

Översyn av Umeå Socialtjänsts arbete med vuxna personer med missbruksproblematik.

Jan Brännström

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund till översynen	4
1.1 Några kommentarer till uppdraget	5
1.2 Prevention	5
1.3 Arbetsätt	6
2. Två viktiga dokument om missbrukarvårdens mål, framgångsfaktorer och hinder	7
2.1 Personer med tungt missbruk, stimulans till bättre vård och behandling	7
2.2 Nationella riktlinjer för missbruksbehandling och beroendevård	9
2.2.1 Kommentarer kring riktlinjearbetet	9
3. Missbruksarbetet i Umeå idag	10
3.1 Målgruppen	10
3.2 Organisering och resurser	11
3.2.1 Utredning/Bistånd	12
3.2.2 Öppenvårdsstöd	13
3.2.3 Öppenvårdsbehandling	15
3.2.4 Haldygnsstöd	16
3.2.5 Haldygnsbekandling	17
3.2.6 Gemensamma verksamheter	17
3.3 Extern samverkan	17
3.4 Genomförda förändringar under 2007	18
4. Analys	19
4.1 Ledning och styrning	20
4.2 Kunskaper om insatsers betydelse	20
4.3 Unga personer med missbruksproblematik	21
4.4 Den röda tråden	21
5. Förslag till förändringar i befintlig verksamhet	22
5.1 Ledning och styrning	22
5.2 Utredning/Bistånd	23
5.3 Biståndsverksamheter	23
5.3.1 Bryggan	24
5.3.2 Hera	25
5.3.3 Balder	26
5.3.4 Umeå Öppenvård	26
5.3.5 Öppenvård i samverkan	27
5.3.6 Läkemedelsassisterad behandling	27
5.3.7 Boendestöd	27
5.3.8 Samverkan	27
5.3.9 Stödet till anhöriga	28

5.4	Utbildning	28
5.5	Uppföljning, utvärdering och utveckling	29
6.	Förslag till nya verksamheter	29
6.1	Uppsökande verksamhet	29
6.2	Utveckling av samarbetet med viktiga externa aktörer	30
6.3	Vad saknas?	31
7.	Ekonomiska konsekvenser	31
8.	Sammanfattning	32
	Källor	34

1. Bakgrund till översynen

Socialnämnden gav förvaltningen i uppdrag att under 2007 göra en översyn av missbruksarbetet med vuxna personer i Umeå Socialtjänst. Bakgrunden till detta var att kostnaderna för den externa institutionsvården hade ökat markant under 2006, vilket även framkom i det ekonomiska utfallet och innebar ett underskott i budget med 5,3 miljoner kronor. En annan observation var att den externa öppenvården nyttjades i högre grad än den interna öppenvården. I uppdraget efterfrågades strategier för en sammanhållen vårdkedja och en "röd tråd" i arbetet med personer med missbruksproblem. I Socialtjänstplanen för 2007 framkommer följande för missbruksarbetet.

Mål

- Socialtjänsten skall prioritera förebyggande arbete och tidigt stöd för att stärka personers förmåga att leva ett självständigt liv.
- Socialtjänsten skall utveckla samarbete med andra aktörer för att bättre ge stöd till den enskilde.

Strategier

- Institutionsvården av vuxna missbrukare ska minskas och mer vård ska i stället ske i öppenvårdsformer. För nödvändiga institutionsplaceringar ska vårdtiden förkortas. Vården ska vara uppbyggd i sammanhållna vårdkedjor runt den enskilde.
- Samordningen kring alkohol- och drogmissbrukare skall ha förbättrats bl.a. genom att landtingets beroendepsykiatri och socialtjänsten arbetar för en gemensam alkohol- och drogmottagning.

Aktiviteter

- Genomföra genomlysning av missbruksområdet i likhet med arbetet inom området barn/unga /familj

Med detta som bakgrund anställdes undertecknad som processledare för översynsarbetet.

Syftet med uppdraget var att få till stånd en välfungerande och kostnadseffektiv missbruksvård i egen regi och i samverkan med andra huvudmän. Öppenvården ska stärkas på bekostnad av extern institutionsvård.

En tydlig avgränsning som fanns var att processledaren inte hade något eget beslutsmandat och att implementeringen av de förslag som leder till beslut åvilar linjeorganisationen.

Arbetet skulle genomföras på halvtid under 2007. En avstämning skulle genomföras 2007-06-01 med möjlighet att avbryta uppdraget om inte arbetet utvecklas i önskvärd riktning. Rapportering och delrapportering skulle ske både till förvaltningsledning och områdesledning.

1.1 Några kommentarer till uppdraget

I uppdraget finns det en tydlig markering att minska institutionsplaceringarna till förmån för framför allt intern öppenvård. Jag har dock inte uppfattat uppdraget som att inte institutionsplaceringar kan vara befogade, men att en bra öppenvård många gånger kan vara ett bra alternativ och kanske framför allt möjliggöra kortare externa vårdtider på institution. En annan viktig distinktion är att jag har uppfattat uppdraget som att öppenvården ska ske i samspel med andra aktörer. Ibland innebär det gemensamma verksamheter och ibland kompletterande samarbete och upphandling. Konsekvensen av detta bör bli att Umeå Socialtjänst ”sätter sig i förarsätet” och bestämmer sig för inriktningen av den egna vården och därefter kontaktar andra aktörer för att diskutera deras möjligheter att komplettera vården.

En annan aspekt av missbrukarvården att fundera över är vem det är som ska sätta upp målen och vad är rimligt att uppnå? Har alla samma förutsättningar och önskningsom förändringar i livet? Ska det vara så att alla måste ta nästa steg eller kan det vara gott nog att ha en skyddad anställning, boendestöd 2 tim/vecka, något återfall per år, ibland besöka öppet hus på Öppen Gemenskap och åka på deras julläger? Eller ska det vara så att vi alltid ska sträva efter alla ska vara drogfria, ha egen bostad, ett jobb på den öppna marknaden och en aktiv fritid? Vad är ”good enough”? I Jessica Storbjörks avhandling (2006) diskuterar hon om skillnader i målsättningar mellan olika aktörer (politiker, personal och klienter). I den officiella politiken är inte skadelindrande insatser (harm reduction) accepterade men kan däremot i officiella dokument och praktiken vara skönjbara. Total drogfrihet är kanske inte alltid ett realistiskt mål och skadelindrande insatser kan då bli ett alternativ.

Två dokument som har varit vägledande under detta översynsarbete har presenterats under de senaste åren. Dels är det SOU 2005:82, ”Personer med tungt missbruk, stimulans till bättre vård och behandling” och dels Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården” som utkom under 2007.

Begränsningar i översynen har varit att fokus har hamnat på personer med missbruksproblematik som Vuxenheten möter. Jag har inte haft möjlighet att undersöka förekomsten av eller hur man arbetar inom Försörjningsstöd och Barn & Unga med missbruk. Däremot har utifrån ett helhetstänkande möjligheterna att förändra målgrupper för verksamheter i Verksamhetsbanken diskuterats.

1.2 Prevention

Umeå kommun har antagit ett alkohol-, drog och brottsförebyggande program med mål och strategiområden. I detta program har socialnämnden olika ansvarsdelar som redovisas med olika aktiviteter. I det förebyggande arbetet brukar man prata om tre olika nivåer: 1. Primär prevention, riktar sig till alla. 2. Sekundär prevention som riktar sig till riskgrupper. 3. Tertiär prevention som fokuserar arbetet till dem som redan är föremål för myndigheters insatser. Denna översyn riktar sig i första hand mot tertiär prevention, men även mot den sekundära nivån och kompletterar alkohol-, drog och brottsförebyggande programmet. Avsikten i översynen är att förebygga ett socialt och medicinskt nedbrytande liv, som både påverkar den enskilde individen men även anhöriga och

omgivningen. Insatser som riktar sig till personer som är aktiva i ett missbruk kan även fungera förebyggande mot andra delar av sin omgivning. När vissa personer bestämmer sig för att söka behandling, så kan det också innebära en ökad motivation till förändring för andra personer som är i samma situation. Det kan också i vissa fall innebära att tillgången på droger försvinner för en viss tid och att kriminaliteten minskar. Att hjälpa personer som är aktiva i ett missbruk in i behandling innebär ofta också att nyrekryteringen minskar, speciellt bland yngre personer. Andra aspekter av förebyggande insatser i detta dokument är vikten av att arbeta med anhöriga och andra närstående, som berörs av ett missbruk, inte minst barnen, oavsett vad personen med missbruksproblematik vill göra med sitt liv.

1.3 Arbetssätt

Under året har jag besökt samtliga egna verksamheter som arbetar med personer med missbruksproblematik. Företrädesvis har jag träffat enhetschefer eller motsvarande förutom Vuxenheten där jag genomfört individuella intervjuer med samtliga socialsekreterare och båda enhetscheferna. Bakgrunden till detta är ett projekt med länsstyrelsemedel, som syftar till att förbättra klientarbetet med hjälp av ASI. I samband med detta har jag också ställt frågor kring vardagsarbetet i övrigt.

Det har varit sparsamt med kontakt med externa vårdgivare. Efter inbjudan från Öppen Gemenskap har två möten genomförts. En annan verksamhet jag har besökt är Svanö 12 & 12, som är den externa behandlingsinstitution som Umeå Socialtjänst oftast använder.

Vidare har jag deltagit i ledningsgruppen för IFO vid ett antal tillfällen. Vanligtvis har detta varit i samband med olika sparaktiviteter i socialtjänstens budget.

En återkommande uppgift har varit arbetet med alkohol- och drogmottagningen där jag har funnits med i alla olika gruppkonstellationer. I samband med detta har jag även gjort studiebesök i Piteå och Luleå.

Jag har också sammanställt statistik kring ASI och placeringar. Detta har gjorts för att försöka finna ut om de klienter som socialtjänsten möter, verkar matcha det utbud som finns och de placeringar som genomförs.

En annan statistik som sammanställts är olika typer av placeringar. Inriktningen har varit dels mot externa placeringar och dels mot de egna verksamheternas beläggning.

Nya projekt som jag deltagit i:

- Samarbetat med enhetschef på Vuxenheten med att utveckla utredningsarbetet till förmån för att följa upp och få mer tid till klienterna.
- Varit bollplank i det gemensamma projektet med landstinget kring alkohol- och drogmottagningen, avgiftning och utbildning.
- Varit bollplank till den nya öppenvården för kvinnor.
- Varit bollplank för upparbetandet av ett DD-team. Studiebesök i Skellefteå.
- Initialt varit bollplank för utvecklandet av boende tillsammans med Umeå öppenvård.

- Utarbetat ett frågeformulär tillsammans med föreståndaren på Bryggan för att kunna få klienternas (i första hand) upplevelser av olika insatser.
- Medverkat till att upprätta en kategorisering av de insatser som i dagsläget finns att tillgå inom socialtjänsten.
- Initierat en konferens kring riktlinjerna i missbruksarbetet.
- Upparbetat ett samarbete med Skellefteå, initialt för att utbilda länets socialarbetare kring arbetet med ASI, men kanske för att i en framtid skapa gemensamma kontinuerliga utbildningar inom missbruksområdet.

Avrapporteringar: Under 2007 har kontinuerliga återkopplingar skett till ansvarig socialchef ca 1 gång/månad. Utöver detta sammanställdes en delrapport som presenterades för socialchefen inom IFO och områdescheferna under hösten. Vidare har löpande kontakt hållits med berörda områdeschefer.

2. Två viktiga dokument om missbrukarvårdens mål, framgångsfaktorer och hinder

Under de senaste åren har två viktiga dokument upprättats om missbrukarvården, dels en statlig utredning och dels socialstyrelsens riktlinjearbete. Båda dessa dokument har varit vägledande vid den översyn som genomförts.

2.1 Personer med tungt missbruk, stimulans till bättre vård och behandling (SOU 2005:82)

I en statlig utredning sägs det att ”rehabilitering av tunga missbrukare av alkohol och narkotika är ett komplicerat och långsiktigt arbete som måste utgå från den enskildes behov och förutsättningar”. Med det menas bl.a. att målen inte kan vara lika för alla utan kan variera från total rehabilitering med drogfrihet, arbete osv. till förbättrad livskvalitet i form av längre drogfria perioder, boende med stöd osv. Utifrån detta bör även de resurser som erbjuds personer med missbruksproblematik svara upp mot dessa olika behov. I utredningen lyfter man fram tre grundförutsättningar för en framgångsrik vårdprocess:

- Som den kanske viktigaste enskilda faktorn är att det finns en personkontinuitet i dessa många gånger långvariga kontakter.
- Utgångspunkten måste vara att varje person med alkohol- och drogproblem är unik och har individuella förutsättningar.
- Ofta måste insatser ske samtidigt och integrerat i stället för efter varandra.

I utredningen beskrivs även viktiga framgångsfaktorer som det råder relativ enighet om och som i vissa fall har stöd i forskningen. Här redovisas rubrikerna och några korta kommentarer kring dessa faktorer:

- Motivation och ”timing”. Viktigt att personer tror att en förändring är möjlig och har tilltro till sina egna möjligheter och till de behandlande verksamheterna. Motivationen är inte konstant och studier har visat att det är viktigt att kunna agera snabbt när klienten är motiverad

- Fokus på missbruket. Forskningen har visat att det är viktigt att insatserna fokuseras på missbruket. Det är även viktigt med tydliga och realistiska förändringsmål.
- Helhetssyn på individens problem. Personer med tungt missbruk har ofta omfattande problem inom flera områden som också måste inkluderas i stödet/behandlingen.
- Vård och behandling med strukturerade utredningsinstrument. Systematisk användning av strukturerade utredningsinstrument ger möjlighet till löpande dokumentation, uppföljningar samt forskning och metodutveckling.
- Strukturerad behandling. Det är enligt forskningen viktigt att behandlingen präglas av en medveten teori och följer ett förutsägbart schema eller förlopp. Om familjen involveras kan positiva resultat förstärkas.
- Val av lämplig insats. Viktigt att klientens egna åsikter ges stor betydelse. Vård av lindrigare missbruk kan ges i öppenvård, men vid tyngre missbruk initial behandling på institution. Viktigt att tänka på gruppammansättning och att kvinnor kan erbjudas könsseparat behandling.
- Terapeutisk allians och vårdklimat. Ett flertal studier har visat på att positiva effekter beror på relationen mellan klient och terapeut. Konfrontativ behandling ger sämre resultat jämfört med stödjande och respektfull stil. Personalens arbetsmiljö är också relaterad till behandlingsutfall.
- Långsiktighet och kontinuitet. Eftersom vägen ut ur ett missbruk sällan är rätlinjig så är det viktigt att det finns en långsiktighet, kontinuitet och uthållighet. Det är viktigt med fortsatta stödåtgärder, minst ett år efter behandling enligt forskning. Även självhjälpgrupper är viktiga.
- Personalens kompetens. Viktigt att personalen tror att förändring är möjlig och att de har tillgång till adekvata resurser. Studier har även visat att empatisk förmåga hos personalen ökar med utbildningsnivå.
- Organisatoriska förutsättningar. Viktigt att personer med både ett missbruk och psykiatrisk problematik får hjälp som både innefattar missbruket och den psykiska ohälsan. En specialistorganisation som förenar kommunens och landstingets kompetens kan bidra till minskad stigmatisering och ökad tillgänglighet.

Det redovisas även möjliga hinder för en effektiv vårdprocess:

- *Inom landstingen.* Om det finns brister när det gäller abstinensbehandling, stödmedicinering och substitutionsbehandling (subutex/metadon). Väntetider som försvårar och ibland omöjliggör behandling. Brist på resurser för de som har dubbeldiagnos.
- *Inom den sociala sektorn.* En fara om den uppsökande verksamheten får ge vika för en avvisande och prövande inställning där klienterna måste hävda sin vilja för att få ta del av vården. Brist på goda och anpassade boenden och sysselsättningsåtgärder för att motverka återgång till det gamla livet och återfall i missbruk.
- *Problem som beror på uppsplittring mellan huvudmän.* Det saknas en gemensam kunskap om missbrukarvården mellan olika huvudmän. Olika vårdideologier, terminologier och olika attityder försvårar samarbetet.

- *Generella brister (oavsett huvudman)*. Det saknas många gånger en specialistutbildning inom missbrukarvården. Centrala grundutbildningar har ingen eller liten obligatorisk utbildning om alkohol- och drogekunskap samt behandling av missbruk/beroende. Även internutbildningarna har brister både i omfattning och kvalitet.

2.2 Nationella riktlinjer för missbruksbehandling och beroendevård

Under början av 2007 presenterade Socialstyrelsen "Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik". Dessa riktlinjer försöker som titeln säger förena två huvudmäns verksamheter.

I riktlinjearbetet beskrivs behovet av gemensamma termer och begrepp. Man har lyft fram några begrepp och försökt klargöra Socialstyrelsens uppfattning. Vidare redovisas de 53 rekommendationer som man har kommit fram till. I dessa rekommendationer redovisas målgrupp, åtgärd, effekt, grad av evidens samt åtgärdens kostnadseffektivitet. Efter detta kommer en redovisning av olika områden:

- Upptäckt och förebyggande verksamhet
- Bedömningsinstrument och dokumentation
- Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling
- Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling
- Gravida kvinnor
- Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)

2.2.1 Kommentarer kring riktlinjearbetet

Det är välkommet med riktlinjer inom missbrukarvården som kan hjälpa till att styra mot så goda och effektiva insatser som möjligt. Socialstyrelsen anser det nödvändigt att försöka utveckla en gemensam terminologi inom missbruksområdet och i riktlinjerna försöker man ta ett första steg i detta arbete. I riktlinjearbetet framkommer det också att prevention och behandling har effekt, vilket är viktiga konstateranden. Två andra viktiga områden som berörs är abstinensbehandling och samsjuklighet. Vid abstinensbehandling framkommer att det är viktigt att det finns en vårdkedja som tar vid direkt efter abstinensbehandlingen, för att kunna nå så goda resultat som möjligt. Vid samsjuklighet är det viktigt att behandla beroendet och övriga sjukdomar parallellt.

Ett av de problem som finns med rapporten är att den bara till vissa delar är tillämplig i socialtjänstens arbete. Många av de insatser som används inom socialtjänsten berörs inte, tex. kontaktpersoner, boendestöd, andra former av boenden, försörjningsstöd osv. Detta innebär vissa begränsningar, men trots det finns det en mängd kunskap att ta fasta på. Det finns vissa behandlingsmetoder som har effekt, de har samtliga fokus på missbruket, tydlig struktur, väldefinierade åtgärder och har detaljerade riktlinjer. Det framkommer också att ospecifika stödsamtal inte har någon effekt på missbruket. Ett bekymmer med

ovanstående är att det säkerligen finns behandlingsmetoder som är lika bra som de redovisade, men att det inte finns någon tillgänglig forskning kring detta. Ett annat bekymmer är att det antagligen finns ett antal mindre framgångsrika metoder vars resultat inte heller är fastslagna i forskning. Om detta kopplas till situationen i Umeå kan vi se att de metoder som används inom socialtjänsten inte är evidensbaserade i någon högre utsträckning. Om metoderna ska granskas riktigt noggrant så finner man att det systematiska användandet av ASI vid utredningar är den enda säkerställda metoden i våra egna verksamheter. Möjligtvis kan Balders psykodynamiska terapi också räknas dit, men det går inte att utläsa vilka psykodynamiska terapier som har goda resultat. Tolvstegsbehandling t.ex. är evidensbaserad när det gäller alkoholmissbruk, men inte narkotikamissbruk. Det kan vara så att behandlingen fungerar minst lika bra, men det vet vi inte. Ytterligare ett problem är i vilken utsträckning man är metodtrogen. Ifall man har en egen variant på metoden (vilket inte är ovanligt) är det sannolikt inte en evidensbaserad metod. Med ovanstående vill jag ha sagt att det är av stor vikt att de verksamheter som socialtjänsten har, följs upp så att effekterna kan säkerställas vare sig de handlar om evidensbaserade metoder eller inte.

3. Missbruksarbetet i Umeå idag

3.1 Målgruppen

En viktig grund för att kunna veta på vilket sätt arbetet ska organiseras, för att bli så effektivt som möjligt, är att det finns en kunskap om vilken målgrupp organisationen möter. Sedan ett flertal år tillbaka använder Umeå Socialtjänst ett standardiserat och semistrukturerat intervjuinstrument som heter Addiction Severity Index (ASI) vid samtliga nya utredningar med vuxna personer med missbruksproblematik. Under de senaste åren har resultaten från dessa intervjuer matats in i en databas och sammanställdes under våren 2007. Sammanlagt var det 269 intervjuer som sammanställdes för en tidsperiod mellan januari 2003 och oktober 2006. De personer som socialtjänsten i Umeå möter är ingen homogen grupp. En grov sammanfattning av personer med missbruksproblematik kan se ut som nedan:

- Knappt en tredjedel av gruppen är kvinnor.
- Halva gruppen är 40 år eller äldre. 25 % är under 25 år.
- Drygt halva gruppen anser att de har fysiska problem som påverkar livsföringen.
- Boendesituationen är instabil för många. Endast 59 % har en egen bostad. Övriga bor i andra hand, hos föräldrar, inneboende osv.
- För drygt 40 % har arbete varit den huvudsakliga sysselsättningen de senaste tre åren.
- I gruppen under 25 år har knappt halva gruppen genomgått max 9 år i skolan.
- Alkohol är den dominerande drogen för drygt 55 % av personerna.
- Av narkotiska preparat är cannabis vanligast förekommande. Ca 40 % har använt cannabis regelbundet.
- 35 % av den totala gruppen har injicerat någon gång varav 11 % under de senaste 30 dagarna.
- Det är vanligt att personerna varit utsatta för misshandel i någon form av närstående och speciellt utsatta är kvinnorna.

- Knappt 60 % har varit dömda för någon form av brott där narkotikabrott är vanligast förekommande.
- Drygt 20 % har huvudsakligen bott tillsammans med barn och 42 % har bott med närstående under de senaste tre åren.
- Den psykiska hälsan är det område som klienterna anser att de har störst problem med.
- Intervjuarna anser att alkoholen är ett något större problem än den psykiska hälsan.

Det som framträder ovan är att många av de personer med missbrukproblematik som socialtjänsten möter, har stora problem inom flera livsområden. Detta är något som man måste ta hänsyn till vid bedömningen av vilket bistånd som ska beviljas.

3.2 Organisering och resurser

Under 2007 beslutades det att skapa en sammanhållen Individ- och Familjeomsorg vilket innebar att det är samma socialchef för hela IFO-området. Detta kan ge möjligheter till en flexibilitet inom IFO-området både utifrån ekonomi och utifrån ledning/styrning. Under året som gått har det varit ett flertal personalförändringar inom missbruksområdets ledning, allt ifrån en ny socialchef till nya områdeschefer. Utöver detta har även IFO:s biståndsverksamheter övergått till verksamhetsbanken. Arbetet med vuxna personer med missbruk är organiserat på så sätt att det finns socialchef, områdeschef för utredning och bistånd, områdeschef för Verksamhetsbanken (biståndsverksamheterna) samt enhetschefer och socialarbetare.

Nedan kommer en presentation av Socialtjänstens egna resurser avseende arbete med personer med missbruksproblematik. Först beskrivs Vuxenenheten därefter de olika biståndsverksamheterna. Kategoriseringen av biståndsverksamheter kommer från de nationella riktlinjernas beskrivning av insatser, psykosocialt stöd och behandling (även om jag gör en något vidare tolkning av vad som är behandling). Därefter har jag delat upp verksamheterna i öppenvård eller heldygnsvård. Det är viktigt att poängtera att det inte handlar om att kategorisera utifrån bättre och sämre verksamhet, utan tvärtom är det så att alla kategorier är viktiga utifrån den enskildes behov. Kategoriseringen görs mer för att identifiera var det finns mer eller mindre resurser och eventuella ”vita fläckar”.

Öppenvårdsstöd = Öppenvård som syftar till att stödja den enskilde i dennes livssituation. Baseras inte på en specifik metod eller teknik.

Öppenvårdsbehandling = Öppenvård som bygger på systematiskt och teoretiskt grundade tekniker eller metoder.

Heldygnsstöd = Kan vara frivillig institutionsvård, frivillig familjehemsvård, tvångsvård på institution eller familjehemsvård enligt 27 § LVM där man vistas i dygnet-runt. Syftar till att stödja den enskilde i dennes livssituation. Baseras inte på en specifik metod eller teknik.

Heldygnsbehandling = Kan vara frivillig institutionsvård, frivillig familjehemsvård, tvångsvård på institution eller familjehemsvård enligt 27 § LVM där man vistas i dygnet-runt. Bygger på systematiskt och teoretiskt grundade tekniker eller metoder.

3.2.1 Utredning/Bistånd

Vuxenenheten. Har som arbetsuppgift att utreda, bedöma och följa upp bistånd med vuxna personer med eller utan missbruksproblematik. Utifrån statistik är ca 80 % att kategorisera som personer med missbruksproblematik. Vid kontakter med externa samarbetspartners framkommer det att de tycker att Umeås socialsekreterare är kompetenta och bra på att samarbeta.

Ärendestatistik och ASI-statistik för de senaste åren:

Enligt tillgänglig statistik har andelen aktuella ärenden minskat på vuxenenheten under de senaste åren (se tabell 1). Detta kan delvis bero på en hårdare avskrivning med fler avslutade ärenden, vilket skedde under första halvåret 2007. En annan förklaring till denna förändring kan vara att Mottagningsenheten lotsar personer vidare till andra insatser utan att de behöver aktualiseras på vuxenenheten. En ytterligare eller kompletterande förklaring skulle kunna vara minskat antal nya ärenden. Vid en granskning av antalet genomförda grund-ASI (vilket i sig kan motsvara nya missbruksärenden) framkommer det en något minskat antal genomförda intervjuer, från 77 ASI-intervjuer 2004 till 65 ASI-intervjuer 2007.

Tabell 1: Aktuella ärenden 30/9 2004 – 2007 samt 14/12 2004 – 2007

	2004 sep	2004 dec	2005 sep	2005 dec	2006 sep	2006 dec	2007 sep	2007 dec
Missbruk	370	375	350	345	328	323	304	328
Övriga	101	100	92	97	92	90	72	81
Totalt	471	475	442	442	420	413	376	409

Under perioden 2004 – 2007 har också antalet socialsekreterare minskat med 1 person som idag arbetar i Mottagningsenheten och 0,5 tjänst som arbetar på Ungdomshälsan. Detta medför att antalet ärenden per socialsekreterare inte minskat i samma utsträckning som ärendeminskningen totalt sett.

Förändringar under året i Vuxenenheten:

Personal: I budget finns 13,5 årsarbetare för Vuxenenheten. Under 2007 har det varit ovanligt stor personalomsättning. Det påverkar både kontinuitet i arbetet med klienterna, men även ärendefördelning och arbetsbelastning då nya medarbetare behöver inskolningstid.

Utredningsförfarande: Under året har intervjuer genomförts med samtliga socialsekreterare och enhetschefer i Vuxenenheten. Där framkom det tydliga önskemål om att minska tider för administration och samtidigt öka tid för uppföljning, samtal och hembesök dvs. direkt klientkontakt. Utöver detta fanns ett uttalat önskemål från enhetscheferna att förkorta utredningstiderna. Ett förslag om ett förenklat utredningsförfarande utarbetades som innebär en utredningstid på maximalt 2 månader där ASI ska användas som utredningsinstrument och resultatet från intervjun ska återkopplas till klienten. Förhoppningsvis ska detta medföra att tid frigörs och möjliggör ökad klientkontakt. Arbetet ska följas under 6 månader.

Specialisering: Vuxenenheten har valt att under året inrätta en viss specialisering som innebär att tre socialsekreterare ska ha en speciell inriktning mot personer som har barn, tre ska specialisera sig mot Dubbel-diagnoser och två personer mot läkemedelsassisterad behandling. Detta genomförs för att kunna fördjupa kunskaperna kring dessa områden, men också för att kunna bygga upp närmare samarbete med andra aktörer.

Samarbete med Beroendepsyk: Ett väl fungerande samarbete med beroendepsykiatrin är oerhört viktigt för att kunna vara framgångsrika i missbruksarbetet. Under 2007 har en person från Socialtjänstens vuxengrupp arbetat deltid tillsammans med en person från landstingets beroendepsykiatri för att utveckla samarbetet. De olika delarna har varit en gemensam alkohol- och drogmottagning, avgiftning/abstinensbehandling, gemensam vårdplanering vid samsjuklighet samt gemensamma utbildningar. Detta har varit möjligt att genomföra med hjälp av projektmedel från länsstyrelsen. En redan pågående försöksverksamhet är att en socialsekreterare från Vuxenenheten finns på tillnyktringsenheten (TNE) måndagar och fredagar mellan 08.00-10.00 för att fånga upp personer som vill ha kontakt med socialtjänsten.

Alkohol och Drogmottagningen och dess konsekvenser: Det har under året beslutats att en gemensam alkohol- och drogmottagning ska starta med en socialsekreterare. Den socialsekreteraren kommer att tas från vuxengruppen men i vilken omfattning det kommer att minska gruppens arbete är osäkert. Det kan t.o.m. bli en ökning av ärenden eftersom alkohol- och drogmottagningen är en ambitionshöjning som sannolikt kommer att innebära att fler personer söker hjälp.

Behandlingsråd

Syftet med behandlingsrådet är att det dels ska fungera som stöd för socialsekreterarna i svåra ärenden, utifrån att det sitter personer med specialistkompetens och dels att det ska försöka styra externa placeringar till egna verksamheter där det är tillämpligt. Behandlingsrådet som träffas var 14:e dag består av områdeschef (ordf), enhetschef vuxenenheten, enhetschefer/företrädare för de egna verksamheterna, representant från beroendepsykiatrin och enhetschef handikapp. Socialsekreteraren kommer till behandlingsrådet och föredrar ärendet. Områdeschefen är beslutande och innehar delegationen för externa placeringar. Vid akuta ärenden och förlängningar beslutar områdeschefen mellan dessa mötestillfällen. Då det fanns behov av tätare möten inrättades mini-behandlingsråd under hösten som också träffas var 14:e dag. Detta består av områdeschef, enhetschefer Vuxenenheten samt representanter från Banken.

3.2.2 Öppenvårdsstöd

Boendestöd

Boendestödet har en enhetschef och 10,75 tjänster. Vanligtvis finns det en kortare kö till verksamheten men normalt sett får klienterna sitt boendestöd inom en månad. Antalet placeringar från vuxenenheten har varierat under året mellan 34-41 per månad. Det finns en stor grupp personer som blir placerade i externt heldygnsstöd under perioder. Boendestödet är en viktig resurs i detta sammanhang och kan vara ett verkligt alternativ

för dessa personer. Det är viktigt att personer som jobbar inom detta viktiga område får utbildning, handledning och status så att de stannar kvar över tid.

Förändringar under året: Sedan mars 2007 har Hökvägen blivit ett genomgångsboende där man kan kvalificera sig till egna övergångskontrakt. Verksamheten omfattar 17 lägenheter och tre jourlägenheter. Förändringen har inneburit att de personer som ska flytta in i en lägenhet på Hökvägen måste tacka ja till Boendestöd. Omfattningen bedöms individuellt. Dessutom finns två boendestödjare placerade i huset, där det dagligen finns gemensamt kafé på fm. och olika aktiviteter anordnas för de boende vid vissa tillfällen. Sedan i mars har antalet störningar minskat och det är mindre oro. Utslussningar till ett annat boende har skett vid tre fall och en vräkning har genomförts.

Under 2007 har beslut fattats om ett kategoriboende i Skravelsjö för de personer som är i behov att bo avskilt för att kunna behålla sitt boende. Det ska finnas fyra boenden med möjlighet till utbyggnad för ytterligare två. Start troligtvis hösten 2008.

Kortboende

Ett akutboende för personer som blivit bostadslösa av olika anledningar och inte kan lösa boendesituationen på annat sätt. Det innebär att verksamheten vänder sig till hela socialtjänsten och inte enbart till de som missbruksproblematik. Det finns tre små lägenheter där man kan bo upp till fyra dagar. Bemanningen är 1 personal, Bryggans personal samt att den sociala beredskapen har möjlighet att placera där under nätterna. Beläggningen har under året varit ca 75 %.

Bostadskonsulenter

Att ha en bostad och kunna behålla den är viktiga aspekter av att kunna få ett självständigt liv. Övergångslägenheter är en möjlighet ur den aspekten, men det är även viktigt att det finns tillgång till övergångslägenheter för att kunna bedriva öppenvård. Finns det inte tillgång på lägenheter eller andra boendeformer, kommer inte heller en öppenvårdsbehandling att kunna genomföras. Umeå Socialtjänst har två tjänster och med en tillfällig förstärkning under hösten med 0,5 tjänst, som arbetat som bostadskonsulenter. Deras arbetsuppgift är att verkställa socialsekreterarnas beslut om övergångsbostad till bostadslösa klienter som inte på egen hand kan erhålla ett eget förstahandsavtal på den öppna bostadsmarknaden. Detta innebär att bostadskonsulenternas målgrupp är större än enbart personer med missbruksproblematik. Det finns i dagsläget 187 lägenheter med övergångskontrakt. Andelen personer med en tidigare eller aktuell missbruksproblematik uppgår till knappt 40 %. I slutet på november är det totalt ca 30 personer som står i kö för övergångsavtal.

Fältarbetare riktad mot vuxna

Det finns en person med lång erfarenhet av att arbeta med personer med missbruk. Han arbetar på uppdrag från socialsekreterare, klienterna själva samt anhöriga. Flexibiliteten i arbetsuppgifterna är stora och varierar mellan individuella kontakter till att skjutsa klienter till institutioner.

Narkotikaanalysenheten

Målgruppen för verksamheten är Umeås befolkning där det kan vara aktuellt med urinprover för narkotikaanalys. Riktas till alla åldrar och båda könen. Det finns en manlig och en kvinnlig personal. Enheten kör ca 2000 prover per år och under den senaste fyra-årsperioden har i genomsnitt 130 personer varit i kontakt med verksamheten och 47 % varit positiv någon gång. De vanligaste förekommande preparaten är Cannabis, Bensodiazepiner och Subutex. Könsfördelningen är 70 % män och 30 % kvinnor. Det vanligaste förfaringssättet är att socialsekreterare remitterar klienter, men det förekommer också att rektorer på skolor köper tjänsten. Verksamheten är även viktig för våra interna verksamheter för att kunna hålla dessa drogfria. Kranskommunerna har också mot ersättning tillgång till verksamheten. Den yngsta som lämnat prover är 12 år.

Kontaktpersoner

Innehållet och omfattningen i kontaktpersonsuppdragen kan variera mycket. Ibland är det en enskild insats och ibland är det en komplettering till andra insatser. Det finns två typer av kontaktpersoner, dels de som har en anställning i Socialtjänsten och dels de som är arvoderade. Det finns åtta personer som är anställda av socialtjänsten som kontaktpersoner. I december 2007 hade dessa kontaktpersoner totalt 61 ärenden varav endast fem var riktade till personer med en primär missbruksproblematik. För den arvoderade gruppen kontaktpersoner har vid tre olika mättillfällen antalet uppdrag för vuxna missbrukare varierat mellan 31 och 39 under 2007.

3.2.3 Öppenvårdbehandling

Balder

Balder är en öppenvårdsverksamhet som bedriver lågintensiv behandling (vanligtvis en träff/vecka) av vuxna narkotikamissbrukare av båda könen. I sitt ursprung var Balder en verksamhet som innehöll olika behandlingsmetoder, men under de senaste åren har verksamheten bestått av en person som använt psykodynamisk terapi som metod. Ca 50 % av klienterna är inskrivna i metadon- eller subuteprogrammet. Beläggningen har under året varierat mellan 12-15 klienter/mån. Behandlingstiden är lång, vanligtvis mellan 2-3 år, men även längre tid förekommer.

Umeå Öppenvård

Umeå öppenvård är en högintensiv öppenvårdsverksamhet (fyra halvdagar/vecka) som riktar sig till personer med narkotikaproblem som är 20 år och äldre. Antalet personal är tre. Behandlingen som i grunden är tolvstegsbaserad bygger i huvudsak på gruppbehandling, men det förekommer även individuella samtal. Det finns också kontaktpersoner knutna till verksamheten. Individuella samtal med anhöriga förekommer. Den genomsnittliga behandlingstiden var för 2006 ca 7 månader. Under 2007 har 30 personer (9 kvinnor) varit inskrivna i verksamheten varav 17 personer (8 kvinnor) som var 25 år eller yngre. Beläggningen har varierat under året mellan 6 - 16 klienter/mån och den längsta placeringen har varit 16 mån.

Öppenvård i samverkan (ÖS)

Verksamheten är ett samarbete mellan socialtjänsten och landstinget och består av 2,5 tjänster. 0,75 tjänst finansieras av landstinget och 1,75 av socialtjänsten. Den riktar sig till vuxna personer med alkoholproblematik. Personerna söker sig själva dit och är i väldigt låg omfattning i kontakt med socialtjänsten. Ofta rör det sig om personer som är i ett tidigt skede av sitt missbruk och har kvar familj och arbete. En annan målgrupp är personer som gripits för rattfylleri. Kognitiv behandling är grunden. Det finns ett grundprogram på 15 träffar, med ett mottagningsmöte, 12 träffar en gång/vecka därefter ett uppföljningssamtal efter tre månader och ytterligare ett uppföljningssamtal tre månader senare. Således är det en lågintensiv verksamhet. Den sammanlagda behandlingstiden är ca 9 månader. Under 2006 hade 80 personer kontakt med verksamheten.

Lösningfokuserad Öppenvård

Denna öppenvårdsverksamhet är lågintensiv (max 1 träff/vecka) och består av två heltidstjänster som har hela Socialtjänstens IFO som sin målgrupp. Arbetsmetoden är som namnet säger lösningfokuserad. Verksamheten startade i slutet på 2006 och huvudparten klienter kommer från Vuxenheten. Under 2007 har beläggningen varierat mellan fem till fjorton personer med missbruksproblematik per månad. Den genomsnittliga behandlingstiden har legat på ca 3 månader. Verksamheten har under hela året ingått i Verksamhetsbanken.

3.2.4 Helydysstöd

Hera

Hera är ett stödboende med miljöterapi som riktar sig till utsatta kvinnor företrädesvis med missbruksproblematik. Under senare år har utvecklingen varit, att fler av kvinnorna i huvudsak har en psykiatrisk problematik. Detta har också medfört längre vårdtider. Hera har under året haft 6-7 placeringar/mån samt 1-3 i utslussning. Tre klienter har skrivits ut under året. Boendetiden på Hera exklusive utslussning är ca 1 år.

Bryggan

Målgruppen för Bryggan är vuxna personer med missbruksproblematik. Grunden för verksamheten är miljöterapi. Både individuella samtal 2-3ggr/vecka och gruppsamtal 3ggr/vecka är viktiga ingredienser i verksamheten. Det finns tio boendeplatser på Bryggan och möjlighet till utslussning i öppenvård. Under året har 36 personer varit inskrivna, 31 män 5 kvinnor. I åldersgruppen unga vuxna (25 år och yngre) har det varit 12 inskrivna, varav 2 kvinnor. Den längsta placeringen i ett sträck med boende på Bryggan är fem månader. Sedan finns det klienter som varit inskrivna under hela året, men där det övergått till en öppenvårdsplacering inom fem månader.

Inom området helydysstöd köper vi också mycket tjänster från externa vårdgivare som Aaronsgården, Renforsen, Måviken, Länkebo, Strandgården osv.

3.2.5 Helydygnsbehandling

Inom detta område köper Socialtjänsten enbart sina tjänster. Vanliga vårdgivare är Svanö 12&12, Alfa, Munin, Trollängen osv.

3.2.6 Gemensamma verksamheter

Ungdomshälsan

Är ett samarbete mellan socialtjänsten, arbetsförmedlingen, BUP, Vuxenpsykiatri, skolan, primärvården, försäkringskassan, AMA och ungdomsmottagningen. Målgrupp är personer i åldern 16-25 år. Ungdomar söker sig själva hit med allehanda problem bl.a. alkohol- och drogproblematik. Antalet som söker direkt för problem med droger är inte så vanligt, men däremot kan det framträda efter en tids kontakt. Avsikten är att det ska vara korta kontakter och vid mer omfattande problematik ska individerna slussas vidare till ordinarie basverksamhet.

KRAMI

Detta är en samverkansverksamhet där arbetsförmedlingen, socialtjänsten och kriminalvården medverkar. Målgruppen är män 20 – 35 som är aktuella inom socialtjänsten och kriminalvården samt är utan sysselsättning. Verksamheten bygger på konsekvenspedagogik och praktik på den öppna arbetsmarknaden. Fokus är på att komma ut i sysselsättning. Det finns en lång tradition i Sverige med KRAMI-verksamheter, den första verksamheten startade i Malmö 1980. I Umeå startade det som ett projekt under 2007 och ska pågå under hela 2008. Prognosen vid projektstarten var att det skulle skrivas in 56 klienter under projekttiden. Verksamheten kommer att följas upp med hjälp av en självvärderingsmodell som tagits fram av samordningsförbundet i Umeå

3.3 Extern samverkan

Landsting

Samarbetet mellan Socialtjänsten och Beroendepsykiatri fungerar bra. Ett stort problem som har funnits under ett antal år är avgiftningar. Det har under året jobbats ordentligt med denna fråga. En ny avdelning inom psykiatri har öppnats under hösten där det kommer att finnas tillgång till två bokade platser för planerade avgiftningar. I vilken utsträckning detta kommer att vara tillräckligt är i dagsläget för tidigt att säga. Andra samarbetskontakter med landstinget är Tillnyktringsenheten, Mobila teamet och läkare för olika typer av bedömningar.

Kriminalvård

En vanlig samarbetspartner kring personer med missbruk är kriminalvården. Det gäller både myndighetsutövningen och behandlingsverksamheter. Kriminalvården köper även behandlingar av socialtjänsten där deras villkor kan tillgodoses. Efter diskussioner med kriminalvården kommer det att bli möjligt för socialtjänsten, att köpa platser i deras kriminalitetsbehandling Brottsoffret för personer med en kriminell livsstil, som inte är aktuella inom kriminalvården. Något som kan påverka kostnaderna för placeringar är i vilken utsträckning det skrivs ansvarsförbindelser mellan kriminalvården och

socialtjänsten, vilket innebär att kriminalvården betalar för en viss tid av behandlingen. Under 2007 har det skrivits 27 ansvarsförbindelser medan det för 2006 var 13 st. Under den senaste femårsperioden har det skrivits flest ansvarsförbindelser under 2005 (32 st).

Arbetsförmedlingen

Detta är en mycket vanlig samarbetspartner i arbetet med personer med missbruk då sysselsättning är en viktig del i att få struktur på livet.

Ideella organisationer.

Öppen Gemenskap

Samarbetet med Öppen Gemenskap är mycket omfattande. Socialtjänsten köper tjänster både i uppsökande verksamhet/boendestöd (Mobila Thure), öppenvård (Sanna/Manna och Aaronsgården) och heldygnsvård (Aaronsgården). Öppen Gemenskap bedriver även anhörigvård till både vuxna och barn till missbrukare. De är en mycket viktig resurs i vår totala vårdkedja.

Länkarna

Samarbetet med Länkarna handlar i första hand om Länkebo. Det är en relativt vanligt använd boenderesurs för lite äldre personer med alkoholmissbruk. Under 2007 har det förts diskussioner och avtal har skrivits med Länkarna om att kunna fungera som förlängd avgiftning. Tanken är att verksamheten ska komma igång under 2008.

LP-stiftelsen

LP bedriver öppenvård, har tillgång till några boenden samt har heldygnsverksamheter på olika håll i Sverige. Samarbetet med LP och med de övriga ideella verksamheterna är viktigt då det bidrar till det totala utbudet av resurser som finns i Umeå.

Andra viktiga aktörer från föreningslivet är IOGT-NTO (Bakfickan), Föräldraföreningen mot Narkotika och självhjälpgrupper som AA och NA.

Andra kommuner i länet

Det pågår ett samarbetsprojekt med Skellefteå kring länsgemensamma utbildningar kring ASI. Under hösten har det beviljats medel från länsstyrelsen för att skapa kontinuerliga gemensamma utbildningar i ASI. De första utbildningarna har genomförts. Vidare har Socialstyrelsen hållit en första utbildning för chefer kring ASI. Det finns även ett ledningssamarbete mellan Norrbotten och Västerbotten på IFO-sidan med kontinuerliga träffar. En gemensam IFO-mässa anordnas regelbundet som är en viktig mötesplats för erfarenhetsutbyte.

3.4 Genomförda förändringar under 2007

Leva livet

En kvinnobehandling i öppenvård som kommer att starta under 2008. Verksamheten kommer att ha 10 platser och 3 personal. I Umeå finns i dagsläget ingen specialiserad kvinnobehandling. Forskning har visat, att många missbrukande kvinnor har behov av

könsspecifik behandling för att få ett bättre resultat. Länsstyrelsen har beviljat medel till en del av verksamheten. Metodmässigt ska verksamhetens bygga på KBT.

DD-team

Ett dubbeldiagnos-team kommer att starta under 2008. Det är en öppenvårdsverksamhet som kommer att rikta sig till de personer som lider både av psykiatrisk- och beroendeproblematik. Det är en målgrupp som kan vara resurskrävande och som kräver lång tid. Ofta faller denna målgrupp mellan stolarna. Verksamheten är beräknad att innehålla 4 personal och ska successivt komma upp till 25 – 40 platser. En ansökan om delfinansiering är skickad till Socialstyrelsen. Den metod som ska användas är case management.

Alkohol- och drogmottagning

En lång process är nu avslutad och beslut finns både från socialnämnd och landsting i denna fråga. En mindre verksamhet kommer att starta under 2008. En socialsekreterare, personal från landstinget och en behandlingsdel, (fd Öppenvård i samverkan) kommer att ingå. Medel till en samordnare och utvärdering är beviljat från länsstyrelsen. Man kan nog se detta som ett första steg i ett mer omfattande samarbete.

Läkemedelsassisterad rehabiliteringsprogram för opiatberoende (LARO)

Det finns en stor efterfrågan från klienthåll på subutex/metadonbehandling i öppenvård, men landstinget har haft för små resurser och Socialtjänstens bidrag, det psykosociala stödet/behandlingen är inte heller uppbyggd i tillräcklig omfattning för att kunna möta denna efterfrågan. Ett sätt för landstinget att utöka verksamheten är att ”ta hem” de klienter man idag betalar för till Ulleråkers sjukhus när det gäller metadon. I samband med detta har initiala diskussioner mellan landsting och Socialtjänst påbörjats om hur en gemensam mottagning skulle kunna tänkas se ut. Utifrån de föreskrifter som finns kring denna typ av verksamhet är det mycket viktigt att denna behandling inte enbart har ett medicinskt innehåll, utan även att de psykosociala stödinsatserna har ett tydligt innehåll och är tillräckligt omfattande. Ett förslag som håller på att utarbetas tillsammans med andra viktiga aktörer, som försäkringskassan och arbetsförmedlingen är en KRAMI-liknande verksamhet men för de som ingår i subutex/metadon-behandling.

Stubinen

En öppenvårdsverksamhet som tidigare varit knuten endast till ungdomar är Vestas Stubinen. Målgruppen har under året höjts till 24 år vilket gör att verksamheten framför allt kan vara ett komplement till annan mer missbruksspecifik öppenvård eller ett eftervårdsalternativ. Stubinens verksamhet bygger på ett salutogent förhållningssätt, där arbete på praktikplatser på den öppna marknaden är starkt inslag. I övrigt arbetar man med att finna för individen fungerande fritid, socialt nätverk osv.

4. Analys

Till en början vill jag säga att de personer och verksamheter jag mött är mycket engagerade i sitt arbete. Vidare finns det en mängd verksamheter och resurser som bedriver ett viktigt och bra arbete. Av ovanstående redovisning framkommer att det finns

en mängd resurser inom missbruksområdet. Frågan är om vi gör rätt saker och om det trots allt kan behövas ytterligare resurser för att nå målen?

Vissa utgångspunkter i mitt resonemang:

- Det måste finnas en tydlig inriktning hur missbruksarbetet ska bedrivas i Umeå.
- Det måste finnas en tanke med hur arbetet är organiserat.
- Det måste finnas en tanke om vilken kompetens som är nödvändig hos den personal som möter personer med missbruksproblematik.
- Det måste finnas ett kunnande om vad som är verksamt inom missbruksområdet.
- Det måste vara tydligt vilka arbetsuppgifter som arbetstagaren primärt har att sköta och att det följs upp
- Det måste finnas en kompetens om hur missbruk drabbar omgivningen och hur dessa kan få adekvat hjälp
- Hjälpen måste vara lättillgänglig och bygga på kunskap om vad som är effektiv behandling (så mycket som vi idag vet)

4.1 Ledning och styrning

Det första som slår mig när jag möter olika representanter för kommunens missbruksarbete är bristen på ledning/styrning. Jag vill inte på något sätt påstå att det arbete som utförs inte är bra (för det kan ingen avgöra), men det finns inte en röd tråd kopplat till ett större sammanhang och medarbetarna är mycket självstyrande. Konsekvenserna av detta kan bli att verksamheterna i hög grad utvecklas utifrån vilka som jobbar i verksamheten och i mindre utsträckning av de mål och riktlinjer som finns för den totala missbrukarvården. Detta kan ha sina fördelar då medarbetare kan få stor påverkan på inriktningen av verksamheten, men kan också vara negativt då verksamheten inte får feedback utifrån de mål som finns uppsatta och därmed blir isolerade öar och inte en del i ett större sammanhang. Ett annat problem, är att det blir oerhört svårt att styra verksamheterna mot gemensamma mål.

4.2 Kunskap om insatsers betydelse

En annan iakttagelse är bristen på samlad kunskap om hur det går för våra klienter. Enskilda socialsekreterare och behandlingspersonal har säkerligen en uppfattning om hur det går men sammantaget och inom vilka områden förändringar sker vet vi väldigt lite om. Här finns det olika nivåer, den enskilde klienten, klienterna i en verksamhet och på större gruppnivåer. Det som är gemensamt för alla är att resultaten måste efterfrågas, av socialarbetaren, enhetschefen, områdeschefen osv. I annat fall kommer det att vara svårt att utveckla verksamheterna utifrån olika perspektiv.

Genom den kartläggning som ASI möjliggör kan vi få fram förändringar inom olika livsområden men dessa måste också kopplas till de insatser som görs. Detta kommer till viss del att kunna redovisas via det nationella projekt som Umeå socialtjänst medverkar i. För att det ska fungera på ett tillfredsställande sätt även i framtiden måste dokumentationen kring insatser fungera på ett bättre sätt.

4.3 Unga personer med missbruksproblematik

Ett mycket viktigt område är hur vi fångar upp unga missbrukare och motiverar till förändring. En strategi som idag används är mottagningsgruppens agerande vid ringa narkotikabrott för personer 20 – 25 år. Från september 2006 tom augusti 2007 har det inkommit 69 anmälningar. Detta motsvarar 61 personer och av dessa har 8 gått vidare till vuxengruppen. Sju personer har mer än tre anmälningar men endast 2 av dessa har gått vidare till vuxengruppen. Sedan kan man se att variationerna på antalet anmälningar varierar starkt över året, vilket i sig troligtvis bygger på polisens val av insatser. En annan koppling till unga missbrukare är att undersöka hur många som är placerade i behandling. Det som då framkommer är en radikal minskning av externa placeringar i åldern 20-24 år under 2007 jämfört med 2006. Under 2006 var det 12,4 unga vuxna placerade i genomsnitt per månad. Motsvarande siffra för 2007 är 4,2 (t.o.m. oktober). Denna nedgång skulle vara glädjande om det innebar att vi kunde identifiera en ökning inom den interna vården. Det finns svårigheter med statistiken för den interna vården för 2006 men utifrån årets siffror verkar det inte vara någon ökning av antalet unga vare sig i intern vård (öppen eller heldygn) eller i extern öppenvård. Tyvärr tror jag nedgången beror på bristande möjligheter till kontakt och att vi behöver möta upp denna målgrupp med ett annat förhållningssätt.

4.4 Den röda tråden

Det går att utmejsla tre olika strategier som bör finnas parallellt.

Inriktning 1: Den riktade uppsökande verksamheten bör vara av den omfattningen att sannolikheten för upptäckt ökar och att kanaler finns både till socialtjänstens utredare och polisens verksamhet. Oerhört viktigt med korta avstånd och snabb handläggning. Bakgrunden till detta är en ambition att fånga upp unga människor innan de fastnar i ett beroende och inte sprider droganvändandet till andra jämnåriga. Idag bedrivs en uppsökande verksamhet bland äldre missbrukare av Mobila Thure. Den uppsökande verksamheten bör utifrån detta i första hand rikta sig till tonåringar och unga vuxna. I faktaunderlaget till de nationella riktlinjerna framkommer det att det är en självklarhet att uppmärksamma rutinemässigt, i samarbete med polis och kriminalvård, de som dömts för rattfylleri och narkotikabrott, även om denna ”metod” inte är vetenskapligt belagd.

Inriktning 2: Stöd och behandling bör vara lättillgängligt för samtliga vuxna personer som vill göra något åt sitt missbruk. Detta gäller allt från kontakt med socialtjänsten för utredning, bedömning via avgiftning/abstinensbehandling till att få adekvat hjälp, stöd och behandling.

Inriktning 3: Missbruk drabbar alla i personens omgivning. Därför är det viktigt att utarbeta stöd och hjälp till anhöriga. Detta både för deras egen skull men även för att förbättra förutsättningarna vid behandling för den enskilde personen med missbruk. Gäller både vuxna OCH barn. Viktigt att fundera över även när personer som har vårdnaden av barn ska in i behandling. Bra och trygg omsorg om barnen ger föräldern

bättre möjligheter att fokusera på behandlingen oavsett om det gäller öppenvård eller heldygnsvård.

Vad krävs för detta?

1. Personal som är utbildad och kompetent att göra utredningar och kloka bedömningar. (kompetensfråga)
2. Behandlingsalternativ som svarar upp mot behoven. Dessa bör vara evidensbaserade så långt som möjligt. (kompetensfråga)
3. Resurser som i volym är tillräckligt omfattande så att olika hjälpbehov kan tillgodose. (resursfråga)
4. Samarbete med olika aktörer men kanske främst internt och landstinget. Övriga viktiga är kriminalvård, polis, skola och frivilligorganisationer. (kompetens)
5. Verkliga alternativ till heldygnsvård, i annat fall blir det nya misslyckanden eller att placeringar i öppenvård uteblir. Med detta menas, att den öppenvård vi själva skapar som alternativ måste innehålla vissa ingredienser, för att vara ett alternativ till institutionsvård.
6. Vi behöver en ledning som står för inriktningen och följer upp denna. (kompetens och resursfråga)

5. Förslag till förändringar i befintlig verksamhet

En del av de förslag som nedan beskrivs kan ibland redan vara fungerande eller ”på gång” men måste beskrivas för att helheten ska bli begriplig.

5.1 Ledning och styrning

Det är av yttersta vikt att ledningen inom socialtjänsten tar fram ett ledningsdokument med en tydlig viljeinriktning och vad som ska gälla inom missbruksområdet. Det bör också innehålla tydliga mätbara mål, som kontinuerligt kan följas upp för att se om intentionerna i ledningsdokumentet följs. Detta är viktigt för att kunna förstå vad det är som fungerar, vad som inte är lika framgångsrikt och var det brister.

En annan förutsättning för att detta ska kunna genomföras är att det finns både tillräckligt med ledare och utrymme för att utöva ett ledarskap. Under detta år anser jag att det funnits brist på antalet ledare, vilket har inneburit att de som funnits på dessa positioner inte haft förutsättningar att utöva ett ledarskap. En viktig del i detta är också de arbetsuppgifter som är ålagda de olika chefsnivåerna, där det administrativa arbetet tar mycket tid. Detta har åtminstone delvis åtgärdats genom att det under året tillskapats chefsstöd.

Behandlingsrådet är idag en möjlighet för socialsekreterare att få råd och stöd av en grupp specialister när man är osäker på vad som är lämpliga åtgärder. I övrigt fungerar behandlingsrådet som ett filter för externa placeringar. Matchning av klienter är ett omdiskuterat område. Det har framkommit i forskning att det inte är någon större skillnad mellan olika metoder som är evidensbaserade. Däremot finns andra sätt att matcha klient mot typ av behandling. Denna matchning kan utvecklas, med hjälp av tydliga gränser om vad det är som är centralt för att kunna göra en bedömning. ASI kan vara en sådan

utgångspunkt och utifrån den tex. följa ASAMs (American Society of Addiction Medicine) riktlinjer för nivå på vården, vilket både innehåller ram för och intensitet av omhändertagandet utifrån sex givna kriterier. Skulle detta eller ett liknande system kunna införas, borde delegationen för extern placering snabbt kunna återföras till enhetschef om det är önskvärt.

Ett annat viktigt förtydligande är på vilken nivå olika beslut ska fattas. Det bör bl.a. vara enhetschefen för respektive biståndsverksamhet som bedömer om någon passar in i målgruppen för sin verksamhet eller om det är en person som trots att den passar i målgruppen pga. tidigare relationer, grupsammansättning eller annat kommer att störa verksamheten.

5.2 Utredning/Bistånd

Vuxenheten: Det är viktigt att hitta ett strukturerat och bra sätt att utreda som är tidsbegränsat och som inte innebär att onödig administration tar tid från klientarbetet. I detta sammanhang kan det vara viktigt att påtala den nödvändiga administrationens funktion för rättsäkerheten, men inte minst att begrunda och reflektera över olika alternativa synsätt och lösningar. Syftet med denna förkortade utredningstid bör vara att frigöra tid för samtal och uppföljningar i högre utsträckning. Detta arbete har påbörjats och kommer att utvärderas under våren.

Ett viktigt inslag vid inskrivning av en klient i en verksamhet är att det senast vid detta tillfälle ska göras klart med behandlingstid, förväntad måluppfyllelse och hur tiden efter behandlingen ska se ut. Detta för att undvika att hamna i tidspress vid slutet av placeringen samt att klienterna ska ha en trygghet i vad som gäller. Innebörden av detta blir också att ansvar fördelas mellan klient, vårdgivare och socialsekreterare.

5.3 Biståndsverksamheter

När det gäller våra egna verksamheter anser jag att det bör finnas vissa "programförklaringar" som ska gälla alla. Detta ska vara:

- Det ska finnas en "normalbehandlingstid" där det redovisas vilka mål som verksamheten syftar till och på vilket sätt dessa ska uppnås. Även eftervård och utslussning ska preciseras i innehåll och mål. Riktlinjer för öppenvården kan vara maximalt 4 månaders primär behandling och 8 månader eftervård. För heldygnsvård kan dessa rekommendationer vara 3 mån primär behandling och 9 mån eftervård.
- Det ska finnas en beskrivning av hur nätverket ska involveras i arbetet. Om detta inte är aktuellt ska det redovisas varför inte detta är ett obligatoriskt inslag i behandlingen. Speciell hänsyn ska tas till nära anhöriga.
- I samarbete med klient, socialsekreterare och vårdgivare ska det upprättas en behandlingsplan som ska innehålla behandlingstid, mål, vad som ska bidra till måluppfyllelse samt vad som ska ske efter behandlingstiden.
- Samtliga verksamheter ska ha ett uppföljningssystem som kan redovisa klientbeskrivningar, behandlingstider, antal som fullföljt behandlingen, antal

som avbrutit behandlingen, måluppfyllelse osv. Exakt hur detta ska se ut upprättas i samarbete med UFFE.

- Nya verksamheter ska i första hand bygga på evidensbaserade metoder och där det inte är möjligt eller önskvärt är det viktigt med tydliga beskrivningar av innehåll och seriösa uppföljningar.

5.3.1 Bryggan:

Bryggans verksamhet är en av de mer kostsamma egna verksamheter som socialtjänsten har inom missbruksområdet. Det blir då viktigt om den ska vara motiverad kostnadsmässigt att den har rätt innehåll och tillräcklig beläggning. Ett problem med verksamheten är att bilden av Bryggan är olika beroende på vem man frågar. När socialsekreterarna på utredning/bistånd fick frågan om vad de vill att Bryggan ska jobba med blev svaren oerhört varierande vilket visar på ett behov av flexibilitet i verksamheten. Under året har beläggningen på Bryggan varierat mycket vilket till stor del berodde på en massutskrivning under våren. Utifrån den målgrupp som finns på Bryggan kommer detta sannolikt att inträffa med viss regelbundenhet. Ett sätt att kunna nyttja Bryggans innehåll i högre grad än i dag är att verksamheten kan bedriva öppenvård med klienter som inte är boende på Bryggan men som kan ingå i befintlig behandling.

Förslag

I dagsläget är huvuduppgiften att tydliggöra verksamheten så mycket som möjligt både utifrån innehåll och målgrupp och därefter följa upp verksamheten under en treårsperiod. Innehållet i verksamheten ska förändras en aning utifrån målgrupp, men även evidensbaserade metoder ska ingå i verksamheten. Vidare ska det också kopplas till öppenvård med olika behandlingsmetoder.

Målgrupp: Män med missbruksproblematik i åldern 20 år och uppåt.

Antal platser: Boende 10 st, men antalet öppenvård bör diskuteras med verksamheten.

Primär behandlingstid med boende: 3 mån där ett tydligt behandlingsinnehåll ska presenteras och där en ingrediens ska vara en evidensbaserad metod.

Olika innehåll:

- Behandling. För de som behöver de verktyg som Bryggan kan tillhandahålla. Dvs miljöterapi och olika program som kan vara enskilt anpassade.
- Förberedelse för behandlingshem. Ska kunna bo en kortare tid i avvaktan på att en behandlingsplats blir ledig. Ska då ingå i något av de program som verksamheten tillhandahåller.
- Eftervård från behandlingshem. För personer som inte klarar eget boende och är i behov av något av de program som verksamheten erbjuder samt utslussning där fokus ska vara på jobb/skola, nätverk och fritid.
- Öppenvård. Bor i egen lägenhet men deltar i någon programverksamhet, men inte i den miljöterapeutiska delen.

Basen för Bryggans verksamhet för de boende ska vara miljöterapi. De viktiga ingredienserna i miljöterapi ska beskrivas och motiveras. Utöver detta ska det finnas

programverksamheter som är välkända till innehåll och resultat. Detta skapar både en tydlighet, men också en viss status och legitimitet. Viktigt att de program man väljer inte står i konflikt med andra behandlingar. En central del är det förhållningssätt som måste genomsyra verksamheten. Den bör utgå från här, nu och framåt och ha fokus på lösningar och på att upprätthålla en motivation till förändring.

Förslag på olika program:

- Återfallspreventionsprogram (Väckarklockan eller liknande). Programmet ska i första hand köras i grupp men även ge möjlighet till enskilda program. Detta är det som först bör komma igång.
- Haschprogram (förslagsvis det andra programmet som bör etableras)
- MI
- Andra program som kan vara aktuella är CRA, ART, kriminalitetsprogram (som vi i och för sig kan köpa av kriminalvården)

Annat innehåll:

Andra viktiga ingredienser i Bryggans verksamhet ska vara att få igång en strukturerad vardag med antingen skola eller arbete. Något som inte är så lätt men oerhört viktigt är att initiera fritidssysselsättningar som är meningsfulla och som kan finnas kvar över tid. Slutligen bör nätverket involveras i möjligaste mån i verksamheten.

5.3.2 Hera

Om nu Bryggan fokuserar enbart på män som målgrupp måste det finnas möjlighet till liknande resurser för kvinnor. Hera är idag en verksamhet för kvinnor som behöver ett stödjande boende. Mitt förslag är att 4 platser av Heras sju reserveras för kvinnor med missbruksproblematik. Det innebär att det kan vara fler inskrivna med denna typ av problematik, men att det alltid ska finnas plats för minst 4 kvinnor med missbruk. En ny resurs har kommit under året och det är Ejdern som tidigare var ett ungdomsboende för flickor. Denna resurs finns nu kopplad till Hera, vilket möjliggör en snabbare utslussning. En annan möjlighet att påverka tiden på Hera är att under boendetiden koppla på boendestödet så att det finns relationer uppbyggda när det är dags att flyttad.

En annan viktig samarbetspartner bör vara Leva Livet för behandling, men kanske även kring gemensamma aktiviteter. Liksom vid Bryggan bör tiden på Hera tidsbegränsas. Förslagsvis ska den primära tiden som boende på Hera vara 3 mån. Kan se vissa problem med en så pass kort tid för dessa kvinnor men med resursen Ejdern bör detta vara möjligt.

Målgrupp: Kvinnor över 20 år med missbruksproblematik (4 bokade platser)

Primär behandlingstid med boende på Hera: 3 mån, därefter utslussning till Ejdern, eget boende med boendestöd eller eget boende. Utslussningstid 9 mån. Viktigt att både den primära behandlingen och utslussningen kan beskrivas med innehåll och mål.

Innehåll: Det som redan idag finns men koppla på en evidensbaserad metod, förslagsvis Motiverande samtal (MI) för de kvinnor som inte ingår i någon behandling.

Antal platser: 7 på Hera men hur många samtidigt i utslussning måste diskuteras.

5.3.3 Balder:

Verksamheten riktar sig idag till klienter med narkotikaproblem där även subutex/metadon är vanlig förekommande. Det är få som är under 25 år som varit inskrivna under året, tre personer av 19. I dagsläget är det en person som arbetar i denna verksamhet, vilket gör det otroligt sårbart. Verksamheten saknar även sammanhang och har bristfälliga lokaler där även skyddsaspekten är en viktig del. Ett annat bekymmer är de mycket långa behandlingstiderna.

Jag anser att verksamheten bör förändras enligt följande:

- Verksamheten måste ingå i ett sammanhang och där LARO är den mest naturliga samarbetspartnern och bör således flytta till lokaler i anslutning till den verksamheten. Ett alternativ är att landstinget tar över verksamheten eller köper tjänsterna då det rör sig om psykoterapi och har det som ett inslag i LARO.
- Den genomsnittliga behandlingstiden bör kortas. Idag bedrivs en behandling, psykoterapi med psykodynamisk inriktning. Det finns inom det ramverket olika metoder och det bör kunna vara aktuellt med metoder med kortare behandlingstider. Behandlingstiden för de som går på ett samtal i veckan bör vara max 1 år och kortare vid intensivare program.

Principiellt anser jag att Balder med psykoterapi inte ska vara den psykosociala verksamhet som man i första hand använder sig av när någon klient aktualiseras för subutex-/metadonbehandling. Det första inslaget bör vara betydligt mer omhändertagande där sysselsättning och nätverksarbete bör vara ett stort inslag förutom regelbundna samtal kring missbruk och kriminalitet. När personer fortfarande mår dåligt, trots insatserna, kan nästa steg vara det som Balder erbjuder. Som tidigare nämnts finns det pågående diskussioner att i samverkan med andra myndigheter starta en Krami-liknande verksamhet för denna klientgrupp och det anser jag vara en betydligt bättre ingång än den nuvarande. Med detta kommer jag fram till att Balders målgrupp något kan komma att förändras till de, där det inte räcker med ett mer praktiskt omhändertagande samt för andra där verksamheten kan vara tillämplig utifrån en kortare psykodynamisk behandlingsmetod.

5.3.4 Umeå Öppenvård:

Verksamheten ska vara en tolvstegsbehandling med gruppbehandling som bas. Vid behov av individuella samtal i stället för gruppbesök ska detta kunna erbjudas. Målgrupp ska vara män över 20 år med narkotikamissbruk. Anledningen till detta är att verksamheten bygger på gruppbehandling och då kommer kvinnorna alltid att vara i minoritet. En annan anledning till detta är att det inte finns någon kvinnlig personal på UÖV. Andra aspekter är att man undviker parrelationer i gruppen då detta stör behandlingen samt att kvinnorna, som ofta har varit utsatta för olika former av övergrepp, slipper möta eventuella förövare i gruppen. Det ska finnas en begränsad primärbehandling på max 4 mån som är preciserad till innehåll och mål. Eftervården bör kunna utsträckas till en sammanlagd behandlingstid på 1 år. Eftervården ska också preciseras med innehåll och målsättningar.

Lokalerna är i dagsläget inte fungerande, så verksamheten bör flytta till andra mer ändamålsenliga lokaler. Flertalet av de behandlingsplaceringar som genomförs har tolvstegsbehandling som grund och utifrån detta är det troligt att ett flertal av dessa skulle hamna på UÖV om placeringarna skulle kunna genomföras på hemmaplan. För att UÖV ska bli ett reellt alternativ till extern heldygnsvård bör ett stödboende utvecklas. Omfattningen på denna bör värderas utifrån beräknad efterfrågan, kostnad och ambitionsnivå.

5.3.5 Öppenvård i samverkan (ÖS)

Ska vara den behandlingsenhet som ingår i alkohol- och drogmottagningen. Ska jobba med korta strukturerade behandlingar för personer med ett alkoholmissbruk. Metoden som ska användas ska vara med KBT-inriktning. Verksamheten kommer i första hand att möta de som har sin sociala situation någorlunda i ordning, men som har ett missbruk/beroende. Vid samtal med kriminalvården framkommer det önskemål om att verksamheten även ska innehålla ett program för dem som är dömda till rattfylleri. För att kunna möta upp till detta måste behandlingen vara både längre och mer intensivt för att godkännas. Det mer detaljerade innehållet kommer att utarbetas vid starten av alkohol- och drogmottagningen. Det är viktigt med tydlig struktur i behandlingen och tydliga mål med innehållet.

5.3.6 Läkemedelsassisterad behandling

Tillsammans med landstinget bör socialtjänstens psykosociala insatser synliggöras och fortsätta diskussionerna om att utveckla en mottagning där våra olika roller är tydliga. Det är viktigt att de socialarbetare som jobbar med läkemedelsassisterad opiatbehandling får utbildning i att jobba med opiatmissbrukare, men också har fokus på nätverk, sysselsättning och fritid. Vidare bör verksamheten innehålla program för återfallsprevention, då återfall och sidomissbruk är vanligt förekommande samt ett kriminalitetsprogram då kriminell livsstil är en vanlig ingrediens hos opiatmissbrukare.

5.3.7 Boendestöd

Alla verksamheter är viktiga i en vårdkedja, men boendestödet är många gånger en bortglömd och central verksamhet för att kunna undvika kostsamma och långvariga placeringar. Det är mycket viktigt att denna grupp får den utbildning/handledning och den arbetsbelastning som är rimlig för att kunna stödja personer att klara av sitt sociala liv, men också möjliggöra att eventuella placeringar blir så korta som möjligt.

5.3.8 Samverkan

Det är oerhört viktigt att samverkan internt fungerar bra, så att vi tillsammans kan hitta lösningar som är så bra som möjligt för den enskilde. Revirtänkande och annat bör lämnas till förmån till klientens bästa. Jag kan konstatera att inom vissa områden verkar det interna samarbetet fungera mycket bra, medan inom andra områden går energi till

spillo genom att fokusera på fel saker. Exempel på positiva samverkanslösningar är när interna verksamheter bygger upp vårdkedjor inom den interna missbrukarvården.

Det externa samarbetet kring vuxna personer med missbruk verkar fungera mycket bra. Flera samverkansprojekt är igång och fler är i antågande. Om socialtjänsten blir tydligare med vad som ska skötas inom den egna vården, kommer säkerligen också en tydlighet att uppträda bland våra samarbetspartner.

5.3.9 Stödet till anhöriga

Anhöriga till personer med missbruksproblematik är en grupp som behöver uppmärksamhet. Som vi kan se från ASI-sammanställningen framkommer det att många av de personer som socialtjänsten möter, antingen har bott eller bor tillsammans med barn, partner, föräldrar, syskon osv. Denna grupp behöver uppmärksammas så mycket som möjligt för sin egen skull. Detta kan även bidra till bättre behandlingsresultat för den enskilde klienten, men får inte vara målet. Det centrala är att förebygga, behandla psykosocial ohälsa. Anhöriga drabbas av en individs missbruk på olika sätt. Det är skillnad om man är barn, partner eller förälder. Dessutom spelar dryckesmönster, egna copingstrategier, graden av konflikter och våld osv. roll. I någon grad drabbas den anhörige, men det ser inte lika ut för alla!

Under året har det genomförts en nationell konferens om de glömda barnen. Gruppverksamheter både för barn och ungdomar finns i Umeå men ytterligare stöd behöver finnas. De uttalade verksamheterna är grupper som dessutom vanligtvis har fasta intagningar och sedan sluts gruppen. Ett tillskott vore om det fanns tillgång till enskilda kontakter, som har liknande innehåll som gruppverksamheterna, men där det är lätt och snabbt går att få hjälp. En annan arbetsmetod är att jobba direkt i familjen som kan vara att föredra i vissa fall.

Tydliga kanaler till Alanon, FMN och andra anhörigföreningar är oerhört viktigt. Det är viktigt att det vid utredningar av personer med missbruk diskuteras omgivningens påverkan samt att det erbjuds stöd och hjälp även till dessa. Det kan vara så att anhöriga får hjälp/stöd men den missbrukande personen fortsätter sitt missbruk.

I våra behandlingseenheter arbetas det i olika grad med dessa frågor. Målsättningen måste vara att kunna erbjuda anhöriga stöd och hjälp i någon form.

När det gäller utredande socialsekreterare på både Vuxengruppens och Barn & Unga gäller att uppmärksamma barn och anhörigas situation och bistå med stöd och hjälp.

5.4 Utbildning

I de nationella riktlinjerna påtalas bristen av utbildning hos de personer som ska arbeta med personer med missbruksproblematik. Det gäller alla yrkeskategorier och avser grundutbildning, fortbildning och specifika utbildningsinsatser. Det pågår en utredning inom Socialstyrelsen om vilka krav som ska ställas på personalen inom socialtjänsten.

Dessa kommer att formuleras som allmänna råd. I Umeå vore det önskvärt om det tillskapades en basutbildning i missbrukarvård (gärna länsövergripande och tillsammans med landstingets beroendevård) som gav alla en bas för detta svåra arbete. Viktigt är att den är generell och att den upplevs användbar i det praktiska arbetet. Vidare bör den vara kontinuerligt återkommande och genomgången basutbildning ska kunna visa sig på något sätt i lönekuvertet. Förslagsvis kan utbildningen innehålla:

- Beroendelära
- Motiverande samtal
- ASI (och hur den användas vid behandlingsplanering)
- Psykiatri

Ytterligare specifik utbildning i behandlingsmetoder/utredningsmetoder eller vad som kan vara aktuellt inom den egna verksamheten bör den enskilda arbetsplatsen tillhandahålla.

Annan viktig utbildning är ledarskapsutbildning. Tilltänkta ledare bör ha genomgått denna utbildning innan de tillträder som ledare. Detta med syfte att de ska vara förberedda på vad som förväntas av dem, men också en möjlighet till att reflektera över om ledarskap är något man vill jobba med. Med systematiska ledarutbildningar kan förhoppningsvis även ledning och styrning av verksamheter fungera på ett mer enhetligt vis.

5.5 Uppföljning, utvärdering och utveckling

En av de mest centrala uppgifterna för att kunna utveckla missbruksarbetet är att verksamheterna kontinuerligt följs upp. Detta ger möjlighet för den enskilda verksamheten att reflektera över sitt arbete och korrigera om det behövs, men även för ledningen, att utifrån kunskap om verksamheterna kunna fatta beslut. Uppföljningar bör så långt som möjligt innehålla både måluppfyllelse och ekonomi. Uppföljningssystemet ska vara en del av ett kontinuerligt arbete, som ger ledningen en möjlighet att följa arbetet. Vid vissa tillfällen kommer inte uppföljningar att vara tillräckliga och då är det viktigt att kunna ta ytterligare ett steg och göra utvärderingar som är mer omfattande. Vidare måste intentionerna i vårdkedjan följas upp så att vi gör rätt saker utifrån de människor vi möter.

6. Förslag till nya verksamheter

6.1 Uppsökande verksamhet

Det är önskvärt att komma in så tidigt som möjligt i en i en process där ett missbruk/beroende håller på att utvecklas. I Umeå har vi fältverksamheten och fritidsgårdarnas uppsökande verksamhet, men dessa riktar sig främst till dem som ännu inte provat eller bara är i början på en missbrukskarriär. Unga vuxna (20 – 25 år) som missbrukar är ingen lätt grupp att fånga in. De har fortfarande en ganska positiv bild av missbrukarlivet och alternativen ser inte alltid så lockande ut i deras ögon. För många som ramlat ur skolan tidigt är det en lång väg tillbaka trots att de är unga. Det liv de lever är spännande med en hel del action. De upplever sig själva kompetenta i det liv som de lever och drogerna har en fortsatt positiv inverkan. Livsstilen är en oerhört viktig

komponent vid fortsatt missbruk. För att nå dessa individer krävs personer, som finns ute i miljöer där dessa ungdomar finns, samarbete med polisen och socialsekreterarna, att kartlägga, vara besvärliga men samtidigt visa att det finns alternativ och att man vet var man kan vända sig den dag man är intresserad av att sluta. Det är viktigt att de som jobbar med uppsökande verksamhet blir kända och trovärdiga i missbrukarkretsarna. Med andra ord: fältverksamhet utan administration och myndighetsutövning.

Förslag:

Uppsökande: Åldersgrupp primärt: 18-25 år.

Omfattning: 2 personal som ska finnas i ett internt sammanhang med i första hand ingången, alkohol- och drogmottagningen, mottagningsenheten, vuxenenheten, fältgruppen och ungdomsgruppen. Det externa samarbetet kommer i första hand att bedrivas med polisen, kriminalvården, psykiatrin och gymnasieskolorna.

Arbetsuppgifter:

- Finnas ute i miljöer där unga missbrukare finns. Både lära känna, störa och erbjuda hjälp stöd.
- För att bli kända bör det vara av vikt att delta i informationskampanjer och delta i den offentliga debatten.
- Att i samarbete med polisen medverka vid aktioner.
- Vara länken mellan gatan och socialtjänsten.
- Initiala kontakter men inga egna behandlingskontakter.
- Inget utredningsansvar men att göra förhandsbedömningar vid ringa narkotikabrott kan vara en strategisk uppgift. Därefter snabbt lotsa vidare till utredande socialsekreterare.

Nästa fråga blir givetvis, vad finns det att erbjuda om vi lyckas nå dessa personer? När det gäller unga män blir det i första hand Umeå öppenvård som är ett alternativ och för unga kvinnor Leva Livet.

6.2 Utveckling av samarbete med viktiga externa aktörer

Socialtjänsten samarbetar med en mängd externa verksamheter som bidrar till det totala utbudet av insatser för personer med missbruksproblematik. Min tanke är att om socialtjänsten beslutat om inriktning och eventuella satsningar så blir nästa steg att kontakta de externa vårdgivarna för att höra på vilket sätt de kan bidra.

Tänkbara exempel:

Blåsippan – upphandlad privat vård

Ska förslagsvis ta emot personer med alkoholberoende där öppenvård, tolvstegsbehandling och gruppbehandling anses tillämpligt. Intensiv öppenvård under fem veckor, fem dagar/vecka. Därefter påbörjas eftervård på så att behandlingen omfattar sammanlagt 1 år. Skillnaden mot idag blir att det endast blir alkoholproblematik som kan vara aktuellt.

Öppen gemenskap – upphandlad ideell vård

Aaronsgården: Skulle kunna möta de klienter som har behov av medicinering (benso, subutex osv.) eller inte passar in i den övriga kommunala verksamheten av någon anledning. Skillnaden mot idag är att vi uttalar att vi vill ha inriktningen mot medicinering så att deras verksamhet har den inriktningen. Anser också att verksamheten ska presentera en tidsbegränsat innehåll med förväntade mål. Viktigt är också att diskutera kopplingen till Sanna/Manna och Mobila Thure i förhållande till socialtjänstens verksamheter DD-team och boendestöd.

6.3 Vad saknas?

I det ovanstående avsnittet föreslås en del nya inriktningar i gamla verksamheter, att starta någon ny verksamhet samt att styra verksamheterna mer tydligt. Detta föreslås för att förbättra det totala utbudet av resurser i missbrukarvården i Umeå. Antagligen kommer nya behov att dyka upp och kanske vissa förslag inte riktigt fungerar i praktiken. Nedan vill jag uppmärksamma på vissa kvarstående frågor och farhågor:

- Kvinnobehandling med 12-stegsinriktning i öppenvård för de med narkotikaproblem.
- Fortfarande är avgiftning och abstinensbehandling ett osäkert kort. Det är oerhört viktigt att denna länk i vårdkedjan fungerar.
- En buffert ifall den uppsökande verksamheten kommer igång och är framgångsrik. De flesta av våra insatser är idag till största delen fullbelagda.
- Vi håller på att skapa mer differentierade boendelösningar men det kvarstår att se om det är tillräckligt.
- Frågan är också i vilken omfattning Bryggan lyckas bygga upp olika behandlingsalternativ i öppenvård.
- Något som inte berörs i denna översyn i någon större omfattning är tillgången på lämpliga arbeten och meningsfull fritid.

7. Ekonomiska konsekvenser

När det gäller ekonomiska konsekvenser av insatser till personer med missbruksproblematik är det inte så lätt att avgöra dessa. Vissa åtgärder vet vi kommer att kosta pengar kortsiktigt men bör vara besparande på längre sikt. Andra åtgärder är nog i huvudsak kostnadsgenererande men är kanske ur ett medborgarperspektiv mer nödvändigt. Ytterligare andra kommer sannolikt att vara i stort sett kostnadsbesparande. Det bör i vissa fall både vara lämpligt och möjligt att genomföra cost-benefit-analyser för att försöka bedöma det ekonomiska utfallet.

Antaganden kring kostnader för olika insatser:

Uppsökande verksamhet: Detta är en verksamhet som i dagsläget varken finns eller har en finansiering. Den kommer initialt att kosta en ansevärd summa pengar då verksamheten inte finns idag (personalkostnader) och avsikten är att så snabbt som möjligt slussa in individer i behandling (behandlingskostnader). Förhoppningsvis så innebär denna insats ett förkortat liv i missbruk och på så sätt finns en ekonomisk vinst men den är inte lätt att räkna på.

Alkohol- och drogmottagning: Initialt kommer verksamheten att kosta pengar då det förhoppningsvis blir lättare att söka hjälp och få hjälp. Dessutom riktar sig mottagningen till målgrupper som många gånger inte har kommit i kontakt med socialtjänsten. Förhoppningsvis skapas en kunskap och att komma in tidigare i ett missbruk kan både spara pengar och lidande.

De egna verksamheterna: Satsningen på olika insatser med en tydlig inriktning mot öppenvård bör förutom investeringskostnaderna snabbt kunna visa på ekonomisk bärighet då verksamheten många gånger är ett alternativ i heldygnsvård. Ett tydligare behandlingsinnehåll och tidsbegränsade behandlingar för de egna heldygnsbehandlingarna bör möjliggöra att fler fullföljer behandlingar och att resultaten blir bättre.

För att kunna följa och styra de olika biståndsverksamheterna på ett bättre sätt ekonomiskt ingår de sedan hösten 2007 i Verksamhetsbanken. Under hösten har det arbetats intensivt med att ta fram å-priser för de olika verksamheterna. Detta tror jag kommer att vara ett bra incitament för ekonomisk styrning. Detta ska vara i gång i full skala vid årsskiftet 2007/2008.

8. Sammanfattning

Vid denna översyn framkommer att i Umeå finns det en mängd resurser som är riktade till personer med beroende-/missbruksproblematik. Vidare har det framkommit att personalen eller ledningen är engagerad och motiverad att göra ett så bra arbete som möjligt utifrån sina resurser.

I inledningen på denna översyn beskrevs Socialtjänstplanen för 2007, den statliga utredningen "Personer med tungt missbruk" samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vad säger översynen om Umeås missbruksarbete utifrån dessa dokument?

Utifrån socialtjänstplanen anser jag att vi på olika sätt arbetar i den riktning som anges. När vi ser till den statliga utredningens grundförutsättningar för en framgångsrik vårdprocess så framträder ett område som inte varit framgångsrikt under året och det gäller personkontinuitet. Både inom ledning och bland utredande socialsekreterare har det varit ovanligt stor rörlighet, vilket förhoppningsvis kan undvikas under de kommande åren. Vissa av de framgångsfaktorer som nämns i utredningen har jag svårt att bedöma. Generellt kan man säga att utredningsförfarandet i Umeå Socialtjänst håller en bra nivå både utifrån helhetssyn och utifrån användning av strukturerade instrument. Umeå Socialtjänst har den specialistorganisation som rekommenderas och till stor del används strukturerad behandling som har fokus på missbruket. I vilken utsträckning familjen involveras i utredning och behandling är jag osäker på, men anar utifrån mina intervjuer med ledning och personal att variationen kan vara stor. När det gäller klientens involvering i behandlingen är även det svårt att uttala sig om, men behandlingsrådet kan nog ibland innebära att klienten inte kan påverka val av insats fullt ut. Ett mer nyanserat boendebud är på väg att utvecklas, vilket är en nödvändighet för att vara framgångsrika i öppenvården men även för att klienterna ska få alternativ som är realistiska att klara av.

Från riktlinjearbetet kan vi fundera över i vilken utsträckning vi ska sträva efter att använda evidensbaserade metoder då det idag inte är så vanligt förekommande.

En vårdkedja är inte starkare än sin svagaste länk. Det finns orosmoln som verkligen kan förstöra ett i övrigt gott arbete och dessa är utifrån min horisont:

- Avgiftning och abstinensbehandling – fungerar inte detta blir det proppar i systemet som gör att påbörjad behandlingsplanering kan avbrytas innan den hunnit starta.
- Otillräckligt med boendialternativ – personer blir placerade i heldygnsvård i brist på andra alternativ, kan inte komma hem från behandlingshem för att det inte finns boendelösningar och slutligen kan det stopp i vår egen heldygnsvård på grund av att det inte finns boendelösningar.
- Eftersom det är brist på ekonomiska resurser är det också viktigt att finna både bra och effektiva samarbetsformer internt och externt i annat fall kommer även här att fungera som separata länkar och inte som en kedja.

Vissa förändringar är utifrån min horisont nödvändiga för att kunna förbättra det totala resultatet:

- Tydligare ledning och styrning
- Tydligare beskrivning av vad olika verksamheter förväntas göra
- Tidsbegränsa insatserna
- Utifrån tidsramarna och resurser ska verksamheterna skapa innehåll och mål
- Involvera nätverket och erbjuda hjälp och stöd till anhöriga
- Kontinuerlig uppföljning av verksamheterna för att de ska kunna få feedback på sitt arbete men också för att tjänstemannaledning och politiker ska få feedback utifrån riktlinjer och mål.
- En basutbildning i missbruk för socialarbetarna och ledarskapsutbildning till ledarna.

I framtiden vore det även önskvärt ur ett helhetsperspektiv att undersöka på vilket sätt socialtjänstens andra IFO-funktioner, Försörjningsstöd och Barn och Unga, arbetar med missbruksfrågor. Hur identifieras personer med missbruksproblematik och deras anhöriga? När de är identifierade, på vilket sätt arbetar man då med problematiken? Hur ser samverkan ut mellan de olika aktörerna ut inom IFO? I ett vidare perspektiv vore det även intressant att undersöka förekomsten av missbruk bland Handikapp- och Äldreomsorgen. Hur identifieras missbruket och hur hanteras det inom dessa områden?

Källor:

För att öka läsbarheten har jag undvikit att ange referenser i den löpande texten. De källor som har använts är:

Brännström, J. (2007) ASI som en kunskapskälla. En beskrivning av vuxna personer med missbruksproblematik som kommer till Umeå Socialtjänst och har genomgått ASI-intervju. UFFE-meddelande nr 1/2007.

Socialnämndens ansvarsdelar i Umeå kommuns alkohol-, drog- och brottsförebyggande program. 2006.

Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Socialstyrelsen (2006) Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Socialtjänstplanen för 2007

Storbjörk, J. (2006) The social ecology of alcohol and drug treatment. Client experiences in context. Centre for social research on alcohol and drugs 6. Akademisk avhandling. Stockholms universitet.

Sun, A-P. (2006) Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique. Journal of Substance Abuse Treatment 30 (2006) 1-20.

Tunnard, J. (2002) Parental problem drinking and its impact on children. Research in practice.

Tunnard, J. (2002) Parental drug misuse – a review of impact and intervention studies. Research in practice.