 % av befolkningen antingen missbrukar eller är beroende av alkohol, 0,8 % missbrukar eller är beroende av narkotika, 0,6 % missbrukar eller är beroende av läkemedel samt 0,4 % av befolkningen missbrukar eller är beroende av alkohol och narkotika. Förutsatt att omfattningen är densamma 2016 som 2013 skulle det omräknat för länet innebära att ca 16 800 personer missbrukar eller är beroende av alkohol, ca 2300 missbrukar eller är beroende av narkotika, 1700 missbrukar eller är beroende av läkemedel och 1100 missbrukar eller är beroende av alkohol och narkotika. Totalt betyder det att ca 22 000 personer i Gävleborg har ett missbruk eller beroende av en eller flera psykoaktiva droger. Utöver det påverkas ett stort antal närstående med betydande negativa konsekvenser, men även samhället i stort. Således finns ett stort behov av stöd, vård och behandling till dess individer. Det är därmed en angelägen fråga huruvida missbruks- och beroendevården tillgodoser behoven och kommer brukarna till nytta.



# Genomlysningens syfte, frågeställning och metod

## Syfte och frågeställningar

Syftet med genomlysningen är att få en samlad bild av hur Gävleborgs kommuners missbruks- och beroendehandling i öppenvård ser ut; vilket utbud som erbjuds och dess effekter. Resultaten är tänkta att bidra till underlag för fortsatta diskussioner och utveckling av missbruk- och beroendebehandling i öppenvård i respektive kommun samt till grund för ett eventuellt länssamarbete kring öppenvård. De övergripande frågorna för genomlysningen är:

- Hur ser utbudet av öppenvård till vuxna med missbruksproblem ut och svarar det mot brukarnas behov?
- Hur många tar del av kommunal öppenvårdsverksamhet och vad kostar den?
- Vilka goda exempel på öppenvårdsinsatser finns det i länet och i landet?
- Vilka trender finns det inom missbruks- och beroendevården framöver?
- Vilka utvecklingsbehov har kommunerna av missbruks- och beroendebehandling?
- Finns förutsättningar för länsgemensam samverkan i utbud?

## Genomlysningens datainsamling

Uppdragets utgångspunkt har varit att i största möjliga mån använda befintlig data som underlag för genomlysningen. Data har hämtats från register, öppna jämförelser, GAP-analys och publikationer om aktuell forskning. Ny data har inhämtats via enkät, telefon- och fokusgruppintervju.

## Genomgång av aktuell forskning, omvärldsbevakning av trender och goda exempel på missbruks- och beroendevård

Genomgång av aktuell forskning och omvärldsbevakning har gjorts med hjälp av litteraturstudier och telefonintervjuer med Barbro Lindhe, överläkare och psykoterapeut vid Beroendecentrum Stockholm, My Frankl, psykolog och psykoterapeut vid Beroendecentrum Stockholm och Sara Hällstrand Martinsson, enhetschef Forum 4:a Huddinge kommun. Genomgången gör inga anspråk på att vara heltäckande utan är snarare några nedslag som bedöms relevanta för genomlysningen.

## Registerdata

Registerdata relevanta för öppenvård inom missbruks- och beroendområdet har hämtats från Kolada, Statistiska Centralbyrån och Socialstyrelsen.

## Öppna jämförelser och GAP-analys

Data har inhämtats från Öppna jämförelser 2016 inom socialtjänstens område missbruk och beroendevård. Socialstyrelsen har i öppna jämförelser tagit fram ett antal indikatorer för att följa utvecklingen i verksamheter på kommun-, läns- och riksnivå. Syftet är att de ska belysa olika förhållanden för att kunna mäta och följa upp kvaliteten i verksamheter. Tanken är också att analyser av resultaten ska ge en uppfattning av vad som kan behöva utvecklas för att stärka

kvaliteten i verksamheten. Öppna jämförelser område missbruk och beroende har besvarats av 296 (94 %) kommuner. I Gävleborgs län har åtta av tio kommuner besvarat enkäten.

En s.k. GAP-analys genomfördes 2016 av FoU Välfärd, Region Gävleborg på uppdrag av ledningsgruppen för *Gemensamma utgångspunkter missbruk och beroende vuxna*. Syftet var att utifrån Socialstyrelsens centrala rekommendationer för *Vård och stöd vid missbruk och beroende* analysera kommunernas och Region Gävleborgs användning av rekommenderade metoder, det s.k. ”gapet” mellan vad som rekommenderas och som görs i praktiken. Länets operativa välfärdsgrupper har distribuerat analysfrågorna till representanter inom kommunerna, hälso- och sjukvårdens beroendeenhet och psykiatri som besvarat frågorna.

### **Enkätundersökning**

En enkät har skickats ut till enhetschefer vid individ- och familjeomsorgernas vuxenenheter och enhetschefer alt. gruppleddare för öppenvård missbruk och beroende. Åtta av tio kommuner har besvarat enkäten, två kommuner har besvarat enkäten muntligt via telefon och övriga sex kommuner skriftligt. Enkäten har inriktats på att undersöka kommunernas syfte och mål med öppenvård, förväntade effekter av öppenvårdsinsatser, antal personer i öppenvård, om utbudet av öppenvårdsinsatser svarar mot brukarnas behov, framgångsfaktorer och hinder till lyckosam öppenvård, i vilken utsträckning systematisk uppföljning av öppenvård görs, utvecklingsbehov och möjligheter till samverkan.

### **Fokusgruppintervju**

En fokusgruppintervju har genomförts med personal vid Söderhamns Beroendecentrum i syfte att beskriva ett exempel på öppenvård i en av länets kommuner. Vid intervjun deltog fem kommunalt anställda behandlare, enhetschef samt en sjuksköterska anställd av Region Gävleborg. Intervjun bandades och har transkriberats för att underlätta resultatsammanställning och analys.

## Definitioner av begrepp

### Öppenvård

Med öppenvård avses all missbruks- och beroendevård som inte är heldygnsvård (SOU 2011:35) dvs. som inte är institutionsvård inom socialtjänsten eller sluten vård eller hemsjukvård inom hälso- och sjukvården. Statistiska centralbyrån (2015) och Socialstyrelsen (2016) delar in öppna insatser till vuxna med missbruk eller beroende i tre former:

- Bistånd som avser boende: gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktsinnehavare, sociala kontrakt eller liknande. Till öppenvård räknas inte boende i hem med HVB-tillstånd.
- Individuellt behovsprövade insatser t.ex. strukturerad dagvård, personligt råd och stöd och behandling eller kontaktperson.
- Övriga öppna insatser: insatser som ges till enskilda utan individuella beslut och utan krav på inskrivning t.ex. alkoholrådgivning, öppen träfflokal.

Definitionen av *öppenvård* i denna rapport utgår från ovanstående definition där öppna insatser indelats i: bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade insatser och övriga öppna insatser.

### Riskbruk

Riskbruk baseras på konsumtionsmått och är varken en diagnos eller en sjukdom. Begreppet syftar på konsumtionsnivåer som innebär en ökad risk för fysiska, psykiska och sociala konsekvenser men där diagnoserna för missbruk (skadligt bruk) eller beroende inte föreligger (Andersson & Spak, 2012:66 f.).

### Missbruk, skadligt bruk och beroende

Begrepp används olika och har olika betydelse beroende på yrkesgrupp och verksamhet. I denna rapport definieras missbruk, skadligt bruk och beroende utifrån de medicinska diagnosklassificeringssystemen Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) och International statistical classification of diseases and related health problems (ICD), versionerna DSM-IV och ICD-10. DSM har uppdaterats till en nyare version (DSM V) där missbruk- och beroendediagnoserna ersatts av begreppet *substansbrukssyndrom*. Men eftersom de flesta studier och nationella riktlinjer utgår från DSM IV grundar sig definitionerna av missbruk, skadligt bruk och beroende i denna rapport på den äldre versionen av DSM och på ICD-10.

### Missbruk

Missbruk definieras enligt DSM IV som ett skadligt bruk av psykoaktiva substanser som leder till funktionsnedsättningar eller lidande utan att beroende föreligger. Ett av fyra kriterium ska vara uppfyllt under en 12 månaders period: a)upprepad användning som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet, b)upprepad användning i riskfyllda situationer, c)upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket samt d)fortsatt användning trots återkommande problem

## Skadligt bruk

Skadligt bruk enligt diagnossystemet ICD-10 definieras som ett bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk.

## Beroende

Beroende ingår i de bägge diagnossystemen ICD-10 och DSM IV och innebär ett fortsatt högt substansintag trots negativa konsekvenser för hälsan, relationer och den sociala situationen. ICD-10 innehåller sex kriterier för beroende och DSM IV sju kriterier. För en beroendediagnos krävs minst tre uppfyllda kriterier den senaste 12-månaders perioden.

## Behandling

Med behandling avses åtgärder som syftar till att förebygga, bevara eller förbättra den enskildes hälsa. Inom missbruks- och beroendevården avses med behandling att systematiska och teoretiska metoder används för att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk eller beroende eller att minska de negativa konsekvenserna (Socialstyrelsen, 2007). Fyra kriterier ska vara uppfyllda för att en insats ska klassificeras som behandling. Metoderna ska ha stöd i forskning. Insatserna ska syfta till att avhjälpa eller lindra konsekvenser av missbruket. Den som utför behandlingen ska ha den kompetens som krävs. Behandlingen ska bedrivas i ett sammanhang som är avsett för behandling.

## Psykologisk och psykosocial behandling

Psykologisk och psykosocial behandling inom missbruks- och beroendevården utgår från ett psykosocialt synsätt med samtalet som bas. Förutom att de fyra kriterierna för behandling är uppfyllda fokuserar psykologisk och psykosocial behandling på den enskildes psykosociala livssituation samt avser att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar. Psykologisk behandling fokuserar mer på intrapsykologiska processer medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget. I de reviderade nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (2015) kan även psykosocial behandling innefatta åtgärder i form av information, rådgivning, hänvisning och kontakter med närstående.

## Psykosocialt stöd

Psykosocialt stöd syftar till specifika insatser som stabiliserar och vidmakthåller individens livssituation. Exempel på psykosocialt stöd kan vara insatser som syftar till att stärka självkänslan, underlätta social samvaro och kamratstöd, organisera livet utan alkohol och narkotika, förebygga återfall och motivation. Psykosocialt stöd innefattar även stödinsatser till boende, sysselsättning och försörjning.

## Lagstiftning, litteraturgenomgång och tidigare forskning

Nedan redogörs för lagstiftning, riktlinjer och tidigare forskning inom området missbruk och beroende som bedöms relevant för genomlysningen.

### **Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen: två utgångspunkter för missbruks- och beroendevård**

I Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap 7§ och 5 kap 1 och 9 § finns bestämmelser om socialtjänstens ansvar för missbruk, dels att förebygga missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel, dels att aktivt sörja för att den enskilde med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Därtill har socialtjänsten ett generellt ansvar för stödinsatser. Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) 4 kap 1 § har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och livsföring i övrigt. Vidare regleras i 3 kap. 2 § samma lag att socialnämnden ska främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning.

Missbruk och beroende ingår även i hälso- och sjukvård och regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1 § HSL). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Både kommun, hälso- och sjukvård har således ett ansvar för personer med missbruk eller beroende. Med stöd i lagstiftningen, SoL och HSL, kan några utgångspunkter urskiljas till vägledning för missbruks- och beroendevården. Vård, stöd och insatser till personer med missbruk eller beroende ska:

- inriktas på att förebygga substansmissbruk,
- sörja för att den enskilde får den hjälp den behöver för att komma ifrån missbruket,
- verka för god hälsa och god vård,
- ges på lika villkor,
- ges med respekt för människors lika värde,
- inriktas på stöd till den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller få dem tillgodosedda på annat sätt.

### **Missbruk/beroende – en bio-psykosocial förklaringsmodell**

En fråga som ofta uppkommer är – vilka utvecklar missbruk eller beroende och hur uppkommer problemet? Under åren har en rad olika förklaringsmodeller presenterats. Det finns idag inget vetenskapligt stöd för en enskild förklaringsmodell. Forskningen är däremot i stort eniga om att missbruk bör ses som ett tillstånd som förklaras multifaktoriellt dvs. utifrån ett bio-psyko-socialt teoretiskt perspektiv (Blomqvist, 2012; Berglund & Fahlke, 2012; Larsson, Lilja & von Braun 2012). Enligt West (2006) kan missbruk och beroende beskrivas som ett komplex samspel mellan individuella (biologiska och förvärvade) förutsättningar och omgivning; såväl strukturella som ibland oförutsedda.

## Behov av samverkan och målgruppspecifika insatser

Med en bio-psykosocial förklaringsmodell som utgångspunkt och missbrukets sociala, fysiska och psykiska konsekvenser för individen, ställs krav på biologisk, psykologisk och social kompetens inom missbruks- och beroendevården. Kraven förutsätter att samverkan kommer till stånd mellan kommun och landsting för att tillgodose behoven hos individen. I missbruksutredningen (SoU 2011:35, volym 1) poängteras behovet av en förbättrad samverkan mellan huvudmännen och slutrapporten innehöll krav på en stärkt samverkan.

Även bland olika yrkesgrupper finns en önskan om en ökad samverkan. Carlsson & Fahlke (2015) fann i en studie av attityder till samverkan mellan läkare, psykologer och socialsekreterare inom beroendevården (tre yrkesgrupper som tydligt representerar de biomedicinska, psykologiska och sociala perspektiven) ett uttalat behov av att samverka mer med varandra; framför allt önskade läkarna och socionomerna att samverka med varandra. I det praktiska arbetet med svåra missbruksfall upplevde socialsekreterarna behov av medicinska åtgärder och läkaren behov av hjälp med att lösa sociala problem.

Förutom behovet av en stärkt samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård lyfter missbruksutredningen (SoU 2011:35, volym 1) i sin analys fram behovet av att målgruppspecifika insatser utvecklas. I synnerhet ser utredningen att behandlings- och stödinsatser till personer med läkemedelsberoende, personer med missbruk av dopningsmedel, barn och ungdomar, gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning, äldre personer, kvinnor, män och personer med utländsk bakgrund utvecklas efter dess specifika behov. Analysen visar att utbudet ofta är begränsat i den meningen att endast en eller ett fåtal olika insatser erbjuds oberoende av målgruppens specifika behov. Utredningen anser att insatser i högre grad bör individualiseras och att verksamheter organiseras med större flexibilitet samt att utbudet diversifieras i stället för en rad målgruppspecifika enheter. Särskilt i områden med begränsat befolkningsunderlag.

## Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2007 har reviderats och redovisas i Socialstyrelsens rapport *Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning* (2015). Riktlinjerna innehåller rekommendationer för vård och stöd vid missbruk och beroende och omfattar följande områden: bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem. I riktlinjerna rangordnas åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *bör* eller *kan* erbjuda. De rangordnade rekommendationerna redovisas enligt en prioriteringsskala från 1 till 10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst. Syftet med riktlinjerna är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom området. Målet är att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt bidra till att brukare får en jämlik och god vård. Rekommendationerna har tre tänkta användningsområden:

- Att ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrfrågor, t.ex. utgöra ett underlag vid fördelning av resurser eller när vården ska ändra ett arbetssätt eller organisation.
- Att utgöra ett underlag när hälso- och sjukvård och socialtjänst tar fram regionala och lokala vårdprogram.

- Att, i form av bästa tillgängliga kunskap, ge hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal vägledning i beslut för enskilda personer (förutsatt att hänsyn tagits till patienters, brukares eller klienters särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella kunskapen).

Nedan kommer en kort sammanfattning av de metoder som har bäst bevisad effekt. För en mer utförlig beskrivning av respektive metod hänvisas till Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2015), *Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.

### Psykologisk och psykosocial behandling

Vid missbruk och beroende av alkohol rekommenderas i första hand:

- Motivationshöjande behandling s.k. MET.
- Kognitiv beteendeterapi (KBT).
- Återfallsprevention (ÅP).
- 12-stegsbehandling.
- Community Reinforcement Approach (CRA).
- Social Behaviour Network Therapy (SBNT).

Vid missbruk och beroende av bensodiazepiner, cannabis, centralstimulerande preparat och opiater rekommenderas att psykologisk och psykosocial behandling erbjuds. Vid opiatberoende rekommenderas psykologisk och psykosocial behandling i kombination med läkemedels-assisterad behandling. Metoder som har hög prioritet är:

- Kognitiv beteendeterapi (KBT).
- Återfallsprevention (ÅP).
- Community Reinforcement Approach (CRA)
- 12-stegsbehandling (vid missbruk eller beroende av centralstimulantia).

### Psykosociala stödinsatser

Riktlinjerna rekommenderar främst tre typer av stödinsatser: stöd till arbete och boende, samordning av olika myndigheters insatser och stöd till anhöriga. Stöd till arbete utgår från att ett arbete innebär möjlighet till försörjning och har ett starkt samband med framgång och fullföljande av behandling. Likaså är ett stabilt boende en förutsättning för att kunna delta i behandling. Riktlinjerna rekommenderar därför insatser som främjar boendestabilitet och sysselsättning. De metoder som rekommenderas är:

- Arbetsförberedande träningsmodeller: innefattar metoder som är utformade för att öka anställningsbarheten genom förmedling av kunskaper och praktiska färdigheter som behövs för en anställning inom ett visst yrke.
- IPS (från engelskans ”Individual Placement and Support”): en form av arbetslivsinriktad rehabilitering som riktar sig till personer som är motiverade att arbeta. Modellen är en utveckling av metoden *individanpassat stöd i arbete*. Grundtanken är att individen ges ett avlönat arbete på en vanlig arbetsplats med tillgång till kontinuerligt stöd och service.
- Personellt boendestöd: ett individanpassat stöd där personer stöttas i att hantera sådant i vardagen som är relaterat till bostaden. Det kan handla om såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka förmågan att klara av vardagen i bostaden och i samhället.
- Boendeinsatser vid hemlöshet: insatser i form av vårdkedja och boende först. Vårdkedja bygger på tanken om att personen med hjälp av vård och stöd ska ”lära sig att bo” och därigenom att ta sig vidare, i olika steg i en viss ordning, till ett stabilt boende. Boende först bygger på att personen först erbjuds en bostad med eget kontrakt i det ordinarie bostadsbeståndet och sedan erbjuds fortsatt stöd och vård.

I riktlinjerna poängteras att ansvaret för att utveckla, driva och stödja arbetslivsinriktade insatser ligger hos flera myndigheter och förutsätter samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, olika kommunala verksamheter och arbetsgivare.

Den andra typen av stödinsatser som rekommenderas handlar om att samordna flera olika insatser från olika myndigheter och verksamheter samtidigt. Ofta har personer med missbruk och beroende behov av vård och stöd från flera olika myndigheter samtidigt. De metoder som rekommenderas är:

- Individuell Case Management i form av Strengths Model till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning.
- Case management i form av integrerade eller samverkande team till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom.

Den tredje typen av stödinsatser som rekommenderas riktas till anhöriga som lever i närheten av en person med missbruk och beroende. Här rekommenderas stöd i form av AI- eller Nar-anon-inspirerade program och CST (från engelskans ”Coping Skills Training) vilka har visat effekt på anhörigas känslomässiga och sociala funktion (Socialstyrelsen, 2015) samt CRAFT (från engelskans ”Community Reinforcement Approach and Family Training”) som riktar sig till anhöriga som vill förmå en person att söka och ta emot behandling för missbruk och beroende.

### **Behandling vid samsjuklighet**

Vid samsjuklighet dvs. personer som har ett diagnostiserat missbruk eller beroende och någon annan form av psykiatrisk störning, rekommenderar riktlinjerna att hälso- och sjukvård samt socialtjänst erbjuder integrerade behandlingsmetoder som fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet samtidigt. Detta bör ske inom ramen för en psykologisk och psykosocial behandlingsmodell. Vid missbruk eller beroende och svår psykisk sjukdom rekommenderas case management i integrerade eller samverkande team.

### **Bedömningsinstrument och medicinska test**

Bedömningsinstrument syftar till att underlätta beslut om behandling och följa utfall av åtgärder. För identifiering av alkohol och narkotiska problem föreslås AUDIT och DUDIT. Till underlag för diagnostik av skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och narkotika föreslås ADDIS, SCID I och MINI. SCID I och MINI ger också information om psykiatrisk samsjuklighet. ASI för vuxna och ADAD för ungdomar rekommenderas för att bedöma hjälpbehov.

Medicinska test är ett komplement till självrapport och klinisk intervju. Här rekommenderas EtG och EtS i urin för att påvisa nyligt intag av alkohol. PEth och CDT rekommenderas för att påvisa långvarigt högt intag av alkohol. För att påvisa intag av narkotika rekommenderas urinprover som analyseras vid laboratorier. Snabbtest med urin bör endast användas i situationer som kräver ett snabbt svar och kan inte ligga till grund för beslut om t.ex. tvångsvård eller kontraktsvård.

### **Läkemedelsbehandling**

Riktlinjerna rekommenderar att personer med alkoholberoende bör erbjudas behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon beroende på om syftet är att uppnå helnykterhet eller



en icke riskfylld konsumtion. För personer med långvarigt bensodiazepinmissbruk eller beroende föreslås nedtrappning och personer med missbruk eller beroende av opioider bör erbjudas läkemedelsassisterad behandling med bruprenorfin-naloxon eller metadon.

### **Behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem**

Ungdomar kräver särskilda interventioner som är utarbetade efter ungdomar och deras förutsättningar. Underlaget för rekommendationerna grundar sig i huvudsak på ungdomar i åldersspannet 10–23 år där 16-åringar varit i majoritet och missbruket eller beroendet handlade om alkohol eller cannabis.

Till ungdomar rekommenderas interventioner som bygger på motivationstekniker så som MI och MET eller på en kombination av detta och KBT, samt behandling baserad på familjeterapi där hela eller delar av familjen involveras t.ex. FFT (från engelskans ”Functional Family Treatment”) eller MDFT (från engelskans ”Multidimensional Family Treatment”).

### **Uppföljning av resultat – tjänar flera syften**

Hur vet vi att missbruks- och beroendevården kommer den enskilda individen till nytta och är kostnadseffektiv? För att svara på frågan krävs ändamålsenliga systematiska uppföljningar. Att systematiskt följa upp innebär att regelbundet och metodiskt dokumentera behov, insatser och resultat för enskilda personer och sedan sammanställa det på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamheten (Socialstyrelsen, 2014). Nyttan och användningen av systematisk uppföljning är att synliggöra verksamheten och nyttan för klienterna. Det kan också bidra till ett verksamhetsnära förbättringsarbete samt till strategisk styrning och ledning av resurser på både lokal, regional och nationell nivå. Systematisk uppföljning är också en förutsättning för forskning och nytänkande. Det underlättar skapandet av beprövad erfarenhet som utgångspunkt för värdering av nya metoder och bedömningsmetoder baserade på det egna arbetet och dess resultat (Vårdanalys, 2016, Socialstyrelsen 2014).

### **Vilka resultat ska följas upp?**

Idag saknas en gemensam syn på vilka resultat missbruks- och beroendevården bör eftersträva. De inriktningar och mål som anges i Socialtjänstlagen och i Hälso- och sjukvårdslagen är av övergripande karaktär. Men vad är egentligen god vård, god hälsa för individen? Vilken hjälp och stöd behöver individen? Rapporten *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning och resultat ur ett patient- och brukarperspektiv* (Myndigheten för Vårdanalys, 2016) menar att ändamålsenlig uppföljning inkluderar både uppföljning av strukturer, processer och resultat. Att följa upp strukturer handlar om resurser och förutsättningar som verksamheter har till sitt förfogande, t.ex. lokaler, utrustning, rutiner, personal och kompetens. Processer handlar om de aktiviteter som utförs; vilka och hur de genomförs. Exempel på strukturinriktad och processinriktad uppföljning är Socialstyrelsens öppna jämförelser, lägesrapporter, statistikrapporter, årsrapporter från Svenskt beroenderegister (SBR) och rapporter från Satens Institutionsstyrelse (SiS) om tvångsvård enligt LVM. Uppföljning av resultatet ska beskriva de effekter aktiviteter är tänkta att leda till. I rapporten understryks vikten av att det är resultaten av insatserna som är det primära för klienter, patienter, brukare och deras närstående. Utan uppföljning går det inte att avgöra om insatserna eller verksamheterna leder till det önskade resultatet. Rapporten pekar på att den uppföljning av missbruks- och beroendevården som görs idag till stora delar handlar om strukturer och processer. Vid resultatuppföljning av insatser är det viktigt att involvera brukarna för att avgöra vad som ska föl-

jas upp. Vad vill brukarna uppnå med sin behandling? I den studie som ligger till grund för rapporten intervjuades ett femtital företrädare för patient-, brukar- och närståendeorganisationer, socialtjänsten, hälso- och sjukvården, myndigheter och akademien. Utifrån intervjuerna utarbetades ett ramverk med fokus på *vad* brukare vill uppnå med sin behandling. Syftet med ramverket är att ringa in prioriterade resultatområden för en bred och heterogen grupp, där olika personer har olika behov och förutsättningar. Studien beskriver vad brukarna själva prioriterar för önskvärda resultat: totalt 12 centrala resultatområden som rör hälsa, relationer, sociala och psykosociala faktorer. Ramverket med resultatområden redovisas i figur 1 nedan och består av tre olika delar. Den första delen är motivation till förändring och utgör själva kärnan i ramverket. Den andra delen är det önskade resultatet och den tredje och sista delen är att uppnå de övergripande målen. En individs väg till förbättring kan ses som en process från ramverkets innersta kärna ”Jag kan och vill förändra mitt beteende” till dess yttersta del ”Jag har ett gott och värdigt liv”. Ramverkets olika delar kan påverka varandra och variera över tid. De olika resultatområdena kan hänga samman med och påverka varandra, liksom att uppnådda resultat kan påverka motivationen till förändring.



Figur 1. Ramverk över brukares önskvärda resultat av behandling.  
Källa: Myndigheten för vård analys (2016). Sid. 30.

Behandlingsmål är individuella och måste bygga på personens egen motivation. Målen kan också förändras under behandlingens gång. Ofta handlar det om att minska konsumtionen, uppnå alkoholfria dagar, total alkoholfrihet eller minska risken för återfall. Målen kan även handla om stödåtgärder för att den enskilde ska kunna gå tillbaka till arbete eller få ett eget boende. ([www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se))

I första hand syftar behandling till att begränsa alkoholkonsumtionen och i andra hand till en ökad psykisk och social funktionsnivå.

### **Varför kommer de tillbaka?**

Under åren 2011-2014 pågick, med stöd av SKL och Kunskap till praktik, ett projekt i sex län med att genomföra mångbesökarkartläggningar inom missbruksområdet. Mångbesökarmodellen har sitt ursprung i Äldrecentrum i Stockholm och är en metod för att systematiskt kartlägga och analysera vård och omsorg ur ett individ- och systemperspektiv. Mångbesökarkartläggningar har även använts inom missbruksområdet. Med mångbesökare avses personer med komplexa problem, som har behov av samordnade insatser från flera huvudmän, där missbruksproblem utgör ett problem och som återkommer till missbruks- och beroendevården. Metoden är ett sätt att skaffa lokal kunskap om hur vårdsystemets olika delar samverkar runt enskilda individer och hur individen uppfattar att vård, stöd och bemötande svarar mot de egna problemen och behoven. Resultaten från mångbesökarkartläggningarna där totalt 70 autentiska fall har kartlagts och analyserats, redovisas av Åsa Bringlöv FoU Södertörn (2016) i rapporten: *Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av Mångbesökarkartläggningar i sex län*. Resultaten är inte nya eller okända men bidrar till en helhetsbild och visar på en rad problem som är kopplade till att de insatser som erbjuds inte svarar mot individens behov och sammansatta problem: att vård och stöd ofta utgår från befintliga insatser och inte från individens behov, att vård och stöd inte utformas utifrån att rehabiliteringsprocessen vid tungt missbruk ofta är lång och rentav livslång, att ett anpassat mottagande och bemötande i det akuta skedet ofta saknas och därför inte lyckas fånga upp och behålla individen, att det saknas beredskap att hantera avbrott samt att metoder och arbetssätt som bidrar till en långsiktig hållbar lösning för individen saknas. Vidare visade analysen svaga punkter då avbrott är vanliga; under insatser och i de glapp som uppstår mellan eller efter olika insatser.

Utifrån resultaten föreslås följande områden ha potential att fånga upp och behålla individen längre:

- högre grad av omhändertagande,
- stöd genom hela rehabiliteringsprocessen, och
- utveckling av öppenvård med utgångspunkt från individens behov av behandling, stöd, gemenskap, mening och sysselsättning.

## Resultatredovisning

### Kostnader och antal brukare i öppenvård

I avsnittet nedan redovisas några siffror om antalet individer som tar del av öppenvårdsinsatser i missbruksvården hämtade från Kolada, SCB, Socialstyrelsen och den enkät som besvarats av enhetschefer inom den kommunala missbruksvården i Gävleborg. Därefter redovisas kostnader för öppenvård jämfört med övrig missbruksvård med hjälp av uppgifter hämtade från Kolada.

### Antal brukare i öppenvård

Med öppenvårdsinsatser avses all missbruks- och beroendevård som inte är heldygnsvård (SOU 2011:35) dvs. som inte är institutionsvård inom socialtjänsten eller sluten vård eller hemsjukvård inom hälso- och sjukvården. Öppna insatser till vuxna med missbruk och beroende delas in i tre former: bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade insatser och övriga öppna insatser. För en mer utförlig beskrivning av de tre formerna se sid 9. För att försöka besvara frågeställningen: Hur många tar del av kommunala öppenvårdsinsatser i Gävleborg? samt för att få en bild av öppenvårdens utveckling över tid har de mätningar som Socialstyrelsen gör årligen den 1 november av antalet individuellt behovsprövade öppna insatser studerats. I tabell 1 nedan redovisas antalet personer i öppen vård, individuellt behovsprövade insatser för länet 2011–2015. År 2012 var antalet personer i öppenvård med individuellt behovsprövade insatser som högst i länet, totalt 360 personer. Därefter har antalet sjunkit till 273 personer den 1 november 2015. Den största minskningen står Gävle och Söderhamn för.

Tabell 1. Vuxna personer med missbruk och beroende, Antal personer den 1 november i individuellt behovsprövade öppna insatser. Båda könen. Källa: Socialstyrelsen.

	2011	2012	2013	2014	2015
Ockelbo	8	12	10	38	21
Hofors	16	13	18	X	5
Ovanåker	12	16	X	X	6
Nordanstig	4	7	X	8	9
Ljusdal	20	20	28	16	18
Gävle	101	139	120	104	89
Sandviken	27	21	37	27	33
Söderhamn	64	88	60	49	64
Bollnäs	16	20	16	15	10
Hudiksvall	14	24	28	21	18
Gävleborgs län	282	360	322	288	273

Utöver de individuellt behovsprövade öppna insatserna erbjuder flera kommuner insatser utan biståndsbeslut s.k. serviceinsatser. Eftersom serviceinsatser inte dokumenteras och därmed inte rapporteras till offentliga register saknas uppgifter om omfattningen. I ett försök att inhämta mer exakta uppgifter ombads kommunerna svara på en enkät där enhetschefer för

kommunal missbruksvård i länet skulle rapportera hur många personer som tagit del av öppenvårdsinsatser under 2016 fördelat på; bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade insatser samt övriga öppna insatser (serviceinsatser). Åtta av tio kommuner besvarade enkäten. Sju kommuner rapporterade antalet individer som varit aktuella 2016 i de tre insatsformerna fördelat på kön. En kommun har rapporterat ungefärliga uppgifter. Resultaten redovisas i tabell 2 nedan. Två kommuner, Bollnäs och Hofors, skiljer sig från övriga kommuner; Bollnäs genom att brukare enbart tagit del av *övriga öppna insatser* s.k. serviceinsatser och Hofors genom att brukare enbart tagit del av behovsprövade insatser under 2016. I övriga sex kommuner har brukare tagit del av olika typer av stödinsatser. Notera att tabell 2 inte säger något om antalet unika personer. En och samma person kan ha tagit del av alla tre kategorierna av öppenvård. Totalt har 1668 öppenvårdsinsatser för missbruk eller beroende fördelat på åtta kommuner noterats under 2016.

Vid seminarium med inbjudna enhetschefer och företrädare för kommunal öppenvård framkommer att en kommun valt att öppenvårdsinsatser ska erbjudas utan krav på biståndsbeslut samt att några kommuner valt att alla öppenvårdsinsatser ska föregås av biståndsbeslut. Det förklarar varför någon kommun redovisat 0 individuellt behovsprövade insatser och att andra redovisat 0 övriga öppna insatser. I Socialtjänstlagen 3 kap. 1 och 6§§ finns stöd för att erbjuda insatser till enskilda i form av service. Till service räknas insatser som är allmänt inriktade och generellt utformade (prop. 1979/80:1 Del A. Om socialtjänsten, s. 152) t.ex. information, rådgivning och stöd. Om en erbjuden insats är anpassad till den enskildes behov förutsätter det att den föregåtts av en prövning av det aktuella behovet och kan inte ges som service. En sådan insats kan endast beviljas med stöd av 4 kap. 1§ SoL.

Vi kan konstatera att Socialstyrelsens statistik över antalet personer i individuellt behovsprövade insatser den 1 november och enkätsvaren från enhetschefer inte ger någon heltäckande bild av antalet individer i öppenvård. Socialstyrelsens statistik omfattar varken öppenvårdsinsatser som avser boende eller övriga öppenvårdsinsatser (serviceinsatser) och alla kommuner för inte statistik över de olika öppenvårdsinsatserna och kan därmed inte svara. Statistik skulle göra det möjligt, att mera ingående studera förändringar av antalet personer i öppenvårdsinsatser, och tillsammans med annan data, bidra till bättre analyser av behoven. Till exempel skulle antalet personer som tar del av övrig öppenvård kunna studeras över tid och jämföras med antalet som tar del av individuellt behovsprövade insatser för att med säkerhet avgöra om antalet individer i öppenvård minskar eller ökar.

Tabell 2. Antal individer i öppenvård 2016 fördelat på kategorierna; bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade insatser och övriga öppna insatser. Antal män respektive kvinnor i de tre kategorierna och det totala antalet.

	Antal individer som beviljats bistånd som avser boende		Antal individer som beviljats individuellt behovsprövade insatser		Antal individer i övriga öppna insatser (serviceinsatser)		Totalt
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	
Bollnäs	0	0	0	0	270	130	400
Gävle	Svar saknas		ca 300		ca 400		700
Hofors	0	0	26	6	0	0	32
Hudiksvall	17	3	87	39	40	8	194
Ljusdal	2	0	54	19	?		75
Ockelbo	4	2	27	18	4	5	60
Sandviken	9	0	44	34	0	0	87
Söderhamn	11	16	56	31	6	0	120
Länet Totalt	64		741		863		1668

### Jämförelse av behovsprövade insatser, frivillig institutionsvård och LVM

Om vi jämför antalet inskrivna i behovsprövade öppenvårdsinsatser med antalet inskrivna i frivillig institutionsvård den 1 november 2011–2015, har antalet i frivillig institutionsvård varit relativt konstant i länet som helhet, mellan 95–103 individer/år, se tabell 3. Det totala antalet inskrivna i frivillig institutionsvård under samma period är också relativt konstant, ca 350 individer/år, se tabell 4 nedan. Trenden tycks vara att antalet individer i öppenvård minskar något medan antalet personer i frivillig institutionsvård ligger kvar på en konstant nivå i länet liksom i riket. Dock förekommer variationer bland kommunerna där de olika vårdformerna både har ökat och minskat under tidsperioden. Trots det är det totala antalet individer i individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser betydligt fler än det totala antalet individer i frivillig institutionsvård den 1 november under den studerade tidsperioden. T.ex. var det 273 individer i individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser och 103 individer i frivillig institutionsvård den 1 november 2015.

Vid seminarium med enhetschefer och företrädare för kommunal öppenvård diskuterades orsakerna till att individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser tycks minska. En möjlig förklaring som nämns är att arbetsgivare i större utsträckning bekostar behandling. I några kommuner t.ex. i Bollnäs köper arbetsgivare platser i öppenvårdsbehandling. Andra förklaringar till minskat antal personer i individuellt behovsprövade insatser kan vara ett mer aktivt förebyggande arbete i form av rådgivning och ”drogfri skola”<sup>3</sup>, stöd till anhöriga och att vissa målgrupper inte lämpar sig för öppenvård t.ex. unga personer som är inblandade i gängkriminalitet och personer med tungt missbruk. Ytterligare en förklaring kan vara brist på bostäder. Individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser förutsätter att personen har någonstans att bo. Men ovanstående förklaringar är hypoteser. För att kunna göra korrekta analyser krävs bättre systematiska uppföljningar.

<sup>3</sup> Drogfri skola är en metod för att tidigt upptäcka narkotikamissbruk. Fokus är på aktiv samverkan med skola och föräldrar. All skolpersonal utbildas i hur man tidigt upptäcker narkotikamissbruk och bistås vid behov av stödinsatser från kommunens öppenvård.

Tabell 3. Antal vuxna personer med missbruk och beroende, den 1 november i frivillig institutionsvård. Antal. Båda könen. Källa: Socialstyrelsen.

	2011	2012	2013	2014	2015
Gävleborgs län	95	96	118	98	103
Ockelbo	X	X	6	X	7
Hofors	X	4	X	6	X
Ovanåker	0	0	0	0	0
Nordanstig	X	X	6	X	X
Ljusdal	X	7	X	8	5
Gävle	35	33	42	27	33
Sandviken	18	12	29	23	36
Söderhamn	4	4	8	9	0
Bollnäs	X	9	5	4	11
Hudiksvall	26	22	16	14	6

Tabell 4. Personer i frivillig institutionsvård under året. Antal, både män och kvinnor. Källa: Socialstyrelsen.

Antal personer i frivillig institutionsvård under året					
	2011	2012	2013	2014	2015
Gävleborgs läns	345	350	389	356	350
Ockelbo	13	7	6	10	11
Hofors	12	12	12	10	X
Ovanåker	0	0	0	0	X
Nordanstig	8	8	13	8	15
Ljusdal	13	20	21	19	22
Gävle	106	126	123	110	121
Sandviken	63	59	73	78	81
Söderhamn	31	11	45	48	19
Bollnäs	25	31	25	18	28
Hudiksvall	74	76	71	55	47

En annan trend är att antalet individer i länet som skrivs ut från LVM har ökat under samma tidsperiod, från 50 individer 2012 till 65 individer 2015, se tabell 5 nedan. En trend som inte bara gäller för Gävleborg utan för hela landet (Socialstyrelsen, 2016).

Tabell 5. Utskrivna personer i vård enligt LVM. Antal. Källa: Socialstyrelsen.

Antal utskrivna personer i vård enligt LVM					
	2011	2012	2013	2014	2015
Gävleborgs län	50	43	47	60	65

## Kostnader

Diagram 1 nedan illustrerar hur kostnader för kommunernas missbruksvård avseende vuxna 2016 fördelas mellan öppenvård, frivillig institutionsvård och frivillig vård totalt. Kostnad

öppenvård (blå staplar) innefattar alla individuellt behovsprövade öppna insatser, bistånd som avser boende och övriga öppna insatser t.ex. rådgivning. Övrig missbruksvård (röda staplar) avser frivillig institutionsvård och vård i familjehem. Som vuxen person avses här person som är 21 år eller äldre. Av diagrammet kan vi utläsa att Gävle avviker från övriga länet med att ha högre kostnader för *öppenvård* än *övrig missbruksvård*. För länet som helhet utgör kostnader för *öppenvård* en dryg tredjedel av den totala kostnaden för missbruksvård. I små kommuner kan dock enskilda individers behov av långvariga placeringar vid HVB vissa år avspeglade sig i höga kostnader för övrig missbruksvård och därmed för de totala kostnaderna för missbruksvård och ge en missvisande bild. Troligtvis är det förklaringen till Nordanstigs höga kostnader per invånare för missbruksvård.

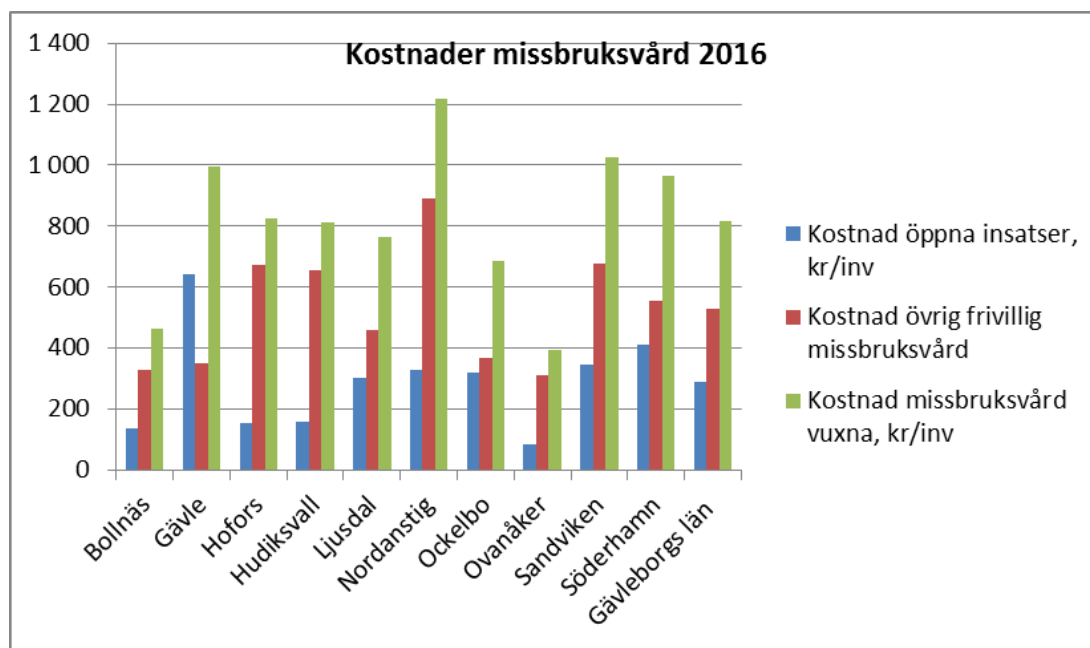


Diagram 1. Kostnader för missbruksvård, vuxna 2016, fördelat på öppenvård och övrig frivillig missbruksvård. Kostnaderna avser bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting för missbruksvård vuxna, dividerat med antal invånare totalt den 31 december 2016. Kr/invånare.  
Källa: Kolada.

Diagram 2 nedan illustrerar kostnader för öppna insatser<sup>4</sup> fördelat på kronor per invånare år 2011–2016. Vi kan se att Gävle och Söderhamn har de högsta kostnaderna för öppenvård i länet. Det kan förklaras med att de har satsat på en utbyggnad av öppenvård i form av kompetenshöjning bland personal, ökat utbud av metoder och arbetssätt. Hudiksvall och Bollnäs har däremot låga kostnader för öppenvård i jämförelse med liknande kommuner<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Öppna insatser innefattar bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade öppna insatser och övriga öppna insatser t.ex. alkoholrådgivning, träfflokal.

<sup>5</sup> I Kolada används *liknande kommuner* vilket är en jämförelsegrupp med 7 kommuner som strukturellt liknar de kommuner som är i fokus, i det här fallet Hudiksvall och Bollnäs. *Liknande kommuner* som jämförelsegrupp finns på kommunal nivå för olika verksamhetsområden, till exempel Individ- och familjeomsorg, samt för en övergripande nivå. Vilka som väljs ut som *liknande kommuner* baseras till största del på referenskostnaden (70 procent), men också på invånarantal (30 procent). Referenskostnaden bygger på kostnadsutjämnningen och indikerar vad respektive verksamhet borde kosta, enligt kostnadsutjämnningssystemet, om kommunen bedriver den verksamheten med genomsnittlig ambitionsnivå och effektivitet. De kommuner som ligger närmast varandra vad gäller förväntad kostnad för en verksamhet samt invånarantal bildar alltså en jämförelsegrupp.



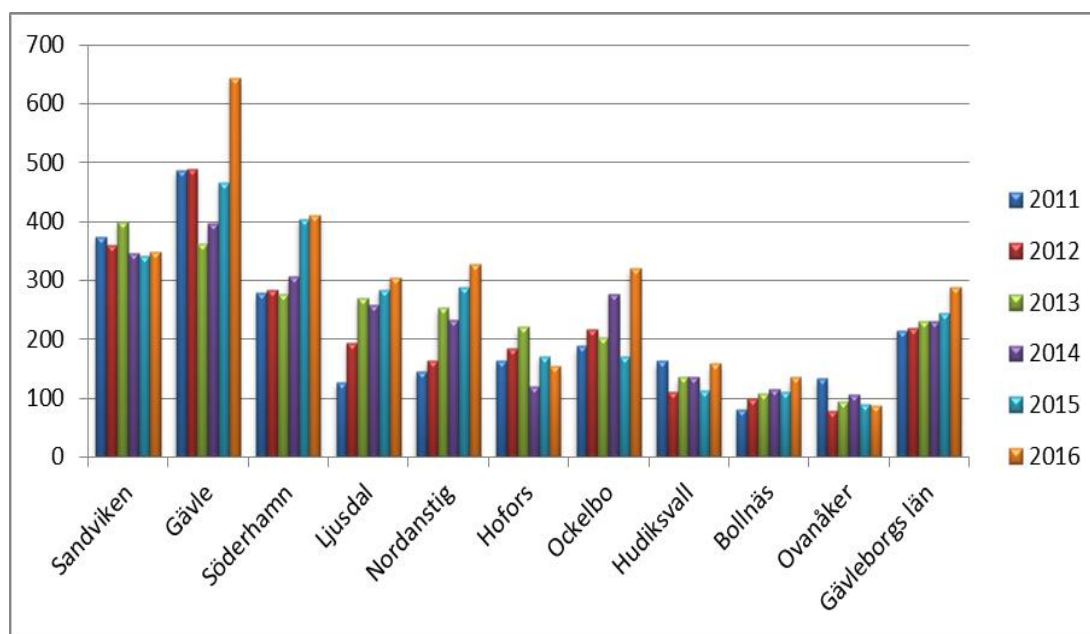


Diagram 2. Kostnaderna avser bruttokostnader minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting för öppna insatser avseende vuxna personer med missbruksproblem, dividerat med antal invånare totalt den 31 december. Kr/invånare, år 2011–2016. Källa: Kolada.

Ett sätt att studera var tyngdpunkten i öppenvårdsinsatser ligger är att titta på hur kostnader för olika öppenvårdsinsatser fördelar sig. I tabell 6 nedan redovisas kostnader för öppenvård vuxna 2016 uppdelat på *bistånd som avser boende* (inackorderingshem, jourlägenhet, härbärg, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet etc.), *behovsprövade individuella insatser* och *övriga öppna insatser* (rådgivning, öppen träfflokal etc.). Kostnaderna är dividerade med antal invånare den 31 december. Av tabellen kan vi utläsa att: en kommun (Hofors) endast har kostnader som avser öppna serviceinsatser, fem kommuner (Gävle, Hudiksvall, Ljusdal, Nordanstig och Ovanåker) har enbart kostnader för behovsprövade insatser, fyra kommuner (Bollnäs, Ockelbo, Sandviken och Söderhamn) har kostnader för både individuellt behovsprövade insatser i öppenvård och serviceinsatser. Resultaten skulle kunna tolkas som att några kommuner inte erbjuder serviceinsatser (övriga öppna insatser). En rundringning till kommunerna visar att samtliga kommuner erbjuder serviceinsatser, i de flesta fall i form av 3–5 rådgivningssamtal men även anhöriggrupper, möteslokaler, motivation och stödgrupper förekommer som service. Vissa kommuner för statistik över antalet individer som berörs av dessa insatser men redovisar inte kostnaderna medan andra redovisar kostnader men för ingen statistik över antalet individer.

Tabell 6. *Kostnader för öppenvård avseende vuxna missbrukare 2016: bistånd som avser boende, behovsprövade individuella insatser, övrig öppenvård och öppenvård totalt kr/inv. Källa: Kolada,*

	Öppna insatser boende, behovs- prövat	Öppna insatser, individuellt behovsprövade	Övriga öppna insatser	Kostnad öppna insatser totalt
Bollnäs	0	17	118	135
Gävle	496	148	0	644
Hofors	0	0	153	153
Hudiksvall	13	145	0	158
Ljusdal	52	252	0	304
Nordanstig	0	327	0	327
Ockelbo	0	185	134	319
Ovanåker	29	58	0	86
Sandviken	278	36	35	348
Söderhamn	227	107	76	410
Gävleborgs län	110	127	52	288
Riket	227	110	62	399

## Öppna jämförelser och GAP-analys

Avsnittet nedan redovisar några resultat från öppna jämförelser och GAP-analys som bedöms relevanta för genomlysningen. Följande data från 2016 års öppna jämförelser redovisas: kunskapsbaserad verksamhet, självbestämmande och integritet, samt tillgänglighet.

### Kunskapsbaserad verksamhet

En kunskapsbaserad verksamhet utgår från att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att den enskildes erfarenheter tas tillvara. Indikatorerna i öppna jämförelser baseras på aktuell forskning, beprövad erfarenhet, lagstiftning och utgår från ett brukarperspektiv. I tabell 7 nedan redovisar några av de indikatorer som rör område missbruk och beroende och bygger på rekommendationer i de nationella riktlinjerna om vård och stöd vid missbruk och beroende.

### Samsjuklighet

Case Management i form av *Integrerade team* eller *Strengths models* är två metoder som rekommenderas till personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom som är i behov av samordning av sina vård- och stödinsatser. I öppna jämförelser, tabell 7, kan vi se att ett fåtal, tre av åtta kommuner erbjuder *Integrerade team* och två av åtta kommuner erbjuder *Strengths models*. GAP-analysens resultat skiljer sig lite åt från öppna jämförelser och visar att fyra kommuner använder metoden *Integrerade team* och en kommun använder *Strengths models*. För att undersöka i vilken omfattning metoderna används gjordes en rundringning bland enhetschefer inom de individ- och familjeomsorgsverksamheter i de kommuner som svarat att de använder metoderna. Rundringningen visar att Ljusdals kommun har en behandlare med kompetens i Case Management och att metoden har använts vid ett par tillfällen. I Söderhamns kommun använder omvårdnadsförvaltningens boendestödare Case Management och Sandvikens kommun har sedan ett par år utvecklat ett integrerat team i sam-

arbete mellan individ- och familjeomsorg och socialpsykiatri. Sammantaget visar öppna jämförelser och GAP-analysen att användande av rekommenderade metoder riktade till personer med missbruk eller beroende och samtidig psykisk sjukdom används i liten omfattning.

### Missbruk och beroende av alkohol, centralstimulantia eller cannabis

Enligt öppna jämförelser erbjuder samtliga kommuner minst en manualbaserad insats, se tabell 7. I GAP-analysen framträder en mer nyanserad bild. Vad gäller rekommenderade manualbaserade insatser för tillstånden alkohol-, centralstimulantia- och cannabisberoende erbjuder alla kommuner ett flertal insatser. De vanligaste metoderna som erbjuds är MET, ÅP kombinerat med MI, 12-stegsbehandling och CRA. Vid missbruk och beroende av cannabis erbjuder alla kommunerna någon metod, i de flesta fall ÅP kombinerat med MI och HAP. Några kommuner erbjuder även kognitiv beteendeterapi; tre kommuner har personal som är utbildade i metoden och en kommun köper tjänsten vid behov.

Rekommendationerna innehåller även nätverks- och parterapi som komplement till annan behandling vid alkohol- eller narkotikaproblem. Två kommuner erbjuder nätverksterapi varav den ena också erbjuder parterapi. Bägge kommunerna köper tjänsterna.

### Missbruk och beroende av opiater

Vid missbruk och beroende av opiater rekommenderar de nationella riktlinjerna kombinationer av psykologiska, psykosociala och läkemedelsassisterade insatser. GAP-analysen visar att två av tio kommuner använder de rekommenderade metoderna vid missbruk och beroende av opiater. Gävle och Hudiksvall använder, i samarbete med Region Gävleborgs hälso- och sjukvård, läkemedelsassisterad behandling kombinerat med ÅP. Region Gävleborgs hälso- och sjukvård använder inte någon av de rekommenderade kombinationerna av behandlingar i övriga kommuner. Det betyder att utbudet av insatser till personer med missbruk och beroende av opiater i länet är begränsat. I huvudsak används läkemedelsassisterad behandling inom hälso- och sjukvården eller psykosociala insatser inom kommunernas öppenvård. Individer med opiatberoende har därmed inte tillgång till kombinationer av olika behandlingsformer.

### Stöd till närstående

Öppna jämförelser, tabell 7 visar att tre av åtta kommuner erbjuder minst ett manualbaserat stödprogram till närstående. GAP-analysen ger en annan bild och visar att betydligt fler kommuner, åtta av tio, använder någon av de rekommenderade metoderna. Den vanligaste metoden som erbjuds anhöriga är al-anoninspirerade stödprogram, vilket sju kommuner erbjuder, och fyra kommuner erbjuder CRAFT (från engelskans ”Community Reinforcement Approach and Family Training”). Bedömningen är att GAP-analysen är mer tillförlitlig eftersom den skickats ut och besvarats av enhetschefer på operativ nivå med god kännedom om verksamheterna. Vem som besvarat öppna jämförelser är dock okänt.

### Boendeinsatser

Nationella riktlinjer rekommenderar två boendeinsatser, *bostad först* och *vårdkedja*. En kommun, Ockelbo, erbjuder *bostad först* och fyra av åtta kommuner erbjuder *Vårdkedja*.<sup>6</sup> Resultaten från öppna jämförelser visar att fyra kommuner inte använder någon av de rekommenderade boendeinsatserna. GAP-analysen tar inte upp stödinsatser som främjar boendestabilitet.

<sup>6</sup> De bägge boendeinsatserna har i de nationella riktlinjerna prioritet 4 på en 10-gradig skala där 1 är det högsta värdet och 10 det lägsta.

Tabell 7. Indikatorer för kunskapsbaserad verksamhet inom missbruk och beroendevård, Öppna jämförelser 2016. Rekommenderade insatser. Kommuner i Gävleborgs län, länet och riket. Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad verksamhet							
	Rekommenderat i nationella riktlinjer - Multiprofessionella team	Rekommenderat i nationella riktlinjer - Insatser			Rekommenderat i nationella riktlinjer - Stöd för närstående		Rekommenderat i nationella riktlinjer - Boendeinsats
	Erbjuder Individuell Case Management - Integrerade team	Erbjuder Individuell Case management - Strengths model	Erbjuder minst en manualbaserad insats	Erbjuder minst ett stödprogram till närstående	Erbjuder Bostad först	Erbjuder Vårdkedja	
Bollnäs	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	NEJ	
Gävle	NEJ	JA	JA	JA	NEJ	NEJ	
Hofors							
Hudiksvall	NEJ	NEJ	JA	JA	NEJ	JA	
Ljusdal	NEJ	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ	
Nordanstig							
Ockelbo	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	
Ovanåker	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ	NEJ	
Sandviken	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ	JA	
Söderhamn	JA	NEJ	JA	NEJ	NEJ	JA	
<b>Riket</b>	<b>39</b>	<b>23</b>	<b>96</b>	<b>35</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	
Gävleborgs län	38	25	100	38	13	50	

### Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar

De nationella riktlinjerna rekommenderar ett flertal metoder till ungdomar med missbruk. Öppna jämförelser frågar dock inte om kommunerna erbjuder manualbaserade metoder riktade till ungdomar. Men i GAP-analysen kartläggs om och vilka av de rekommenderade metoderna som används. Resultaten visar att fyra av tio kommuner erbjuder MET till ungdomar och en kommun erbjuder både MET och KBT. Fem kommuner erbjuder inte någon rekommenderad manualbaserad metod till ungdomar. Ingen kommun erbjuder de rekommenderade metoderna baserade på familjeterapi.

### Systematisk uppföljning

Systematisk uppföljning syftar till att utveckla verksamheten. En central förutsättning är att uppföljning av insatser i praktisk verksamhet görs och att det finns system för regelbunden uppföljning av de insatserna som ges utifrån enskildas behov. I tabell 8 nedan kan vi se att resultat från systematiska uppföljningar inte används till verksamhetsutveckling.

Tabell 8. Indikatorer för kunskapsbaserad verksamhet inom missbruk och beroendevård, öppna jämförelser 2016. Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten. Kommuner i Gävleborgs län, länet och riket. Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen.

Kunskapsbaserad verksamhet						
	Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten					
	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling – bor med barn	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling – unga vuxna	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling – 65 år eller äldre	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling – de som har kontakt med beroendevård /psykiatri	Genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv	Använt resultat från systematisk uppföljning med ett könsperspektiv till verksamhetsutveckling
Bollnäs	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Gävle	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Hofors						
Hudiksvall	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Ljusdal	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Nordanstig						
Ockelbo	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Ovanåker	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Sandviken	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Söderhamn	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
<b>Riket</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>10</b>
Gävleborgs län	0	0	0	0	13	13

### Självbestämmande och integritet

En dimension för god vård och omsorg enligt de nationella riktlinjerna är att den individanpassas. Det innebär att vården och omsorgen ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar, och integritet. Självbestämmande och integritet innebär att den enskilde är delaktig, har inflytande och ges möjlighet till egna val. Av tabell 9 nedan kan vi se att ingen kommun har som rutin att erbjuda enskilda att ta med en stödperson på möten. Med undantag från en kommun som genomfört brukarstyrd brukarrevision, involveras inte brukare på verksamhetsnivå i revisioner, överenskommelser och verksamhetsutveckling.

Tabell 9. *Självbestämmande och integritet. Förekomst av brukarinflytande på individuell, verksamhets- och övergripande nivå 2016. Kommuner i Gävleborgs län, länet och riket. Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen.*

Självbestämmande och integritet				
	Brukarinflytande på individuell nivå	Brukarinflytande på verksamhetsnivå		Brukarinflytande på övergripande nivå
	Aktuell rutin – erbjuda enskilda att ta med stödperson på möten	Genomfört en brukarstyrd brukarrevison	Använt brukarstyrd brukarrevison för verksamhetsutveckling	Brukarorganisation har påverkat överenskommelsen med landsting
Bollnäs	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Gävle	NEJ	JA	NEJ	NEJ
Hofors				
Hudiksvall	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Ljusdal	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Nordanstig				
Ockelbo	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Ovanåker	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Sandviken	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
Söderhamn	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
<b>Riket</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>38</b>
Gävleborgs län	0	13	0	0

### Väntetider för nybesök

Att den enskilde snabbt kan komma i kontakt med och få stöd och hjälp av socialtjänsten är viktigt för personer med missbruk och beroende. Tendensen är att motivationen till förändring är som starkast när personen söker hjälp. För att vård och behandling ska vara framgångsrik är det därför viktigt att snabbt erbjuda hjälp. I tabell 10 nedan kan vi se att de flesta kommunerna kan erbjuda hjälp inom en vecka. Gävle har längre väntetider, 8–14 dagar. Frågan är om väntetiderna 4–7 dagar är tillräckligt korta i sammanhanget? Skulle kortare väntetider bidra till att fler kommer till stöd och behandling? Men 4–7 dagars väntetid utesluter inte att personer som söker hjälp är utan stöd i väntan på psykosocial behandling. De kan ha stöd av hälso- och sjukvårdens personal vid beroendemottagningarna. I länet finns sex beroendemottagningar varav fyra (Ljusdal, Hudiksvall, Bollnäs och Söderhamn) är integrerade med regional hälso- och sjukvård. Vid dessa mottagningar sker medicinsk behandling och kommunalt psykosocialt stöd och behandling i ett nära samarbete. I vilken utsträckning personer är aktuella för både medicinskt och kommunalt stöd och hjälp har inte undersökts i denna genomlysning. Att behövande snabbt kan komma i kontakt och få stöd och hjälp är en angelägenhet för bägge huvudmännen vilken bör ses över och eventuellt åtgärdas gemensamt.

Tabell 10. Väntetid för nybesök 2016. Kommuner i Gävleborgs län.  
Antal dagar. Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen.

<b>Bakgrundsmått</b>	
Väntetid för nybesök	
Tid till första besök	
Bollnäs	4-7 dagar
Gävle	8-14 dagar
Hofors	
Hudiksvall	4-7 dagar
Ljusdal	4-7 dagar
Nordanstig	
Ockelbo	4-7 dagar
Ovanåker	Kan inte svara
Sandviken	4-7 dagar
Söderhamn	4-7 dagar

## Samverkan

I GAP-analysen ställdes frågor om kommunerna hade utrymme för samverkan kring olika behandlingsmetoder. Fem kommuner uppger att de är öppna för samverkan kring 12-stegsbehandling och sex är öppna för samverkan kring ÅP. Vid seminarium med enhetschefer och verksamhetsansvariga för öppenvård diskuterades hur och vilken typ av samverkan kommunerna var öppna för. De flesta tänker sig samverkan i form av möjligheter att köpa behandlingsinsatser av varandra när en kommun inte kan erbjuda insatsen i egen regi eller när det finns personliga relationer mellan individen, socialsekreterare eller behandlingspersonal i den egna kommunen. Ingen av de närvarande vid seminariet tänker sig samverkan i form av att två eller flera kommuner går samman och gemensamt driver en behandlingsform alternativt erbjuder varandra olika behandlingsmetoder i syfte att bredda utbudet.

## Resultat enkät

I enkäten undersöks kommunernas syfte och mål med öppenvård, förväntade effekter av öppenvård, antal personer i öppenvård, hur utbudet svarar mot brukarnas behov, framgångsfaktorer och hinder till lyckosam öppenvård, i vilken utsträckning systematisk uppföljning av öppenvård görs, utvecklingsbehov och möjligheter till samverkan. Nedan kommer en kort sammanfattning av enkätsvaren.

### Förekomst av syfte, mål och systematisk uppföljning av öppenvård

Att följa upp och bedöma om samhällets resurser kommer medborgarna till godo förutsätter att det finns tydligt formulerade syften och mål med verksamheter, i det här fallet gäller det kommunal missbruks- och beroendebehandling i öppenvård. Kommunerna tillfrågades om de har tydligt beskrivna och kända mål för den öppenvård de erbjuder medborgarna. Resultaten visar att tre av åtta svarande kommuner saknar beskrivna och kända mål. Två av åtta kommuner har struktur- och processliknande mål, dvs. mål som handlar om resurser, förutsättningar och vilka aktiviteter som utförs. Två kommuner har mål som går att beskriva som

resultatmål, dvs. vilka resultat öppenvårdsinsatserna förväntas leda till för brukaren. En kommun har en kombination av struktur- och processliknande mål samt resultatmål. Exempel på struktur- och processmål som anges är:

- utveckla stödboende för kvinnor,
- öka andelen klienter med insatser i egen regi i förhållande till externa insatser,
- i ökad utsträckning samverka med olika specialistfunktion inom förvaltningen och med samarbetspartners,
- brukarna ska erhålla öppenvård med metoder som beskrivs i nationella riktlinjer för missbruksvård,
- utreda förutsättningar att tillsammans med närliggande kommuner ingå i öppenvård för vuxna med missbruksproblem,
- tillgängligheten för brukare som är i behov av stöd ska öka genom olika stödgrupper utanför socialtjänsten,
- i varje ärende där samordning med andra aktörer behövs kring en brukare ska samordnad individuell plan användas.

Exempel på resultatmål som anges är:

- fler nyktra och drogfria dagar,
- att anhöriga till beroendepersonen har fått en ökad förståelse för beroendesjukdomen,
- människor ska ges möjlighet att tidigt söka hjälp för sitt missbruk, riskbruk eller beroende via öppet intag. Således kan brukaren själv söka hjälp,
- personer med missbruk eller beroende ska erbjudas snabb hjälp när motivation finns för abstinensbehandling och fortsatt vård,
- för öppenvårdsinsatser som köps av privat vårdgivare är målet att det ska leda till varaktig nykter- och drogfrihet hos individen,
- öppenvård som drivs i egen regi i form av boendestöd förväntas bidra till färre återfall, stärkt självkänsla, återgång i arbete och att individen etablerar kontakter med andra myndigheter.

I Öppna jämförelser efterfrågas huruvida systematisk uppföljning på gruppnivå används för verksamhetsutveckling. Resultaten visar att en kommun i Gävleborg genomfört systematisk uppföljning med ett könsperspektiv där resultaten använts i verksamhetsutveckling. I enkäten till enhetschefer och företrädare för öppenvård inom missbruksområdet undersöks *om* och *hur* kommunerna gör systematiska uppföljningar<sup>7</sup> regelbundet. Av resultaten framkommer att sex av åtta kommuner inte gör systematiska uppföljningar alls. Det bör dock noteras att en av dessa kommuner har svarat att de gör systematiska uppföljningar av öppenvård men vid närmare granskning görs uppföljning på enstaka individer vilket inte är att betrakta som systematisk uppföljning. En kommun har svarat att de delvis gör systematiska uppföljningar bestående av ASI uppföljningsintervjuer efter 1 år. Det är dock osäkert om uppföljningsintervjuerna sammanställs på gruppnivå och används i verksamhetsutveckling. En av åtta kommuner gör systematiska uppföljningar regelbundet med hjälp verksamhetssystemet. Data bestående av; antal aktualiserade, antal avslutade kontakter, typ av insats, insatsens tidslängd och uppfyllda mål, hämtas från verksamhetssystemet och sammanställs månads- och årsvis. Den upplevda nyttan med denna form av systematisk uppföljning är att sammanställningarna diskuteras vid månatliga möten i personalgruppen och utgör en form av internkontroll för att se om verksamhetens mål uppnås.

<sup>7</sup> Med systematiska uppföljning avses här att dokumentera arbetet med enskilda klienter för att följa upp hur det går för dessa klienter och att sammanställa denna information i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.



Sammantaget visar resultaten från både enkät och öppna jämförelser att systematisk uppföljning görs i liten omfattning och i de flesta kommuner görs det inte alls. Idag finns olika utvecklade program t.ex. UIV<sup>8</sup> och ASI<sup>9</sup> till stöd för att underlätta systematisk uppföljning i verksamheterna. Bland länets kommuner finns ASI-kompetens och sju av tio kommuner har också tillgång till UIV men programmet utnyttjas endast sporadiskt av fyra kommuner. I öppna svarsalternativ gavs kommunerna möjlighet att kommentera orsakerna till att systematisk uppföljning inte görs och vad som behövs för att det ska komma till stånd. Två kommuner svarar att ett utvecklingsarbete pågår, bl.a. med att ta fram rutiner och dokument för systematisk uppföljning. Andra orsaker som nämns är en hög arbetsbelastning, att uppföljningar inte hinns med eller att verksamheten är nystartad. Viktiga förutsättningar för att systematisk uppföljning ska komma till stånd nämner kommunerna: resursförstärkning i form av personal och personalkontinuitet, kunskap vad gäller metod och typ av data som ska systematiseras samt behovet av personalresurser med kompetens inom systematisk uppföljning som kan bistå med hjälp.

### **Målgrupper öppenvården lyckas bra med**

I enkäten ombads kommunerna att beskriva de målgrupper i öppenvården de lyckas väl med och vilka faktorer som anses bidrar till förbättringar hos dessa grupper. Flera kommuner nämner att de lyckas bäst med att hjälpa socialt förankrade personer med alkohol- eller narkotika-problem och som har en stark motivation till förändring. Någon kommun nämner att de lyckas bäst med de personer som deltar i gruppbehandling. Individens resurser, insatsens utformning och verksamhetens organisation är några av de faktorer som anses bidra till förbättringar hos målgruppen. Den egna motivationen, viljan till förändring, ett socialt nätverk och en bostad har en positiv inverkan på resultatet. Att insatsen ges utifrån ett helhetsperspektiv där hänsyn tas till individens hela livssituation, att nätverket uppmärksammas och familjens behov av stöd tillgodoses samt tidaspekten i betydelsen av omfattande tid i behandling, omnämns också som viktiga framgångsfaktorer. Även att andra för individen betydelsefulla myndigheter och verksamheter samverkar samt personalens engagemang upplevs ha en positiv inverkan på resultaten. Någon kommun nämner också att personer som tidigare varit placerade på HVB-hem eller haft boendeinsatser, stöd i boendet kombinerat med anpassade öppenvårdsinsatser lyckas bättre.

En möjlig slutsats är att de metoder som rekommenderas av riktlinjer för missbruk eller beroende av alkohol och centralstimulantia; MET, MI, ÅP, 12-steg och CRA, vilka är implementerade och används i öppenvård fungerar väl på ovanstående målgrupper. Om systematisk uppföljning gjorts skulle det ge svar på olika insatsers resultat och nytta för de olika målgrupperna. Det skulle bekräfta eller dementera subjektiva upplevelser av öppenvårdens resultat. I avsaknad av systematisk uppföljning bör dock ovanstående enkätsvar tillsvidare betraktas som hypoteser.

<sup>8</sup> UIV (Uppföljning av Insatser för Vuxna missbrukare) är en metod att följa upp biståndsbedömda insatser för personer med alkohol- eller narkotikaproblem. UIV speglar vårdens resultat ur ett brukarperspektiv. Metoden ger svar på klientens upplevda kvalitet och om de insatser som ges är effektiva. Aggregerat kan resultaten användas som stöd för val av insatser för olika målgrupper.

<sup>9</sup> ASI (från engelskans "Addiction Severity Index) är en intervjumetod för bedömning av hjälpbehov och ger en samlad bild över problem inom olika livsområden. ASI finns i två versioner – ASI grund och ASI uppföljning – samt en version, UBÅT, för uppföljning och beskrivning av åtgärder.

## Målgrupper som har svårare att uppnå förbättring i öppenvård

Kommunerna ombads i enkäten att beskriva de målgrupper som har svårare att uppnå förbättring i öppenvård. I huvudsak omnämns tre grupper; unga vuxna, samsjuka och personer med tungt missbruk. Förklaringar till utebliven förbättring hos målgrupperna handlar om: brist på motivation hos individen – främst bland unga vuxna och ungdomar som ännu inte fått större konsekvenser av missbruket, brist på bostäder och drogfria boendeformer, avsaknad av sysselsättning och fritidsaktiviteter, oflexibla behandlingsmetoder med för höga krav på att individen ska komma till öppenvårdens lokaler samt att samordnade insatser med andra myndigheter och vårdgivare – främst psykiatri – saknas.

## Hur utbudet svarar mot brukarnas behov och öppenvårdens behov av utveckling

Hälften av kommunerna, fyra av åtta, anser att utbudet av öppenvårdsinsatserna svarar mot brukarnas behov. Fyra kommuner anser att det delvis gör det. Kommunerna ombads beskriva vad som saknas och behov av utveckling av öppenvård för att tillgodose brukarnas behov. I enkätsvaren berörs fem områden som behöver utvecklas och förbättras:

- samverkan med andra myndigheter och aktörer – framför allt med psykiatri – men också snabbare beslutsprocesser vid samverkan,
- metoder riktade till samsjuka, ungdomar, nyanlända, äldre och funktionshindrade. Metoder som omnämns är: Case Management, individuellt stöd, individuella samtal och sorgebearbetning,
- omvärldsbevakning och kompetensutveckling av personal – mer kunskap om beroendesjukdomar och funktionshinder samt kunskaps- och idéutbyte kommuner emellan,
- minskad arbetsbelastning,
- tid för uppföljning av verksamhet.

I Gävle kommun pågår ett arbete med utveckla utbudet av insatser, främst till personer med missbruk och psykisk ohälsa, till fler flexibla metoder anpassade efter individens behov. Ett individanpassat stöd där personen får stöd och behandling i hemmet är under uppbyggnad. I Söderhamn finns tankar på att utveckla eftervården i generell bemärkelse till de som varit placerade på HVB-hem eller gått i öppenvårdsbehandling. De ser ett behov av mer intensivt stöd över längre tid. Ytterligare synpunkter på utveckling av öppenvården är fler differentierade behandlingsgrupper som är anpassade efter olika målgruppers behov.

För att med säkerhet kunna bedöma om utbudet av öppenvårdsinsatser svarar mot brukarnas behov förutsätts någon form av effektmätningar vilket inte görs idag. Men sammantaget utifrån öppna jämförelser, GAP-analys och enkätsvar tycks utbudet av insatser till personer med missbruk eller beroende av alkohol och centralstimulantia vara väl tillgodosett och med goda resultat. Medan utbudet av öppenvårdsinsatser till personer med samsjuklighet och unga vuxna inte svarar mot behoven i samma utsträckning.

## Öppenvård – ett exempel från Söderhamn

Söderhamns kommun har ett befolkningsunderlag på 26 000 invånare. Här består missbruks- och beroendevården av en vuxenenhet, organiserad under arbetsmarknads- och socialförvaltningen, med ett övergripande ansvar för utredning av vuxna med missbruksproblem. Till vuxenenheten hör ett HVB-hem kallat Sjövillan för vuxna män med missbruksproblem och en be-

roendemottagning, Söderhamns Beroendecentrum. Söderhamns Beroendecentrum är en öppenvårdsmottagning för vuxna med missbruks- eller beroendeproblematik som drivs i samarbete med hälso- och sjukvården i Region Gävleborg. Öppenvårdsbehandling är förlagd till beroendecentrum och där arbetar fem behandlare, två sjuksköterskor samt en läkare två dagar per vecka. Socialsekreterare vid vuxenheten ansvarar för utredning, planering och uppföljning av biståndsbeslutade insatser. I och med att öppenvården är samlokaliserad med hälso- och sjukvård sker medicinsk behandling, psykosocialt behandlingsarbete och stöd i ett samverkande team. Teamet har gemensam handledning och arbetsplatsträffar samt veckovisa behandlingsmöten med socialsekreterare.

De bärande idéerna för öppenvården är att erbjuda ett brett utbud av behandlingsmetoder för att tillgodose olika målgruppers behov. Insatser skraddarsys och utgår från individens hela livssituation. En annan bärande idé är att behandlingsprocessen måste ges tillräckligt med tid. Det är individen själv som bäst kan avgöra hur länge den behöver stöd och behandling. Söderhamns beroendecentrum erbjuder:

- medicinsk bedömning, behandling och rådgivning: läkemedelsnedtrappning och abstinensbehandling,
- kartläggning av riskbruk, missbruk och beroende (MET),
- motivationsbehandling (MI) enskilt,
- gruppbehandling: 12-stegsbehandling (måndag–fredag i 12 veckor samt eftervård en eftermiddag per vecka i 21 veckor), återfallsprevention (ÅP) och anhörigprogram (CRAFT),
- Enskild behandling: återfallsprevention (ÅP), haschavvänjningsprogram (HAP), Community Reinforcement Approach (CRA), samtalsbehandling med KBT-inriktning och anhörigstöd (CRAFT).

De senaste två åren har verksamheten satsat på att utöka utbudet av behandlingsmetoder vilket arbetsgruppen beskriver bidragit till en ökad trygghet – vetskapen om att det finns olika insatser att erbjuda om något inte skulle fungera. Förutom ett brett utbud beskriver arbetsgruppen att de viktigaste framgångsfaktorerna är kombinationen av medicinska och psykosociala insatser, ett nära samarbete internt i förvaltningen och med externa samarbetspartners kring klienternas problem. Arbetsgruppen beskriver att de har en genuin vilja att hjälpa individen, att de försöker vara lyhörda för klientens problem, att på bästa sätt tillsammans med klienten försöka lösa de problem som uppstår utan att tänka ”det här är inte mitt bord” samt involvera andra yrkeskompetenser när så behövs. En annan viktig framgångsfaktor som arbetsgruppen poängterar är att de trivs med arbetet vilket smittar av sig på de klienter som kommer till öppenvården. Idag är det fullt i behandlingsgrupperna, även sommartid när det annars tidigare år, varit glest med deltagare. Öppenvården, socialsekreterare och arbetsförmedling arbetar aktivt med att alla ska ha en sysselsättning efter behandling, att ingen ska gå hem till en sysslös tillvaro.

Öppenvården i Söderhamn upplever att de lyckas bäst med att hjälpa personer med alkohol- eller narkotikaproblem (med undantag för unga vuxna) och anhöriga. Målgrupper som upplevs svårare att hjälpa är unga vuxna, cannabisberoende personer och personer med missbruk eller beroende i kombination med psykisk ohälsa. Unga vuxna upplevs ha problem inom flera livsområden och är ofta omotiverade att sluta med droger. Kommunen i samarbete med arbetsförmedlingen har därför påbörjat ett utvecklingsarbete med att ta fram nya arbetssätt riktat till målgruppen, ett arbete där flera verksamheter kommer att involveras. Cannabisberoende personer är en annan målgrupp som öppenvården har svårt att hålla kvar i behandling, trots att

utprovade och evidensbaserade arbetsmetoder tillämpas. Många har ett blandmissbruk som försvårar behandlingsprocessen. Trots svårigheter tycks ett utvecklat haschavvänjningsprogram ha en förebyggande effekt. Beroendecentrums erfarenhet är att personer i behandlingsprogrammet har en positiv inverkan på umgängeskretsen. Även kompisar motiveras till att sluta med cannabis. Ytterligare en grupp som har svårt att uppnå förbättring i öppenvård är personer med missbruk eller beroende och samtidig psykisk sjukdom. Öppenvården upplever inte att de har svårt att hantera målgruppen men målgruppen har behov av psykiatrisk behandling vilket bör ske samtidigt. Ett utvecklingsarbete pågår tillsammans med psykiatrin kring ett gemensamt arbetssätt.

## Öppenvård – ett exempel från Huddinge

I Huddinge kommun med ett befolkningsunderlag på 105 000 invånare består missbruks- och beroendevården av en beroendeenhet med ansvar för myndighetsutövning, Forum 4:a öppenvårdsenhet för vuxna (20 år och äldre), kollektivboendet Balder och stödboendet Lissma. Beroendeenheten har ett nära samarbete med Huddinge beroendemottagning och Mini Maria Huddinge som drivs av Stockholms läns landsting. Utgångspunkten för kommunens missbruks- och beroendevård är att (i första hand) erbjuda ett brett utbud, ”ett smörgåsbord” med insatser i öppenvård och att behandlingen skraddarsys efter individens behov. Till grund för insatserna vid Forum 4:a ligger ett biståndsbeslut från Beroendeenheten. Beroendeenheten utreder och beslutar om psykosociala stöd- och behandlingsinsatser. Det sker i ett nära samarbete med Huddinge beroendemottagning som gör en medicinsk bedömning av vårdbehovet. Tillsammans gör beroendeenhet, beroendemottagning, Forum 4:a och individen en behandlingsplan där insatser skraddarsys efter individens behov. Forum 4:a erbjuder:

- Motivationsbehandling (MI) i grupp eller enskilt.
- Gruppbehandling: 12-steg (5 d/v i 12 veckor), kognitiv beteendeterapi (2 d/v i 20 veckor), återfallsprevention och utslussprogram (12 veckor).
- Enskild behandling: motiverande samtal (MI), kognitiv beteendeterapi, samtal, återfallsprevention, haschavvänjningsprogram.
- Sysselsättning: sysselsättning i verksamhetens restaurangkök eller i skaparverkstad.
- Kompletterande aktiviteter: örönakupunktur, rörelseimprovisation, friskvård, fritidsaktiviteter och kvinnogrupp.
- Stöd till anhöriga: rådgivning och anhörigprogram (6 tillfällen).

Vid Forum 4:a arbetar sju behandlare (fyra socionomer och tre alkohol- och drogterapeuter), en IPS-coach (från engelskans Individual Placement Support) och en kock. Sara Hållstrand Martinsson, enhetschef vid Forum 4:a beskriver att öppenvården liknar ett behandlingshem med skillnaden att det sker på dagtid mellan 08:00–16:00. För att skapa rutiner är mat en viktig del i behandlingen och därför ingår frukost och lunch. För uppföljning av behandlingsplan och resultat ansvarar beroendeenhetens handläggare som gör ASI-grund och ASI-uppföljning. Under våren 2016 har Forum 4:a påbörjat ett arbete med uppföljningsinstrumentet UBÅT som fylls i efter avslutade program. De bärande idéerna för öppenvården beskriver Sara Hållstrand Martinsson är brukarmedverkan, trivsel och engagemang. Till öppenvården finns ett *brukar-råd* knutet som träffas 1gg/månad och där burkarna görs delaktiga samt är en viktig del i utveckling av innehåll och utbud. *Trivsel* är en annan bärande idé, att klienter och personal ska trivas. Lokaler och innehåll är utformade för att stärka en god atmosfär och en lugn miljö t.ex.

genom att mat ingår och sysselsättning i skapande verkstad. Att personalen har ett stort *engagemang*, att de visar medmänsklighet och att de bryr sig samtidigt som de behåller sin professionalitet är av betydelse för en effektiv öppenvård.

Framgångsfaktorerna beskriver Sara Hållstrand Martinsson är att öppenvården har ett brett utbud, kompetent personal med lång erfarenhet, att de individanpassar och lägger till insatser för att det ska passa individen så bra som möjligt samt att det finns en stark vilja bland chefer att bevara och utveckla samverkan inom den egna organisationen och med beroendecentrum. Just nu pågår samverkan kring våld i nära relationer. Personal från kommunens våldsenhet ansvarar tillsammans med behandlare vid Forum 4:a för en kvinno- och en mansgrupp kring våld i nära relationer.

Målgrupper som upplevs svårare att hjälpa är unga vuxna 20–29 år med komplex problematik. Idag har beroendeenheten avsatt två handläggare och en som arbetar uppsökande med målgruppen. Idag erbjuds unga vuxna behandling i grupp kombinerat med ett individanpassat stöd (IPS-coach) för att komma ut i arbetslivet. I öppenvården arbetar två behandlingspersonal och en aktivitetshandledare med målgruppen. Gruppbehandlingen utgår från olika teman t.ex. om identitet, relationer och normalisering. Det finns tankar om att behandlingen i framtiden ska utgå från Acceptance and Commitment Therapi (ACT). En annan målgrupp som de upplever är svår att hjälpa är äldre personer som till följd av tungt missbruk ådragit sig fysiska och psykiska skador. Erfarenheten är att de har svårare att ta till sig behandling och att de ofta återfaller i missbruk. De är en grupp som i dagsläget far illa och det finns behov av att utveckla fler boendeformer med omvårdnad och mötesplatser. Det är också möjligt att genom IPS-verksamhet (Individual Placement Support) arbeta för återgång i arbete för de som har några år kvar till pension. Flera är duktiga på att arbeta samtidigt som de behöver hjälp med att ta reda på när det fallerar och återfall är ett faktum.

## Trender och pågående forskning inom missbruksvården

Nedan beskrivs några exempel på aktuell forskning, utbud av insatser och trender inom missbruks- och beroendebehandling. Genomlysningen gör inga anspråk på att vara heltäckande; i stället är exemplen tänkta som underlag till fortsatta diskussioner om utveckling av missbruks- och beroendebehandling i öppenvård.

### Återfall

Återfall<sup>10</sup> bland personer med alkoholberoende eller andra beroendetillstånd är vanligt och påverkar såväl individen som dess omgivning. Det finns flera möjliga psykologiska förklaringsmodeller som försöker beskriva mekanismerna bakom återfallsbeteende. Exempel på sådana förklaringsmodeller är nedsatt kognitiv förmåga, oförmåga att hantera impuls kontroll, affektiv instabilitet, dåligt utvecklade copingstrategier i samband med psykisk stress och negativ självuppfattning. En forskargrupp bestående av Jan Balldin, docent, Ulf Berggren, docent, Claudia Fahlke, professor, leg. psykolog och Kristina Berglund, fil.dr. och universitetslektor vid Göteborgs universitet forskar på området; vilka faktorer som påverkar utveckling, vidmakthållande och tillfrisknande samt varför vissa återfaller. Utifrån egna och andras studier finner de ett visst stöd för att förekomsten av en viss genotyp, bärare av A<sub>1</sub>-allelen (som är förenat med färre dopamin D<sub>2</sub>-receptorer och därmed nedsatt funktion i dopaminsystemet), kan avspegla sig i olika psykologiska funktioner. Bärare av A<sub>1</sub>-allelen tycks ha en bristande

<sup>10</sup> Här i betydelsen av oförmåga att avstå alkoholanvändning i olika situationer.

kognitiv funktion med inverkan på målmedvetenhet, ansvarstagande, självtillit och motivation till att ändra beteende och förmåga att lära om.<sup>11</sup> Drygt 30 % av befolkningen är bärare av A1-allelen och bland alkoholberoende är siffran 40 %. Balldin m.fl. (2013) menar att det i så fall skulle innebära att alkoholberoendepersoner som är bärare av A1-allelen troligtvis skulle dra nytta av psykosociala/psykoterapeutiska behandlingsinsatser som är särskilt inriktade på att stärka en individs psykologiska resurser i olika situationer i syfte att förebygga återfall. Vidare menar forskarna att återfall efter en behandlingsinsats inte är ovanlig och att en hög återfallsfrekvens inte bör tolkas som att behandling misslyckats. I stället bör alkoholberoende betraktas som en kronisk sjukdom och där behandling ibland, liksom vid andra kroniska sjukdomar däribland diabetes, sviktar till och från.

### Traumabaserad missbruksvård

En annan trend är att personer som upplevt trauma alltmer börjar uppmärksammas inom missbruks- och beroendevården. En pilotstudie vid EWA-/VERA-mottagningen inom Beroendecentrum Stockholm har genomförts för att prova en integrerad behandlingsmetod kallad COPE (från engelskans Current treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure). COPE är en manualbaserad behandling där både posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och beroendetillståndet behandlas samtidigt och innehåller förlängd exponering.<sup>12</sup> Metoden är evidensbaserad och har visat sig leda till minskade symptom på PTSD och depression samt minskat missbruk.<sup>13</sup> Metoden syftar till att informera patienten om sambandet mellan PTSD och substansmissbruk, minska svårighetsgraden av PTSD-symptom och symptom på beroendesjukdom samt hjälpa patienten att återta kontrollen över sitt liv. COPE består av 12 sessioner á 60–90 minuter där varje session behandlar både PTSD och beroendesjukdomen. Patienten utbildas i de båda sjukdomarna, hur de påverkar varandra, vanliga reaktioner på trauma, att förstå undvikande beteende och hur det kan vara kopplat till missbruk. En större studie pågår vid Beroendecentrum Stockholm, Capio Maria i Stockholm och Akademiska sjukhuset i Uppsala där integrerad behandling COPE i kombination med läkemedel testas på kvinnor med alkoholberoende och PTSD.

### Affektfobiterapi

Sedan två år pågår ett forskningsprojekt riktat till personer med ADHD och beroende med affektfobiterapi vid Magnus Huss-mottagningen Beroendecentrum Stockholm. Utgångspunkten är att personer med ADHD ofta har svårigheter med uppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet samt att forskning visat på svårigheter med känslomässig reglering och att psykiatrisk samsjuklighet, såsom depression- och ångesttillstånd är vanliga. Behandlingen bedrivs i grupp i form av en kurs och fokuserar på deltagarnas känslomässiga problem, deras självbilder samt förmåga till självomhändertagande. Gruppen träffas varje vecka, totalt 16 tillfällen, under tre timmar. Varje behandlingstillfälle utgår från ett känslotema exempelvis: ilska, sorg, rädsla, självmedkänsla, skuld, skam, nyfikenhet och intresse.<sup>14</sup> Resultaten är nu under analys och kommer att presenteras hösten 2017.<sup>15</sup>

<sup>11</sup> Balldin, J. Berggren, U. Berglund, K & Fahlke, C. (2013). Varför vissa återfaller i alkoholberoende. *Läkartidningen*, nr: 1.

<sup>12</sup> Magnusson, Å & Persson, A. (2015). Integrerad behandling vid PTSD och beroendesjukdom. *Psyko-logitidningen*, Nr. 1, p. 28-31.

<sup>13</sup> Brady, K.T., et al. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 21: p. 47-54.

<sup>14</sup> <http://www.beroendecentrum.se/aktuellt/affektfokuserad-behandling/>.

<sup>15</sup> Ansvarig för forskningen är My Frankl vid Beroendecentrum Stockholm, [my.frankl@sll.se](mailto:my.frankl@sll.se).

## Förbättring av insatser vid missbruksbehandling

Professor Lena Lundgren m fl. driver ett femårigt forskningsprojekt<sup>16</sup> där personer som utreds för missbruksproblem inom socialtjänsten under åren 2002–2018 studeras. Studien som omfattar närmare 6000 personer fokuserar på vilka insatser som ges, kombinationer av insatser anpassade efter behov, vilka kombinationer som leder till positiva eller negativa behandlingsresultat. Det övergripande syftet är att undersöka om den svenska socialtjänstens insatser vid substansmissbruk är effektiva för att minska alkohol- och narkotikamissbruk samt andra konsekvenser av missbruk och beroende. Förhoppningen är att därigenom ta fram kunskaper för att förbättra socialtjänstens insatser. En registerdatabas, baserad på instrumentet *UBÅT* (Uppföljning och Beskrivning av Åtgärder), byggs för att visa vilka insatser som fungerar bäst, samt främjar människors välbefinnande och positiva behandlingsresultat. ASI-data länkas ihop med andra data från olika myndighetsregister: Socialstyrelsens patientregister (om slutenvård och poliklinisk öppenvård), Brottförebyggande rådets lagföringsregister (om domar från tingsrätten), Socialstyrelsens dödsorsaksregister, Statens Institutionsstyrelses Klientadministrativa register (KIA) och SCB:s LISA/LOUISE-register (longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkring och arbetsmarknadsstudier) om arbete, arbetslöshet och sjukförsäkring. Dessa register överensstämmer med de livsområden som är centrala i ASI-intervjun och utgör en grund för att studera långtidsutfall för missbruksklienter som intervjuats med ASI.

I tidigare studier av ASI-intervjumaterial (Armelius & Armelius, 2011) visas, utifrån resultatet av en klusteranalys av intervjuarskattningar från ASI-intervjuns sju olika livsområden för 12 833 individer, att klienterna kan delas in i tre olika klientprofiler: Narkotikaprofil, Avgränsade alkoholproblem och Alkohol och psykiska problem. Lundgren m.fl. (2012) har i artikeln *Beskrivning av tre klientprofiler inom svensk missbruksvård* (Socialvetenskaplig tidskrift nr: 3–4 2012) jämfört de tre profilerna avseende missbruksmönster, demografiska faktorer, sociala och psykiska problem, hälsa och immigrationsstatus. I Narkotikaprofilen var klienterna yngre, oftare hemlösa, hade mer sällan arbete, hade oftare varit anklagade för brott eller stått under skyddstillsyn och hade oftare haft hepatit C jämfört med de två övriga profilerna. En högre procent av klienterna i Narkotikaprofilen rapporterade ”signifikanta psykiska hälsoproblem” jämfört med Avgränsade alkoholproblem.

Klienterna i gruppen Avgränsade alkoholproblem var i högre utsträckning föräldrar och hade arbete, hade färre kroniska sjukdomar, tillbringat mindre tid på sjukhus och färre indikationer på psykiska problem jämfört med de två andra profilerna. I jämförelse med profilen Alkohol och psykiska problem rapporterade klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem i mindre omfattning tung alkoholanvändning och i mindre omfattning ”signifikanta psykiska hälsoproblem”.

I profilen Alkohol och psykiska problem rapporterade en större andel att de hade använt medicinering för psykiska eller känslomässiga problem jämfört med de två andra profilerna. De rapporterade också i större omfattning att de led av ”signifikanta psykiska hälsoproblem” jämfört med profilen Avgränsade alkoholproblem. Fler kvinnor återfinns i profilen Alkohol och psykiska problem än i de två andra profilerna. Inom andra områden som t.ex. ålder, hemlöshet, föräldrastatus, substansanvändning och behandling för missbruk uppvisar profilen Alkohol med psykiska problem liknande resultat som profilen Avgränsade alkoholproblem.

Lundgren m.fl. drar slutsatserna att klienterna i de tre avgränsade problemgrupperna har relativt olika behandlingsbehov. En stor andel klienter i Narkotikaprofilen och profilen Alko-

<sup>16</sup> <http://www.umu.se/forskning/forskningsprojekt/forskningsdatabasen>, hämtat 2017-08-02.

hol med psykiska problem behöver integrerad psykiatrisk vård och missbruksvård, medan klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem enbart behöver missbruksvård. Klienterna i Narkotikaprofilen har stort behov av hjälp med arbete, bostad och hälsovård. Lundgren m.fl. menar att kriminalitet och tvångsbehandling förmodligen skulle kunna minskas med tillgång till sådan hjälp. Vidare menar författarna att behandlingspersonal måste vara medvetna om de olika problemprofilerna och deras behov av insatser och stöd samt att missbruksvården inte enbart bör utformas för den grupp som dominerat svensk missbruksvård; de med avgränsade alkoholproblem.

Vid en konferens ”Att använda systematisk uppföljning i utvecklingen av missbruksvården” arrangerad av Socialstyrelsen och Umeå universitet i oktober 2016 redovisades några preliminära resultat. Bl.a. har forskargruppen funnit att även en hög andel män med missbruksproblem, liksom kvinnor, har upplevt våld. Närmare hälften av alla män har upplevt någon typ av våld, vanligtvis emotionellt våld. I en pilotstudie bestående av 233 personer som genomfört ASI-grund intervju mellan 2002 och 2007 och där forskarteamet förfogat över uppföljningsdata tom 2013, visade resultaten (med hjälp av arbetsmarknadsdata) att i ett längre perspektiv, var ungefär hälften av de studerade inte aktiva på arbetsmarknaden, få uppbar långvarigt (ett år eller mer) socialt stöd, t.ex. försörjningsstöd samt att samsjuklighet var vanligt. En annan pilotundersökning av 233 individer där socialarbetares skattningar vid ASI baslinje och klienternas användning av slutenvård de åtta påföljande åren studerades, visar att ASI är ett tillförlitligt instrument för att screena risken för inläggning inom medicinsk slutenvård. Klienter som rapporterat psyka problem (både män och kvinnor, men något högre för kvinnor), narkotikaproblem bland män och familjeproblem bland kvinnor löper en högre risk att läggas in för medicinsk slutenvård inom 244 dagar efter ASI-intervju.

Sammantaget menar forskarna att resultaten visar att de flesta individer med missbruksproblem som socialarbetare möter har komplexa, långvariga och ibland livslånga behov av stöd. Det är en insikt som kan bidra till att minska den frustration och känsla av maktlöshet som ofta är förknippat med arbetet med klientgruppen. Det är viktigt att i det praktiska arbetet vara medveten om denna kunskap och de utmaningar det ställer på insatser och stöd samt individers behov av vård.



## Diskussion

I avsnittet diskuteras några framträdande resultat kopplat till genomlysningens syfte och frågeställningar, utvecklingsbehov samt förutsättningar för samverkan.

### Antal brukare i öppenvård och kostnader

Ambitionen har varit att utifrån befintlig data försöka få en så heltäckande bild av kostnader och antalet brukare i öppenvård som möjligt. Genomlysningen visar att en sådan bild är svår att få fram beroende på att vi inte med säkerhet kan säga att inrapporterade uppgifter till öppna jämförelser, räkenskapssammandrag och Socialstyrelsen är helt tillförlitliga. Förklaringarna skulle kunna vara olika tolkningar av vad öppenvård innefattar, bristfälliga uppföljningar och rapporteringar i verksamhetssystem. Men utifrån de data som finns att tillgå tycks trenden, så väl i länet som i övriga riket, vara att antalet individer inom öppenvård i *individuellt behovsprövade insatser* minskar medan antalet individer i *frivillig institutionsvård* är relativt konstant och antalet individer som skrivs ut från LVM ökar. Möjliga förklaringar till minskningen skulle kunna vara att brukare tilltalas mer av s.k. serviceinsatser, dvs. insatser utan biståndsbeslut eller att kommunerna i större utsträckning erbjuder serviceinsatser jämfört med tidigare. Resultaten visade att det inte finns någon tillförlig statistik över antalet individer i *övrig öppenvård* (serviceinsatser) så vi kan egentligen inte uttala oss om hur många individer som tar del av öppenvårdsinsatser totalt. Vi vet därmed inte med säkerhet att det totala antalet individer i öppenvård har minskat, bara att antalet individer i *behovsprövade insatser* har minskat. En annan möjlig förklaring till minskningen av individer i behovsprövade insatser kan vara att utbudet inte svarar mot behoven. En förbättring av dokumentation, effektmätningar och systematisk uppföljning skulle kunna ge svar på frågorna. Oavsett en nedgång av *individuellt behovsprövade insatser* kan vi konstatera att öppenvårdsinsatser når ut till betydligt fler personer och i de flesta fall till en lägre kostnad, i jämförelse med frivillig institutionsvård.

Vad gäller kostnader för öppenvård bör noteras att två kommuner, Bollnäs och Hudiksvall har låga kostnader för öppenvård i jämförelse med liknande kommuner. Siffrorna tycks inte vara rimliga med hänsyn till att de bägge kommunerna har en väl utbyggd öppenvård och ingår i integrerade beroendemottagningar tillsammans med Region Gävleborgs hälso- och sjukvård, något som bekräftas vid seminarium med enhetschefer och företrädare för öppenvård. Mer korrekta analyser av kostnader för öppenvård förutsätter förbättrade och noggrannare redovisningar.

### Utbud och effekter av insatser

Resultaten visar att utbudet av insatser som riktar sig till missbruk och beroende av alkohol, centralstimulantia och cannabis är väl tillgodosett medan rekommenderade terapimetoder i form av; kognitiv beteendeterapi, parterapi och nätverksterapi till stora delar saknas. Två kommuner har visserligen svarat att de erbjuder nätverksterapi, varav den ena också erbjuder parterapi, men att de köper tjänsterna. I vilken omfattning det sker är oklart. Om metoderna

erbjuds och används i praktiken förutsätter det att ett upparbetat samarbete med sådan vårdgivare finns och att socialsekreterare och behandlingspersonal är väl förtrodda med terapiformerna för att länkas ihop med eventuella andra insatser i en ”vårdfläta”. Det räcker inte med att rent teoretiskt tänka ”om behovet uppstår köper vi den tjänsten”, det måste även finnas en beredskap för hur, när och vem som ska utföra tjänsten för att den ska komma till stånd. Till frågan om olika terapimetoder hör också om det är ett kommunalt ansvar eller ett ansvar för hälso- och sjukvården? De nationella riktlinjerna riktar sig till bägge huvudmännen och tar inte ställning i ansvarsfrågan, men faktum är att målgruppen inte har tillgång till de olika terapiformer som rekommenderas. Utveckling av insatser bör dock oavsett huvudmans ansvar ske i ett nära samarbete mellan huvudmännen så att huvudmännens gemensamma resurser sammantaget tillgodoser målgruppens behov.

Enkät svar visar att den gemensamma erfarenheten bland enhetschefer och gruppchefer i öppenvård är att personer med alkoholproblem som är socialt förankrade i form av familj, jobb och bostad, lyckas bäst i öppenvård. Troligtvis är det den klientgrupp vars profil i ASI-intervjun Lundgren m.fl. (2012) kallar *Avgränsade alkoholproblem*. Om ASI användes systematiskt skulle en tydligare bild framträda av vilka klienter med vilka problembilder kommunernas öppenvård lyckas bäst med att hjälpa. En hypotes är att det nuvarande utbudet av insatser (som är väl tillgodosett) så som MI, MET, ÅP och 12-stepsprogram i huvudsak har bäst effekter på klienter med *Avgränsade alkoholproblem*.

Vidare visar genomlysningen att rekommenderade metoder anpassade till personer med tungt missbruk, missbruk i kombination med svår psykisk sjukdom och ungdomar saknas i stort sett inom öppenvården. Det är också de klientgrupper som de flesta kommuner upplever att de har svårast att hjälpa. Öppenvården tycks ha svårare att anpassa behandlingsinsatser och tillgodose behoven hos dessa tre målgrupper. Samtidigt är socialtjänsten beroende av att andra för målgruppen viktiga myndigheter och aktörer så som hälso- och sjukvård (främst psykiatri), arbetsförmedling, kommunernas arbetsmarknadsenheter och socialpsykiatri, utvecklar arbetsmetoder för att möta målgruppens behov på bästa sätt.

Insatser riktade till närstående har utvecklats och nya metoder har implementerats. Merparten av länets kommuner använder minst en manualbaserad metod som rekommenderas av riktlinjerna. I vilken utsträckning barn involveras framgår inte av öppna jämförelser eller av GAP-analys. Hur länets kommuner arbetar med att uppmärksamma och tillgodose barns behov vid förälders missbruk har inte studerats i genomlysningen. Men flera kommuner erbjuder någon form av barngruppsverksamhet till barn som lever i närhet av missbruk. Det har dock på senare år från nationellt håll påtalats behov av att utveckla fler familjeorienterade arbetssätt inom missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen och SKL har på uppdrag av regeringen drivit olika utvecklingsprojekt i syfte att främja och stimulera sådana arbetssätt (Alexanderson & Jess, 2015, Sveriges Kommuner och Landsting, 2017). En kunskapsöversikt av stödprogram riktade till barn och föräldrar i familjer med missbruk (Järkestig-Berggren & Hansson, 2016) visar att det finns få vetenskapligt utvärderade program och metoder samt att det saknas studier om effekter för barn av ett familjeorienterat arbetssätt. Att utveckla och utvärdera familjeorienterade arbetssätt och metoder är således en utvecklingsfråga för missbruks- och beroendevården.

## Goda exempel och trender inom forskning

Inom forskning och i utredningar uppmärksammas att personer med beroendetillstånd har problem inom flera livsområden och därav behov av att olika insatser, inom och mellan olika huvudmän, samordnas och anpassas efter individen i större utsträckning. Det förutsätter att verksamheter blir mer flexibla och kan organiseras efter individens behov i stället för att individen anpassas till befintlig verksamhet. Utmärkande för de två ovan beskrivna exemplen på öppenvård är att de strävar efter att anpassa insatserna efter individens behov och att de har strukturer för att utveckla och underhålla samverkan internt och externt med andra viktiga verksamheter. Genom kompetensutveckling, ett breddat utbud av insatser och förhållningssätt som utgår från frågeställningen ”Hur kan vi hjälpa dig på bästa sätt?” har de skapat bättre förutsättningar att forma insatserna efter vad individen behöver. Utmärkande för de två exemplen är också att de i samverkan med andra verksamheter och myndigheter aktivt arbetar för att utveckla insatser och metoder till de grupper som upplevs svårare att hjälpa; personer med missbruk i kombination med psykisk ohälsa samt unga vuxna. Intressant är att Huddinge i utvecklingen av öppenvårdens innehåll och utbud sedan flera år involverar brukarna genom ett brukarråd. Härifrån skulle Gävleborgs kommuner kunna hämta inspiration. Genomlysningen visar att det i Gävleborg saknas brukarmedverkan inom öppenvården. Genom att tillvarata brukares erfarenheter och kunskaper, som i exemplet Huddinge, skulle det kunna bidra med viktig information och kunskap till nytta för utbud och innehåll.

En annan trend är att terapimetoder riktade till specifika kombinationer av problem t.ex. missbruk och trauma, missbruk och ADHD utforskas. Ytterligare intressant forskning är försöken att identifiera biologiska orsaker som förklarar att vissa personer lättare återfaller<sup>17</sup> i alkoholberoende jämfört med andra. Exempelen på denna typ av forskning kan hjälpa oss att förstå relationerna mellan problem, genetik och psykologiska processer, vad psykologiska och psykosociala insatser bör fokusera på samt hur de bör utformas för att komma individen till nytta.

Vidare visar tidigare forskning och analyser av t.ex. mångsökarmodellen tydligt på att personer med sammansatta problem har behov av ett större omhändertagande och mer omfattande stöd. För att fånga upp och behålla individen längre i behandling förutsätts en högre grad av omhändertagande, stöd genom hela rehabiliteringsprocessen och att öppenvård med utgångspunkt i individens behov utvecklar innehållet i behandling till att även innefatta stöd, gemenskap, mening samt sysselsättning.

Sammantaget visar forskningsresultaten på behoven av en mer differentierad missbruksvård, att problembilden och därmed behoven är olika för personer med missbruks- och beroendetillstånd. En differentierad missbruksvård förutsätter samverkan och flexibla insatser från kommunen samt hälso- och sjukvård.

## Utvecklingsbehov och förutsättningar för samverkan

Utifrån de resultat som framkommit i genomlysningen är några områden särskilt framträdande och i behov av ett utvecklings- och förbättringsarbete. Dessa områden berör brist på utvecklade metoder till tre identifierade målgrupper, systematisk uppföljning och samverkan.

I huvudsak visar resultaten att tre klientgrupper har svårare att uppnå förbättring i öppenvård: personer med tungt missbruk, missbruk i kombination med psykisk ohälsa samt ungdoms-

<sup>17</sup> Med återfall avses här ”oförmåga att avstå alkoholanvändning i olika situationer”.

mar med missbruk och beroende. Öppenvården saknar i stort de metoder som rekommenderas till målgrupperna. För att öppenvården bättre ska kunna tillgodose dessa målgruppers behov skulle förslagsvis ett framtida utvecklings- och förbättringsarbete kunna inriktas på följande:

- Att utveckla stödinsatser som främjar boendestabilitet och sysselsättning t.ex. personligt stöd, bostad först och IPS.
- Att i samverkan med andra berörda verksamheter utveckla integrerad behandling vid samsjuklighet.
- Att tillsammans med hälso- och sjukvård utveckla kombinationer av psykologiska-, psykosociala stöd- och behandlingsmetoder samt läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende.
- Att implementera familjeterapeutiska metoder i arbetet med ungdomar och deras familjer.
- Att tillsammans med hälso- och sjukvården utöka utbudet och tillgången på rekommenderade terapimetoder som t.ex. KBT, nätverksterapi och parterapi.

Resultaten visar att systematisk uppföljning görs i liten omfattning, på de flesta håll inte alls. För att systematisk uppföljning ska bli möjligt förutsätter det att relevant verksamhetsstatistik förs, att kostnader konteras och rapporteras rätt samt att effekter av insatser mäts. Genom att utveckla rutiner och implementera metoder för systematisk uppföljning skulle det bli det möjligt att bedöma öppenvårdens effekter och skapa lokal evidens dvs. ”vad fungerar i vår verksamhet”. Det skulle bidra med nödvändig kunskap i ett utvecklingsarbete. En förutsättning är också att det finns tydligt beskrivna mål som innehåller både struktur-, process- och resultatmål. De 12 resultatområden som framkom i studien av vilka resultat personer med missbruks- och beroendeproblematik tycker är viktiga att uppnå (Myndigheten för Vårdanalys, 2016) är högst relevanta. De skulle kunna ses som utgångspunkter i utvecklingen av öppenvård och utgöra mätpunkter i systematisk uppföljning.

Sammantaget visar genomlysningen att samverkan är ett viktigt utvecklingsområde inom missbruks- och beroendevården. Det är vanligt att personer med missbruk och beroende har problem inom flera livsområden och behov av olika insatser inte bara från socialtjänsten utan även från andra verksamheter och huvudmän. För att dessa insatser ska harmoniera med varandra, att rätt insats sker vid rätt tidpunkt, krävs samverkan och samordning av resurser. Det förutsätter att integrerade arbetsmetoder och gemensamma synsätt utvecklas tillsammans med viktiga parter. Ett forum där sådan utveckling skulle kunna ske är de Mysamgrupper<sup>18</sup> och Trisamteam<sup>19</sup> som finns runt om i länet. Kommuner och Region Gävleborg skulle också kunna samverka kring utbud av olika terapiformer. Exempelvis skulle några kommuner och hälso- och sjukvården i en länsdel kunna gå ihop och bilda ett ungdomsteam som arbetar med kvalificerad missbruksbehandling riktat till ungdomar och unga vuxna samt deras familjer. Ungdomsteamet skulle kunna tillhöra en beroendemottagning men vara mobilt och serva flera kommuner i en länsdel.

<sup>18</sup> Mysam står för *myndigheter i samverkan* och består av lokala chefer från kommunernas socialtjänst, äldreomsorg, arbetsmarknadsenheter, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och primärvård och psykiatri. Mysam är ett samverkansforum inom Samordningsförbund Gävleborg och har till uppgift att utveckla samordnad rehabilitering för personer 16–64 år.

<sup>19</sup> Trisam står för *Tidig rehabilitering i samverkan* och är en samverkansform mellan primärvård, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling kring personer med behov av rehabilitering.

Avslutningsvis finns goda förutsättningar i Gävleborg till att utveckla och förstärka öppna former för missbruks- och beroendevård. Sedan ett flertal år finns beroendemottagningar som drivs gemensamt av kommuner och Region Gävleborg. Några av mottagningarna har kommit långt med att utveckla en gemensam verksamhet med ett varierat utbud av insatser. En fortsatt utveckling av öppenvård skulle förslagsvis bygga vidare på samverkan med beroendemottagningarna som utgångspunkter. Därtill finns nu en samverkansstruktur i form av Mysam-grupper i alla länets delar som skulle kunna vara en plattform för samverkan och samordning av myndigheters resurser. Med dessa goda förutsättningar och det stora jobb som gjorts med att implementera flera av de rekommenderade metoderna i nationella riktlinjer återstår nu att jobba vidare och skapa en flexibel öppenvård med ett differentierat utbud som svarar mot den enskildes behov.

## Referenser

- Alexanderson, K. & Jess, K. (2015). Stuprör, hängrännor och rännkrokar. Utvärdering av projektet Samordnat stöd till barn och föräldrar i familjer med missbruk 2013-2014. Rapport nr 4. Kalmar: Nationellt kunskapscentrum anhörig och Linnéuniversitetet.
- Andersson, A. & Spak, F. (2012). Riskbruk, missbruk och beroende av alkohol – definitioner och begrepp, i Falke, C. (red.), *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning*. s 66–74. Malmö: Liber.
- Armeliuss, B-Å. & Armelius, K. (2011). ”En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI”. *Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*, 6, 97–167.
- Ballidin, J., Berggren, U., Berglund, K. & Fahlke, C. (2013). ”Varför vissa återfaller i alkoholberoende”. *Läkartidningen*, nr. 1.
- Berglund, K. & Fahlke, C. (2012). Missbrukspsykologi – i teori och praktik, i Fahlke, C. (Red), *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning*, s 170-187. Stockholm: Liber.
- Blomqvist, J. (2012). Perspektiv på missbruk och beroende: Från Magnus Huss till Robert West, i Fahlke, C. (Red.), *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning*. s 151-169. Stockholm: Liber.
- Brady, K.T. et al. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1) p 47-54.
- Bringlöv, Å. (2016). Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av Mångbesökarkartläggningar i sex län. Rapport nr 145/16. Södertörn: FoU Södertörn.
- Carlsson, S. & Fahlke, C. (2015). ”Beroendeteamet: en bio-psyko-social smältdegel. Läkare, psykologer och socionomer samverkar inte fullt ut – trots att det vill”. *Läkartidningen*, 2015;112:DIIX.
- Järkestig-Berggren, U. & Hansson, E.(2016). Stödprogram riktade till barn och/eller föräldrar när en förälder missbrukar alkohol eller andra droger. Kunskapsöversikt BSA 2016:4. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum för anhöriga.
- Larsson, S. Lilja, J. & von Braun, T. (2012). ”En multidimensionell modell för analys av bruk och beroende av alkohol”. *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 3-4, s151-169.
- Lundgren, L.M., Armeliuss, B-Å., Armelius, K., Brännström, J., Chassler, D. & Sullivan, L. (2012). ”Beskrivning av tre klientprofiler inom svensk missbruksvård”. *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 3-4, s 200-216.
- Magnusson, Å. & Persson, A. (2015). ”Integrerad behandling vid PTSD och beroendesjukdom”. *Psykologtidningen*, nr. 1.
- Myndigheten för vårdanalys (2016). Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2016:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Proposition 1979/80:1. Om socialtjänsten, Del A. Stockholm: Socialdepartementet.

- Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J., & Raninen, J. (2014). ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterad till alkohol, narkotika, dopning och tobak. Rapport nr. 55. Stockholm: STAD (Stockholm förebygger Alkohol och Drogproblem).
- Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården*. Bilaga 3. Redovisning av 2016 års arbete. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen (u.å). *Vuxna personer med missbruk och beroende*. Hämtat 2017-06-22 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas/>.
- Socialstyrelsen (2016). *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2015*. Hämtat 2017-06-22 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/vuxnamedmissbrukochberoende>.
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende: Individ, Kunskapen och Ansvar. Volym 1. Missbruksutredningens förslag*. Fritzes: Stockholm.
- Statistiska centralbyrån (2015). *Instruktioner. Räkenskapssammandraget 2015*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Rapport 2016:2. Stockholm: Vårdanalys.
- West, R. (2006). *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Åsbrink, P. (2016). *Länsgemensam HVB-resurs inom missbruksvården. Utredning Socialnämnd/förvaltningsledning*. Gävle: Gävle kommun, Socialtjänst Gävle.

## Internet

- <http://www.kunskapsguiden.se/missbruk/teman/alkoholmissbruk/Sidor/Alkoholmissbruk-och-beroende-behandling-och-stod.aspx>.
- <http://www.beroendecentrum.se/om-beroendecentrum/forskning-och-utbildning1/aktuella-forskningsstudier/behandlingsstudie-for-kvinnor-med-alkoholberoende-och-posttraumatiskt-stressyndrom/>.

## Bilaga

Tabell 11. Kostnader för öppna insatser vuxna missbrukare. Kr/invånare. Källa SCBs Räkenskapssammansdrag.

Kostnad öppna insatser vuxna missbrukare, kr/inv				
	2012	2013	2014	2015
Sandviken	359	398	345	340
Gävle	488	361	397	466
Söderhamn	282	277	306	404
Ljusdal	194	270	257	284
Nordanstig	164	252	232	288
Hofors	184	220	119	170
Ockelbo	217	202	277	171
Hudiksvall	110	135	135	112
Bollnäs	98	107	114	110
Ovanåker	78	93	105	89
Gävleborgs län	218	231	229	243

Tabell 12. Kostnader för missbruksvård, vuxna 2015, fördelat på öppenvård och övrig missbruksvård. Kr/invånare och procent. Källa: SCB:s Räkenskapssammandrag.

	Kostnad öppenvård	Kostnad övrig missbruksvård	Kostnad missbruksvård totalt
Bollnäs	110 (22 %)	393 (78 %)	503 (100 %)
Gävle	466 (49 %)	488 (51 %)	954 (100 %)
Hofors	170 (40 %)	255 (60%)	425 (100%)
Hudiksvall	112 (12 %)	828 (88 %)	940 (100 %)
Ljusdal	284 (33 %)	574 (67 %)	858 (100 %)
Nordanstig	288 (24 %)	925 (76 %)	1213 (100 %)
Ockelbo	171 (20 %)	677 (80 %)	848 (100 %)
Ovanåker	89 (25 %)	265 (75 %)	354 (100 %)
Sandviken	340 (36 %)	596 (64 %)	936 (100 %)
Söderhamn	404 (42 %)	551 (58 %)	955 (100 %)
Gävleborgs län	243 (30 %)	555 (70 %)	798 (100 %)
Riket	377 (53 %)	338 (47 %)	715 (100 %)



Tabell 13. Antal vuxna personer med missbruk och beroende i frivillig institutionsvård under året. Antal. Båda könen.

Antal personer i frivillig institutionsvård under året				
	2012	2013	2014	2015
Gävleborgs län	350	389	356	350
Ockelbo	7	6	10	11
Hofors	12	12	10	X
Ovanåker	0	0	0	X
Nordanstig	8	13	8	15
Ljusdal	20	21	19	22
Gävle	126	123	110	121
Sandviken	59	73	78	81
Söderhamn	11	45	48	19
Bollnäs	31	25	18	28
Hudiksvall	76	71	55	47

Tabell 14. Antal utskrivna personer i vård enligt LVM. Antal.

Antal utskrivna personer i vård enligt LVM					
	2011	2012	2013	2014	2015
Gävleborgs län	50	43	47	60	65

## FoU-rapporter från

### FoU Välfärd; Region Gävleborg

---

- 2008:1 Karin Tillberg Mattsson  
*Demensteamet i Gästrikland – en utvärdering.*
- 2008:2 Annika Almqvist, Mia Reuterborg & Per Åsbrink  
*Utvärdering av familjecentraler i Gävleborg.*
- 2008:3 Bengt Finn  
*Brukarnas behov i centrum – samverkan i GÄST-projektet kring personer med psykiska funktionshinder.*
- 2009:1 Lena Aune  
*Slutrapport och utvärdering av projekt JämRum.*
- 2009:2 Tillberg Mattsson & Elisabeth Norin  
*Att bli ledare för sina arbetskamrater – studie av Kompetensstegen i Gävleborg.*
- 2009:3 Annika Almqvist  
*Utvärdering av en samverkansprocess – ProG-projektet i Bollnäs.*
- 2009:4 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg under 2008.*
- 2010:1 Jannie Pevik Fasth  
*Barnahus – en första delrapporten.*
- 2010:2 Annika Almqvist  
*Självrespekt som väg ur våldet – utvärdering av Stickans gruppbehandling för män som utövat våld i nära relation.*
- 2010:3 Annika Almqvist, Kaj Gustafsson, Ronnie Karlsson & Hanna Wickström  
*Unga vuxna utanför – kartläggning i Gävleborg.*
- 2010:4 Lis Bodil Karlsson  
*Tryggare än så här kan det inte vara – en kvalitativ studie av Kvinnohemmet Rosen.*
- 2010:5 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn o Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2009 i jämförelse med 2008.*
- 2010:6 Inga Michaeli, Kaj Gustafsson & Karin Tillberg Mattsson  
*Utanför upptrampade stigar – en studie av förebyggande hembesök hos äldre i Gävleborg.*
- 2011:1 Ann Lyrberg  
*Utbildning och kompetens inom missbruks- och beroendevården – en kartläggning bland personal i Gävleborgs län.*
- 2011:2 Jannie Pevik Fasth  
*Träffpunkter för äldre – en studie av sociala mötesplatser i Hudiksvall, Söderhamn och Gävle.*
- 2011:3 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2010 i jämförelse med 2009.*
- 2011:4 Kaj Gustafsson  
*Utvärdering av Barnahus Gävleborg – slutrapport.*
- 2011:5 Ann Lyrberg  
*Utvärdering av beroendemottagning i Bollnäs.*
- 2012:1 Ingrid Nilsson & Karin Tillberg Mattsson  
*Ett redskap för brukarinflytande? – om möjligheter och dilemman i handikappomsorgens arbete med genomförandeplaner.*
- 2012:2 Bengt Finn & Kristina Bromark  
*Återhämtning som ledstjärna – utvärdering av ”Hela vägens psykiatri Gästrikland”.*
- 2012:3 Ann Lyrberg  
*Utvärdering av beroendemottagningen i Ljusdal.*
- 2012:4 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2011 i jämförelse med perioden 2008–2010.*

- 2012:5 Anna Karsbo  
*Bemötande av ensamkommande flyktingbarn i Gävleborgs län.*
- 2012:6 Kaj Gustafsson  
*GBL och GHN-problematiken i Bollnäs kommun – en inventering av kunskaper, samverkansformer och behov av utvecklingsarbete.*
- 2013:1 Ingrid Nilsson & Karin Tillberg Mattsson  
*Att tillgodose sociala behov för en skälig levnadsnivå – en studie av hemtjänst i Gävleborgs län.*
- 2013:2 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2012 i jämförelse med perioden 2008-2011.*
- 2013:3 Marie Löhman  
*Kontaktfamilj – till vem, varför och hur? Handläggare inom Socialtjänsten i samtliga kommuner i Gävleborgs län beskriver en av sina vanligaste tjänster riktad till barn och unga.*
- 2013:4 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att öka kunskapen om barnen i gruppverksamheter.*
- 2013:5 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Utvärdering av familjecentrum i Ljusdal.*
- 2014:1 Kaj Gustafsson  
*GBL-missbruk i Bollnäs kommun – en studie av erfarenheter och upplevelser bland droganvändare och föräldrar.*
- 2014:2 Ann Lyrberg  
*Barns och föräldrars behov av stöd i familjer med missbruk – en intervjustudie med föräldrar och personal inom missbruks- och beroendevården i Gävle, Hudiksvall och Ovanåkers kommuner i Gävleborg.*
- 2014:3 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2013 i jämförelse med perioden 2008-2012.*
- 2014:4 Kaj Gustafsson  
*Uppföljning av stöd- och behandlings-insatser till barn och familjer som varit aktuella på Barnahus Gävleborg – Vad hände med barnen?*
- 2015:1 Kaj Gustafsson  
*Utvärdering av framtidssamtalet med unga lagöverträdare i Hudiksvalls kommun.*
- 2015:2 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2014 i jämförelse med perioden 2009-2013.*
- 2016:1 Ann Lyrberg  
*Öppenvårdsmottagning Våld i Nära Relationer – En utvärdering.*
- 2016:2 Kaj Gustafsson  
*Arbetet med våld i nära relationer i Gävleborgs län – En bild av läget 2015.*
- 2016:3 Annika Almqvist & Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2015 i jämförelse med perioden 2009-2014.*
- 2016:4 Annika Almqvist & Inger Linblad  
*Samverkan om barn och ungdomar med komplex problematik. Utvärdering av projektet SAX i samarbete mellan Högskolan i Gävle och FoU Välfärd vid Region Gävleborg.*
- 2017:1 Ann Lyrberg  
*En baslinjemätning av samverkansklimatet.*
- 2017:2 Per Åsbrink  
*Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga – Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2016 i jämförelse med perioden 2009-2015.*
- 2017:3 Ann Lyrberg  
*Öppenvård i Gävleborg – En genomlysning av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet.*





# Öppenvård i Gävleborg

## En genomlysning av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet

Syftet med genomlysningen är att få en samlad bild av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet, vilket utbud som erbjuds och dess effekter. Utgångspunkten har varit att utgå från befintlig data från öppna jämförelser, GAP-analys, registerdata och publikationer om aktuell forskning. Ny data har inhämtats i form av en mindre enkät till enhetschefer vid individ- och familjeomsorgernas vuxenenheter och gruppchefer för öppenvård. Genomlysningen har kompletterats med två exempel på öppenvård: Söderhamns Beroendecentrum och Forum 4 i Huddinge.

Sammantaget visar genomlysningen att länets kommuner implementerat och använder flera av de i nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård rekommenderade metoderna vid missbruk eller beroende av alkohol och centralstimulantia, medan rekommenderade metoder vid andra typer av substansberoende och kombinationer av problem inom andra livsområden används i mindre omfattning eller saknas.

Beställ rapporten från:  
[gunilla.blom.lundqvist@regiongavleborg.se](mailto:gunilla.blom.lundqvist@regiongavleborg.se)  
Region Gävleborg, FoU Välfärd  
Gävle sjukhus, ingång 11  
801 87 Gävle  
Tel: 026-65 02 68

FoU rapport 2017:3  
ISSN: 1654-8272