



Tid 2014-04-29, kl 19:00

Plats Kommunhuset i Tumba plan 2 rum 2

Ärenden

Justering

- 1 Preliminär redovisning och kartläggning hemlöshet - muntlig information
- 2 Fortsatt arbete efter projektet Hemlöshet i Botkyrka 2013 (SN 2013:57)
- 3 Ekonomisk månadsrapport mars (SN 2013:1)
- 4 Remissyttrande flerårsplaneförslag 2015-17 (SN 2014:1)
- 5 Yttrande över motion "Se över hur vi kan erbjuda mer s.k. föräldracoachning" (m) (kd) (SN 2013:224)
- 6 Förlängning av policy för beroende med tillägg för dopning (SN 2014:18)
- 7 Undersökning av den psykiska hälsan hos klienter på vuxenenhetens utredningssektion - andra mätningen (SN 2014:38)
- 8 Brukarupplevd kvalitet på Vuxenenheten 2013 (SN 2014:74)
- 9 PRE och POST mätningar på vuxenenhetens öppenvård 2013 (SN 2014:85)
- 10 Förslag på platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner (SN 2014:76)
- 11 Ansökan om fondmedel för rekreations- och studieresor för personer med psykisk funktionsnedsättning (SN 2010:56)
- 12 Förvaltningschefen informerar

13 Ärenden från Samordningsförbundet i Botkyrka, Huddinge och Salem (SN 2012:17)

14 Anmälan av delegationsbeslut (SN 2012:16)

15 Anmälningssärenden (SN 2012:14)

Majoritetspartierna träffas i kommunalhuset i Tumba, plan 2 rum 3, kl 18.00
Oppositionspartierna träffas i kommunalhuset i Tumba, socialförvaltningens stora sammanträdesrum på plan 8, kl 18.00 .

Var vänlig och meddela Anneli Sjöberg om du inte kan närvara, tfn 530 618 34 eller anneli.sjoberg@botkyrka.se.

MATS EINARSSON
ordförande

ANNELI SJÖBERG
sekreterare



1

Preliminär redovisning och kartläggning hemlöshet - muntlig information

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendet

Joakim Heimersson informerade om preliminär redovisning och kartläggning hemlöshet.

**2****Fortsatt arbete efter projektet Hemlöshet i Botkyrka 2013 (SN 2013:57)****Beslut**

Socialnämnden ger socialförvaltningen i uppdrag att

- på kommunledningsnivå lyfta behovet av en kommunövergripande strategi mot hemlöshet
- ta fram en handlingsplan för socialförvaltningens hemlöshetsarbete där konkreta förslag på utveckling och internt effektiviseringsarbete framgår

Ärende

Under 2013 har projekt Hemlöshet i Botkyrka¹ satt fokus på hemlöshetsfrågan i ett brett perspektiv, med förvaltningsövergripande styr- och projektgrupp, och drivit ett utvecklingsarbete i projektform.

Projektets huvudsyfte har varit att lyfta upp hemlösheten som en angelägen fråga för kommunen. Ett av projektmålen som endast delvis uppfylldes var att ta fram och säkra interna samverkansformer mellan parterna i styrgruppen (socialförvaltningen, samhällsbyggnadsförvaltningen och kommunledningsförvaltningen) i syfte att etablera bättre kunskapsunderlag och bättre planeringsförutsättningar. Hemlöshet är dock en komplex fråga som kräver fortsatt långsiktigt utvecklingsarbete. Slutsatser i projektet är att ansvaret för en övergripande kommunstrategi behöver lyftas från socialförvaltningen till kommunledningsnivå. Samt att socialförvaltningen i en handlingsplan behöver konkretisera sitt arbete med hemlöshetsfrågor med utgångspunkt från resultatet i hemlöshetskartläggningarna och aktuell omvärldssituation.



2014-04-15

Dnr SN/2013:57

Referens
Joachim Heimersson

Mottagare
socialnämnden

Fortsatt arbete efter projektet Hemlöshet i Botkyrka 2013.

Förslag till beslut

Socialnämnden ger socialförvaltningen i uppdrag att

- på kommunledningsnivå lyfta behovet av en kommunövergripande strategi mot hemlöshet
- ta fram en handlingsplan för socialförvaltningens hemlöshetsarbete där konkreta förslag på utveckling och internt effektiviseringsarbete framgår

Ärende

Under 2013 har projekt Hemlöshet i Botkyrka¹ satt fokus på hemlöshetsfrågan i ett brett perspektiv, med förvaltningsövergripande styr- och projektgrupp, och drivit ett utvecklingsarbete i projektform.

Projektets huvudsyfte har varit att lyfta upp hemlösheten som en angelägen fråga för kommunen. Ett av projektmålen som endast delvis uppfylldes var att ta fram och säkra interna samverkansformer mellan parterna i styrgruppen (socialförvaltningen, samhällsbyggnadsförvaltningen och kommunledningsförvaltningen) i syfte att etablera bättre kunskapsunderlag och bättre planeringsförutsättningar. Hemlöshet är dock en komplex fråga som kräver fortsatt långsiktigt utvecklingsarbete. Slutsatser i projektet är att ansvaret för en övergripande kommunstrategi behöver lyftas från socialförvaltningen till kommunledningsnivå. Samt att socialförvaltningen i en handlingsplan behöver konkretisera sitt arbete med hemlöshetsfrågor med utgångspunkt från resultatet i hemlöshetskartläggningarna och aktuell omvärldssituation.

¹se ”Slutrapport - Hemlöshetsfrågor i Botkyrka”, tjänsteskrivelse till socialnämnden 2014-03-25, Dnr SN/2013:57)

Marie Lundqvist
socialchef

**3****Ekonomisk månadsrapport mars (SN 2013:1)****Förslag till beslut**

Socialnämnden godkänner den ekonomiska rapporten och överlämnar den till kommunstyrelsen för beredning

Ärendet

Förvaltningen har gjort en ekonomisk prognos för det ekonomiska utfall 2014 baserad på utfallet fram t.o.m. mars. Den pekar på ett underskott på cirka 4,7 miljoner kronor. Om kommunfullmäktige beslutar enligt utskickat förslag kommer nämnden att få 2,7 miljoner ombudgerat för projekt som inte avslutades under 2013 motsvarar ett underskott på cirka 2,0 miljoner kronor. Jämfört med utfallet 2013 budgeteras och redovisas verksamheten ensamkommande flyktingbarn så att det numera redovisas på verksamhet 14 flyktingmottagande istället för på verksamhet 73 barn och unga och personer som utsatts för våld i nära relation som får bistånd till boende numera budgeteras och redovisas som vårdkostnad på verksamhet 74 övriga vuxna i stället för som ekonomiskt bistånd som en anpassning till SCB anvisningar.

Prognosen är osäker, främst avseende kostnaderna för pågående införande-projekt av nytt verksamhetssystem, statsbidraget som förvaltningen återsöker för ensamkommande flyktingbarn och nyetablerade. Utfallet i redovisningen för vårdkostnader avser bara avser två månader.

Nettokostnaden för det direktutbetalade ekonomiska biståndet förväntas fortsätta öka från 110 miljoner kronor till cirka 116,3 miljoner kronor för 2014 (-10,9 miljoner kronor jämfört med budgeten). 1,9 miljoner kronor avser utökade uppgifter som kommunen kompenserats för enligt finansieringsprincipen. Antalet biståndsmånader är 207 månader fler om man jämför den senaste tolv månadersperioden (1 april 2013-31 mars 2014) med utfallet för helåret 2013. Den genomsnittliga biståndstiden har minskat något från 6,48 månader till 6,45 månader för de senaste 12 månaderna. Även kostnaderna för IT-verksamheten för förvaltningen överskrider budgeten bl.a. på grund av inventering och avveckling av gamla datorer och införskaffande av nya.

Övriga verksamheter kommer om prognosen stämmer gå med överskott som till största delen väger upp underskotten.



2014-04-14

Dnr SN/2013:1

Referens
Birgitta Wallin

Mottagare
socialnämnden

Ekonomisk månadsrapport per mars 2014

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner den ekonomiska rapporten och överlämnar den till kommunstyrelsen för beredning

Ärendet

Förvaltningen har gjort en ekonomisk prognos för det ekonomiska utfallet 2014 baserad på utfallet fram t.o.m. mars. Den pekar på ett underskott på cirka 4,7 miljoner kronor. Om kommunfullmäktige beslutar enligt utskickat förslag kommer nämnden att få 2,7 miljoner ombudgerat för projekt som inte avslutades under 2013 motsvarar ett underskott på cirka 2,0 miljoner kronor. Jämfört med utfallet 2013 budgeteras och redovisas verksamheten ensamkommande flyktingbarn så att det numera redovisas på verksamhet 14 flyktingmottagande istället för på verksamhet 73 barn och unga och personer som utsatts för våld i nära relation som får bistånd till boende numera budgeteras och redovisas som vårdkostnad på verksamhet 74 övriga vuxna i stället för som ekonomiskt bistånd som en anpassning till SCB anvisningar.

Prognosen är osäker, främst avseende kostnaderna för pågående införandeprojekt av nytt verksamhetssystem, statsbidraget som förvaltningen återsöker för ensamkommande flyktingbarn och nyetablerade. Utfallet i redovisningen för vårdkostnader avser bara avser två månader.

Nettokostnaden för det direktutbetalade ekonomiska biståndet förväntas fortsätta öka från 110 miljoner kronor till cirka 116,3 miljoner kronor för 2014 (-10,9 miljoner kronor jämfört med budgeten). 1,9 miljoner kronor avser utökade uppgifter som kommunen kompenserats för enligt finansieringsprincipen. Antalet biståndsmånader är 207 månader fler om man jämför den senaste tolv månadersperioden (1 april 2013-31 mars 2014) med utfallet för helåret 2013. Den genomsnittliga biståndstiden har minskat något från 6,48 månader till 6,45 månader för de senaste 12 månaderna. Även kostnaderna för IT-verksamheten för förvaltningen överskrider budgeten bl.a. på grund av inventering och avveckling av gamla datorer och införskaffande av nya.

Övriga verksamheter kommer om prognosen stämmer gå med överskott som till största delen väger upp underskotten.

Marie Lundqvist
Socialchef

Socialförvaltningen

Post Botkyrka kommun, 147 85 TUMBA · **Besök** Munkhättevägen 45, Tumba · **Kontaktcenter** 08-530 610 00

Direkt 08 - 530 61245 **Sms**-0734-218555 · **E-post** birgitta.wallin@botkyrka.se

Org.nr 212000-2882 · **Bankgiro** 624-1061 · **Fax** 08-530 616 66 · **Webb** www.botkyrka.se

2014-04-14

Dnr SN/2013:1

Verksamhet	Tkr	Utfall 2013	Utfall Jan - Mar 2014	Budget 2014	Prognos mars 2014	Avv Prognos-Budget 2014
14 Flyktingmottagande inkl ensamkommande flyktingbarn	Intäkter	660	-1 674	10 665	13 307	2 642
	Kostnader	-5 511	-1 674	-12 990	-17 799	-4 809
	Netto	-4 851	0	-2 325	-4 492	-2 167
72 Öppen förskola	Intäkter	0	0	0	0	0
	Kostnader	-5 370	-1 523	-5 595	-5 355	240
	Netto	-5 370	-1 523	-5 595	-5 355	240
73 Barn o ungdomar t o m 20	Intäkter	21 939	1 596	8 625	9 600	975
	Kostnader	-190 370	-41 572	-193 365	-187 895	5 470
	Netto	-168 431	-39 975	-184 740	-178 295	6 445
74 Vuxna exkl missbrukare	Intäkter	25 684	4 638	22 745	21 321	-1 424
	Kostnader	-112 061	-28 209	-113 145	-111 020	2 125
	Netto	-86 377	-23 571	-90 400	-89 699	701
75 Vuxna missbrukare	Intäkter	2 598	366	2 395	2 310	-85
	Kostnader	-42 289	-7 607	-44 400	-43 397	1 003
	Netto	-39 691	-7 241	-42 005	-41 087	918
76 Försörjningsstöd	Intäkter	6 803	1 825	3 850	7 475	3 625
	Kostnader	-150 841	-37 812	-146 300	-156 542	-10 242
	Netto	-144 038	-35 987	-142 450	-149 067	-6 617
79 Gemensam verksamhet	Intäkter	14 582	5 762	8 400	12 518	4 118
	Kostnader	-61 192	-14 900	-59 230	-67 524	-8 294
	Netto	-46 610	-9 138	-50 830	-55 006	-4 176
Socialförvaltningen	Intäkter	72 266	15 440	56 680	66 531	9 851
totalt	Kostnader	-567 680	-137 974	-575 025	-589 532	-14 507
	Netto	-495 413	-122 534	-518 345	-523 001	-4 656

Verksamhet	Tkr	Utfall 2013	Utfall Jan - Mar 2014	Budget 2014	Prognos mars 2014	Avv Prognos-Budget 2014
14 Flyktingmottagande	Intäkter	660	0	600	600	0
	Kostnader	-4 900	-1 211	-4 850	-5 466	-616
	Netto	-4 241	-1 211	-4 250	-4 866	-616
765 ekonomiskt bistånd	Intäkter	3 437	369	2 950	3 425	475
	Kostnader	-109 175	-28 236	-104 140	-114 896	-10 756
	Netto	-105 738	-27 868	-101 190	-111 471	-10 281
Direktutbetalt ekonomiskt bistånd inkl flykting	Intäkter	4 097	369	3 550	4 025	475
	Kostnader	-114 075	-29 447	-108 990	-120 362	-11 372
	Netto	-109 978	-29 078	-105 440	-116 337	-10 897

**4****Remissyttrande flerårsplaneförslag 2015-17 (SN 2014:1)****Beslut**

Socialnämnden godkänner förslaget till yttrande över förslaget till flerårsplan och överlämnar det till kommunstyrelsen för vidare beredning

Sammanfattning

Det är svårt att formulera mätbara mål och uppföljningsbara åtaganden kring flerårsplanemålen eftersom socialtjänstens insatser som målen är formulerade blir ett komplement till exempelvis undervisningen i skolan och arbetsmarknadsinsatserna som ges genom arbetsförmedlingen.

Hemlösheten blir en allt större fråga för socialnämnden. Nämnden äger inte frågan men ser följderna för de kommuninvånare som saknar bostad. Det leder till sämre målpåfyllelse för alla mål som socialnämnden ska bidra till. Socialförvaltningen tappar i effektivitet och får högre kostnader, kostnaderna för ekonomiskt bistånd för tillfälliga boenden skulle kunna halveras vilket motsvarar hela effektiviseringskravet för 2015. Förvaltningen har ett kontinuerligt behov av lägenheter och boenden men processerna är alltför utdragna. Det är tveksamt om de investeringsprojekt som finns upptagna i investeringsplanen blir klara i tid.

Nämnden äskade åtta miljoner i utökad ram för ekonomiskt bistånd, det finns inte med i förslaget. Förvaltningen ser ingen minskning av kostnaderna.

Bristen på erfarna socialsekreterare med eller utan vidareutbildning är generell för hela regionen. Behovet av för att möta konkurrensen så är det viktigt att Botkyrka kan erbjuda en god löneutveckling och rimliga arbetsvillkor. Efterfrågan kommer sannolikt att innebära ökade kostnader för handläggningen inte bara för barn och unga utan även inom andra kompetensområden.

Samordningsförbundet har inkommit med ett äskande om en högre nivå på bidraget. Hittills har kommunen och landstingen beslutat om en högre nivå på bidraget än vad staten har beslutat om. Staten fattar sitt beslut först i december, men Botkyrka kommun bör redan i flerårsplanen reservera utrymme för ett bidrag i enlighet med samordningsförbundets äskande.



2014-04-08

Dnr SN/2014:1

Referens
Birgitta Wallin

Mottagare
socialnämnden

Yttrande över förslag till flerårsplan 2015- 2018

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner förslaget till yttrande över förslaget till flerårsplan och överlämnar det till kommunstyrelsen för vidare beredning

Sammanfattning

Det är svårt att formulera mätbara mål och uppföljningsbara åtaganden kring flerårsplanemålen eftersom socialtjänstens insatser som målen är formulerade blir ett komplement till exempelvis undervisningen i skolan och arbetsmarknadsinsatserna som ges genom arbetsförmedlingen.

Hemlösheten blir en allt större fråga för socialnämnden. Nämnden äger inte frågan men ser följderna för de kommuninvånare som saknar bostad. Det leder till sämre måluppfyllelse för alla mål som socialnämnden ska bidra till. Socialförvaltningen tappar i effektivitet och får högre kostnader, kostnaderna för ekonomiskt bistånd för tillfälliga boenden skulle kunna halveras vilket motsvarar hela effektiviseringskravet för 2015. Förvaltningen har ett kontinuerligt behov av lägenheter och boenden men processerna är alltför utdragna. Det är tveksamt om de investeringsprojekt som finns upptagna i investeringsplanen blir klara i tid.

Nämnden äskade åtta miljoner i utökad ram för ekonomiskt bistånd, det finns inte med i förslaget. Förvaltningen ser ingen minskning av kostnaderna.

Bristen på erfarna socialsekreterare med eller utan vidareutbildning är generell för hela regionen. Behovet av för att möta konkurrensen så är det viktigt att Botkyrka kan erbjuda en god löneutveckling och rimliga arbetsvillkor. Efterfrågan kommer sannolikt att innebära ökade kostnader för handläggningen inte bara för barn och unga utan även inom andra kompetensområden.

Samordningsförbundet har inkommit med ett äskande om en högre nivå på bidraget. Hittills har kommunen och landstingen beslutat om en högre nivå på bidraget än vad staten har beslutat om. Staten fattar sitt beslut först i december, men Botkyrka kommun bör redan i flerårsplanen reservera utrymme för ett bidrag i enlighet med samordningsförbundets äskande.

Marie Lundqvist
socialchef

2014-04-08

Dnr SN/2014:1

Förslag till yttrande

Kort sammanfattning av förslaget till flerårsplan

Remissutgåvan av förslaget till flerårsplan för perioden 2015-2018 består av en beskrivning av kommunens långsiktiga utmaningar i ett 30-årsperspektiv, planeringsförutsättningarna, en beskrivning av kommunens vision och uppdrag och liknande, målen för flerårsplaneperioden och den ekonomiska planen.

Med utgångspunkt från omvärldsanalysen sammanfattas de viktigaste trenderna och de pekar på vilka omvärldsfaktorer som kommunen främst behöver hantera i flerårsplanen. Man konstaterar att den svenska ekonomin kommer att förbättras men att den släpar efter för Botkyrka. Ekonomin ser kärvare ut bland annat på grund av förändringar i skatteutjämningsystemet vilket kommer leda till behov av att prioriteringar. Antalet arbeten kommer långsamt att öka medan de enklare låglönejobben blir färre, det ställer krav på lokalt anpassade insatser för att unga och lågutbildade Botkyrkabor ska kunna få jobb. I omvärlden har förtroendet för de politiska systemens förmåga att hantera utvecklingen minskat och det påverkar också Botkyrka. Det ställer krav på att utveckla förmågan att möta nya krav från medborgarna och sammanhållningen i Botkyrka.

De tretton målen i förslaget till flerårsplan är samma som i föregående plan och socialnämnden omfattas av nio av dem. I den ekonomiska planen framhålls att den ekonomiska planeringen bör ha ett långsiktigt perspektiv. Men att det samtidigt är svårt att ha det eftersom det är svårt att bedöma konjunktursvängningarna och att framförhållningen är kort när det gäller statens beslut om de generella statsbidragen. I planen förklaras också varför Botkyrkas starka ekonomiska resultat för 2013 och tidigare inte automatiskt betyder att det kommer att fortsätta under 2014 och framåt. Några av förklaringarna är att kommunen behöver upprusta lokaler och anläggningar samtidigt kommuninvånarnas behov förväntas öka snabbare än intäkterna.

Inför 2016 kommer man enligt förslaget att införa en ny resursfördelningsmodell som har en tydligare koppling mellan invånare/brukare och de resurser som verksamheten tilldelas. Meningen är att fokus i ökad utsträckning ska sättas på medborgarna istället för på den kommunala organisationen. Med anledning av detta är nämndernas driftsramar endast fördelade för 2015 i förslaget. Enligt förslaget ökar drift ramen för socialnämnden med 1,4 miljoner kronor för volymökning barn och unga och med 3,2 miljoner kronor till drift av boende för komplexa vårdbehov fr.o.m. halvåret 2015 och med 15,5 miljoner kronor som pris och lönekomensation. Samtidigt får socialnämnden minskad nettoram med 6,1 miljoner kronor, för att få de ekono-

2014-04-08

Dnr SN/2014:1

miska ramarna att balansera har samtliga nämnder fått ett effektiviseringskrav på drygt 1,1 % med undantag för utbildningsnämndens effektiviseringskrav som är halverat. Investeringsramen för 2015 omfattar enligt förslaget 4 miljoner kronor. I investeringsplanen finns ett ersättningsboende för den nedlagda avdelningen på Silverkronan inlagd för 2016 liksom ett boende för personer med komplexa vårdbehov. Ytterligare ett boende för målgruppen finns inlagt för 2018

Förslag till socialnämndens yttrande

Socialnämnden ska bidra till måluppfyllelsen för nio av de tretton målen. Det sker genom att socialnämnden erbjuder insatser som ökar invånarnas förutsättningar att t.ex. klara skolan, få ett arbete, få en bättre hälsa och kunna vara delaktiga i samhällsutvecklingen. Samtidigt är det svårt att formulera mätbara mål och uppföljningsbara åtaganden kring detta eftersom socialtjänstens insatser som målen är formulerade blir ett komplement till exempelvis undervisningen i skolan och arbetsmarknadsinsatserna som ges genom arbetsförmedlingen.

Hemlöshet

Kommunen har ansvaret för bostadsförsörjningen, att kommuninvånarna har någonstans att bo bör vara en av huvudprocesserna för kommunen och att minska hemlösheten borde vara ett viktigt mål för kommunen. Socialnämnden äger inte frågan men ser följderna för de kommuninvånare som saknar bostad. Det leder till sämre måluppfyllelse för alla mål som socialnämnden ska bidra till. Hemlösheten leder till att den drabbade kommuninvånaren har svårt att delta i samhällsutvecklingen, saknar jämlika förutsättningar inom ett viktigt grundläggande område, får en sämre hälsa, har svårigheter att få och behålla ett jobb, barnen får det svårare att klara skolan, en person som flyttar ofta har svårt att ta del av kulturutbudet. Socialförvaltningen tappar i effektivitet och får högre kostnader. Förvaltningens kostnader för ekonomiskt bistånd för tillfälliga boenden skulle kunna halveras vilket motsvarar hela effektiviseringskravet för 2015. Förvaltningen har sedan 2011 kartlagt antalet hemlösa som är aktuella i socialförvaltningen, sedan 2013 även kunna följa utvecklingen på individnivå. Antalet hemlösa ligger med viss variation runt 500 personer och cirka 300 barn, nu senast i mars var enligt socialstyrelsens definition 265 män och 249 kvinnor och 248 barn hemlösa. 62 av dessa barn bor på hotell och sexton av dem har gjort det under minst sex månader.

Förvaltningen har ett kontinuerligt behov av lägenheter och boenden. Processerna är alltför utdragna. Det är svårt att få investeringsmedel innan det finns en första kostnadsberäkning och innan det finns en investeringsbudget är det svårt att få något att hända. Tre år efter stängningen av hemlöshetsav-

2014-04-08

Dnr SN/2014:1

delningen Silverkronan så har samhällsbyggnadsförvaltningen inte kunnat anvisa tomt eller lokal som ersättning för det. Socialnämnden beställde planering av boende för personer med komplexa vårdbehov hösten 2013 med planerad driftstart 2015 sommaren. Det är orealistiskt med tanke på att det saknas förslag på hur behovet ska kunna tillgodoses. Enligt förslag till flerårsplan är boendet framskjutet till 2016. Detta boende är mycket angeläget eftersom förvaltningen har personer som under tiden inte får den omsorg som de skulle behöva. I den senaste hemlöshetskartläggningen från mars 2014 bedöms ett trettiotal personer bo i boenden (jourlägenhet, hotell eller liknande) med för låg omsorgsnivå.

Ekonomiskt bistånd

Nämnden äskade åtta miljoner i utökad ram för ekonomiskt bistånd, det finns inte med i förslaget. Förvaltningen ser ingen minskning av kostnaderna för det ekonomiska biståndet. Nämnden har inför 2014 fått utökade budgetramar och även omfördelat inom nämndens budgetram, trots det kommer budgeten att överskridas. Kostnaden för det direktutbetalade ekonomiska biståndet kommer att om prognosen slår in överskrida budgeten med cirka 10,9 miljoner kronor. Antalet biståndsmånader är 207 månader fler om man jämför den senaste tolv månadersperioden (1 april 2013-31 mars 2014) med utfallet för helåret 2013. Det är inte troligt att ramen för det ekonomiska biståndet för 2015 kommer att räcka till.

Kompetensförsörjning

Personalsituationen är besvärlig inom utredningsenheten för barn och unga, med hög personalomsättning under 2013 och stora svårigheter att rekrytera tillräckligt erfaren personal. I socialnämndens framåtsikt beskriver förvaltningen varför kompetensförsörjningen är en så extra angelägen strategisk fråga just nu och vad som behövs för att komma till rätta med det. Men eftersom bristen på erfarna socialsekreterare med eller utan vidareutbildning är generell för hela regionen så vill vi understryka behovet av att Botkyrka kan erbjuda en god löneutveckling och rimliga arbetsvillkor. Det kommer sannolikt att innebära ökade kostnader för handläggningen inte bara för barn och unga utan även inom andra kompetensområden.

Ideella föreningar och socialt företagande

Socialnämnden fördelar bidrag till föreningslivet till föreningar enligt nämndens bedömning av behovet av verksamheten som föreningen bedriver och av de ekonomiska förutsättningar som finns i socialnämndens budget. För att bedöma socialförvaltningens behov av den verksamhet som föreningen bedriver, sätts den i relation till socialnämndens prioriterade mål och åtaganden. Dessa finns presenterade i handlingsplaner och flerårsplaner. Nystartade föreningar bedöms också utifrån vad nämnden anser viktigt att

2014-04-08

Dnr SN/2014:1

utveckla utifrån analyser i omvärldsspaning och prioriterade områden som pekas ut nämndens Framåtsikt. Här definieras verksamhet och målgrupp och i vilken form av verksamhets som ska erbjudas men föreningen har fortfarande stora möjligheter att utforma innehållet. Bidragsansökningarna är på betydligt högre än budgetanslaget som för i år är 2435 tusen kronor. Anslaget räknas upp enligt priskompensation men liksom för annan verksamhet är det svårt att göra omprioriteringar men det finns ett behov av att utöka ramen.

Förutom bidragsgivning samverkar förvaltningen med brukarföreningar t.ex. genom att ha dialoger om verksamheten eller driva projekt inom socialpsykiatri. Det är ett sätt att samla in brukarnas erfarenheter och synpunkter på verksamheten. Den tredje formen är upphandling i konkurrens där verksamheten bedrivs enligt avtal.

Kultur och fritidsförvaltningen har fått i uppdrag att se över bidragsgivningen. Förvaltningen samarbetar i den utredningen som ska vara klar till sommaren. Inom ramen för samordningsförbundet Huddinge Botkyrka Salem pågår också en förstudie om socialt företagande. Socialnämnden avser att till nästa framåtsikt ge socialförvaltningen i uppdrag att redogöra för hur samverkan med ideella föreningar/ socialt företagande går till och kan utvecklas.

Samordningsförbundet

Styrelsen för Samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge, Salem beslutade den 21 mars 2014 att överlämna ett budgetäskande avseende 2014 och 2016 till ägarparterna (Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget, Huddinge, Salem och Botkyrka)

Begäran om utökning av budgetramen grundar sig i behovet av att stödja och utveckla samverkansansvaret för medborgarna i Botkyrka, Huddinge och Salem. Budgetmedlen ska användas till att ge fortsatt stöd till pågående arbete och kunna bygga ut och utveckla insatser för en långsiktig samverkan till stöd och nytta för medborgare i behov av samordnad rehabilitering.

Samordningsförbundet återupprepar sitt äskande från 2014 om totalt 22,24 miljoner kronor. Samordningsförbundets äskande innebär att Botkyrka skulle öka det årliga bidraget från 2,20 miljoner kronor till 2,61 miljoner kronor. Det kommunala bidraget bestäms i praktiken av det statliga bidragets nivå. Hittills har kommunen och landstingen beslutat om en högre nivå på bidraget än vad staten har beslutat om. Staten fattar sitt beslut först i december, men Botkyrka kommun bör redan i flerårsplanen reservera utrymme för ett bidrag i enlighet med samordningsförbundets äskande.

2014-04-08

Dnr SN/2014:1

Syftet med den finansiella samordningen är att individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser ska uppnå eller förbättra sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Flera kalkyler visar att insatserna i samordningsförbunden lönar sig på sikt sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det kan vara svårt att omfördela medel från ekonomiskt bistånd samtidigt som anslaget är så underfinansierat.²

**5****Yttrande över motion "Se över hur vi kan erbjuda mer s.k. föräldracoachning" (m) (kd) (SN/2013:224)****Beslut**

Socialnämndens svar till kommunfullmäktige:

Motionen är besvarad.

Sammanfattning

Socialförvaltningen har berett ärende om yttrande över en motion från företrädare för moderaterna och kristdemokraterna. I motionen föreslås att socialförvaltningen får i uppdrag att, i samarbete med civilsamhället, hitta former för hur vi kan nå fler Botkyrkaföräldrar och erbjuda dessa olika former av föräldracoachning. Botkyrka kommun har i samverkan med andra aktörer arbetat med främjande och förebyggande föräldrastöd under en period om mer än tio år. Sedan år 2011 finns en projektanställd föräldrastödssamordnare. Samordningen har varit en framgångsfaktor och arbetet har utvecklats mycket positivt. Vi når fler föräldrar och barn med flera olika former av föräldrastöd och antalet gruppleddare som är utbildade i metoden ABC, Allas Barn i Centrum ökar. Kommunen har ett samarbete med civilsamhället runt dessa frågor, bland annat med studieförbunden men samarbetet med föreningsliv och andra aktörer inom civilsamhället kan utvecklas under förutsättning att det finns resurser att samordna detta arbete. Samordnartjänsten 75 % av en heltid är en projektjänst vilket gör det svårt att planera långsiktigt. Botkyrka kommuns föräldrastödsarbete tar sin utgångspunkt i "Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd - En vinst för alla S2013.010" och de definitioner som strategin fastställt.



2014-04-02

Dnr SN/2013:224

Referens
Sara Andersson

Mottagare
Socialnämnd

Yttrande över motion om att se över hur vi kan erbjuda mer s.k. "föräldracoaching"

Förslag till beslut

Socialnämndens svar till kommunfullmäktige:

Motionen är besvarad.

Sammanfattning

Socialförvaltningen har berett ärende om yttrande över en motion från företrädare för moderaterna och kristdemokraterna. I motionen föreslås att socialförvaltningen får i uppdrag att, i samarbete med civilsamhället, hitta former för hur vi kan nå fler Botkyrkaföräldrar och erbjuda dessa olika former av föräldracoaching. Botkyrka kommun har i samverkan med andra aktörer arbetat med främjande och förebyggande föräldrastöd under en period om mer än tio år. Sedan år 2011 finns en projektanställd föräldrastödssamordnare. Samordningen har varit en framgångsfaktor och arbetet har utvecklats mycket positivt. Vi når fler föräldrar och barn med flera olika former av föräldrastöd och antalet gruppleddare som är utbildade i metoden ABC, Allas Barn i Centrum ökar. Kommunen har ett samarbete med civilsamhället runt dessa frågor, bland annat med studieförbunden men samarbetet med föreningsliv och andra aktörer inom civilsamhället kan utvecklas under förutsättning att det finns resurser att samordna detta arbete. Samordnartjänsten 75 % av en heltid är en projektjänst vilket gör det svårt att planera långsiktigt. Botkyrka kommuns föräldrastödsarbete tar sin utgångspunkt i "Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd - En vinst för alla S2013.010" och de definitioner som strategin fastställt. Socialförvaltningen anser att det inte är tydligt utskrivet vad som i motionen avses med föräldracoaching men bedömer att detta kan behöva klargöras inom ramen för det uppdraget om kommunfullmäktige beslutar i enlighet med förslaget och att förvaltningen då har att ta ställning till de olika former av föräldracoaching som kan bli aktuella i samverkan med civilsamhället. Socialförvaltningen planerar att oavsett fullmäktiges beslut se över frågan om samordning av föräldrastödet. Socialförvaltningen föreslår socialnämnden att motionen är besvarad.

2014-04-02

Dnr SN/2013:224

Ärendet

Företrädare för moderaterna och kristdemokraterna har gemensamt i en motion till kommunfullmäktige föreslagit att socialförvaltning uppdras att, i samarbete med aktörer inom civilsamhället, hitta former för hur vi kan nå fler Botkyrkaföräldrar och erbjuda dessa olika former av föräldracoaching.

Socialförvaltningen har berett ärendet.

Yttrande

Frågan om stöd till föräldrar som når breda grupper är viktig och det är positivt att den uppmärksammas. Detta ligger också i linje med Botkyrkas befintliga föräldrastöd. Botkyrka kommun har sedan mer än tio år tillbaka i samverkan mellan förvaltningar och externa aktörer, erbjudit både generellt föräldrastöd till alla föräldrar och mer riktat till dem med olika identifierade problem. I syfte att nå ännu fler föräldrar har kommunen sedan 2009 deltagit i en forskningsstudie som syftat till att utveckla och erbjuda ett lättillgängligt program genom föräldrastödsträffar, baserat på evidens och beprövad erfarenhet.

År 2011 tillsattes en projektjänst som samordnare för föräldrastöd efter att utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen inom ramen för Kraftsamling tillskjutits medel för detta.

Aktuellt

Socialförvaltningen arbetar tillsammans med samverkanspartners i enlighet med den definition av föräldrastöd som är fastslagen i Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd - En vinst för alla S2013.010

Föräldrastöd definieras i strategin som, *en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk*. Det kan handla om föreläsningar eller gruppträffar för föräldrar där de också ges möjlighet att coacha varandra.

Vidare slås fast att den nationella strategin för föräldrastöd är en strategi för ett universellt föräldrastöd, det vill säga att alla föräldrar erbjuds samma möjligheter till stöd och hjälp. Målsättningen med ett universellt förebyggande föräldrastöd är att via föräldrar främja barns hälsa och positiva ut-

2014-04-02

Dnr SN/2013:224

veckling och maximera barnets skydd mot ohälsa och sociala problem. Ingen enskild grupp av föräldrar, eller enskild förälder, väljs ut av något skäl.¹

En särskild utsedd person som har till uppgift att samordna föräldrastödet är en framgångsfaktor. I samverkan mellan socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen erbjuds idag alla föräldrar programmet ABC via utbildade gruppleddare inom öppen förskola, skola och SFI. Under 2013 har verksamheten växt och under året genomfördes totalt 12 föräldrastödsgrupper ABC, Alla Barn i Centrum som omfattade totalt 91 föräldrar, 76 kvinnor och 15 män samt 173 barn. Sammantaget under åren 2011-2013 har 162 föräldrar deltagit i ABC. Kommunen har idag 24 utbildade gruppleddare i ABC varav 8 arbetar inom förskola/skola, 13 inom socialförvaltningen och 3 inom SFI, Svenska för invandrare. Kommunen har idag kunskap och resurser att själv utbilda gruppleddare i ABC.

Sedan flera år finns också en samverkan med studieförbund omkring studiecirkeln Familjeverkstan. Studieförbundet Bilda är de som idag i praktiken håller dessa studiecirkel då de studieförbund som fanns med inledningsvis inte kommit igång med cirklar. Även andra föräldrastödsprogram erbjuds i samverkan med landstinget och öppna förskolan m.fl.

Vidare ser vi att intresset hos föräldrar ökar när erbjudandet blir mer känt bland föräldrar och verksamheter i kommunen. Deltagandet har också ökat i takt med att man anpassat verksamheten så att så många som möjligt ska kunna delta genom att erbjuda barnpassning och kursmaterial på andra språk än svenska.

För 2014 och framåt har ett antal utvecklingsområden identifierats;

- Nå fler pappor genom t.ex. pappagrupp
- Anpassa verksamheten för att nå fler språkgrupper
- utveckla program för tonårsföräldrar
- ABC för jourhem och familjehem (genomförs 2014)
- ABC för pedagoger på förskola

Samverkan med civilsamhället omkring att nå fler grupper av föräldrar är ett område där förvaltningen ser att denna verksamhet kan utvecklas under förutsättning att det finns resurser att samordna detta arbete. Tjänsten som samordnare för föräldrastödet är idag endast en projektjänst omfattande 75 % av en heltid. Medel avsätts för ett år i taget vilket begränsar möjligheterna att planera långsiktigt.

¹[Nationell strategi för ett för ett utvecklat föräldrastöd - En vinst för alla, S2013.010 \(pdf 224 kB\)](#)

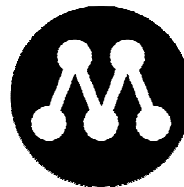
2014-04-02

Dnr SN/2013:224

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen anser att det inte är tydligt definierat vad som i motionen avses med föräldracoachning men bedömer att detta kan klargöras inom ramen för uppdraget om det ges till socialförvaltningen. Socialförvaltningen har för avsikt oavsett beslut med anledning av motionen, att se över samordningen av det främjande och förebyggande föräldrastödet. Förvaltningen föreslår socialnämnden att anse motionen besvarad.

Marie Lundqvist
socialchef



Kristdemokraterna

MOTION

2013-12-17

Kommunfullmäktige

Se över hur vi kan erbjuda mer s.k. ”föräldracoachning”

En föräldracoach arbetar med att hitta sätt för föräldrar att, i sin familj, hitta sin ledarroll. Vad som behövs är också att förstå vad föräldern själv behöver och vill, samt förstå vem man är som individ. När man nått dithän kan man, enligt föräldracoacherna, på ett bättre förstå och handskas med sina barn.

Föräldracoachningen utgår exempelvis från modeller som förklarar beteenden samt NVC (non violent communication)¹.

En pappa eller en mamma måste förstå att de har en ledarroll. Hen är inte barnets jämlike eller ”kompis”. Kort sagt menar föräldracoacherna på att man måste betrakta sig själv som en ledare för att även andra ska kunna uppfatta en som en sådan.

Men för att kunna bli en bra ledare inför sina barn är det viktigt att ta in vad de har att säga, utan att hemfalla åt det som en del gör, som att hota och bestraffa. Det är viktigt att inte tolka in vad barnet säger, inte heller ska man vara för dömande. Likaledes nödvändigt är det att man, med barnen, är mycket tydlig med det man vill ha eller är önskvärt.

Vi hoppas att, om efterfrågan finns och i samarbete med andra aktörer inom civilsamhället, fler föräldrar och familjer kan nås och få stöd i sitt föräldraskap. Alla de som skulle kunna behöva det här stödet vill och behöver inte vara föremål för en utredning inom socialtjänsten. Vi vill hitta enklare former för att stödja detta, som har en potential att nå fler än de familjer som socialtjänsten redan idag arbetar med.

Vi föreslår kommunfullmäktige

att ge Socialförvaltningen i uppdrag att, i samarbete med aktörer inom civilsamhället, hitta former för hur vi kan nå fler Botkyrkaföräldrar och erbjuda dessa olika former av föräldracoachning.

Jimmy Baker (M)

Stefan Dayne (KD)

Yngve RK Jönsson (M)

¹ Rosenberg, Marshall B. (2004). Raising Children Compassionately: Parenting the Nonviolent Communication Way. Puddledancer Press. sid. 48.



6

Förlängning av policy för beroende med tillägg för dopning (SN 2013:18)

Beslut

Socialnämnden antar av Kommunförbundet Stockholms län beslutade rekommendationer att:

1. Förlänga ”Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende – Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län” till och med 31 december 2015.
2. Likställa policyn som en överenskommelse med anledning av propositionen 2012/2013:77
3. Godkänna tillägg till policyn om dopning i ärendet.

Paragrafen justeras omedelbart

Sammanfattning

Socialförvaltningen har berett ärendet om förlängning av missbrukspolicy samt komplettering om dopning och föreslår att socialnämnden antar av Kommunförbundet Stockholms län beslutade rekommendationer. Policyn är antagen av Stockholms läns landsting och länets 26 kommuner för en tidsperiod om 5 år, fram till och med våren 2013. Då de riktlinjer och målgrupper som betonas i policyn fortfarande är aktuella föreslås en förlängning till och med 31 december 2015. I rekommendationerna om förlängning har KSL tagit hänsyn till de förändringar som skett i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen 1 juli 2013. Det är förvaltningens bedömning att verksamheten väl lever upp till intentionerna i policyn. Frågor omkring dopning bedöms vara ett utvecklingsområde lokalt, regionalt och nationellt.



2014-03-31

Dnr SN/2014:18

Referens
Sara Andersson

Mottagare
Socialnämnd

Förlängning av missbrukspolicyn samt komplettering dopning. KSL/13/0105

Förslag till beslut

Socialnämnden antar av Kommunförbundet Stockholms län beslutade rekommendationer att:

1. Förlänga ”Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende – Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län” till och med 31 december 2015.
2. Likställa policyn som en överenskommelse med anledning av propositionen 2012/2013:77
3. Godkänna tillägg till policyn om dopning i ärendet.

Paragrafen justeras omedelbart

Sammanfattning

Socialförvaltningen har berett ärendet om förlängning av missbrukspolicy samt komplettering om dopning och föreslår att socialnämnden antar av Kommunförbundet Stockholms län beslutade rekommendationer. Policyn är antagen av Stockholms läns landsting och länets 26 kommuner för en tidsperiod om 5 år, fram till och med våren 2013. Då de riktlinjer och målgrupper som betonas i policyn fortfarande är aktuella föreslås en förlängning till och med 31 december 2015. I rekommendationerna om förlängning har KSL tagit hänsyn till de förändringar som skett i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen 1 juli 2013. Det är förvaltningens bedömning att verksamheten väl lever upp till intentionerna i policyn. Frågor omkring dopning bedöms vara ett utvecklingsområde lokalt, regionalt och nationellt.

Ärendet

Socialförvaltningen har berett ärendet om förlängning av missbrukspolicy samt komplettering dopning.

2014-03-31

Dnr SN/2014:18

”Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende – Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län” är antagen av Stockholms läns landsting och länets 26 kommuner för en tidsperiod om fem år, fram till och med våren 2013. De riktlinjer och målgrupper som betonas i policyn är fortfarande aktuella och KSL:s förslag är att Stockholms läns kommuner fattar beslut om förlängning av policyn till och med 31 december 2015.

En lagändring trädde i kraft 1 juli 2013 i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen som innebär att landstinget och kommunen ska ha gemensamma överenskommelser i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. I enlighet med policyn som föreslås förlängas, ska det finnas lokala samråd/ samverkansforum med företrädare från landstinget och kommunerna. I enlighet med intentionerna med förändringen i lagstiftningen är dessa samverkansforum likvärdiga med en överenskommelse och kommuner som har ett sådant formaliserat och etablerat samarbete behöver inte träffa några överenskommelser där utöver.

Lagändringen i SoL och HSL från 1 juli 2013 innebär att landsting och kommun ska ha gemensamma överenskommelser även gällande personer som missbrukar dopningsmedel. Policy som kommunerna ska ta ställning till att förlänga, innehåller ett kompletterande avsnitt: ”Utveckling och samverkan kring dopning – komplettering till policyn” KSL skriver i policyn att många frågor om vilka åtgärder som är effektiva för att begränsa och behandla dopningsproblem fortfarande är obesvarade och att det finns bristande kunskaper om hur många personer som missbrukar dopningspreparat och hur stor andel som blir beroende.

Policyn har utarbetats med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. En revidering av dessa riktlinjer pågår och en preliminär version är publicerad 20140331¹. De reviderade riktlinjerna ska ut på remiss till kommuner och landsting innan Socialstyrelsens slutgiltiga rekommendationer publiceras under våren 2015. Betydelsen av att i det lokala och regionala arbetet ta del av och följa de reviderade riktlinjerna, poängteras.

Förvaltningens bedömning

Arbete i enlighet med den policy som nu förslås förlängas, pågår sedan flera år i förvaltningen. Frågor omkring dopning bedöms vara ett utvecklingsom-

¹ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-24>

2014-03-31

Dnr SN/2014:18

råde, lokalt såväl som regionalt och nationellt. . Lokalt samråd sker 4 gånger per år och uppfyller därmed vad som krävs för att likställas med överens-kommelse. Det är förvaltningens bedömning att vi väl lever upp till intentionerna i policyn.

Marie Lundqvist
socialchef

Expedieras till

Protokollsutdrag mejlas senast 30 april 2014 till registrator@ksl.se

För kännedom:

Socialnämnd eller motsvarande
Förvaltningschef inom socialtjänsten
eller motsvarande

Kommunstyrelserna i Stockholms Län

Förlängning av missbrukspolicyn samt komplettering dopning

KSLs rekommendation

KSLs styrelse beslutade vid sitt sammanträde 2013-12-12 att rekommendera länets kommuner att:

1. Förlänga Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende - Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län till och med 31 december 2015.
2. Likställa policyn som en överenskommelse med anledning av proposition 2012/2013:77.
3. Godkänna tillägg till policyn om dopning i ärendet.

Ärendebeskrivning

Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende - Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län är antagen av Stockholms läns landsting samt länets 26 kommuner. Policyn är antagen för en tidsperiod om fem år, fram till och med våren 2013.

De riktlinjer och målgrupper som betonas i policyn är fortfarande aktuella och arbete pågår i de lokala samråden likväl som det regionala för att uppfylla dess intentioner. KSLs förslag är att Stockholms läns kommuner fattar beslut om förlängning av policyn till och med 31 december 2015.

Med anledning av [proposition 2012/2013:77](#) *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* har ett nytt tillägg i socialtjänstlagen (5 kap, 9a § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (8b § HSL) trätt i kraft 1 juli 2013. Det innebär att landstinget och kommunen ska ha

gemensamma överenskommelser i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer och deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna.

I propositionen framgår även att kommuner och landsting som redan etablerat ett formaliserat samarbete kring personer med missbruksproblem inte behöver träffa några överenskommelser därutöver (s.18).

Vår bedömning är att policyn kan likställas en överenskommelse med en komplettering av dopning som inte ingår som målområde i dagsläget.

Enligt policyn ska det finnas lokala samråd/samverkansforum med företrädare från landstinget, kommunen/stadsdelen och övriga aktuella samverkansparter såsom kriminalvården, psykiatrin och primärvården¹. Samrådet ska leda arbetets utveckling samt upprätta samverkansöverenskommelser för förebyggande arbete, vård och behandling i enlighet med policyns intentioner. Med anledning av detta ärende kan det vara aktuellt att se över och komplettera lokala överenskommelser.

Bakgrund

Policyn har sedan 2008 fungerat som grund för samverkan i det gemensamma arbetet. Syftet med ett gemensamt policydokument är att förtydliga och beskriva kommunernas och landstingets delvis skilda och sammanfallande ansvar för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende. Vikten av samverkan med kriminalvården lyfts också fram.

Kommunerna och landstinget har i och med policyn enats om ett antal gemensamma förutsättningar att arbeta utifrån likväl som riktlinjer för särskilda målgrupper. Förutsättningar är gemensam värdegrund, metoder för bättre kvalitet, kunskaps- och kompetensutveckling, förebyggande arbete, tidig upptäckt av riskbruk och samverkan för smittskydd. Riktlinjerna fokuserar på vuxna samt ungdomar och unga vuxna, gravida med risk- och missbruk, barn till föräldrar med missbruk, personer med komplexa vårdbehov, personer med opiatberoende och hemlösa med missbruk.

Ett regionalt samråd för psykiatri och beroendefrågor finns kopplat till policyarbetet. Det består av chefstjänstemän från kommun, landsting, privata vårdgivare, kriminalvården och länsstyrelsen. Uppdraget är att stödja lokala nivå, genomföra regionala uppföljningar, initiera kunskaps- och kompetensutveckling och ett strukturerat brukarinflytande på länsnivå.

¹ I en uppföljning från 2013 identifierades 27 lokala samverkansforum/lokala samråd i länet. I samtliga ingick socialtjänsten och beroendevården. Psykiatrin ingår i flertalet och primärvården och kriminalvården i cirka hälften.

I länet finns sedan 2010 ett regionalt brukarråd, *Brükarrådet för beroendefrågor i Stockholm län*. Samarbete med brukarråd och fortsatt utveckling av inflytandefrågor är viktig på lokal och regional nivå.

Utveckling och samverkan kring dopning – komplettering till policyn

Tillägget i SoL och HSL från 1 juli 2013 innebär att landstinget och kommunen ska ha gemensamma överenskommelser som även gäller personer med missbruk av dopningsmedel.

Nedanstående text är ett förslag till komplettering till Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende - Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län.

En arbetsgrupp med representanter från kommunerna, landstinget, Länsstyrelsen, Kriminalvården och Dopingjouren² har deltagit i framtagande av skrivningen.

Kunskapsläget

Begreppet dopning används i lagtexten för Dopningslagen SFS lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. Det är förbjudet att införa, sälja, inneha, framställa eller bruka anabola androgena steroider (AAS).

Hormondopning, särskilt med AAS, är i dag ett samhällsproblem. Det är vanligast förekommande bland tränande på gym, särskilt hos män i åldern 17–35 år, inte sällan med annat missbruk. De senaste åren har kunskapen om hormondopningens bakgrund och effekter ökat. De somatiska korttidseffekterna är relativt väl kartlagda, liksom för de psykiska biverkningarna. Ännu saknas dock tillförlitlig kunskap om effekterna på lång sikt. Det står dock klart att användningen kan leda till allvarliga fysiska, psykiska och sociala problem såsom allvarliga depressiva symtom och aggressivitet.

Dopningen i samhället har ökat markant parallellt med en ökad illegal import, ökad inhemsk tillverkning och ökad försäljning via internet. Ett mått på detta är tullens och polisens beslagsstatistik, som ökat mångfaldigt under den senaste 10-årsperioden.

Enligt proposition 2012/13:77 är utbudet av vård begränsat för personer med missbruk av dopningsmedel.

En metod för prevention i gymmiljö har utvecklats och visar på goda resultat i utvärderingar. I övrigt är preventions- och behandlingsforskningen inom dopningsområdet outvecklad. Många frågor om vilka åtgärder som är effektiva för att begränsa och behandla dopningsproblem är fortfarande obesvarade. Det finns också bristande kunskaper om hur många personer som missbrukar dopningspreparat och hur stor andel som blir beroende.

² Sedan 1993 finns en departementstöd verksamhet i samarbete med Karolinska universitetssjukhuset och Stockholms läns landsting (dopingjouren), som arbetar för att öka kunskaperna och medvetandegöra konsekvenserna av dopningsmissbruk genom information, undervisning, utveckling och forskning

Ett nationellt vårdprogram har utarbetats av Dopingjouren och behandlingsenheterna i Göteborg, Stockholm och Örebro utifrån deras erfarenhet av missbruk av anabola androgena steroider. Programmet kommer förhoppningsvis att höja kunskapsnivån inom detta fält.

Örebro läns landsting har i oktober 2013 fått regeringens uppdrag att fördjupa kunskapen om dopningsmissbruk och utveckla behandlingsformerna för personer som missbrukar dopningsmedel. Uppdraget innebär att ta fram metoder för att förebygga, upptäcka och behandla dopningsmissbruk samt att lägga fast en plattform för forskning.

Ansvar

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Vidare ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skada. (2 c § HSL).

Enligt socialtjänstlagen, SoL, ska socialtjänsten arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 kap, 7 § SoL). Socialtjänsten ska aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel, samt dopningsmedel. (5 kap. 1 § SoL).

I den nationella ANDT-strategin lyfts det långsiktiga målet att antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak successivt ska minska. Strategin lyfter bland annat att samordnande insatser som syftar till tidig upptäckt bör förstärkas på lokal nivå och att metoder bör utvecklas för att öka kunskapen och stärka samordningen för att motverka dopningsmissbruket i samhället.

Kommunernas socialtjänst ger frivilligt stöd och insatser enligt socialtjänstlagen (SoL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Socialtjänstlagen ger inte kommunerna någon rätt att använda tvång. Tvång i samband med missbruk regleras i Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt i Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Socialutskottet ansåg i sitt betänkande (1996/97:SoU18) inför ändringarna i socialtjänstlagen att det är angeläget att kommunerna stödjer och hjälper anhöriga till missbrukare. Det gäller både barn och andra anhöriga.

Husläkarverksamheten är förstahandsvalet av hälso- och sjukvård inom ramen för LEON-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå) för barn och vuxna. Vårdgivaren ska utan avgränsningar för såväl fysiska som psykiska sjukdomar inklusive missbruk och beroende, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering.

Den specialiserade beroendevården ansvarar för att medicinskt utreda och behandla personer med svår eller komplicerad problematik när det gäller alkohol-, narkotika eller läkemedelsmissbruk. Beroendevård för vuxna riktar sig till personer 18 år och äldre medan verksamheterna för barn och ungdomar riktar sig till personer upp till och med 19 år.

Den specialiserade psykiatriska vården riktar sig till personer 18 år och äldre som är i behov av psykiatrisk vård på specialistnivå. Det innefattar psykiatrisk vård som inte inryms i primärvårdens uppdrag. I uppdraget ingår att förmedla ett hälsofrämjande synsätt genom att informera, stödja och motivera patienten att ta eget ansvar för sin hälsa. Den psykiatriska vården ges enligt HSL och Lagen om Tvångsvård (LPT) i öppen- och sluten vård.

Arbetet på regional nivå

I Stockholms läns landsting är ett regionalt vårdprogram för narkotikamissbruk/beroende och doping under framtagande. I länets arbete med dopning blir det regionala vårdprogrammet en viktig kunskapskälla. Vårdprogrammet beräknas vara färdigt i januari 2013 och kan då läsas på www.psykiatristod.se.

Länsstyrelsen i Stockholm har ett samordningsuppdrag vad gäller regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken (ANDT). En strategi och handlingsplan finns även regionalt för ANDT-arbetet i Stockholms län 2012-2015. Statens folkhälsoinstitut (Folkhälsomyndigheten från den 1 januari 2014) följer årligen upp det ANDT-förebyggande arbetet i kommunerna genom Länsstyrelsen. I Länsrapport 2012 uppgav sex av länets kommuner att de hade ett politiskt program som inkluderade arbete mot dopning.

Med utgångspunkt från kunskapsläget, det pågående arbetet nationellt samt i länet, bl.a. med regionalt vårdprogram och Länsstyrelsens samordningsansvar kring ANDT är inriktningen för åren 2014 och 2015 att ta vara på det arbete som pågår och vid revidering av policyn 2015 följa upp vilken utveckling som skett inom området. Frågan rapporteras i regionala samrådet och vidare till de lokala samråden.

Nya styrdokument och förändrade förutsättningar

Utöver tillägg i SoL och HSL om gemensamma överenskommelser, som redovisats ovan, framförs nedan lagändringar, nya styrdokument och verksamheter som tillkommit sedan policyn antogs 2008. De berör aktuella målområden i policyn och bör beaktas men ändrar inte dokumentet i sak.

Individuell plan enligt SoL och HSL

Samordnad planering är ett viktigt verktyg i samarbetet mellan landsting och kommun. I policyn lyfts individuella planer upp som en kvalitetsindikator med skrivningen att "alla som får vård och behandling från flera huvudmän ska ha en gemensam skriftlig vårdplan som beskriver det gemensamma uppdraget" (s 28).

Sedan den 1 januari 2010 finns likalydande bestämmelser i Hälso- och Sjukvårdslagen (3 f § HSL) och Socialtjänstlagen (2 kap. 7 § SoL) om att landsting och kommun ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Bestämmelserna om individuell plan gäller för alla personer som landsting och kommun kommer i kontakt med där en individuell plan behövs för att

behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses, såväl vuxna som barn och unga.

Kvalitetsindikatorn i policyn stämmer väl överens med tillägget i SoL och HSL om individuella planer.

Under 2012 genomförde KSL och HSF en uppföljning av individuella planer i länet. I uppföljningen framkom bl.a. att det råder en begreppsförvirring kring de olika typer av planer som används *inom* och *mellan* kommun och landsting. Med anledning av ovanstående har regionala samrådet gett en arbetsgrupp, med kompetens från olika verksamhetsområden, i uppdrag att ta fram förslag till insatser på regional nivå.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till vissa barn under 18 år

Den 1 januari 2010 infördes bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), som innebär att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas av hälso- och sjukvården och dess personal om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider.

ANDT strategi

I december 2010 överlämnade regeringen "En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken" (prop.2010/11:47). Propositionen pekar ut riktningen för ANDT politiken under åren 2011–2015 och antogs av riksdagen i mars 2011.

För att förverkliga inriktningen i strategin krävs insatser från många aktörer såsom statliga myndigheter, kommuner, landsting, näringsliv, idéburna organisationer och det övriga civila samhället. Länsstyrelsen ska sprida och verka för att den nationella ANDT-strategin blir verklighet i Stockholms län.

Länsstyrelsen har tillsammans med Tullverket, landstinget och polismyndigheten i Stockholms län tagit fram en regional strategi och handlingsplan för ANDT-frågorna.

En regionala samverkansgrupp för ANDT-frågor i Stockholms län finns med representanter från Polismyndigheten, Länsstyrelsen, Stockholms läns landsting, Tullverket, Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD), Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) och Stockholms stad.

Genom fokus på det förebyggande arbetet är länets ANDT strategi och inriktning ett viktigt komplement till arbetet med missbrukspolicyn.

Kriminalvård och beroendevård i samverkan

Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter (ITOK) är ett samarbete mellan Beroendecentrum Stockholm och Kriminalvården. ITOK

startade som ett projekt men är sedan 2009 en permanentad verksamhet. Målgruppen har utökats till intagna med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk. Utredning av det neuropsykiatriska funktionshindret görs av landstinget när klienten är intagen på anstalt. Därefter sker en samordnad vårdplanering. Kontraktsvård i samverkan (KIS) är sedan 2007 en del av ITOK.

Det har utvecklats särskilda samverkansformer mellan kriminalvården och den medicinska beroendevården för följande områden:

- Kontraktsvård vid grovt rattfylleri.
- Samverkan kring våld i nära relation genom den särskilda mottagningen Stadshagsmottagningen.
- Samverkan för att få till stånd en samordnad individuell plan genom att patienten genomgår en beroendeutredning.

Ett viktigt framtida utvecklingsområde för kriminalvården är samverkan kring grovt kriminella med missbruksproblem.

Sprututbyte

Stockholms läns landsting har öppnat en mottagning för sprututbyte på Kungsholmen. Verksamheten riktar sig till personer i Stockholms län som är 20 år eller äldre och är en del i en samlad strategi för att minska smittspridning bland personer i länet som injicerar narkotika. Syftet är också att på sikt få dem att ta steget till att sluta med sitt missbruk.

Barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården

En av riktlinjerna i policyn berör barn till föräldrar med missbruk. Arbete med barn och föräldraperspektivet i missbruks- och beroendevården har förstärkts under 2012-2014 genom en statlig riktad satsning.

En nationell kartläggning genomfördes hösten 2012 för att få kunskap om föräldrar i missbruks- och beroendevården och deras barn, vad de får för stöd, vilket stöd föräldrarna får i föräldrarollen och deras behov av insatser. I länets arbete ingår bl. a. att utifrån resultatet från kartläggningen analysera utvecklingsområden i länet samt erbjuda personal stöd med anledning av detta. Under 2014 kommer bl.a. beroendevården, socialtjänsten och kriminalvården i Stockholms län att erbjudas möjlighet att utbilda utbildare i metoden Föra barnen på tal.

Revidering av nationella riktlinjer för missbruks och beroendevården

Policyn har utarbetats med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevården (2007). Nya behandlingsmetoder har introducerats och nya metoder för upptäckt och prevention har tillkommit i vården och omsorgen. En preliminär version av de reviderade riktlinjerna beräknas vara klar våren 2014. I det regionala och lokala arbetet med att uppnå policyns intentioner är det betydelsefullt att följa den reviderade versionen av de nationella riktlinjerna.

Dialog och förankring

Skrivningen kring dopning (s 3-5) har tagits fram av en arbetsgrupp ledd av KSL och HSF med representanter från kommunerna, landstinget, Länsstyrelsen, Kriminalvården och Dopingjouren³.

Ärendet i sin helhet har varit på remiss och godkänts i regionalt samråd för psykiatri och beroendefrågor den 14/11-2013.

KSLs Sociala välfärdsberedning godkände förslagen den 22 november.

Landstingsfullmäktige fattade den 22 oktober 2013 beslut om förlängning till och med den 31 december 2015.

Ärendegång

Efter beslut i styrelsen den 12 december 2013 skickas rekommendation om förlängning av policyn till länets kommuner för svar senast den 30 april 2014.

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i KSLs styrelse. KSL överläter till kommunen att fatta beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att mejla in protokollsutdrag eller annan beslutshandling. Protokollsutdrag med beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

KSL önskar få kommunernas ställningstaganden senast den 30 april 2014 med e-post till registrator@ksl.se

alternativt till


Kommunförbundet Stockholms Län
Box 38145
100 64 STOCKHOLM

Frågor och information

Frågor med anledning av detta besvaras av:
Emma Fredriksson, telefon 073-917 94 38, e-post emma.fredriksson@ksl.se.

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN


Erik Langby
Ordförande


Madeleine Sjöstrand
Förbundsdirektör

³ Sedan 1993 finns en departementstött verksamhet i samarbete med Karolinska universitetssjukhuset och Stockholms läns landsting (dopingjouren), som arbetar för att öka kunskaperna och medvetandegöra konsekvenserna av dopningsmissbruk genom information, undervisning, utveckling och forskning

Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende

Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län



Förord

Samverkan mellan huvudmännen har en central och viktig roll i arbetet med att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende. Det är angeläget att samverkan och ansvar utvecklas och regleras så att resurserna på bästa sätt kan tas tillvara. Detta för att kunna erbjuda personer med missbruk/beroende samordnade insatser från både kommunen och landstinget.

Länets förra policy för missbruks- och beroendevård är från 1998. Den har inspirerat till en utveckling av lokala integrerade beroendemottagningar i nästan samtliga kommuner i länet där personal från socialtjänst och beroendevård arbetar tillsammans. Ny forskning och behov av att utveckla vård och behandling av missbruk och beroende ledde till att Kommunförbundet Stockholms Län, KSL och Landstingets hälso- och sjukvårdsutskott gav sitt respektive kansli/ förvaltning i uppdrag att ta fram en ny policy för länets missbruks- och beroendevård. Det har pågått ett intensivt arbete med att ta fram den nya policyn. Cirka sextio personer från kommunerna, landstinget, kriminalvården och intresseföreningarna har deltagit i olika arbetsgrupper.

Det är en styrka att kommunerna och landstinget i länet nu har enats om ett antal gemensamma förutsättningar och riktlinjer att arbeta utifrån. Policyn täcker inte in alla former av missbruk eller droger utan fokuserar på områden där ett samarbete mellan huvudmännen är nödvändigt och väsentligt för att kunna ge anpassade insatser. Ett nytt område som tydligare lyfts fram i denna policy är ansvaret för förebyggande arbete och tidig upptäckt. Att kunna förhindra att ett missbruk eller beroende uppstår är väsentligt såväl för den enskilde som för samhället. Policyn uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna och landstinget gemensamt lever upp till dokumentets intentioner. Ett viktigt förhållningssätt i detta utvecklingsarbete är att huvudmännen på centrala nivåer skapar tydliga förutsättningar för utveckling och förändring. Förverkligandet av policyn kan endast ske genom att kommunens och landstingets lokala verksamheter tar gemensamt ansvar för såväl förebyggande som behandlande insatser.

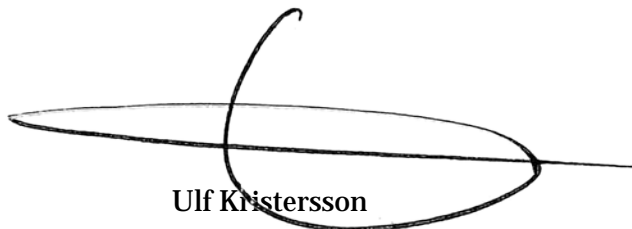
Länets kommuner har olika befolkningsstruktur, organisation, behov och förutsättningar vilket innebär att insatserna kan skilja sig åt mellan de olika kommunerna. Varje kommun måste därför, tillsammans med landstinget ta ställning till vilka behov av insatser som fordras i den egna kommunen. Dokumentet ska ses som ett utvecklingsdokument. Det regionala samrådet som ska bildas enligt policyn har ett länsövergripande ansvar för policyns utveckling. Förslag på förbättringar och utveckling av policyn ska behandlas i samrådet och beaktas då policyn ska revideras. Policyn har en giltighetstid på fem år.

Stockholm våren 2008



Birgitta Rydberg

Landstingsråd, psykiatri och missbruk
Stockholms läns landsting



Ulf Kristersson

Ordförande, Vård- och omsorgsberedning
Kommunförbundet Stockholms Län

Innehåll

Sammanfattning	6
Del I	9
Syfte och bakgrund	10
Samverkan har en central och viktig roll	10
Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård	11
Målgrupper i fokus	11
Skyldighet att samverka	12
Statistik	12
Definitioner	14
Kommunens och landstingets ansvar	15
Kommunens ansvar	15
Landstingets ansvar	17
Andra aktörers ansvar	20
Kriminalvårdens ansvar	20
Statens institutionsstyrelses ansvar	20
Arbetsgivarens ansvar	21
Försäkringskassans ansvar	21
Arbetsförmedlingens ansvar	21
Frivilligorganisationernas ansvar	21
Del II	23
Förutsättning 1	24
Gemensam värdegrund	24
Förutsättning 2	26
Gemensamma metoder för bättre kvalitet	26
Förutsättning 3	29
Personalen ska ha hög kompetens	29
Förutsättning 4	31
Långsiktigt förebyggande arbete är avgörande	31
Förutsättning 5	34
Riskbruk ska upptäckas tidigt	34
Förutsättning 6	37
Samverkan och kunskap om smittskydd	37
Del III	39
Riktlinje 1	40
Män, kvinnor och missbruk	40
Riktlinje 2	43
Insatser för gravida ska fokusera på det blivande barnet	43
Riktlinje 3	45
Barn till föräldrar med missbruk måste uppmärksammas tidigt	45
Riktlinje 4	47
Förhindra missbruk bland unga	47
Riktlinje 5	52
Samordnade och samtidiga insatser för personer med komplexa vårdbehov	52

Personer med psykisk störning och missbruk	52
Neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk	53
Riktlinje 6	55
Underhållsbehandling för opiatberoende	55
Riktlinje 7	57
Krafttag för hemlösa med missbruk	57
Del IV	59
Lokala integrerade mottagningar	60
Olika kompetenser i samma hus	60
Samverkan med kriminalvården	62
Genomförande	64
Samverkan på lokal nivå	64
Samverkan på regional nivå	65
Uppföljning	66
Implementeringsprocessen	67
Arbetsprocessen	69
Referenslista	71
Självhjälpsprogram	74
Länktips	75

Sammanfattning

Syftet med detta policydokument är att beskriva hur kommunerna och landstinget i Stockholms län ska samverka för att tidigt upptäcka, förebygga och behandla skador av alkohol och narkotika. Ett strukturerat långsiktigt förebyggande arbete är av största vikt liksom att tidigt upptäcka riskbruk av alkohol och missbruk av narkotika. Personer med missbruk och beroende ska ges kvalitativt stöd, vård och behandling. Bemötandet ska präglas av respekt och delaktighet i planering och beslut om den egna vården. Samverkan mellan huvudmännen ska leda till att individens behov av insatser blir organiserade så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden. I dokumentet beskrivs även en utökad samverkan med kriminalvården.

Policyn har utarbetats med utgångspunkt i socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Det är angeläget att dessa riktlinjer får genomslag i verksamheterna inom kommunerna, landstinget och kriminalvården.

Del I redovisar syftet med policyn, bakgrund och statistik, definitioner samt ansvarsområden för kommunerna, landstinget och andra berörda aktörer.

Del II innehåller sex grundläggande förutsättningar för det gemensamma arbetet. Personalen ska utgå från en Gemensam värdegrund vid bemötandet av den enskilde och anhöriga. Bemötande ska präglas av ett professionellt förhållningssätt där den enskildes olika förutsättningar och behov ska vara i centrum. Mötet och samspelet mellan den enskilde, anhöriga och personalen är avgörande för en positiv utveckling.

Gemensamma metoder för bättre kvalitet ger viktiga redskap för att kunna garantera och följa upp kvaliteten i kommunens och landstingets olika verksamheter. En gemensam lokal samverkansöverenskommelse ska utarbetas som beskriver ansvarsgränser och åtaganden. Gemensamma bedömningsinstrument ska användas för att ge en samordnad bild och underlag för åtgärder samt en gemensam vårdplan ska upprättas då det finns behov av insatser från flera vårdgivare.

Kunskap och kompetensutveckling är viktiga förutsättningar för att kunna ge vård och behandling med hög kvalitet. Delar av kompetensutvecklingen ska utföras så att personal från båda huvudmännen deltar samtidigt.

Förebyggande arbete är en viktig del av folkhälsoarbetet. Det ska finnas en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan inom kommunen/stadsdelen respektive landstinget som innehåller tydliga mål för de förebyggande insatserna.

Tidig upptäckt av riskbruk är betydelsefullt för att förhindra ett missbruk. Det krävs tydliga samverkansrutiner mellan huvudmännen för att nå personer med riskabla alkoholvanor och narkotikaproblem.

Smittskydd mot infektionssjukdomar kräver ett nära samarbete mellan beroende- och infektionssjukvård, socialtjänst och kriminalvård för att få till stånd fungerande rutiner kring hur smittspridning kan förhindras. Det finns ett stort behov av motivationsarbete liksom information och rådgivning rörande smittspridning av infektionssjukdomar hos personer som injicerar narkotika.

Del III innehåller sju riktlinjer för olika målgrupper som kommunen/stadsdelarna och landstinget ska samverka kring. Vid behov bör även kriminalvården delta.

Män, kvinnor och missbruk. En individualiserad behandling utifrån den enskildes behov och förutsättningar är av central betydelse såväl medicinskt som socialt. Hänsyn ska tas till genus och etnicitet. Det är också viktigt att särskilt uppmärksamma suicidrisker, våld mot kvinnor och äldres alkoholvanor.

Insatser för gravida med riskbruk eller missbruk ska fokusera på det blivande barnet. Mödravårdscentralerna har en viktig roll att uppmärksamma missbruk hos båda de blivande föräldrarna samt informera om riskerna. När det gäller gravida med missbruk och psykisk störning fordras effektiv omvårdnad och behandling under lång tid efter förlossningen.

Barn till föräldrar med missbruk måste uppmärksammas tidigt och ges stödinsatser. Socialtjänsten har ansvar för att samordna insatser från andra aktörer såsom förskola, skola, ungdomsmottagningar samt BVC och BUP.

Ungdomar och unga vuxna är en av de viktigaste målgrupperna i arbetet med att förebygga missbruk och beroende. Målsättningen är att verka för en uppväxt fri från alkohol och andra droger. Viktiga aktörer för att förebygga missbruk och beroende är bl a föräldrarna, skolan och ungdomsmottagningarna. Det finns behov av att utveckla nya metoder för vård och behandling av ungdomar och unga vuxna.

Insatser för personer med komplexa vårdbehov pga missbruk och psykisk störning ska organiseras utifrån en integrerad modell som är baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde och där insatserna är samordnade och ges samtidigt.

Underhållsbehandling vid opiatmissbruk ska syfta till att den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation.

Det fordras kraftfulla, samordnade och långsiktiga insatser för hemlösa med missbruk för att uppnå varaktiga resultat. Det sociala behandlings- och stödarbetet liksom det socialpsykiatriska behandlingsarbetet måste bygga på erfarenheter från arbetet med personer med komplexa vårdbehov.

Del IV innehåller nödvändiga strukturer för att genomföra policyns intentioner. De lokala integrerade mottagningarna ska ha en struktur som möjliggör samordnade insatser från beroendevård, psykiatri, primärvård och socialtjänst samt ett nära samarbete med kriminalvården.

För kriminalvårdens klienter fordras en samverkan mellan sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården för att kunna erbjuda adekvata insatser. Personal från frivården ska vara delaktiga i planeringen av behandlingsprogram och utvärdering för personer i kontraktsvård.

Det ska finnas ett lokalt samråd i varje kommun/stadsdel där företrädare från landstinget och kommunen/stadsdelen och kriminalvårdens ledningsnivåer ingår. Samrådet ska leda arbetets utveckling samt upprätta samverkansöverenskommelser. Ett regionalt samråd ska inrättas med chefstjänstemän från kommunerna, landstinget och kriminalvården som har till uppgift att leda ett regionalt utvecklingsarbete.

Del I

Syfte och bakgrund

Kommunens och landstingets ansvar

Andra aktörers ansvar

Syfte och bakgrund



Samverkan har en central och viktig roll

Syftet med detta policydokument är att beskriva hur kommunerna/stadsdelarna och landstinget i Stockholms län ska samverka för att tidigt upptäcka, förebygga och behandla skador av alkohol och narkotika. För att kunna förhindra missbruk och tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och landstinget. Personer med missbruk och beroende ska ges kvalitativt stöd, vård och behandling. Bemötandet ska präglas av respekt för individen som ska erbjudas delaktighet i planering och beslut om den egna värden. Samverkan mellan huvudmännen ska leda till att individens behov av insatser blir organiserade så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden. Policyn har en giltighetstid på fem år och ska därefter revideras.

Kriminalvården har deltagit i arbetet med utformningen av policyn. En stor andel av personer inom häkte, anstalt och frivård har missbruksproblem, vilket innebär att samverkan med kriminalvården är viktig och behöver utvecklas. Det är angeläget att det synsätt som präglar policyn även kommer att tillämpas inom kriminalvården.

Policyn har arbetats fram med utgångspunkt från de speciella behov som finns i Stockholms län. Den täcker inte in alla former av missbruk eller droger utan fokuserar på områden där samverkan mellan huvudmännen är särskilt viktig. Policyn lyfter fram vissa målgrupper där kommunerna och landstinget i länet ska ta ett ökat gemensamt ansvar och intensifiera insatser och metoder. Länets kommuner/stadsdelar har olika befolkningsstruktur, organisation och förutsättningar. Det innebär att behovet av insatser kan skilja sig åt inom länet. Varje kommun/stadsdel måste därför tillsammans med landstinget besluta hur de ska arbeta i enlighet med policyn.

Dokumentet uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna/stadsdelarna och landstinget gemensamt lever upp till dokumentets intentioner. Ett viktigt förhållningssätt i detta utvecklingsarbete är att huvudmännen på centrala nivåer skapar tydliga förutsättningar för utveckling och förändring. Förverkligandet av policyn kan endast ske genom att kommunens/stadsdelens och landstingets lokala verksamheter tar gemensamt ansvar för såväl förebyggande som behandlande insatser. Dokumentet kan på så sätt ses som ett utvecklingsprogram.

Policyn har arbetats fram med hjälp av cirka 60 personer där kommunerna och landstinget har varit involverade i gemensamma arbetsgrupper. Även intresseföreningarna har varit representerade i en referensgrupp som kontinuerligt bjudits in för att lämna synpunkter på policyns utveckling. Arbetet har letts av en styrgrupp med representanter från kommunernas och landstingets ledningsnivåer, se beskrivning sist i policyn.

Policyn har fyra delar där del ett innehåller syftet med policyn, dess bakgrund och definitioner samt huvudmännens ansvarsområden. Del två och tre innehåller nya utmaningar och åtaganden. Här fastställs dels gemensamma förutsättningar som är nödvändiga för det fortsatta gemensamma arbetet, oavsett huvudman, verksamhet

eller målgrupp. Dels riktlinjer för det gemensamma arbetet kring särskilda målgrupper. För att kunna följa att verksamheterna utvecklas i enlighet med policyns intentioner har varje förutsättning och riktlinje ett antal kvalitetsindikatorer. Några av dessa ska väljas ut och följas upp varje år för att höja kvaliteten och stimulera till fortsatta förbättringar. En del av riktlinjerna innehåller även utvecklingsområden. De beskriver behov som kräver nya gemensamma insatser och metodutveckling framöver. Del fyra innehåller strukturen för att förverkliga policyn.

Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Policyn har utarbetats med utgångspunkt i socialstyrelsens nationella riktlinjer (1). Policyn ska ge stöd åt kommunernas och landstingets arbete med att implementera socialstyrelsens riktlinjer så att de får genomslag i samtliga verksamheter som arbetar med missbruks- och beroendevård i Stockholms län.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård ska vara vägledande för kommunerna och landstinget i Stockholms län.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård redogör för effektiviteten i en rad olika behandlingsformer som idag används vid alkohol- respektive narkotikamissbruk med hjälp av evidensbedömning. Vidare rekommenderas de vård- och behandlingsformer som bör användas.

Målgrupper i fokus

Europeiska kommissionen har antagit gemensamma strategier för att minska alkoholens och narkotikans skadeverkningar inom EU och för att stötta medlemsländernas arbete inom alkohol- och narkotikaområdet (2). Strategierna innehåller bland andra följande nyckelområden:

- skydda barn och unga
- förebygga alkohol- och narkotikarelaterade problem bland vuxna
- ingripa tidigt vid riskabla konsumtionsmönster

På nationell nivå ska EU-strategierna ses som ett komplement till Sveriges egna åtgärder. Den svenska alkoholpolitiken vill främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Bland annat har regeringen antagit två nationella handlingsplaner för att förebygga alkoholskador och mot narkotika (3). Syftet är att ange hur förstärkningen av samhällets insatser under åren 2006-2010 ska genomföras. Särskilt prioriterade områden i likhet med EU-strategierna är bland andra:

- ingen alkoholkonsumtion under uppväxten, i arbetslivet eller under graviditet
- alkoholdebuten ska skjutas upp
- långsiktigt förebyggande arbete
- särskilda insatser för barn och unga

Kommunerna och landstinget i Stockholms län har genom denna policy med utgångspunkt från de ovan nämnda strategierna och handlingsplanerna samt statistik, kunskap och erfarenhet om behoven i Stockholms län enats om att gemensamt arbeta enligt ett antal förutsättningar och metoder och fokusera på ett antal målgrupper.

Skyldighet att samverka

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka med stöd av 6 § förvaltningslagen. Myndigheterna ska enligt lagbestämmelserna inte bara samverka med andra myndigheter, utan även med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Det innebär exempelvis att ideella organisationer och andra offentliga och privata företrädare för olika samhällsintressen omfattas av kravet på samverkan. Det krävs stora satsningar i både tid och energi för att etablera en fungerande samverkan och hålla den vid liv. Samverkan är inte bara en fråga om att vilja samverka, det är en komplex process som kräver prioriteringar, kunskap, styrning och struktur. Styrningen är kanske det mest centrala, att den politiska och administrativa ledningen aktivt tar ställning för samverkan. För att det ska bli långsiktigt och hållbart måste samverkan integreras och förankras i de ordinarie verksamheterna (4).

Statistik

Alkoholkonsumtionen i Stockholms län har fortsatt att öka, som visas i den senaste folkhälsorapporten (5). Mellan 1994 och 2006 ökade den genomsnittliga vecko-konsumtionen bland 21-64-åriga män med 62 procent och bland jämnåriga kvinnor med 54 procent. Bland 65-84-åringarna, som följts sedan 1998, ökade konsumtionen bland män med 58 procent och bland kvinnor med 79 procent. Det var endast bland 18-20-åringarna, som deltog första gången i rapporten 2002, som konsumtionen minskade.

Även andelen personer med riskkonsumtion av alkohol har ökat. Med riskkonsumtion avses för män att dricka motsvarande knappt tre flaskor och för kvinnor knappt två flaskor vin per vecka eller att minst två till tre gånger per månad vid ett och samma tillfälle dricka motsvarande minst två flaskor vin.

I åldrarna 21-64 år ökade andelen riskkonsumenter mellan åren 1994 och 2006 med 52 procent bland män och 61 procent bland kvinnor. Om hänsyn endast tas till förändringen från 2002 till 2006 framgår av tabellen nedan att andelen riskkonsumenter minskat mest bland unga kvinnor mellan 18 och 20 år och ökat mest bland äldre kvinnor mellan 65 och 84 år. Av tabellen framgår också att andelen riskkonsumenter år 2006 var så hög som 51 procent bland unga män mellan 21 och 24.

Tabell 1. Andel i procent av befolkningen med riskkonsumtion av alkohol i Stockholms län åren 1994-2006, efter kön och ålder

Män	1994	1998	2002	2006	Förändring 1994-2006	Förändring 2002-2006
18-20 år	-	-	45	36	-	-20%
21-24 år	31	48	45	51	65%	13%
25-44 år	26	36	33	35	35%	6%
45-64 år	23	36	33	40	74%	21%
65-84 år	-	21	22	34	-	55%
Kvinnor	1994	1998	2002	2006	Förändring 1994-2006	Förändring 2002-2006
18-20 år	-	-	38	27	-	-29%
21-24 år	23	27	37	34	48%	-8%
25-44 år	16	23	25	25	56%	Oförändrat
45-64 år	19	30	26	32	68%	23%
65-84 år	-	16	12	23	-	92%

Källa: Folkhälsorapport 2007

Andelen ungdomar som någon gång provat narkotika är högre i storstadsområdena än i övriga landet (6). I Stockholms län minskade dock, från 2001-2003 till 2005-2007, andelen elever i årskurs 9 som provat narkotika, bland pojkar från 11 till 8 procent och bland flickor från 9 till 7 procent. För elever i gymnasiets andra årskurs i Stockholms län var det 2005-2007 23 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna som provat narkotika (7).

Antal personer som behandlats i landstingets öppna beroendevård har ökat kraftigt det senaste decenniet (8). År 2007 behandlades drygt 21 000 personer, av dessa var 66 procent män. Totalt har antalet behandlade personer ökat med 71 procent sedan 1998, där gruppen unga vuxna i åldern 15-24 år har ökat mest. Ökningen bland unga kvinnor var 206 procent och bland unga män 117 procent.

År 2007 vårdades 7 000 personer i slutenvård för alkoholrelaterade sjukdomar, av dessa var 67 procent män. Antalet vårdade har ökat med 31 procent sedan 1998. Störst var ökningen bland unga vuxna i åldern 15-24 år, 145 procent. Bland de unga kvinnorna ökade antalet vårdade med 233 procent och bland de unga männen med 92 procent. År 2007 vårdades 2 600 personer i slutenvård för narkomani, av dessa var 63 procent män. Totalt antal vårdade har ökat med 4 procent sedan 1998 (8).

Den 1 november år 2007 hade socialtjänsten i länets kommuner drygt 2 000 vuxna personer med missbruk i pågående individuellt behovsprövade öppna insatser. Det är drygt 400 personer färre jämfört med samma dag år 2000. Totalt under år 2007 beviljades drygt 5 300 individuellt behovsprövade öppna insatser, vilket är 11 procent fler jämfört med år 2000 (9).

Den 1 november 2007 fick drygt 1 200 vuxna personer med missbruk bistånd från socialtjänsten avseende boende i Stockholms län. Det är något fler jämfört med samma dag år 2000. Totalt under år 2007 beviljades 385 300 boendedygn i länet för

personer med missbruk, vilket är en ökning med sju procent jämfört med år 2000. Boendedygn avser individuellt behovsprövat boende utan vård eller behandling. År 2007 beviljades drygt 324 000 vård dygn i länet för frivillig institutionsvård och frivillig familjehemsvård, vilket är en minskning med 20 procent jämfört med år 2000(9).

Definitioner

Riskbruk

Riskbruk innebär en alkoholkonsumtion som om den fortsätter kan leda till missbruk och beroende med svåra medicinska och sociala skador som följd (10). Ibland definieras riskbruk utifrån viss mängd alkohol. Det är dock individuellt och situationsbetingat vad som är riskfyllt. Olika personer har olika känslighet för hur omfattande alkoholkonsumtion som fordras för att ge alkoholrelaterade skador och sociala problem. Vanligt är att det blir negativa följder även för barn och övriga närstående när en anhörig har för hög alkoholkonsumtion. I Sverige betecknas all användning av narkotika som missbruk eftersom det är olagligt.

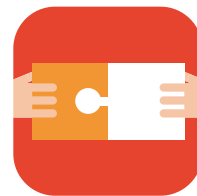
Missbruk och beroende

Alkoholmissbruk och alkoholberoende samt beroende av andra droger definieras olika beroende på verksamhet eller profession. Begreppet missbruk/beroende betonar de negativa sociala och medicinska konsekvenser som alkohol och narkotika leder till. Enligt socialstyrelsens riktlinjer bör förhållningssättet till missbruk och beroende vara att de är multifaktoriella fenomen. Med det menas att många faktorer, ibland i samverkan, har betydelse vid utvecklingen av missbruk och beroende.

På det medicinska området är begreppen huvudsakligen kopplade till diagnosklassifikationerna ICD-10 och DSM-IV. Med alkoholberoende menas enligt ICD-10 en grupp av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen där alkohol får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden som tidigare haft större betydelse. Alkoholmissbruk enligt DSM-IV är ett upprepat drickande av alkohol det senaste året som lett till sociala, psykiska eller fysiska skador (11).

I socialtjänstlagen saknas definitioner av termerna ”missbruk” och ”missbrukare”. De uttrycks i stället som allmänt hållna formuleringar. Missbrukstermens vaghet kan ge upphov till olikheter i rättstillämpningen. Det kan även medföra svårigheter i samverkan. Det är därför angeläget att huvudmännen formulerar gemensamma definitioner (1).

Kommunens och landstingets ansvar



Kommunens ansvar

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Förebyggande arbete

Enligt socialtjänstlagen, SoL, ska socialtjänsten arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialtjänsten ska särskilt uppmärksamma barn och ungdomar och verka för att de växer upp under trygga och goda förhållanden. De ska i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social miljö. Kommunens ansvar inom det förebyggande arbetet:

- trygg och säker skolmiljö
- förebyggande arbete i skolan i dialog och samverkan med föräldrarna
- tillgänglig elevhälsa
- stimulerande fritidsaktiviteter och drogfria träffpunkter för barn och ungdomar
- aktivt uppsökande arbete i miljöer där ungdomar samlas
- samordning av förebyggande insatser tillsammans med andra myndigheter och aktörer inom kommunen/stadsdelen
- strukturerad samverkan med andra berörda verksamheter inom kommunen, hälso- och sjukvården och polisen kring frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa.
- tillståndsgivning och tillsyn av servering och försäljning av alkoholdrycker
- ungdomsmottagningar för alla ungdomar som drivs tillsammans med hälso- och sjukvården
- stödgruppsverksamhet för barn till föräldrar med missbruksproblem

Vård och behandling och andra stödinsatser

Kommunens arbete kring missbruksproblematik regleras i socialtjänstlagen. Hjälp erbjuds både i form av rådgivning och som biståndsbedömda insatser. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den enskilde personen med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Insatserna som erbjuds enligt socialtjänstlagen är frivilliga. Om det är nödvändigt att personer med missbruk får vård men inte samtycker till detta kan vården under vissa förutsättningar ges mot den enskildes vilja. Detta är reglerat i Lagen om vård av missbrukare, LVM.

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och unga som far illa får stöd och skydd. För att socialtjänsten ska kunna ta detta ansvar finns en anmälnings- och uppgiftsskyldighet, 14 kap. 1 § andra och fjärde stycket SoL. Vidare ska socialtjänsten

enligt lagtexten ha särskild uppmärksamhet på barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling. Kommunens socialtjänst ansvarar för att bygga upp strukturerad samverkan med andra berörda verksamheter inom kommunen, hälso- och sjukvården och polisen kring frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Se även gemensam policy för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget, BUS-policyn (12).

Enligt lagstiftningen ska socialtjänsten utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov samt planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och dennes anhöriga. Det ska finnas en strukturerad och dokumenterad samverkan för de personer som har behov av insatser från fler aktörer, framförallt landstinget.

Socialtjänstens insatser ska utgå från de behov som den enskilde har. Behoven kan variera från mycket stora till sporadiska behov av stöd. Insatserna ska tillgodose behov av vård för missbruksproblemet och behov av annan social rehabilitering.

Boendet är ett grundläggande livsvillkor och en viktig del i kommunens insatser. Socialtjänsten har ansvar för särskilt boende för vissa grupper, vilket är en biståndsbedömd insats.

Exempel på insatser

Vuxna med missbruk

- information och rådgivning
- uppsökande verksamhet
- motivationsarbete
- återfallsprevention
- utredning, vård och behandling av missbruk i form av öppenvård, familjevård och/eller vid institution i egen eller annans regi
- samordning av stödinsatser för den enskilde
- boende och boendestöd
- psykosocial behandling
- träning av psykosociala färdigheter
- kontaktpersoner
- anhörigstöd och nätverksarbete
- färdighetsträning
- ansökan om tvångsvård enligt LVM, där socialtjänsten ansvarar för att utreda och ansöka, länsrätten dömer och Statens institutionsstyrelse ansvarar för vården

Ungdomar i riskzon eller med drogmissbruk

- vid kännedom om att den unge misstänks ha missbruksrelaterade problem ska socialtjänsten efter bedömning utreda den unges behov av stöd i form av vård och behandling enligt Socialtjänstlagen, SoL eller Lagen om Vård av Unga, LVU
- uppsökande verksamhet
- strukturerat samarbete för tidiga insatser tillsammans med andra aktörer, exempelvis samlokaliserade familjecentraler

- inriktning på insatser anpassade för respektive åldersgrupp och för respektive risk eller problem och som riktas till både föräldrar och ungdom
- föräldrastöd och gruppstöd anpassade till föräldrarnas och ungdomarnas behov
- stödinsatser i form av exempelvis kontaktpersoner/-familjer, familjebehandling, strukturerad öppenvård eller dygnetrunt-vård (familjevård eller institutionsvård)

Landstingets ansvar

Landstinget i Stockholms län ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor för hela befolkningen i länet. I detta arbete ska den enskilde personen stå i centrum.

Förebyggande arbete

Landstingets avdelning för folkhälsoarbete utvecklar, stödjer och följer upp hälsofrämjande och förebyggande arbete i länet på vetenskaplig grund och utifrån landstingets folkhälsopolicy. En viktig uppgift är att bidra med kunskap för att förbättra folkhälsoarbetet i länet i samverkan med andra aktörer. Förebyggande arbete och tidig upptäckt ska främst ske inom husläkarmottagningar, mödrahälsovård och barnhälsovård. Att informera om riskerna med hög alkoholkonsumtion ska vara lika naturligt som att informera om riskfaktorerna rökning och olämplig kost. Landstingets ansvar inom det förebyggande arbetet:

- identifiering av riskbruk
- lokala vårdprogram för förebyggande arbete på varje vårdcentral/husläkarmottagning
- strukturerat samarbete kring tidiga insatser där flera aktörer ingår
- stöd och råd i föräldraskapet
- uppmärksamma och förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn
- uppmärksamma och förebygga risker för barn i närmiljö och samhälle
- ungdomsmottagningar för alla ungdomar som drivs tillsammans med kommunen

Vård och behandling

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och gemensam vårdplanering inom och mellan primärvården, den specialiserade beroendevården, psykiatrin och socialtjänsten.

Primärvården

Primärvården ska erbjuda en väl fungerande första linjens hälso- och sjukvård. Det innebär att systematiskt arbeta förebyggande med tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot alkohol och psykisk ohälsa. Vidare ska primärvården ge kunskap om egenvård och medverka till tidig upptäckt av barn som far illa. I arbetet ingår även att arbeta med behandling av

personer med riskbruk och behandling av de somatiska åkommor som är relaterade till missbruk/beroende. Vid komplicerat alkoholberoende (med misstanke om blandmissbruk, kriminalitet, bostadslöshet med mera) ska personen hänvisas till bedömning inom den specialiserade beroendevården. Vid behov ska även socialtjänsten kontaktas (11).

Beroendevården

Den specialiserade beroendevården ansvarar för att medicinskt utreda och behandla personer med svår eller komplicerad missbruksproblematik avseende alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk. Beroendevården ska aktivt medverka till att insatserna för personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk är samordnade och att det finns dokumenterade, ändamålsenliga rutiner med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer i varje kommun. Beroendevården ska sprida kunskap om missbruk och hur det yttrar sig samt om effektiva behandlingsmetoder med syfte att bidra till andra huvudmäns möjlighet till planering av samordnade insatser. Vården ska ges med beaktande av LEON-principen (vård på lägsta effektiva omhändertagningsnivå), vilket innebär att personer med behov av grundläggande medicinsk behandling som inte kräver särskild kompetens ligger inom primärvårdens ansvarsområde.

Psykiatrin

Psykiatrins arbetssätt ska utmärkas av samverkan såväl internt som med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer. Former ska finnas för ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från flera aktörer. Det är viktigt att i varje samverkansärende upprätta en skriftlig vårdplan som tydligt anger vilken vårdorganisation som är ansvarig för de olika insatserna. Konsultation och kompetensstöd ska erbjudas vårdgrannar och andra myndigheter, särskilt husläkarverksamheten. Vid behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk ska detta ske samtidigt och integrerat i samverkan med beroendevården och socialtjänsten. Behandling av personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk ställer krav på integrerade insatser. Psykiatrin ska utreda, diagnostisera och erbjuda lämplig behandling i de fall funktionshindret kräver specialistpsykiatriska insatser. Psykiatrin ska samverka med habilitering, socialtjänst och beroendevård i syfte att ge målgruppen ett allsidigt omhändertagande.

Exempel på insatser

Vuxna med missbruk

- abstinensbehandling i öppen- och slutenvård
- tillnyktring
- LVM-läkarintyg
- alkohol- och drogkontroller inom ramen för medicinsk behandling
- somatiska och psykiatriska utredningar, vård och behandling
- utredning och behandling av beroendetillstånd (inklusive medicinsk vård, behandling och rehabilitering av läkemedelsberoende)
- läkemedelsassisterad behandling av beroendetillstånd
- psykoterapi
- våldsrisk- och suicidriskbedömning

- medicinsk behandling av läkemedelsberoende
- aktivt smittskyddsarbete
- anhörigstöd

Ungdomar i riskzon eller med drogmissbruk

- anmälan till socialtjänsten (14 kap, 1 § SoL) vid misstanke om att barn far illa
- strukturerat samarbete kring tidiga insatser där flera aktörer ingår
- abstinensbehandling i öppen- och slutenvård
- tillnyktring
- alkohol- och drogkontroller inom ramen för medicinsk behandling
- somatiska och psykiatriska utredningar
- utredning och behandling av beroendetillstånd (inklusive medicinsk vård, behandling och rehabilitering av läkemedelsberoende)
- psykoterapi
- våldsrisk- och suicidriskbedömning
- aktivt smittskyddsarbete
- vård och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- neuropsykiatriska utredningar och diagnoser
- stöd och insatser till både föräldrar och barn/ungdom
- familjebehandling

Se även gemensam policy för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget, BUS-policyn (12).

Andra aktörers ansvar



Kriminalvårdens ansvar

Kriminalvården ansvarar för verkställigheten av straff i fängelse, frivård samt för omhändertagande av intagna på häkte. Verksamheten inriktas på åtgärder som syftar till att påverka den dömda att inte återfalla i brott och drogmisbruk. Kriminalvården bedriver ett aktivt påverkansarbete med behandlingsprogram och sysselsättning för att de dömda ska vara bättre rustade att klara ett liv utan kriminalitet och droger. Frivården har inte ansvar för vård och behandling av frivårdsklienter, vilket åvilar andra huvudmän.

Kriminalvården resp hälso- och sjukvården har skilda uppdrag. Kriminalvården är en del av rättsväsendet och ska verkställa påföljder och verka för den intagnes anpassning till samhället enligt 4§ Lagen om kriminalvård i anstalt. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Sedan 1974 råder den så kallade normaliseringsprincipen beträffande sjukvård och medicinsk behandling av kriminalvårdens klienter. Principen innebär att dömda till kriminalvårdspåföljd inte ska särbehandlas med avseende på tillgång till samhällsservice utan ska ha samma tillgång till socialtjänst, bostadsförmedling, sjukvård, arbetsmarknadsåtgärder som andra. Rätten till sjukvård slås fast i European Prison Rules som antogs av EUs ministerråd i januari 2006. Kriminalvården ska, vid sidan av återfallsförebyggande insatser, svara för att dömda får den sjukvård de behöver, men har ingen skyldighet att själv bedriva hälso- och sjukvård. Av praktiska och säkerhetsmässiga skäl bedriver ändå kriminalvården viss öppen hälso- och sjukvård i anstalter och häkten. Vid behov av annan vård än den som kan tillgodoses genom kriminalvården är det sjukvårdshuvudmannens sak att tillhandahålla denna. Se vidare under avsnittet "Samverkan med kriminalvården".

Statens institutionsstyrelses ansvar

Statens institutionsstyrelse, SiS, är en statlig myndighet med uppdrag att vårda ungdomar i åldern 12-21 år av sociala skäl samt vuxna pga missbruk. Verksamheten bedrivs i nära samarbete med socialtjänsten. Vården sker oftast utan den enskildes samtycke med stöd av LVU, lagen om vård av unga, LVM, lagen om vård av missbrukare samt SoL, socialtjänstlagen. När en ungdom placeras inom SiS har den kommunala socialtjänsten redan prövat en mängd olika insatser. Grunden för ett omhändertagande enligt LVU kan vara antingen att den unges föräldrar inte kan ge det stöd som krävs för en bra uppväxt eller att den unge själv lever ett destruktivt liv med exempelvis missbruk och/eller kriminalitet. Missförhållandena ska vara av den karaktär att det finns stor risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Den vård som behövs ska inte kunna ges på frivillig väg. Omhändertagandet beslutas av länsrätten efter utredning och begäran från den kommunala socialtjänsten. I akuta lägen kan socialnämndens ordförande besluta om ett omedelbart omhändertagande, men beslutet måste bekräftas av länsrätten. LVM-anmälan görs till socialtjänsten av exempelvis läkare, socialsekreterare eller någon nära anhörig. Socialtjänsten gör sedan en LVM-utredning och om man där fastställer behov av vård enligt LVM går en begäran vidare till länsrätten. Det är länsrätten som beslutar om tvångsvård och i så gott som samtliga fall bifaller länsrätten en sådan begäran.

Arbetsgivarens ansvar

Arbetsmiljölagen, AML, ger arbetsgivaren långtgående ansvar för att arbetsmiljön är trygg och säker. Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Vidare ska arbetsgivaren informera de anställda om hur de ska undvika risker i arbetet. Det ska också finnas en plan för hur rehabiliteringsarbetet ska organiseras. En skriven alkohol- och narkotikapolicy på arbetsplatsen är ett viktigt redskap för att tidigt upptäcka och åtgärda riskabla alkoholvanor och bruk av narkotika. Andra exempel på åtgärder är information till all personal samt utbildning av arbetsledare och chefer i att tidigt upptäcka och hantera drogproblem hos kollegor och personal. Kommunerna och landstinget är själva stora arbetsgivare och ska fungera som goda förebilder för andra arbetsgivare i länet.

Försäkringskassans ansvar

I Försäkringskassans uppdrag ingår att samverka genom att träffa överenskommelser med kommunerna, landstinget och arbetsförmedlingen i syfte att uppnå effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Genom samordnad rehabilitering ska försäkringskassan verka för att den försäkrade ges förutsättningar att ta tillvara sin förmåga till arbete och försörjning.

Arbetsförmedlingens ansvar

Arbetsförmedlingen förespråkar samverkan kring personer med socialmedicinskt funktionshinder, där missbruk och/eller kriminalitet ingår. Arbete är en del av den sociala rehabiliteringen och arbetsförmedlingens samverkansparter kring denna målgrupp är socialtjänsten, kriminalvården, försäkringskassan, med flera. På lokal nivå ska det finnas formaliserade strukturer för samverkan i form av lokala nätverk där de olika aktörerna ingår.

Frivilligorganisationerna

Många frivilligorganisationer arbetar med personer som har missbruksproblem. Organisationernas insatser kan variera från allmänt förebyggande arbete och rehabilitering till vård och behandling. För många människor kan kontakten med frivilligorganisationer vara ett första steg på väg mot professionell omsorg, vård och behandling. Frivilligorganisationernas verksamhet utgör därför ett viktigt komplement till kommunens och landstingets utbud. Det är angeläget att de båda huvudmännen utvecklar konkret samverkan med frivilligorganisationerna och tar tillvara deras kompetens och erfarenhet. Kommunen och landstinget ska öka sin kunskap om hur brukarinflytande uppnås och vilka hinder som står i vägen för ett fungerande brukarinflytande. Forskningen visar att flera aktiviteter är nödvändiga för att få en fungerande struktur för inflytandet. Regeringen har gett brukar- och anhörigorganisationernas nätverk NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) uppdraget att driva utvecklingen av inflytandefrågorna från och med sommaren 2007 (13).

Exempel för att förbättra brukarinflytandet:

- ökad kunskap och bättre strategi kring brukarinflytande
- **bilda brukarråd**
- **arvodering till dem som deltar i brukarråden**
- **vid beviljande av bidrag bör resurser ingå för att föreningarna ska kunna utöva brukarinflytande**

Del II

Sex grundläggande förutsättningar för kommunernas och landstingets gemensamma arbete:

Gemensam värdegrund

Metoder för bättre kvalitet

Kunskap och kompetensutveckling

Förebyggande arbete

Tidig upptäckt av riskbruk

Samverkan för smittskydd

Förutsättning 1



Gemensam värdegrund

Bemötandet ska präglas av en humanistisk människosyn och alla människors rätt till ett värdigt liv. Bemötandet är avgörande för hur den fortsatta kontakten och vården kommer att fungera.

Kommunerna/stadsdelarna och landstinget har enats om en gemensam värdegrund som personalen ska utgå från vid bemötandet av den enskilde och anhöriga. Även kriminalvården har ställt sig bakom denna värdegrund.

Professionellt bemötande handlar om samspelet mellan den enskilde, de anhöriga och personalen och är avgörande för en positiv utveckling. Bemötandet ska präglas av ett professionellt förhållningssätt där den enskildes förutsättningar och behov ska stå i centrum och leda till flexibel och individuell vård. Den enskildes egen medverkan vid och ansvarstagande för vård och behandling är väsentlig för att ett gott vårdresultat ska uppnås. Personalen ska tillsammans med den enskilde och de anhöriga fokusera på och bygga vidare på det som är friskt och som fungerar. Samspelet mellan personalen och den enskilde är grunden för ett konstruktivt vård- och behandlingsförhållande och ska bygga på ömsesidig respekt för varandras kompetens och erfarenhet. Den enskilde ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de olika alternativ som finns när det gäller undersökning, vård och behandling för att kunna tillvarata sina personliga intressen. Den omsorg, vård och behandling som erbjuds ska i möjligaste mån vara evidensbaserad. De anhörigas deltagande har stor betydelse och de ska därför kontinuerligt engageras i arbetet.

Hänsyn ska tas till genus när det gäller skillnader i riskbeteende, kroppens reaktioner på alkohol och narkotika och på behandling och medicinering. Vidare ska hänsyn tas till socioekonomisk bakgrund och etnicitet när det gäller skillnader i den enskildes möjligheter att utifrån livserfarenhet, kulturell och religiös tillhörighet bli delaktig och tillgodogöra sig information och vård.

Barnens rättigheter till livskvalitet ska komma i främsta rummet, enligt FN:s barnkonvention. Utred alltid om den enskilde har hemmavarande barn och beakta att anmälningsplikten till socialtjänsten ska fullföljas. Riskfaktorer och konsekvenser för barn till missbrukare, barn till psykiskt funktionshindrade och barn som upplevt våld i familjen ska uppmärksammas och dessa barn ska ges adekvata insatser. Barn under 18 år som själva har missbruksproblem eller är i riskzonen ska särskilt uppmärksammas.

Samverkan är allas ansvar. För att den enskildes unika behov och förutsättningar ska kunna tillgodoses måste de olika huvudmännen samordna sina insatser. Arbetet ska präglas av en helhetssyn där den enskilde ses i sitt sammanhang. Samverkan ska ske med respekt för varandras profession. Det är viktigt att insatserna sker samtidigt så att det för den enskilde inte blir avbrott eller onödig väntan. Det finns empiriskt stöd för att samordnade insatser ger positiva resultat och därför är mest effektivt.

Kvalitetsindikatorer

- personalens utbildning och handledning ska innehålla kunskap och diskussion kring etik och värderingar.

Förutsättning 2



Gemensamma metoder för bättre kvalitet

Det finns ett stort behov av att bättre än idag kunna följa upp kvaliteten i kommunens och landstingets olika verksamheter. Kommunerna och landstinget har enats om att använda ett antal gemensamma metoder för att underlätta samarbetet mellan huvudmännen, garantera att vården håller hög kvalitet och blir likvärdig, oberoende av var man söker hjälp.

Samverkansöverenskommelsen klargör ansvarsgränser

En lokal samverkansöverenskommelse ska finnas mellan socialtjänst, beroendevård, psykiatri, primärvård och kriminalvård.

Det ska finnas ett lokalt samråd i kommunen/stadsdelen där företrädare för kommunens och landstingets ledningsnivåer ingår samt företrädare för kriminalvården, se vidare avsnittet "Genomförande". Det lokala samrådet ska upprätta en samverkansöverenskommelse för förebyggande arbete, vård och behandling i enlighet med policyns intentioner. I överenskommelsen ska ansvarsområden för respektive huvudman klargöras liksom rutiner för samverkan. Det är angeläget att chefspersoner med mandat ansvarar för upprättandet av samverkansöverenskommelsen samt att denna förankras bland personalen i de olika verksamheterna, se vidare avsnittet "Lokalt samråd".

Samverkansöverenskommelsen ska:

- Klargöra ansvarsgränserna inom förebyggande arbete och tidig upptäckt av missbruk samt för vård och behandling av personer med missbruk.
- Innehålla rutiner för samverkan mellan de olika aktörerna samt hur insatserna ska organiseras inom och mellan yrkesgrupper, funktioner, verksamheter och huvudmän. Respektive huvudman har ansvar för att samverkan och rutiner fungerar även internt inom den egna organisationen.
- Vara ett styrande dokument. Det är kommun- respektive landstingsledningens ansvar att de lokala verksamheterna ges mandat och kunskap att arbeta i enlighet med samverkansöverenskommelsen.
- Vara utformad så att lokala verksamheter kan tillämpa samverkansöverenskommelsen vid formulering av egna interna riktlinjer för samverkan.
- Fastställa rutiner för uppföljning av samverkansöverenskommelsen så att detta görs kontinuerligt.
- Vara politiskt förankrad.

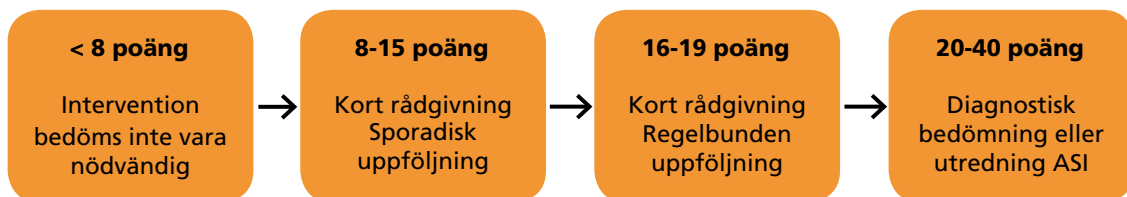
Gemensamma bedömningsinstrument ger ett samordnat underlag för beslut om åtgärder

För att bedöma graden av alkohol- och narkotikamissbruk bör kommunen/stadsdelen, landstinget och kriminalvården använda bedömningsinstrumenten AUDIT för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor och DUDIT för att identifiera narkotikamissbruk.

Vid val av insats, behandling och planering ska bedömningsinstrumentet ASI användas. För ungdomar rekommenderas ADAD som är den evidensbaserade "ungdomsversionen" av ASI.

För att upptäcka och bedöma graden av alkohol- eller narkotikamissbruk hos en person behövs olika evidensbaserade bedömningsinstrument såsom biologiska och psykosociala test. Dessa test gör det möjligt att välja åtgärder på rätt nivå och att följa utfallet av de åtgärder som den enskilde erbjudits, dvs bedöma om åtgärderna har hjälpt den enskilde att minska eller bryta sitt riskbruk, missbruk eller beroende.

Som psykologiskt test för att identifiera personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor rekommenderas att AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) används. Det är ett enkelt och snabbt screeningstest som är kvalitetssäkrat och används inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård. AUDIT finns i skriftlig form och intervjuform. Testet innehåller 10 frågor som maximalt kan ge 40 poäng. Motsvarande test för att identifiera narkotikamissbruk är DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). Utifrån resultatet av dessa test kan man göra en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara. I exemplet nedan visas hur olika poäng på AUDIT-skalan ger anledning till att diskutera olika insatser, alltifrån kort rådgivning vid låga poäng till en mer avancerad behandling vid höga poäng. När dessa överskrids rekommenderas att man går vidare i utredningen.



Innan screeningformuläret används måste man ha vunnit den enskildes förtroende, så att denne är införstådd med att formulären används i hans/hennes eget intresse. När en persons riskbruk eller missbruk identifierats är det viktigt att erbjuda effektiva åtgärder för att uppnå minskad konsumtion (1).

I vårdprocessen är det viktigt att de olika huvudmännen och vårdgivarna använder sig av samma bedömningsinstrument för att få en gemensam bild av problemen och ett bra underlag för behandlingsplanering. För val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av den enskildes situation och behov ska ASI (Addiction Severity Index) användas. ASI-intervjun ger en kartläggning av personens livssituation och problem, vilket sedan ligger till grund för bedömning av hjälpbehovet. Intervjun innehåller frågor som täcker olika livsområden av betydelse för personer med missbruk eller beroende. ASI-intervjun ställer höga krav på intervjuaren och kräver därför utbildning.

ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är den evidensbaserade ungdomsversionen av ASI vars syfte är att ge bättre underlag för behandlingsplanering och möjligheter att inleda dialog med den unge om problem och behov. ADAD innehåller även frågor om skolgång och kamratumgänge (1). BBIC, barns behov i centrum, är ett annat system som kan användas i kommunernas arbete med barn och unga. Systemet är tagits fram för att bättre kunna bedöma barns behov.

AUDIT, DUDIT, ASI och ADAD är inte mönsterskyddade och får därför användas fritt. För att få använda BBIC krävs licens från socialstyrelsen.

En gemensam vårdplan ska alltid upprättas då det finns behov av insatser från flera huvudmän

Alla som får vård och behandling från flera huvudmän ska ha en gemensam skriftlig vårdplan som beskriver det gemensamma uppdraget. När det gäller barn och ungdomar ska föräldrarna vara delaktiga vid upprättandet av vårdplanen.

Vårdplanen ska upprättas med utgångspunkt från den enskildes behov av vårdinsatser och i samråd med denne och berörda huvudmän. Samtliga aktörer som ska ingå i vårdprocessen ska delta i vårdplaneringen.

Vårdplanen ska innehålla:

- Vilken vårdgivare som ansvarar för de olika insatserna och vem som har samordningsansvaret.
- Den planerade hälso- och sjukvården samt socialtjänstens planering gällande boende, sysselsättning och psykosocialt stöd och vid behov samverkan med kriminalvården.
- Vårdplanen ska vara förankrad hos de vårdgivare som ska ansvara för insatserna så att vårdprocessen sker utan avbrott.
- En särskild rubrik för frågor angående eventuella barn och hur många av dessa som är hemmavarande. Frågan ska ställas till såväl män som kvinnor.
- På vilket sätt den enskilde har medverkat i vårdplaneringen. Den enskilde ska alltid godkänna och ha en kopia av vårdplanen.
- Hur föräldrarna har varit delaktiga vid upprättandet av vårdplanen och i rehabiliteringen. Gäller vid vårdplan för barn och ungdomar.
- Vem som är huvudansvarig för att vårdplanen följs upp och när detta ska ske. Vårdplanen ska följas upp kontinuerligt, utvärderas och vid behov revideras.

Kvalitetsindikatorer

- kommunen/stadsdelen och landstinget har en gemensam lokal samverkansöverenskommelse
- för identifiering av riskbruk/missbruk används AUDIT/DUDIT och för bedömning av insatser används ASI
- vid behov av insatser från flera aktörer finns en gemensam vårdplan.
- barnens situation är belyst i journaler och vårdplaner.

Förutsättning 3



Personalen ska ha hög kompetens

För att förverkliga policyns intentioner krävs att personalen har hög kompetens.

För att kunna arbeta i enlighet med policyns intentioner och socialstyrelsens nationella riktlinjer ställs höga krav på personalens kompetens. Det förutsätter goda arbetsvillkor och kontinuerlig fortbildning och handledning. Den psykosociala arbetsmiljön är särskilt viktig i organisationer där arbetet innebär möte med människor. En bra sådan arbetsmiljö innebär bland annat ett varierat arbetsinnehåll, utrymme för känslomässig avlastning och tid för att sammanfatta och reflektera kring sitt arbete (11).

All personal inom missbruks- och beroendevården ska erbjudas handledning för att utveckla och stärka den egna kompetensen. Handledningen ska vara strukturerad och genomföras för både kommunens och landstingets personal, dels gemensamt, dels var för sig.

Det behövs en förstärkning av grundutbildningen när det gäller missbruks- och beroendevård för läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer och mentalskötare samt en fördjupad utbildning för de yrkesgrupper som professionellt ska arbeta med stöd och behandling av personer med alkohol- och narkotikaproblem. Dessutom behövs fortbildning för redan verksam personal samt specifika utbildningsinsatser enligt socialstyrelsens rekommendationer.

För ökad kunskap om förebyggande arbete och tidig upptäckt krävs utbildning av olika omfattning och nivå. Det bör erbjudas korta utbildningar i form av enstaka föreläsningar eller halvdagar för breda personalgrupper inom både kommunen/ stadsdelen och landstinget med syfte att orientera personalen om utvecklingen på området och betydelsen av förebyggande insatser. På nästa nivå kan mer omfattande kurser erbjudas i syfte att förmedla såväl teoretiska grunder som praktisk färdighetsträning. Målet ska vara att personalen ska kunna identifiera riskbruk, ge kort rådgivning och genomföra motiverande samtal.

Gemensam utbildning och kompetensutveckling

Det regionala samrådet är en viktig aktör och ansvarar för att initiera utbildning och kompetensutveckling, se avsnittet "Genomförande". Ledningen i kommunen/ stadsdelen och landstinget är ansvariga för att utbildning och kompetensutvecklingen genomförs. Huvudmännen måste samverka så att kompetensutvecklingen har hög kvalitet med såväl medicinskt, psykologiskt som socialt perspektiv. Arbetet bör inledas med lokala kunskapsinventeringar för att kartlägga behoven. Viktiga utgångspunkter är socialstyrelsens nationella riktlinjer och de kvalitetsindikatorer som beskrivs i denna policy. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, arbetar med att ta fram underlag för ett kunskapscentrum på nationell nivå med uppdrag att bland annat ta fram och utveckla utbildning för personal inom missbruks- och beroendevården. Samverkan

ska även ske med universitet, högskolor och socialstyrelsen. En viktig aktör för den lokala utvecklingen och förankringen är de lokala FoU-verksamheterna.

Delar av utbildningen bör genomföras gemensamt i tvärgrupper så att både chefer och personal inom kommunen/stadsdelen, landstinget och kriminalvården deltar samtidigt. Det ger ökad kunskap och förståelse såväl inom som mellan kommunen/stadsdelen, landstinget och kriminalvården när det gäller ansvarsområden, uppdrag och begrepp. Syftet är att personal och chefer ges möjlighet att lära av varandra för att få ökad respekt och förståelse för varandras kunskaper och uppdrag, så att de olika yrkesgrupperna "talar samma språk". Chefsgruppen är mycket betydelsefull eftersom den leder förändringsprocessen när det gäller att ta in och använda ny kunskap, implementera nya arbetssätt och se till att de arbetssätt och metoder som används följs upp och utvärderas.

Kvalitetsindikatorer

- personalen har adekvat utbildning
- personalen får kontinuerlig kompetensutveckling och handledning
- varje verksamhet har ett kompetensutvecklingsprogram
- utbildning genomförs av de båda huvudmännen gemensamt

Förutsättning 4



Långsiktigt förebyggande arbete är avgörande

Ett effektivt och strukturerat förebyggande arbete kräver att den politiska ledningen hos kommunen/stadsdelen respektive landstinget utarbetar en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan.

Både kommunen/stadsdelen och landstinget ska verka för en god hälsa hos länets befolkning. Det innebär att båda huvudmännen måste arbeta med förebyggande insatser som en del av folkhälsoarbetet. De förebyggande insatserna bör värderas högre än de görs idag. Ett framgångsrikt förebyggande arbete förutsätter ett långsiktigt perspektiv och samverkan mellan huvudmännen. Kommunen/stadsdelen och landstinget måste satsa resurser idag för att förebygga problem som annars blir synliga i framtiden. Resultaten syns inte direkt men konsekvenserna kan bli mycket höga på sikt såväl för individen som för samhällsekonomin om tidiga insatser uteblir (14).

Med förebyggande arbete avses här alla de insatser som vidtas innan ett riskbeteende eller en skada uppstått. Kunskapen om vilka åtgärder som fungerar inom det förebyggande arbetet ökar. Avgörande för utformningen av förebyggande åtgärder är att det finns kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer för ohälsa som finns och hur dessa kan motverkas respektive främjas. Exempel på riskfaktorer på samhällsnivå är lättillgänglig alkohol och narkotika. På individ- och gruppnivå är skolk, utanförskap och dålig föräldrakontakt riskfaktorer. Exempel på skyddsfaktorer är tillgänglig information om skadliga alkoholvanor, fungerande familjeförhållanden och deltagande i goda fritidsaktiviteter. Preventionsforskningen visar att ju fler risk- och skyddsfaktorer på individ-, grupp- och samhällsnivå som kan påverkas desto större blir den förebyggande effekten (15).

Framgångsfaktorer för förebyggande insatser

- långsiktig samverkan mellan flera parter, såsom föräldrar, förskola, skola, fritidsverksamhet, ungdomsmottagning, socialtjänst, äldreomsorg, primärvård, psykiatri, polis, arbetsgivare och intresseföreningar
- en samordningsfunktion för det drogpreventiva arbetet inom kommunen/stadsdelen som samverkar med landstinget och andra aktörer
- kunskap om risk- och skyddsfaktorer hos båda huvudmännen
- den politiska ledningen hos kommunen/stadsdelen respektive landstinget arbetar fram en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan
- både kommunen/stadsdelen och landstinget inkluderar alkohol och andra droger som riskfaktorer för ohälsa på samma sätt som ohälsosamma matvanor, tobak eller brist på fysisk aktivitet
- använda vetenskapligt beprövade/utvärderade arbetsmetoder
- långsiktiga insatser

Alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan

Kommunen/stadsdelen respektive landstinget ska utarbeta en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan som innehåller tydliga mål för de förebyggande insatserna. Handlingsplanen ska utgå från de risk- och skyddsfaktorer för alkohol- och narkotika-problem som finns och hur de kan motverkas respektive främjas. Målen ska vara mätbara, baseras på en lokal kartläggning och följas upp regelbundet. De förebyggande insatserna ska vara förvaltnings- och verksamhetsövergripande. De delar i den alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanen som berör samverkan mellan kommunen/stadsdelen och landstinget ska utarbetas i samverkan och beslutas på respektive ledningsnivå.

En övergripande alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan i kommunen/stadsdelen och landstinget är en förutsättning för att preventionsarbetet i de lokala verksamheterna ska uppfattas som både relevant och legitimt. Handlingsplanen ska förankras hos personalen i verksamheterna. Målen ska formuleras så att de lokala verksamheterna kan anpassa dem till egna rutiner för förebyggande arbete och tidig upptäckt (16).

Alkohol- och drogpreventionsarbetet ska samordnas i kommunen

För att kommunen/stadsdelens förebyggande arbete ska bli effektivt och involvera alla förvaltningar krävs att arbetet samordnas och bedrivs långsiktigt.

För att kommunens/stadsdelens alkohol- och drogpreventionsarbete ska bli framgångsrikt krävs att alla förvaltningar involveras och att det finns en strukturerad samverkan med andra myndigheter, organisationer och företag. Detta ställer krav på samordning och därför behövs en samordningsfunktion inom kommunen/stadsdelen som har uppdraget att utveckla och mobilisera det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet som en del i det övriga folkhälsoarbetet (17).

Tillgänglighet av alkohol

Kommunen ska utarbeta riktlinjer för serveringstillstånd. De bör innehålla kriterier för tillsyn, serveringstillstånd och metoder för ansvarsfull alkoholserving.

Kommunen ska samordna arbetet inom det förebyggande arbetet med tillsynen av ansvarsfull alkoholserving.

Tillgängligheten till alkohol har ökat kraftigt i Sverige under senare år, vilket bland annat lett till ökande alkoholkonsumtion. Forskning kring prevention visar att den faktor som har störst effekt på alkoholkonsumtionen är insatser för att begränsa tillgängligheten av alkohol. Därför är det viktigt att kommunen samordnar arbetet inom det förebyggande arbetet med tillsynen av ansvarsfull alkoholserving.

För att begränsa tillgängligheten ska kommunen utarbeta riktlinjer för serverings-tillstånd och tillsyn. Dessa kan arbetas in i den lokala alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanen. I samband med att kommunen beviljar serveringstillstånd ska krog-ägare och personal erbjudas utbildning i ansvarsfull alkoholservice. Syftet är att minska våld och skador relaterade till alkoholkonsumtion och droger och att utveckla en restaurangkultur som motverkar överservice och service till underåriga.

Det är dock viktigt att vara medveten om att den illegala tillgängligheten utgör en stor del av den alkohol som konsumeras. Detta är i huvudsak polisens ansvarsområde och handlar om vidareförsäljning av lagligt inhandlad alkohol och hembränning liksom all försäljning till underåriga. För att effektivt bekämpa den illegala alkoholen är polisen beroende av ett gott samarbete med såväl kommunen som landstinget (18, 19).

Kvalitetsindikatorer

- det finns en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan i kommunen/stadsdelen samt i landstinget
- kommunen erbjuder all krogpersonal kunskapsbaserad utbildning i ansvarsfull alkoholservice

Förutsättning 5



Riskbruk ska upptäckas tidigt

Kommunen/stadsdelen och landstinget ska utveckla system och rutiner för att nå dem som behöver hjälp, ge stöd till förändring samt avhjälpa eller lindra problemen så tidigt som möjligt.

Förutsättningarna för att uppnå förändringar är som bäst då stöd och hjälp ges tidigt.

En genomgående tanke i lagstiftningen är att både kommunen/stadsdelen och landstinget ska arbeta med att tidigt upptäcka riskbeteende, riskabelt bruk av alkohol och bruk av narkotika. Individens och samhällets kostnader vid långvarig risk- och intensivkonsumtion av alkohol samt av bruk av narkotika blir stora om problemen inte förebyggs och motverkas i ett tidigt skede.

Var upptäckten kan ske

Tidig upptäckt innebär att vidta åtgärder innan ett riskbeteende eller ett missbruk etablerats. Den stora utmaningen är att upptäcka problemen hos individer som kanske inte primärt söker socialtjänst eller hälso- och sjukvård på grund av alkohol- eller narkotikaproblem. Det är därför viktigt att identifiera riskmiljöer och riskgrupper för att få kontakt med dem som behöver hjälp (1). För att upptäcka risk- eller överkonsumtion av alkohol och droger hos personer med kognitiva funktionshinder och utvecklingsstörning krävs särskild kunskap och ansträngning för att motivera till vård och behandling.

Det krävs tydliga samverkansrutiner såväl inom respektive verksamhet, förvaltning och myndighet som mellan dessa för att få kontakt med personer med skadliga alkoholvanor och narkotikaproblem. Det krävs ett långsiktigt och uthålligt perspektiv för att kunna se en positiv utveckling hos den enskilde. Diskussionen om alkoholvanor ska ses som en del av en allmän diskussion om levnadsvanor. Budskapet till såväl patienter, klienter, ungdomar, elever som personal är att hög alkoholkonsumtion är en riskfaktor för ohälsa på samma sätt som rökning eller olämplig kost (20).

Hur upptäckten kan ske	Var kontaktytorna kan finnas
Personen själv söker hjälp	Individ- och familjeomsorg (barn- och familj/ ungdom, vuxen/missbruk, försörjningsstödsenhet), kommunens socialpsykiatri, beroendevård, psykiatri, primärvård, akutsjukvård, elevhälsa, studenthälsa, ungdomsmottagning
Identifiera riskmiljöer, riskgrupper och riskbeteenden och få kontakt med personer som behöver hjälp.	Fritidsverksamhet, fältarbete, skola, elevhälsa, familjecentral, hemtjänst, handikappomsorg, äldreomsorg, ungdomsmottagning, primärvård, polis, företagshälsovård, arbetsplats, universitet, studenthälsa, frivilliga organisationer, idrottsföreningar
Personen söker socialtjänst eller hälso- och sjukvård av helt andra orsaker men där man kan misstänka att ett alkohol- eller narkotikaproblem bidrar till den totala problemsituationen.	Socialtjänst, primärvård, akutsjukvård, psykiatri, elevhälsa, studenthälsa, ungdomsmottagning, familjecentral, företagshälsovård
Personen dömd till kriminalvårdspåföljd. Missbruket upptäcks antingen i samband med personutredning vid misstänkt brott eller i samband med verkställande av kriminalvårdspåföljd.	Frivård, häkte eller fängelse

Kommunen

Kommunen/stadsdelen har ansvar för att bedriva uppsökande arbete riktat till såväl ungdomar som vuxna. Det uppsökande arbetet måste organiseras och utformas utifrån lokala behov och förutsättningar och ska ske i samverkan både inom kommunen och med andra aktörer såsom hälso- och sjukvård, hyresvärdar, närpolis och föreningsliv. Personalen inom kommunen/stadsdelen, framförallt inom socialtjänsten, äldreomsorgen och skol- och fritidsverksamheten ska ha kunskap om riskbruk- och missbruksbeteende och veta när och hur de vid behov ska kunna hänvisa vidare. Socialtjänsten ska ha rutiner för att regelbundet och strukturerat identifiera risk- och missbruk. Screeninginstrumenten AUDIT/DUDIT rekommenderas.

Landstinget

Inom landstinget ska det vara lika självklart att ställa frågor kring bruk av alkohol som det är att ställa frågor om bruk av tobak. För personer med riskbruk av alkohol kan det räcka med enkla frågor om alkoholvanorna samt att ge kort rådgivning för att generera en minskning av alkoholkonsumtionen. Enligt socialstyrelsens riktlinjer tillhör dessa insatser några av de mest effektiva förebyggande insatserna inom sjukvården.

Primärvården

Personalen ska arbeta med tidig upptäckt av riskabel alkoholkonsumtion och narkotikabruk och vid behov ge kort rådgivning och motiverande samtal.

Husläkarmottagningarna ska ha rutiner för och arbeta med att förbättra hälsoläget genom förebyggande vård och tidigt insatta hälso- och sjukvårdsinsatser på individnivå. AUDIT/DUDIT är lämpliga och kvalitetssäkrade instrument för att identifiera

riskkonsumtion av alkohol respektive narkotikabruk och bör därför användas inom såväl husläkarmottagningarna som mödrahälsovården och barnhälsovården. Då riskkonsumtion identifierats ska den enskilde få kort rådgivning i syfte att öka sin självreflektion och motivation att förändra sitt drogbruk. En framgångsrik modell är att läkarna, efter att ha identifierat riskabel alkoholkonsumtion/drogbruk, hänvisar till en specialutbildad sjuksköterska eller motsvarande på mottagningen som genomför provtagning, kort rådgivning, motiverande samtal och uppföljning. En sjuksköterska med specialistkompetens inom beroendevård ska fungera som länk mellan primärvården och den specialiserade beroendevården. Vid komplicerat alkoholberoende/missbruk (med misstanke om blandmissbruk, kriminalitet, psykosocial problematik med mera) och vid narkotikabruk ska det finnas rutiner för en tydlig och smidig överföring av den enskilde till den specialiserade beroendevården. Vid behov ska även samverkan med socialtjänsten och/eller kriminalvården ske (11).

Akutsjukhusen

Tillgång till konsultation i missbruksfrågor ska finnas på alla akutsjukhus. All personal inom akutsjukvården ska ha kunskap om beroendesjukdomar.

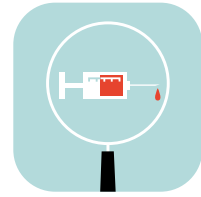
Det råder en översjuklighet när det gäller somatiska besvär hos personer med missbruk. Det finns därför anledning att fokusera på samverkan med de somatiska sjukhusen. I akutsjukhusens uppdrag bör förtydligas att de har ansvar för tidig upptäckt av missbruk. Personal som arbetar med akutsjukvård ska ha kunskap om beroendesjukdomar samt ha ansvar för att informera patienterna om skadeverkningarna av missbruk och beroende. På akutsjukhusen ska även finnas en beroendekonsult som dels bedriver konsultverksamhet gentemot olika somatiska kliniker, dels har ett integrerat samarbete avseende infektionssjuka narkomaner, smärtgrupper och läkemedelsberoende. I dagsläget finns en sådan verksamhet vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge. Det är angeläget att utveckla liknande konsultverksamhet på övriga akutsjukhus.

Mer om riskbruk finns i del III, under de olika riktlinjerna i policyn.

Kvalitetsindikatorer

- det finns rutiner för samverkan vid tidig upptäckt såväl inom kommunen och landstinget som mellan huvudmännen
- personalen använder metoder för identifiering av riskbruk
- personalen använder metoderna kort rådgivning och motiverande samtal

Förutsättning 6



Samverkan och kunskap om smittskydd

Det finns ett stort behov av motivationsarbete liksom information och rådgivning när det gäller smittspridning av infektionssjukdomar hos personer som injicerar narkotika. Det är angeläget att utveckla ett nära samarbete mellan beroendevård och infektionssjukvård, socialtjänst och kriminalvård för att skapa fungerande rutiner kring hur smittspridning kan förhindras.

Information och rådgivning om smittspridning av infektionssjukdomar är viktiga inslag i preventions- och behandlingsarbetet för såväl ungdomar i riskzonen som för dem med etablerat missbruk. Landstingets smittskyddsläkare har ansvar för att planera, leda och organisera smittskyddsarbetet i länet. Det är viktigt att all personal inom socialtjänst, beroendevård, ungdomsmottagningar, övrig sjukvård och kriminalvård som arbetar med ungdomar och vuxna med missbruk/beroende har goda kunskaper om infektionssjukdomar för att kunna informera om riskerna för smittspridning och sjukdom. Det är också viktigt att personal inom berörda verksamheter genom egenskydd och goda hygienrutiner aktivt verkar för minskad smittspridning.

Substitutionsbehandling vid heroinberoende och farmakologisk behandling vid amfetaminberoende kan minska smittspridningen. Denna behandling sker alltid i samarbete mellan socialtjänst och beroendevård.

Hiv och aids

Hiv-infektion förekommer bland personer som injicerar narkotika. I Stockholm har på senare tid en ökning skett, 44 nya fall rapporterades under år 2007 (21) Smittöverföring sker såväl vid sprutdelning som vid oskyddad sexuell kontakt. När en person diagnostiserats för hiv är ett nära samarbete mellan beroendevård, infektionssjukvård, socialtjänst och kriminalvård, med den enskilde i centrum, väsentligt. Samarbetet ska syfta till att minska risken för vidare smittspridning samt stödja personen socialt till exempel när det gäller boendet.

Hepatit B och C

Smittöverföring av HBV (hepatit B virus) sker både via sprutor och oskyddat sexuellt umgänge. Antalet fall av akut hepatit B bland personer som injicerar narkotika i Stockholm har minskat under de senaste åren, under år 2006 rapporterades 8 fall (22). Hepatit B-vaccination är gratis och genomförs på många mottagningar samt inom beroendevård och kriminalvård. De flesta av dem som injicerar narkotika har en HCV infektion (hepatit C virus) och trots en viss minskning rapporterades 212 fall under år 2006 (22). Smittöverföring sker inte enbart vid sprutdelning utan även vid delning av annan injektionsutrustning (filter, sked, kokare och droglösning). Cirka hälften smittas under det första året efter injektionsdebut. En satsning på tidig information och prevention inom denna grupp är viktigt eftersom cirka 20 procent av personerna med hepatit C efter ett antal år utvecklar skrumplever med ökad risk för levercancer vilket leder till omfattande vårdbehov.

Frågan om sprututbyte har diskuterats på olika nivåer under en följd av år och utgör en narkotikapolitisk fråga som numera kan initieras på landstingets nivå i samarbete med primärkommunerna efter ansökan till och medgivande av socialstyrelsen.

Egenskydd och hygien

All personal, oavsett huvudman, som arbetar med personer med missbruks-/beroende-problem måste skydda sig själva från att bli smittade och att inte föra smitta vidare mellan patienter/klienter. Den vanligaste smittvägen i vård och omsorg är indirekt kontaktsmitta via personalens händer och kläder. Det gäller därför att tillämpa goda rutiner i samband med provtagning, behandling, omvårdnad och närkontakt med den enskilde.

Beroende- och infektionssjukvården har genom ett tydligt regelverk och av tradition klara rutiner för hur man förhindrar smittspridning och hur man skyddar sig själv mot smitta. Sjukvårdens kunskap och regelverk bör vara normbildande för hur man skapar goda rutiner för hygien och smittskydd i gemensamma verksamheter. Även kriminalvården är en viktig samverkanspart vid smittspårning, information och provtagning.

Kvalitetsindikatorer

- all personal inom kommunen/stadsdelen och landstinget erbjuds utbildning i smittskydd och hygien
- rutiner för smittskydd och hygien finns och tillämpas i alla verksamheter som vänder sig till personer med missbruks/beroendeproblem
- personer med missbruk/beroende får information och rådgivning om riskerna för smittspridning
- personer med missbruk/beroende erbjuds regelbunden testning av hiv, hepatit B och hepatit C
- personer med hepatit C och missbruk/beroende erbjuds behandling
- injektionsmissbrukare och deras partners erbjuds gratis vaccination mot hepatit B (och ev. hepatit A).
- kvinnor erbjuds gynekologisk undersökning samt information om förebyggande åtgärder
- personer med missbruk/beroende erbjuds provtagning av STI (Sexuellt överförda infektioner, klamydia, gonorré)

Del III

Riktlinjer för målgrupperna:

Män, kvinnor och missbruk

Gravida med risk- och missbruk

Barn till föräldrar med missbruk

Ungdomar och unga vuxna med risk- och missbruk

Personer med komplexa vårdbehov

Personer med opiatberoende

Hemlösa med missbruk

Riktlinje 1



Män, kvinnor och missbruk

Personalen inom kommunen/stadsdelen och landstinget ska ha kunskap om skillnader i genus samt om andra kulturer.

Genusperspektiv

I vår kultur är mäns drickande mer socialt accepterat än kvinnors, vilket bland annat medför att kvinnor skam- och skuldbeläggs för sitt drickande mer än männen. Kvinnor söker i mindre utsträckning hjälp för sina alkoholproblem. De söker i stället vård för somatiska och psykiatriska åkommor, vilket gör att kvinnor får hjälp för sina missbruksproblem senare i förloppet än männen (11).

Det är stora skillnader mellan mäns och kvinnors missbruk och beroende av alkohol och andra droger. Alkoholmissbruk är cirka tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor. Männens dominans i behandling av missbruk är ca 70 procent och skadliga alkoholvanor är särskilt vanliga bland 20-24-åriga män (11). Eftersom kvinnor är i minoritet i både behandling och forskning så har missbrukarvården traditionellt varit manligt fokuserad. En viktig aspekt är de biologiska skillnader som finns mellan män och kvinnor. Studier visar att kvinnor är biologiskt känsligare för alkohol och narkotika än män och att fysiska skador inträder fortare hos kvinnor.

En individualiserad behandling utifrån den enskildes behov och förutsättningar är av central betydelse såväl medicinskt som socialt. Det finns stora individuella skillnader ifråga om behov som man ska ta hänsyn till vid vård och behandling av kvinnor respektive män med missbruksproblematik. Personer med missbruk kan även bära med sig trauman av olika slag, som kan orsaka komplexa vårdbehov. Det är inte bara skillnader mellan könen som bör beaktas, utan grundsynen ska vara en individualiserad vård som ges på lika villkor. I behandlingsarbetet ska även anhöriga till personer med missbruk vara välkomna att delta. Dessa har ofta en mycket viktig roll i behandlingen.

Utvecklingsområde

I Stockholms län finns behov av fler vårdmiljöer inom öppen och sluten missbruksvård med ett medvetet genusperspektiv. Den specialiserade beroendevården bör i samverkan med socialtjänsten arbeta för att fler vårdmiljöer med förstärkt kunskap om kvinnors och mäns olika utgångspunkter och behov skapas.

Etnicitet

Vid sidan av att framhålla jämställdhet mellan män och kvinnor i de insatser som görs måste hänsyn tas till att det i dagens Sverige lever människor från många olika kulturer med vitt skilda vanor och traditioner inom alkohol- och narkotikaområdet. Cirka 12 procent av befolkningen i hela landet är utrikes födda. I Stockholms län är andelen utrikes födda cirka 18 procent, enligt SCB (2006). Problembilden kan skilja sig markant mellan olika grupper. Innan man söker förklaringar till sociala problem i etnicitet

eller kulturella skillnader bör man söka svar i generella levnadsförhållanden för dessa grupper av människor (23). Vissa grupper med utländsk bakgrund har sämre villkor när det gäller hälsa, arbete, ekonomi och boende. Segregering, utanförskap och marginalisering utgör för många personer vanliga inslag (24). Den senaste mönstringsundersökningen inför värnplikten visar att utlandsfödda ungdomar och de med utlandsfödd förälder har mindre omfattande alkoholvanor än svenskfödda ungdomar. Något större andel ungdomar med utländsk bakgrund (16 %) hade däremot provat narkotika jämfört med ungdomar med svenska föräldrar (12 %) (8).

Begrepp som ”hälsa/ohälsa”, ”normalitet/abnormalitet” och ”moral” är kulturellrelaterade och kan ha olika betydelser i skilda kulturer, vilket kan innebära att sjukdom och sättet att som sjuk bli bemött beror på kulturella föreställningar som hör ihop med ett visst sjukdomstillstånd. Risken för att en individ skam- och skuldbeläggs ökar om man har en sjukdom som enligt kulturen är självförvållad. Den enskilde måste därför ses i sitt kulturella sammanhang och ur ett genusperspektiv. Först då blir den enskildes erfarenheter och upplevelser betraktade på deras egna villkor (25).

Alkoholproblem hos äldre

Begreppet ”äldre” används idag för personer över 65 år. I och med att befolkningen lever längre än tidigare används numera begreppet ”äldre-äldre” för att beskriva gruppen över 80 år. Att vara äldre eller äldre-äldre innebär i sig varken somatisk eller psykiatrisk ohälsa och begreppet omfattar både den friska autonoma personen och den utsatta bräckliga multisjuka som använder många olika läkemedel. Med åldrandet förändras kroppens förmåga att hantera en given mängd alkohol så att en man i 70-årsåldern kan ha 20-30 procent högre blodalkoholhalt än en 35-åring vid samma mängd intagen alkohol. Hos kvinnor kan skillnaden vara ännu större. Undersökningar har visat att vid lika blodalkoholhalt uppvisar en äldre person sämre kognitiv förmåga än yngre. Vid en behandlingskontakt är det viktigt att informera om konsekvenser av alkoholintag för äldre och äldre-äldre. Behandlingen av alkoholproblem hos äldre skiljer sig inte från behandlingen av yngre (11). I Folkhälsorapporten från 2007 framgår att andelen riskkonsumenter bland personer 65 år och äldre ökade kraftigt under åren 2002-2006, se avsnittet ”Statistik”. Det är angeläget att man inom primärvården är särskilt uppmärksam på alkoholkonsumtionen bland äldre och då informerar om de förhöjda riskerna med alkohol för äldre.

Suicidrisken

Bland de personer med missbruk som dör i suicid dominerar alkohol som missbruksmedel. Både i den akuta alkoholförgiftningen och i abstinensen finns ökad risk för suicidförsök. Risken är störst under pågående missbruk, inte under nyktra faser. Ju större mängd alkohol som konsumeras desto större är suicidrisken. En person, som gör ett suicidförsök eller överväger suicid kommunicerar ofta detta till närstående (11). Det är angeläget att vården använder beprövade metoder för att kunna göra suicidriskbedömning.

Våld mot kvinnor

Forskningen visar på starka samband mellan alkohol och våld. 80 procent av misshandelsfallen i Sverige sker i samband med alkoholkonsumtion (26). Över hela världen finns ett samband mellan manlig berusning och våld mot kvinnor. Alkoholen

löser upp vissa spärrar mot att använda våld mot kvinnor. Alkoholen gör också att männen som slår gör det oftare och med större brutalitet. Det betyder inte att alla män som slår sin partner eller andra kvinnor är missbrukare eller att de druckit vid misshandelstillfället. Då man hittar ett samband mellan alkohol och våld finns olika teorier om vad det kan bero på. Tidigare ansåg forskare att det var alkoholens rent fysiska effekter som gjorde folk aggressiva. Numera säger experter att det inte stämmer. Alkoholen kan öka individens benägenhet att använda våld, men på ett indirekt sätt. Det finns även psykologiska, sociala och genetiska faktorer som samverkar med varandra (27).

Den 1 juli 2007 skärptes socialtjänstlagen för att tydliggöra kommunens/stadsdelens ansvar att ge stöd och hjälp till brottsoffer. Ändringen innebär bland annat att kommunen/stadsdelen särskilt ska beakta att våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld kan vara i behov av stöd och hjälp. En framgångsrik metod för att upptäcka förekomst av våldsutsatthet är att socialtjänst och primärvård skapar rutiner så att den enskilde får frågan om sin personliga erfarenhet av våld vid övriga frågor om hälsa, kostvanor, tobak och alkohol (28).

Anhöriga behöver stöd

Anhöriga har en viktig stödjande roll i behandling av personer med alkoholproblem, men anhöriga kan själva behöva stöd för att orka med. Det är inte ovanligt att den som lever många år med en person som har alkoholproblem försöker skydda vederbörande och dölja familjens problem för omvärlden. Familjebehandling är en viktig och verksam behandlingsstrategi vid missbruk och beroende. Beroendecentrum Stockholms mottagningar och Maria beroendecentrum har Anhörigskola som erbjuder kurser och enskilda samtal för personer över 20 år. Kommunen/stadsdelen och barn- och ungdomspsykiatri, BUP, ska erbjuda samtalsgrupper för barn och ungdomar som har föräldrar som missbrukar alkohol (27). Det finns dessutom flera olika stödföreningar som arbetar med alkoholberoende personer och deras familjer.

Kvalitetsindikatorer

- rutiner och metoder finns för våldrisk- och suicidriskbedömningar
- personalen erbjuds utbildning kring genus och etnicitet
- tillgång till anhörigutbildning finns
- tillgång till familjebehandling finns

Riktlinje 2



Insatser för gravida ska fokusera på det blivande barnet

Genomsnittsåldern för förstföderskor stiger medan alkoholdebuten kommer allt tidigare. Detta innebär att de flesta kvinnor har etablerade alkoholvanor när de blir gravida med sitt första barn. Detta faktum gör det mycket angeläget att så tidigt som möjligt i graviditeten identifiera kvinnor som har ett riskbruk för att erbjuda adekvat hjälp, samt ge samtliga kvinnor/par adekvat alkoholinformation. Mödravårdscentralen har den centrala rollen i detta arbete eftersom nästan alla gravida kvinnor söker sig dit för kontroll och information. Alla barnmorskor ska därför genomgå utbildning för att kunna ställa frågor om alkoholvanor och andra droger, informera om riskerna och motivera till förändring (11).

Personalen på mödrahälsovården ska informera båda föräldrarna om risker med alkohol och andra droger i samband med graviditet.

Den verksamhet som upptäcker att en gravid kvinna har ett missbruk/beroende, ska tillsammans med kvinnan ta kontakt med primärvården, den specialiserade beroendevården och socialtjänsten för vidare utredning och bedömning av hjälpbehovet.

Riskbruk

Mödrahälsovården, MVC, ska rekommendera samtliga kvinnor en alkohol- och drogfri graviditet eftersom det inte finns någon konsumtionsnivå som är säker och utan risk för barnet. Det är viktigt att denna information ges så tidigt som möjligt och målet är att det sker redan före graviditetsvecka 12. För att identifiera riskbruk/missbruk bör AUDIT/DUDIT användas. MVC ska även ge ökat stöd till båda föräldrarna i deras föräldraskap, till exempel genom föräldrautbildningar och vid behov i kombination med rådgivning och motiverande samtal.

Missbruk

När det gäller gravida kvinnor med missbruk är det i första hand fostret och det blivande barnet som måste skyddas. I behandling av dessa kvinnor behövs ett strukturerat och långsiktigt samarbete mellan olika aktörer. Graviditeten innebär i allmänhet en temporär minskning av missbruket och utgör ett bra tillfälle för motivations- och behandlingsarbete.

Mödravårdscentralerna har en viktig roll i att uppmärksamma missbruk hos båda blivande föräldrarna med de kan inte erbjuda vård till de som har mer omfattande problematik utan måste då hänvisa till specialiserad beroendevård. Det är viktigt att personalen har kunskap om de lokala och regionala verksamheter som finns att tillgå (26). Sekretesslagen (14 kap. 2 § sista stycket) hindrar inte att uppgifter om en gravid kvinna eller närstående till henne lämnas från en socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdsmyndighet till annan sådan myndighet om det behövs för att skydda det väntade barnet.

Det är viktigt att erbjuda olika typer av socialt stöd till gravida kvinnor med missbruk som komplement till behandlingsinsatser, både under och framförallt efter graviditeten. Den involverade partners alkohol- och narkotikavanor ska också uppmärksammas eftersom det kan ha ett avgörande inflytande på den blivande moderns missbruk. Verksamheterna ska även ha skriftliga rutiner som klargör hur uppföljningen av barn som exponerats för alkohol eller droger under fosterlivet ska ske och vem som har ansvaret för detta.

Utvecklingsområde

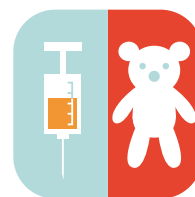
Särskilda resurser för gravida med missbruk och psykisk störning

Kvinnor med psykisk problematik återfaller ofta i missbruk under första året efter förlossningen. En mer fokuserad satsning på effektiv omvårdnad och behandling under längre tid skulle troligen öka möjligheten för dessa kvinnor att klara sin drogfrihet och ge barnet en bättre uppväxtmiljö. Ett aktivt uppsökande och upprätthållande av kontakt och behandling för dessa kvinnor är särskilt angeläget. I den verksamhet som arbetar med dessa kvinnor bör finnas tillgång till en samlad kompetens från MVC, BVC, psykiatri, beroendevård och socialtjänst för att kunna ge familjen samordnade insatser från olika aktörer. Insatserna ska ges under en lång tidsperiod för att förhindra återfall i missbruk och ge modern hjälp att knyta an till det nyfödda barnet. Det finns behov av att utveckla kompetens och metoder för behandling av gravida kvinnor med missbruk och psykisk störning.

Kvalitetsindikatorer

- information om riskerna med risk-/ missbruk ges till blivande föräldrar
- personalen använder beprövade metoder för identifiering av risk-/missbruk
- personalen använder metoderna kort rådgivning och motiverande samtal
- kunskapsbaserad föräldrautbildning erbjuds
- kvinnor med missbruk och deras barn följs upp efter förlossningen

Riktlinje 3



Barn till föräldrar med missbruk måste uppmärksammas tidigt

Barn i familjer med missbruk har betydligt större risk att själva utveckla olika typer av problem än andra barn. Plikten att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa ska följas. Anmälningsplikten gäller all personal som kommer i kontakt med barn.

Det är viktigt att öka kunskapen om livsvillkoren för barn som lever med missbrukande föräldrar och värna om deras rätt till en god livskvalitet oavsett föräldrarnas problem. Barn till missbrukande föräldrar finns i alla samhällsklasser och miljöer. Barn i dessa familjer har en betydligt större risk för att själva utveckla olika typer av problem än andra barn och dessa barn uppmärksammas i allmänhet alldeles för sent. Utbildningsinsatser ska erbjudas personal inom kommunen/ stadsdelen och landstinget som arbetar med barn i form av basutbildning samt specialistutbildning. Syftet är att personalen ska kunna föra samtal med föräldrarna om livsstilsfrågor med tonvikt på alkohol och droger.

Socialtjänsten

Socialtjänstens arbete ska präglas av helhetssyn där hela barnets sammanhang uppmärksammas för att insatserna som ges ska ha möjlighet att förändra barnets livssituation.

Socialtjänsten ska vara utåtriktad och tillgänglig för de verksamheter där barn vistas. Genom att etablera samverkan mellan exempelvis förskola, skola, ungdomsmottagning, BVC och BUP kan socialtjänsten verka för att samarbetet mellan verksamheterna underlättas. Det kan bidra till att socialtjänsten blir kontaktad i ett tidigt skede när oro för ett barn föreligger (26). Socialtjänsten har ansvar för att samordna insatser från andra aktörer. Rutiner för detta ska finnas dokumenterade i den lokala samverkansöverenskommelsen. Dessa rutiner ska komplettera det samarbete som finns kring barn med särskilda behov i BUS-policyn (12). Socialtjänsten ska vidare utveckla och erbjuda insatser till barn med föräldrar som missbrukar i form av exempelvis stödgrupper. Förutom detta kan barnet ha behov av annan hjälp eller stöd såsom krissamtal, insatser från BUP och kontaktfamilj. En viktig insats är att även ge stöd till föräldrarna i form av kunskapsbaserad föräldrautbildning, vid behov i kombination med motiverande samtal. Även landstingets specialiserade beroendevård ska arbeta med evidensbaserad familjebehandling som ger stöd åt både föräldrar och barn.

Barnvårdscentralerna, BVC

BVC ska ge föräldrarna information om riskabla alkoholvanor samt hur detta påverkar förmågan att ta hand om sitt barn.

Målet med barnhälsovårdens drogpreventiva arbete är att uppmuntra föräldrar att tänka igenom och ta ställning till hur deras alkoholvanor påverkar barnet samt riskerna med att använda narkotika. Båda föräldrarna ska uppmärksammas och ges stöd genom information och föräldrautbildning i livsstilsfrågor där alkohol och narkotika, rökning, mat, hälsa och motion ingår. Personalen ska uppmuntra till diskussion och reflektion kring hur alkoholen påverkar förmågan att sköta om sitt barn. Särskilt ska föräldrar som vanligen inte deltar på informationsmöten och kurser få stöd och uppmuntras att delta.

Kvalitetsindikatorer

- rutiner finns för att uppmärksamma utsatta barn
- barn till föräldrar med missbruk erbjuds insatser exempelvis i form av stödgrupper
- föräldrar erbjuds kunskapsbaserad föräldrastöd/-utbildning

Riktlinje 4



Förhindra missbruk bland unga

Målsättningen är att verka för att unga får en alkoholfri uppväxt och att alkoholdebuten skjuts upp.

Kommunen/stadsdelen och landstinget ska aktivt arbeta för att göra föräldrar delaktiga i det förebyggande arbetet. Framförallt ska arbetet fokusera på att få med de föräldrar som vanligen är svåra att nå.

Ungdomar och unga vuxna utgör en av de viktigaste målgrupperna i arbetet med att förebygga missbruk och beroende. Unga människor riskerar att skadas mer av missbruk än vuxna gör. Personer med missbruksproblem har i regel haft en tidig alkoholdebut. Målsättningen är att verka för att unga får en alkoholfri uppväxt och att alkoholdebuten skjuts upp. Det drogförebyggande arbetet handlar främst om vuxnas förmåga att skapa tydliga och trygga strukturer för ungdomar.

Viktiga aktörer för att förebygga missbruk och beroende bland unga är:

- föräldrarna
- förskolan
- skolan
- elevhälsan/studenthälsan
- organiserade fritidsverksamheter
- ungdomsmottagningarna

Föräldrarnas ansvar och delaktighet är viktigast

Kunskapsbaserat föräldrastöd ska utvecklas till en permanent verksamhet och utgöra grunden i det förebyggande arbetet.

Genom att stödja föräldrarna i deras föräldraroll främjas barnens psykiska hälsa och risken för framtida problem såsom missbruk och kriminalitet minskar (29). För detta krävs olika former av familjestöd, bland annat kunskapsbaserade föräldrakurser. Föräldrakursernas positiva effekter på barns utveckling finns idag dokumenterade genom stora internationella studier. På kurserna lär sig föräldrarna hur de kan kommunicera på ett tydligt och strukturerat sätt med sina barn. Föräldrakurserna leder till bättre familjerelationer och färre riskbeteenden hos barnen, vilket även bidrar till att barnen fungerar bättre i skolan. Föräldrastödet kan med fördel utvecklas i samverkan mellan kommunen och landstinget. Det är viktigt att föräldrakurserna har en teoretisk grund och är kunskaps- och forskningsbaserade (30).

Skolan har en viktig roll

En god skolmiljö där eleverna trivs och fungerar väl utgör ett grundläggande skydd mot att utveckla problem och missbruk.

Skolan har en viktig roll. Den kanske viktigaste insatsen är att ge eleverna en tillhörighet bland kamraterna. Utanförskap är en mycket stor riskfaktor för att senare utveckla skolk, kriminalitet och missbruk. Varje elev ska känna tillhörighet i gruppen. Detta kan lärarna stödja genom att skapa ett positivt skolklimat i klassen. Lärarnas uppgift i skolan handlar till stor del om att leda grupper och denna förmåga kan vara avgörande för klimatet i gruppen. För att kunna utveckla ett gott skolklimat och bli uppmärksam på utstötning eller mobbning behöver lärarna ha fortbildning för att stärka sitt ledarskap (31).

Skolan ska, enligt läroplanen, uppmärksamma hälso- och livsstilsfrågor vilket bland annat innebär att informera om riskerna med alkohol och narkotika. Kunskap om droger och deras roll i samhället ska vara ett centralt inslag i skolans långsiktiga förebyggande strategi. I arbetet med att skapa ett gott skolklimat ingår att utarbeta regler, rutiner och normer för hur skolan ska hantera frågor om alkohol och narkotika samt vilka åtgärder som ska vidtas vid upptäckt av missbruk och droginnehav (32). Viktiga aktörer med ansvar för tidig upptäckt är framförallt skolsköterska och skolkurator. Särskilt viktigt är att förtroendet och kommunikationen mellan skolan och föräldrarna utvecklas och stärks. Föräldrarna ska känna sig välkomna till skolan och klassen (33).

Elevhälsan är en viktig verksamhet i utvecklingen av ett gott skolklimat. En metod som visat sig hjälpa människor till förändring av levnadsvanor är ”Motiverande samtal”. Metodiken passar när man vill samtala på ett sätt som kan stimulera en annan person att ändra sitt beteende i en viss riktning utan att väcka motstånd. Motiverande samtal kan även användas vid samtal med föräldrar för att stödja processen hos eleven eller vid de utvecklingssamtal som lärare har med elev och föräldrar tillsammans. Motiverande samtal är ett utmärkt komplement till skolhälsovårdens arbete med hälsoundersökningar.

Studenthälsan är ett komplement till övrig hälso- och sjukvård och erbjuder medicinsk och psykologisk mottagning samt olika förebyggande insatser för studenter vid Stockholms universitet och anslutna högskolor. De har en viktig funktion för att tidigt upptäcka och behandla riskbruk och missbruk. Personalen ska ha kunskap om när och hur de ska hänvisa studenten vidare.

Fritidsaktiviteter har stor betydelse

Problem med alkohol, narkotika och kriminalitet ökar när unga med riskbeteenden samlas i fritidsmiljöer där de saknar kontakt med socialt välfungerande kamrater. Detta är särskilt tydligt i ekonomiskt och socialt missgynnade områden där ungdomarna ofta har sämre tillgång till inspirerande och engagerande fritidsaktiviteter. Att tidigt få chansen att utveckla ett intresse tillsammans med problemfria kamrater kan däremot fungera som en skyddsfaktor. Därför är det av största vikt att de aktiviteter som erbjuds i kommunens regi eller i samverkan med andra är välorganiserade, håller hög kvalitet, har hög närvaro av vuxna och är alkohol- och narkotikafria.

Ungdomsmottagningarna ska vara tillgängliga och inge förtroende

Ungdomsmottagningarna har en viktig roll när det gäller att upptäcka riskabla och skadliga alkoholvanor och missbruk av narkotika. Personalen ska ha kunskap om hur, när och var ungdomar kan hänvisas vidare.

Kommunen/stadsdelen och landstinget ska tillsammans driva och utveckla en lokal välfungerande och lättillgänglig ungdomsmottagning. Huvudman för verksamheten kan vara kommun eller landstinget var för sig eller gemensamt.

Ungdomsmottagningarnas övergripande mål är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomarnas identitetsutveckling så att de kan hantera sin sexualitet samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner. Eftersom ungdomsmottagningarna möter många ungdomar är de en viktig arena för att även upptäcka och informera om riskabla och skadliga alkoholvanor och bruk av narkotika. Personalen ska ha kunskap om riskbruk och droger och det ska finnas rutiner för att vid behov hänvisa ungdomar vidare till annan instans inom hälso- och sjukvården och/eller inom kommunen/stadsdelen. Det är viktigt att mottagningen har nära samverkan med andra aktörer inom närområdet såsom socialtjänst, skola, fritidsverksamhet, husläkarmottagning, psykiatri, beroendevård samt föreningar och frivilligorganisationer.

Lokala öppenvårdsenheter för ungdomar med missbruk

I vårdplanen som upprättas ska framgå på vilket sätt ungdomen och föräldrarna medverkat i planeringen av vården samt målet för insatserna.

I dag finns ett antal separata lokala specialiserade mottagningar för ungdomar under 18 år, "Mini Marior", samt lokala integrerade beroendemottagningar i länet där man tar emot både vuxna och ungdomar under 18 år. På dessa enheter samarbetar personal från landstinget och socialtjänsten i team, som erbjuder båda huvudmännens samordnade insatser. Behandlingsarbetet för ungdomar ska vara familje- och nätverksinriktat. Det är därför angeläget att ungdomen och dess föräldrar är delaktiga i planeringen av vården och behandlingen samt att de ges adekvat stöd för att kunna medverka i rehabiliteringen. Parterna ska tillsammans med ungdomen och de närstående göra gemensam behandlingsplanering, formulera gemensamma behandlingsmål samt fortlöpande göra uppföljningar. Familjeterapi och återfallsprevention ska erbjudas. Kontinuitet ska eftersträvas så att ungdomen får sin behandling på samma mottagning och då får träffa samma personal. Mottagningen ska ha ett nära samarbete med primärvård, allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, skola och vid behov polismyndighet.

Ungdomar med missbruk och beroende är inte bara ungdomar som "experimenterar" med användande av droger och alkohol, utan de har vanligen andra typer av problem som psykiska störningar och psykosociala svårigheter. Psykisk ohälsa och missbruk är tätt sammanflätade, liksom missbruk och kriminellt beteende. Tillgänglig forskning visar tydligt att om en behandling ska lyckas måste man samtidigt behandla inte bara missbruket utan också den eventuella psykiska störningen och andra psykosociala problem (1). För ungdomar med i huvudsak psykiatrisk problematik är det viktigt

med ett nära samarbete mellan beroendevården, barn och ungdomspsykiatri, BUP och socialtjänsten. Efter avgiftning inom beroendevården ska ungdomen överföras till BUP. Om ungdomen därefter tillfälligtvis dricker sig berusad eller använder narkotika ska strävan vara att personen är kvar inom BUP med konsultinsatser från beroendevården.

Unga vuxna med missbruk

Unga vuxna som har utvecklat skadliga alkoholvanor och narkotikaberoende och som behöver hjälp att avbryta sitt missbruk bör få vård- och behandlingsinsatser som är särskilt anpassade för unga vuxna.

Berusningsdrickande bland unga vuxna har ökat under senare år och de flesta riskbrukskonsumenter finns i dessa grupper. Unga vuxna mellan 18 och 25 år har den högsta alkoholkonsumtionen i länet. Män dricker mest i åldern 24-25 år och kvinnor i 20-21-årsåldern. Riskabla eller skadliga alkoholvanor förekommer bland 44 procent av 20-24-åriga män och 34 procent av jämnåriga kvinnor. I 18-25-årsåldern grundläggs oftast de alkoholvanor en person får som vuxen. Förebyggande åtgärder är därför särskilt viktiga för att motverka skadliga dryckesvanor hos unga vuxna så att de inte utvecklar ett missbruk/beroende. När det gäller vård och behandling av ungdomar och unga vuxna finns det i dagsläget inga evidensbaserade metoder specifikt för unga vuxna, däremot är det viktigt att tillämpa de beprövade erfarenheter som finns. De metoder som tillämpas vid missbruksarbete med vuxna kan inte i alla delar överföras på arbete med ungdomar och unga vuxna.

I målgruppen unga vuxna kan följande grupper identifieras:

- socialt etablerade unga vuxna som ”experimenterar” med alkohol och droger
- unga vuxna med social problematik, missbruk och kriminalitet
- unga vuxna med missbruk och psykisk störning
- unga vuxna med missbruk och neuropsykiatrisk problematik
- unga vuxna med ätstörning, självskadebeteende och missbruk

I krog- och nöjeslivet förekommer alkohol och narkotika i vissa kretsar även bland yngre socioekonomiskt etablerade personer. Flertalet av dessa personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla alkohol-/narkotikaberoende identifierar sig inte som missbrukare. De är därför vanligen inte motiverade att söka hjälp inom socialtjänsten eller landstingets beroendevård.

Besöksfrekvensen av ungdomar och delvis unga vuxna på de integrerade mottagningarna för vuxna är låg, vilket gör att det kan vara önskvärt att de specialiserade mottagningarna för ungdomar, ”Mini Marior”, även kan ta emot och behandla gruppen unga vuxna. Eftersom vissa behandlingar pågår under lång tid skulle detta innebära kontinuitet i behandlingen och ge möjlighet att följa ungdomen upp i vuxen ålder. Det är angeläget med en utökning av antalet specialistmottagningar för unga så att de får en geografisk spridning i länet. I dagsläget saknas dessa på vissa håll. Det är inte nödvändigt med en mottagning i varje kommun. En rekommendation är att grannkommuner driver mottagningen gemensamt. Om unga vuxna ska kunna få sin behandling på mottagningar för unga fordras metodutveckling av ett behandlingsarbete som är anpassat till denna målgrupp.

Utvecklingsområden

Utveckla nya metoder för vård och behandling

Det finns ett stort behov av att utveckla vård- och behandlingsinsatserna för ungdomar och unga vuxna (10). Det råder inte bara brist på vårdalternativ för denna åldersgrupp utan det brister även i samordning och planering mellan sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården. För att få rätt inriktning på behandlingen måste kunskapen öka om hur risk- och skyddsfaktorer för missbruk, psykisk ohälsa och antisocialt beteende ser ut och hur dessa faktorer påverkar varandra.

Samlad organisation för vården av ungdomar och unga vuxna

Det är angeläget att se över organisationen och vårdutbudet hos de specialiserade öppenvårdsmottagningarna för ungdomar med missbruk, "Mini Mariorna". Det är önskvärt att dessa mottagningar även kan ta emot och behandla gruppen unga vuxna. Eftersom vissa behandlingar pågår under lång tid skulle detta innebära kontinuitet i behandlingen och ge möjlighet att följa ungdomen upp i vuxen ålder. För detta fordras forskning och metodutveckling av behandling som är anpassad för denna målgrupp.

Det regionala samrådet, se avsnittet om "Genomförande" bör ges i uppdrag att:

- Initiera forskning och utveckling av nya metoder för vård och behandling som är särskilt anpassade för ungdomar och unga vuxna.
- Se över hur insatserna för ungdomar och unga vuxna ska samordnas och organiseras gemensamt av huvudmännen.
- Utarbeta ett gemensamt dokument för vård och behandling av unga vuxna, i likhet med "Program för barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter, rekommendationer och stöd" från år 2005 som utarbetats av Kommunförbundet Stockholms Län och Stockholms läns landsting.

Självhjälpsprogram för att nå nya målgrupper

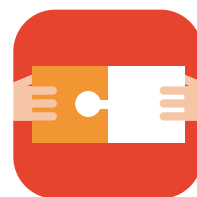
Ledningsnivåerna i kommunen/stadsdelen och landstinget har ansvar för att utveckla metoder som erbjuder olika målgrupper attraktivt stöd. Det är väl känt att unga sällan söker traditionell hjälp för problem med alkohol och andra droger. En lättillgänglig rådgivning på internet har stora möjligheter att nå fram till denna målgrupp (för exempel, se referenslistan).

Kvalitetsindikatorer

- personalen på de lokala öppenvårdsmottagningarna har specialkompetens för att arbeta med ungdomar och unga vuxna
- öppenvårdsmottagningen har kompetens inom psykiatri och beroendevård
- ungdomsmottagningarna har rutiner för tidig upptäckt av riskbruk/missbruk och psykisk ohälsa
- föräldrarna erbjuds kunskapsbaserade föräldrautbildningar
- föräldrarna är delaktiga i planeringen av vården



Riktlinje 5



Samordnade och samtidiga insatser för personer med komplexa vårdbehov

Med komplexa vårdbehov avses personer med missbruk och psykisk sjukdom/neuropsykiatrisk diagnos eller personlighetsstörningar. Det är allmänt känt att dessa personer far illa, bland annat som en följd av att de har kontakt med flera myndigheter som har mycket olika förutsättningar, värderingar, resurser och mandat. De hamnar därför lätt mellan olika ansvarsområden. Vårdkedjan för personer med stora eller komplicerade behov behöver därför förbättras. Det är viktigt att det tydligt framgår i samverkansöverenskommelsen vilken ansvarsfördelning och vilka insatser som psykiatri, beroendevård, somatisk vård, kommunens/stadsdelens berörda enheter samt kriminalvårdens anstalter och frivård har och ska bidra med. Samverkan och en helhetssyn på den enskilde är viktiga faktorer i en återanpassning av den enskilde till ett liv i samhället. Även anhöriga ska vara välkomna att delta i behandlingsarbetet då de kan ha en mycket viktig roll för resultatet av behandlingen.

Personer med psykisk störning och missbruk

Samarbetet kring personer med psykisk störning och missbruk bör organiseras utifrån en integrerad modell som är baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde.

Den verksamhet där patienten är aktuell har huvudansvaret för att samordna insatserna.

Samarbetet kring personer med psykisk störning och missbruk bör organiseras utifrån en integrerad modell som är baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde. Ett antal studier visar att en integrerad psykiatrisk behandling och beroendebehandling ger bättre resultat än en behandling i taget. Livskvalitet och psykosocial funktionsnivå förbättras och utnyttjandet av slutenvård minskar (34). Det finns inget stöd för ett förhållningssätt där ett av problemen måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas. Även kroppslig ohälsa måste uppmärksammas och ges adekvat samtidig behandling.

Integrerad behandling omfattar ett antal nödvändiga komponenter:

- Insatserna ska vara aktivt uppsökande när en person uteblir från behandlingen på grund av återfall eller för att vederbörande mår sämre. Rutiner för uppsökande verksamhet ska finnas.
- Behandlingen ska vara inriktad på omlärning, dvs att förändra vanor.
- Den enskilde måste vara delaktig i sin behandling och besluten om insatser måste fattas gemensamt av denne och behandlaren.
- Behandlarna måste vara inställda på ett långvarigt åtagande.

- När läkemedelsbehandling behövs för missbruket eller för den psykiska störningen ska den användas integrerat med den psykosociala behandlingen.
- Det är avgörande att ha en stegvis förändring i behandlingsinsatserna som följer patientens olika faser av motivation och förändringsförmåga.

Metoder för att förutsäga våldsrisk och förhindra våld behöver utvecklas och förbättras.

När det gäller risk för våld inom vården är psykisk störning och missbruk stora riskfaktorer. Detta har lett till krav på att utveckla och förbättra metoder för att kunna förutsäga och förebygga våld hos personer med beroendeproblem. Personal som arbetar med denna målgrupp ska ha utbildning i våldsriskbedömning. När det gäller personer med psykisk störning och missbruk ska våldsrisk- och suicidriskbedömning göras regelbundet. Ett problem är att de evidensbaserade metoder som finns är utprovade i institutionsmiljö och de är relativt omfattande att genomföra i öppen vård.

Utvecklingsområde

Specialiserad intensivvård

För bedömning och behandling av utagerande personer med akut psykisk sjukdom i kombination med toxiska reaktioner på droger bör det skapas förutsättningar för en särskild intensivvårdsavdelning med kompetens från psykiatri och specialiserad beroendevård.

Våldsriskbedömning

Metoder att kunna göra våldsriskbedömning samt förutsäga och förebygga våld hos personer med beroendeproblematik behöver utvecklas.

Kvalitetsindikatorer

- integrerad verksamhet tillämpas för målgruppen
- personalen har specialkompetens inom området
- gemensam vårdplan finns
- rutiner finns för aktivt uppsökande verksamhet när en person uteblir från behandlingen
- rutiner och metoder finns för strukturerade våldsrisk- och suicidriskbedömningar

Neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk

Begreppet neuropsykiatri har kommit att bli liktydigt med diagnoserna autism och ADHD. Med termen neuropsykiatri avses symtom och svårigheter som har sin grund i hjärnan och hjärnans funktion. Många anser att kopplingen till psykiatri är olycklig eftersom det rör sig om medfödda funktionshinder och inte psykiatriska sjukdomar. Personer med dessa funktionshinder har svårigheter inom flera områden såsom uppmärksamhet, impuls kontroll, reglering av aktivitetsnivå, socialt samspel, inläring,

minne och motorik (35). Kunskapen om autism, ADHD och begåvningshandikapp hos vuxna ökar i samhället och därigenom även kraven på riktade insatser från både landstinget och kommunerna.

För personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk är det viktigt att en diagnos fastställs före puberteten så att adekvata insatser kan påbörjas tidigt gällande behandling/rehabilitering och insatser från sjukvård och socialtjänst. Tidiga insatser under barndomen förebygger problem i vuxen ålder.

Risken för att utveckla alkohol- eller narkotikaberoende är nästan dubbelt så hög för vuxna med ADHD som för befolkningen i övrigt.

För personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk är det viktigt att en diagnos fastställs så tidigt som möjligt så att en behandling/rehabilitering kan påbörjas. Diagnosen bör baseras på såväl psykiatriska som neuropsykiatriska utredningar liksom funktionsbedömning. Rätt diagnos kan innebära att personens missbruk blir mer behandlingsbart. Genom att diagnostisera funktionshindret har man möjlighet att anpassa samhällets resurser på ett optimalt sätt och kan därigenom minska lidandet för den enskilde. Samhället vinner också på att ge rätt insatser så tidigt som möjligt för att förhindra social utslagning, missbruk och kriminalitet.

Insatser till personer med neuropsykiatriska funktionshinder förutsätter samverkan mellan många aktörer såsom anhöriga, berörda enheter inom kommun, psykiatri, beroendevård och kriminalvård. Förutom medicinsk och psykiatrisk utredning och behandling krävs även social utredning och olika stödåtgärder i t ex boendet. Det finns även tekniska hjälpmedel som har utvecklats speciellt för denna grupp. Det är också viktigt att ge information och utbildning till personen och de anhöriga om funktionshindret samt ge praktiska råd som underlättar för personen att leva med sitt funktionshinder.

Utvecklingsområde

Personer med komplexa vårdbehov på grund av neuropsykiatrisk problematik och missbruk

Speciell kompetens för utredning och behandling av personer med komplexa vårdbehov pga neuropsykiatrisk problematik och missbruk ska finnas inom den specialiserade beroendevården.

Kvalitetsindikatorer

- utredning och planering sker i samråd mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och den enskilde
- personalen har specialkompetens inom området
- utbildning om funktionshindret erbjuds den enskilde och anhöriga
- tekniska hjälpmedel erbjuds
- rutiner för kontroll av sidomissbruk finns och dokumenteras
- gemensam vårdplan finns

Riktlinje 6



Underhållsbehandling för opiatberoende

Underhållsbehandling ska syfta till att den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation. Personer som söker underhållsbehandling ska ha haft ett långvarigt opiatberoende. I den utredning som görs innan behandlingen påbörjas ska personens medicinska, psykologiska och sociala situation belysas. Utredningen ska göras i samråd med den enskilde och socialtjänsten. Underhållsbehandlingen ska ses som en del i en långsiktig rehabilitering som syftar till att stödja personen att förändra sin livssituation. I rehabiliteringen är det viktigt att skapa en gemensam och sammanhållen vårdstruktur och med ett nära samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten. Socialtjänsten har ansvar för omvårdnad, boendestöd och daglig sysselsättning under behandlingsperioden. Den enskilde och socialtjänsten ska informeras om Socialstyrelsens föreskrifter och riktlinjer rörande vårdplanering och behandling av opiatberoende samt kriterier för uteslutning från underhållsbehandling, SOSFS 2004:8.

Särskilt vårdkrävande personer med opiatberoende

För särskilt vårdkrävande personer med opiatmissbruk, psykiska störningar och missbruksrelaterad farlighet fordras speciella resurser för utredning och behandling samt stöd och omvårdnad. Det fordras även ett adekvat boende och sysselsättning där denna grupp kan få underhållsbehandling och ges möjlighet till stabilisering av sidomissbruk.

En del personer med opiatberoende har mycket omfattande vårdbehov och trots massiva insatser klarar de inte av att upprätthålla drogfrihet. Det kan gälla personer med psykiska störningar, missbruksrelaterad farlighet och kriminalitet och som kan begå kriminella handlingar och bidra till smittspridning i ett påverkat tillstånd. Dessa personer klarar inte flertalet boendeformer. De behöver mer kvalificerade psykosociala insatser både från socialtjänst och sjukvård för att kunna tillgodose de grundläggande behoven av boende, sysselsättning, medicinering och stöd för att förhindra skador av missbruket och undvika misslyckade behandlingar.

Utvecklingsområde

Särskilda resurser för utredning och behandling samt adekvat boende

För särskilt vårdkrävande personer med opiatmissbruk, psykiska störningar och missbruksrelaterad farlighet fordras särskilda resurser för utredning och behandling samt stöd och omvårdnad. För att optimera den långsiktiga prognosen fordras även ett särskilt boende i stockholmstrakten där patienter kan få underhållsbehandling, avgiftning och stabilisering av sidomissbruk.



Kvalitetsindikatorer

- väntetiden är högst en månad från att en ansökan gjorts till att en behandling påbörjats
- särskild skriftlig vårdplan finns och har upprättats i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2004:8
- uppföljning av andel personer som fullföljer behandlingen, typ av preparat och dosering görs var sjätte månad
- rutiner för kontroll av sidomissbruk finns och dokumenteras

Riktlinje 7



Krafttag för hemlösa med missbruk

Kommunen/stadsdelen ansvarar för aktivt uppsökande verksamhet för att motivera till vård och rehabilitering och för att förebygga vräkningar. Mottagningar för hemlösa personer ska ha hög tillgänglighet och ett strukturerat arbetssätt.

Flertalet hemlösa i Stockholmsområdet har missbruksproblem och många har även psykiatrisk problematik. Hemlösheten är ett uttryck för en omfattande social svikt inom många centrala funktioner, exempelvis arbete, familj, socialt nätverk etc. Hemlösa kan ha problem med att knyta och vidmakthålla kontakter med behandlare och personal inom vården. På grund av den omfattande problembilden har de vanligen många olika vård- och myndighetskontakter såväl inom socialtjänst, hälso- och sjukvård som kriminalvård.

Eftersom problematiken är komplex fordras kraftfulla, samordnade och långsiktiga insatser i vård och rehabilitering för att uppnå goda och varaktiga resultat. Socialtjänsten är en av flera aktörer som har ansvar för att lösa problemet, men är ytterst ansvarig för att de som vistas i kommunen/stadsdelen får den hjälp och det stöd som de behöver.

Den som hamnar utanför den reguljära bostadsmarknaden har ofta svårt att få en ny bostad. Det är därför av största vikt att förebygga att personer med missbruk/psykiskt funktionshinder förlorar sin bostad. Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för att bedriva uppsökande verksamhet, dels för att motivera till vård och behandling, dels aktivt arbeta för att fånga upp personer som riskerar att bli avhysta från sin bostad. Varje kommun bör utarbeta en strategi för samarbete med bostadsföretagen för att förebygga vräkningar och på så sätt minska risken för personer att bli hemlösa. Det bör även finnas tillgång till träningslägenheter och inackorderingsmöjligheter lokalt i kommunen.

Mottagningar för hemlösa ska ha hög tillgänglighet och personal från olika professioner som har specialkompetens för att tillgodose behoven hos hemlösa personer med missbruk. De flesta hemlösa har en sammansatt problematik med missbruk, psykisk ohälsa och sjukdomar som hiv/aids, hepatit, hjärt- och kärlsjukdomar samt svåra infektioner.

Det sociala behandlings- och stödarbetet liksom det socialpsykiatriska omvårdnads- och behandlingsarbetet måste bygga på erfarenheterna från arbetet med patienter med komplexa vårdbehov, det vill säga att börja med kontaktarbete för att skapa allianser mellan personal inom vården och patienter/klienter istället för splittring och många parallella respektive sekventiella kontakter. En fungerande allians är en förutsättning för att olika behandlingsinsatser ska bli effektiva. Ett alliansarbete kan ibland ta mycket lång tid, ett eller flera år, vilket en gemensam vårdplanering måste ta hänsyn till.

Evidensbaserade erfarenheter från arbetet med patienter med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk har presenterats i en fokusrapport från landstinget och bör användas vid arbetet för hemlösa med missbruk. Vården måste ta ansvar för att organisera samhällets kontakter runt patienten/klienten. Omhändertagandet av gruppen hemlösa är idag ofta ostrukturerat och fragmenterat, varför det i första hand måste skapas en bas för detta enligt de evidensbaserade principer som finns (35).

- Den första principen som är en absolut förutsättning för rehabilitering är kontinuitet och långsiktighet i behandlingsarbetet.
- Den andra principen är att den tidigare sekventiella behandlingen måste ersättas av en konsensus bland alla vårdgivande parter om att psykisk störning måste behandlas integrerat med missbruk och beroendetillstånd.

I rehabiliteringen är det viktigt att skapa en gemensam och sammanhållen vårdstruktur som kan utgöra grunden för att länka hemlösa tillbaka till ett normalt liv. Vårdprocessen bör ses som en långsiktig motivations- och alliansperiod med en gradvis träning av psykosociala funktioner och medicinsk behandling. Det kräver allsidiga utredningar med bland annat ASI samt bedömningar i nära samarbete mellan olika professioner inom socialtjänst, beroendevård, psykiatri och somatisk vård. Ett integrerat arbetssätt är nödvändigt för att rehabiliteringen ska lyckas. Strukturerade gruppverksamheter för hemlösa personer ska finnas. Motivationsträning, boendeträning, ADL-träning (Activity of daily life) och återfallsprevention är värdefulla redskap i en rehabiliteringsprocess. Denna ska dokumenteras i en skriftlig vårdplan som redogör för alla planerade insatser från de olika aktörerna. Det är viktigt att den ordinarie vårdgivaren inte avvisar den som blivit hemlös.

Frivilligorganisationerna utgör ett viktigt komplement i arbetet med hemlösa.

För många av de hemlösa är de dagverksamheter, natthärbergen och behandlingshem som drivs av ideella organisationer ett avgörande första steg på väg mot professionell omsorg, vård och behandling. Kommunen och landstinget ska ha kunskap om och samarbete med de lokala frivilligorganisationerna och deras verksamheter för hemlösa.

Kommunförbundet i Stockholms Län (KSL) har utarbetat riktlinjer för att reglera kommunernas samverkan och ansvar för hemlösa. Många personer ur denna grupp rör sig mellan länets kommuner, vilket försvårar tillämpningen av vistelsebegreppet och att fastställa vilken kommun som har det egentliga ansvaret. Riktlinjerna reder ut frågor kring ansvarsfördelning mellan länets kommuner. Syftet är att få en snabbare lösning av boendefrågan så att den enskilde inte förorsakas onödigt lidande (36).

Kvalitetsindikatorer

- rutiner för uppsökande verksamhet finns
- kommunen/stadsdelen har en strukturerad samverkan med bostadsföretagen
- rutiner för att förhindra vräkning finns
- rutiner för insatser från primärvården finns
- rutiner för samverkan mellan socialtjänst och sjukvård finns
- skriftliga vårdplaner finns
- strukturerade gruppverksamheter finns
- rutiner för utslussning från akutmottagningar finns

Del IV

Lokala integrerade beroendemottagningar

Samverkan med kriminalvården

Genomförande

Uppföljning av policyn

Lokala integrerade mottagningar



Olika kompetenser i samma hus

De lokala integrerade beroendemottagningarna i länet ska ha en struktur som möjliggör samordnade insatser från beroendevård, psykiatri, primärvård och socialtjänst samt ett nära samarbete med kriminalvården. Detta kan ske genom särskilda team inom beroendemottagningen eller genom samordning av resurser från olika enheter.

Strukturer för samarbetet ska regleras i en samverkansöverenskommelse.

På de lokala integrerade mottagningarna i länet samverkar landstingets specialiserade beroendevård och länets kommuner/stadsdelar kring gemensamma insatser i öppenvård. Mottagningarna tar emot personer med problematik relaterad till alkohol, narkotika och/eller läkemedel.

För att kunna behandla personer med komplexa vårdbehov fordras samordnade insatser från beroendevård, psykiatri, primärvård och socialtjänst och ett nära samarbete med kriminalvården. Det finns vetenskapligt stöd för att samordnade och samtidiga insatser ger positiva resultat och alltså är mer effektivt än när olika sjukdomstillstånd behandlas separat eller parallellt. Det är viktigt att den enskilde personen ges inflytande över den planerade vården och behandlingen samt ges stöd att ta ansvar för sin egen vård. Strukturer för samarbetet mellan de olika aktörerna ska regleras i en samverkansöverenskommelse.

Det ska råda konsensus bland vårdgivarna att behandling av missbruk och psykisk sjukdom ska ske samtidigt.

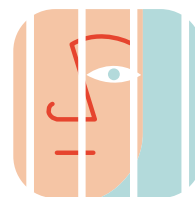
Vissa lokala mottagningar i länet är mycket små, varför det kan bli nödvändigt att hitta nya lösningar för att uppfylla kravet på likvärdig vård med hög kvalitet och bredare vårdutbud i länet. Detta kan till exempel ske genom hopslagningar av mindre mottagningar eller genom specialisering av några större.

Lokala mottagningar i små kommuner kan ha problem när det gäller personaltillgång och specialisering och dessutom innebära ökade kostnader. Samtidigt finns fördelar när det gäller tillgänglighet och tillgång till det lokala nätverket, vilket ökar möjligheterna till integration mellan sjukvården och socialtjänsten. Landstinget och kommunerna bör överväga hur man ska kunna uppfylla kravet på likvärdig vård i länet. En lösning kan vara samordning av vissa funktioner mellan kommun och landsting eller gemensam drift av en mottagning från flera kommuner/stadsdelar. En möjlighet som öppnar sig i sådana fall är en integrering med andra vårdområden som vuxenpsykiatri eller barnpsykiatri, BUP, respektive frivård.

För att kunna erbjuda ett samlat och likvärdigt vårdutbud i länet för personer med missbruk/beroende ska följande gälla:

- Den lokala integrerade mottagningen ska vara bemannad med personal som har olika typer av specialkompetens; såsom social och beteendevetenskaplig kompetens samt beroende/psykiatrisk och medicinsk kompetens för att kunna göra utredningar och ge evidensbaserad vård och behandling till personer med olika typer av vårdbehov.
- På mottagningen ska finnas särskild kompetens för att arbeta med prevention och behandling, där hänsyn tas till biologiska skillnader mellan könen. Det bör även finnas kunskap om andra kulturer och deras förhållningssätt till missbruk.
- För personer med omfattande vårdbehov som behöver insatser från flera huvudmän/vårdgivare ska samarbetet organiseras utifrån en integrerad modell och en gemensam vårdplan ska upprättas. Av vårdplanen ska framgå vilken aktör som ansvarar för de olika behandlings- och stödinsatserna och vem som har samordningsansvaret.
- En person ska utses att ha samordningsfunktion och ansvara för att de planerade insatserna utförs.
- Varje mottagning ska ha tillgång till en särskild inspektör från frivården som ska ges möjlighet att delta i planering av behandlingsprogram samt uppföljning och utvärdering när det gäller personer dömda till frivårdspåföljd.
- Personal med olika kompetenser ska vara tillgängliga under mottagningens öppettider.
- För att samordningen av verksamheten på enheten ska fungera smidigt bör den ledas gemensamt av de samverkande parterna när det gäller bemanning, öppettider, gemensamma utbildningar och handledning etc.

Samverkan med kriminalvården



Det är viktigt att kriminalvården utvecklar ett nära samarbete med de lokala integrerade mottagningarna så att kontinuitet i behandling av missbruk kan upprätthållas. Varje mottagning ska ha tillgång till en särskild inspektör från frivården. Rutiner för samverkan ska dokumenteras i en samverkansöverenskommelse.

I kriminalvården - häkte, anstalt och frivård - finns ett stort antal personer med missbruk, psykisk störning och neuropsykiatriska funktionshinder. Missbruk har konstaterats hos 65 procent av klienterna. Det finns också utredningar som visar att 25-50 procent av intagna på anstalt har neuropsykiatriska funktionshinder. Inom frivården i Stockholms län återfinns ca 2 000 klienter med missbruk, varav cirka 300 uppskattades ha ett opiatberoende år 2006.

Kontraktsvård

Kontraktsvård är en särskild form av skyddstillsyn som innebär att den dömda får behandling och minst ett års övervakning som ett alternativ till fängelse. Inför domen upprättas en behandlingsplan som innehåller en beskrivning av vårdinnehåll, behandlingstid, regler gällande drogkontroller och misskötsamhet etc. Kontraktsvård ska som regel upprättas i nära samverkan med socialtjänst och i förekommande fall med beroendevården. Kontraktsvård kan t. ex innebära att en klient ska genomgå ett påverkansprogram inom kriminalvården och samtidigt underkasta sig drogkontroller inom beroendevården.

Kontraktsvård i samverkan

Gemensamma vårdplaneringar liknande Kontraktsvård i Samverkan (KIS) bör utvecklas för fler klientkategorier. Innehållet i KIS innebär att klienten får läkemedels-assisterad behandling via beroendevården, sysselsättning via Krami (samarbete mellan arbetsförmedlingen/ami, socialtjänsten och frivården), programverksamhet via frivården samt boende och andra insatser via socialtjänsten.

Ungdomar inom kriminalvården

Ungdomar är en prioriterad grupp inom kriminalvården. Frihetsberövade ungdomar ska vistas på särskilda ungdomsavdelningar på häkte och anstalt. Inom frivården ska särskilda ungdomsteam med specialiserade handläggare utveckla arbetet med den unge, med dennes nätverk och i samverkan med övriga myndigheter. Frivården ska också utveckla metoder för arbete med ungdomar och missbruk.

Rättspsykiatrisk öppenvård

I länet finns en öppenvårdsmottagning i anslutning till den rättspsykiatriska vårdsektionen vid Huddinge sjukhus. Där samarbetar personal från beroendevården,

rättspsykiatrin och kriminalvården för att hjälpa personer med olika kombinationer av kriminalitet, missbruk och psykiska störningar och som beter sig aggressivt och farligt. De flesta av de personer som besöker mottagningen har dömts till skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård.

Utvecklingsområden

Utökat samarbete med kriminalvården

Komplexiteten i vårdbehoven hos många av kriminalvårdens klienter kan medföra att dessa inte alltid kan erbjudas adekvata vårdinsatser, eftersom samtidiga insatser mot missbruk, psykisk ohälsa och kriminalitet saknas. En samarbetsmodell behöver utvecklas för att få till stånd en fungerande vårdkedja, som omfattar insatser från samtliga huvudmän. För varje lokal integrerad mottagning ska utses en frivårdsinspektör som ges möjlighet att delta i planering av behandlingsprogram samt uppföljning och utvärdering när det gäller personer i kontraktsvård. Rutiner för denna samverkan ska dokumenteras i en samverkansöverenskommelse mellan parterna.

Samverkan kring intagna på häkte

I kriminalvårdens uppdrag för uppsökare av missbrukare på häkten framgår att uppsökarna ska erbjuda klienterna kontakt med beroendeklinik och därefter be frivården upprätta kontakten om klienten så önskar. På sikt är det även angeläget att utveckla strukturer för samarbete kring motivationsarbete och vård av personer med drogmissbruk som tillfälligt är intagna på häkte.

Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter

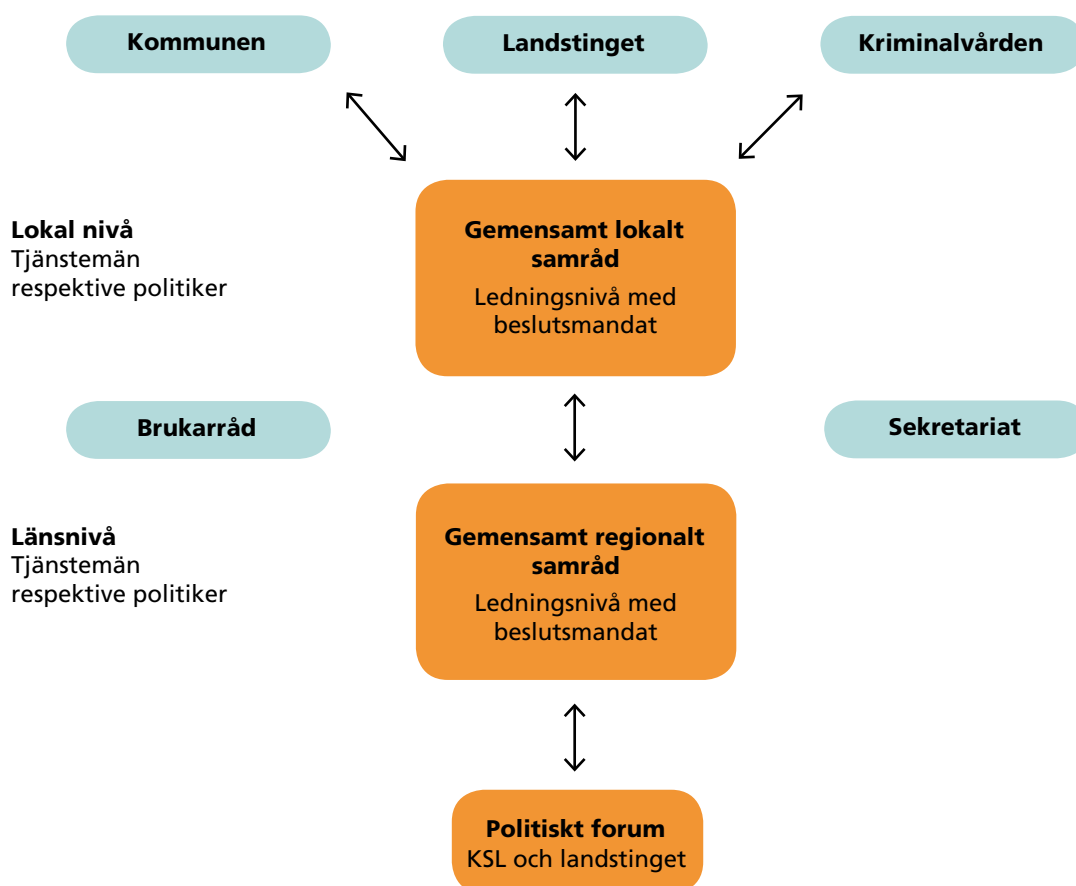
Teamet ska ha till uppgift att utreda opiatberoende klienter inom kriminalvården, inleda behandling och koordinera insatserna från kriminalvård, socialtjänst och specialiserad beroendevård. En dom till fängelse innebär i de flesta fall att klienten förlorar sin underhållsbehandling, vilket ofta leder till återfall i såväl missbruk som kriminalitet. Opiatberoende klienter återfaller oftast omgående i intravenöst heroinmissbruk och kriminalitet efter avtjänat fängelsestraff om de inte får adekvat behandling. Vid utskrivning ska klienten länkas till beroendevården. Kriminalvården ska tillsammans med beroendevården utveckla metoder för samverkan kring personer med opiatberoende.



Genomförande

Utvecklingen av lokala integrerade mottagningar och lokal samverkan skapar ett inbördes beroende mellan länets kommuner/stadsdelar och landstinget. Därför krävs en tydlig struktur för samverkan som leder, stöder och följer utvecklingen av arbetet. En väl fungerande samverkan kräver engagemang och tydlig styrning på alla ledningsnivåer, framförallt på övergripande administrativa och politiska nivåer såväl lokalt som regionalt (4).

Modell för genomförande



Samverkan på lokal nivå

En framgångsrik samverkan innebär tydlighet när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, arbetsfördelning och rutiner för samverkan. En viktig uppgift för den lokala ledningen är att samverkan och gemensamma arbetsmetoder förankras ute i verksamheterna.

Politisk samverkan på lokal nivå

De ansvariga politikerna från kommunen/stadsdelen och landstinget måste samverka och diskutera hur samverkan ska påverka verksamheternas inriktning och mål.

Gemensamt lokalt samråd

Det ska finnas ett lokalt samråd i kommunen/stadsdelen där företrädare från kommunens och landstingets ledningsnivå ingår samt företrädare från kriminalvården.

Det ska finnas ett lokalt samråd i kommunen/stadsdelen där företrädare för kommunens/stadsdelens och landstingets ledningsnivåer ingår samt företrädare för kriminalvården. Det lokala samrådet ska vara ett forum för att analysera och diskutera de lokala behoven och förutsättningarna. Syftet är att de lokala parterna gemensamt ska besluta om gemensamma åtaganden, målsättningar, genomförande, uppföljning och utvärdering. De som ingår i det lokala samrådet måste därför ha beslutsmandat. Det lokala samrådet ska även arbeta för ett strukturerat och kontinuerligt brukarinflytande för de lokala intresseorganisationerna.

En primär uppgift för det lokala samrådet är att upprätta en samverkansöverenskommelse för det förebyggande arbetet och vård och behandling, se "Gemensamma metoder för bättre kvalitet". Samverkan måste dessutom förtydligas och specificeras i de olika verksamheternas uppdragsbeskrivningar där tid avsätts för samverkansarbetet så att det blir en naturlig del i den ordinarie verksamheten.

Samverkan på regional nivå

För att hela länets förebyggande arbete och missbruks-/beroendevård ska utvecklas behövs det en regional samverkan på politisk- och tjänstemannanivå.

Politisk samverkan på regional nivå

Det finns ett politiskt forum på regional nivå, presidiegruppen, där delar av landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd och KSL:s vård- och omsorgsberedning ingår. Syftet är att genom en länsövergripande diskussion och ledning stödja hela länets förebyggande arbete och missbruks-/beroendevård. Ett politiskt forum behövs även för frågor som inte kan lösas på lokal eller regional nivå.

Gemensamt regionalt samråd

Ett regionalt samråd ska inrättas med tjänstemän från kommunens, landstingets och kriminalvårdens ledningar.

En gemensam chefstjänstemannagrupp, ett regionalt samråd, ska inrättas med tjänstemän från kommunens, landstingets och kriminalvårdens ledningar. Det regionala samrådet ska leda och utveckla arbetet i samverkan och ska:

- fungera som stöd till de lokala samråden
- lösa frågor som den lokala nivån inte har mandat att besluta om
- definiera vilken kompetens personalen bör ha inom kommunen och landstinget för att kunna arbeta enligt policyns intentioner
- initiera kunskaps- och kompetensutveckling
- skapa länsgemensam metodutveckling och uppföljning
- initiera att nya vårdprogram och metoder utarbetas för behandling av ungdomar
- planera för hur regionen ska insamla, analysa och redovisa statistik
- sprida länsövergripande kunskap och goda exempel
- ta ansvar för länsövergripande frågor
- initiera ett strukturerad brukarinflytande på länsnivå

Sekretariat

Ett sekretariat, med personal från landstinget och KSL ska finnas som stöd till och länk mellan den lokala och regionala nivån samt för att bereda ärenden till politiskt forum.

Andra samverkansformer

Det finns andra samverkansformer i länet, till exempel kring barn med särskilda behov i enlighet med BUS-policyn (12). Inom ramen för det arbetet träffas representanter från kommunen och landstinget på både regional och lokal nivå. De samverkansformer som redan finns inom BUS-samarbetet ska komplettera och stödja samverkansformerna inom det förebyggande arbetet och missbruks-/beroendevården.

Uppföljning

Metoder och arbetssätt måste följas upp och utvärderas för att verksamheterna ska kunna utvecklas. Innan en utvärdering är möjlig behövs en kartläggning som ger en nulägesbild över verksamheten. Genom att regelbundet uppdatera kartläggningen går det att följa upp verksamheten och se hur problem, orsaker och insatser utvecklas i förhållande till varandra. Uppföljningen blir ett viktigt underlag för beslutsfattande men också för planering och utvärdering (37). De kvalitetsindikatorer som finns i policyn ska ingå i verksamheternas uppföljning. Uppföljningen bör även innehålla strukturerade och regelbundna mätningar av hur den enskilde upplevt bemötandet och insatserna, antingen efter varje samtal eller inom bestämda tidsintervaller, till exempel genom enkätundersökningar.

Kvalitetsindikatorer i policyn

Kvalitetsindikatorer i policyn ska följas upp, såväl lokalt som regionalt.

Samtliga förutsättningar och riktlinjer i denna policy innehåller ett antal kvalitetsindikatorer. Syftet är att verksamheterna ska kunna mäta och följa upp insatsernas kvalitet och på så sätt stimulera till förbättringar. Behoven av insatser och åtgärder varierar dock över tid och geografiskt i länet. Både det lokala och det regionala samrådet ska varje år välja ett antal kvalitetsindikatorer att särskilt fokusera på och följa upp.

Lokal uppföljning

Det lokala samrådet ansvarar för att skapa former för uppföljning av arbetet inom tidig upptäckt och missbruks-/beroendevård.

Rutiner för kartläggning, uppföljning och utvärdering ska beslutas i det lokala samrådet. De lokala FoU-verksamheterna kan bistå vid genomförandet. Viktiga utgångspunkter är att uppföljningen sker kontinuerligt, att såväl personalen som den enskilde ser nytta med uppföljningen och att den inte är alltför tidskrävande.

Regional uppföljning

Det regionala samrådet ansvarar för att skapa länsgemensamma former för uppföljning och metodutveckling och uppföljning för tidig upptäckt av missbruk och för missbruks-/beroendevård.

Det regionala samrådet ansvarar för att de lokala uppföljningarna sammanställs för att få en bild av utvecklingen inom länet. Det ansvarar även för att samla in statistik över de prioriterade målgrupperna så att effekten av insatserna kan mätas. Bland annat genererar bedömningsinstrumentet ASI statistik som går att följa upp och jämföra på lokal, nationell och internationell nivå.

Det regionala samrådet ska arrangera policydagar där goda exempel presenteras och diskuteras. De lokala verksamheterna ska inbjudas att delta och redovisa hur de arbetar i enlighet med policyn. De lokala aktörerna ska även uppmanas att lämna förslag till förbättringar av policyn så att den revideras regelbundet och på så sätt hålls levande.

Implementeringsprocessen

De lokala och regionala samråden har huvudansvaret för att påbörja implementeringen av denna policy samt socialstyrelsens nationella riktlinjer. Implementering är en process och inte en händelse. En förutsättning för att förverkliga policyn och socialstyrelsens riktlinjer är att den politiska nivån fattar beslut om att implementeringsarbetet ska påbörjas. Det politiska stödet är nödvändigt för att genomföra större förändringar, speciellt sådana förändringar som innebär att nya resurser måste tillföras eller befintliga resurser omfördelas. Det regionala samrådet har en viktig uppgift att stödja det lokala arbetet så att anpassning till lokala förhållandena kan ske.

Det som vanligen erbjuds när en ny metod och arbetssätt ska introduceras är muntlig och skriftlig information. Enligt forskningen är det ofta otillräckligt. Det krävs en kombination av flera olika insatser, till exempel utbildning och praktisk träning och återkoppling. Det krävs vidare att fortlöpande erbjuda stöd och vägledning av god kvalitet, att avsätta tid och resurser och att involvera användarna i ett tidigt skede i processen (38).

Socialstyrelsen har arbetat fram ett utbildningsstöd som hör till de nationella riktlinjerna. Det bör användas i det lokala implementeringsarbetet. Socialstyrelsen förespråkar utbildning i studiecirkelform där personal från både kommunen/stadsdelen

och landstinget deltar samtidigt. Syftet är bland annat att få igång diskussioner kring likheter och olikheter mellan organisationerna. Studiecirkelarna kan med fördel genomföras med stöd av de lokala FoU-verksamheterna. Det är viktigt att det finns en beredskap för den process som sätts igång då implementeringen genomförs, till exempel en planering för att ta hand om de frågor som väcks under utbildningens gång. De lokala och regionala samråden är två viktiga aktörer för stöd i utvecklingen och kontinuiteten.

Kvalitetsindikatorer

- lokalt samråd i respektive kommun/stadsdel där företrädare från kommunens och landstingets ledningsnivåer finns
- gemensam samverkansöverenskommelse mellan kommunen/stadsdelen och landstinget finns
- rutiner för uppföljning av policyns kvalitetsindikatorer finns
- varje verksamhet har en handlingsplan för att arbeta i enlighet med policyn och socialstyrelsens riktlinjer

Arbetsprocessen

KSL:s vård- och omsorgsberedning och landstingets Hälso- och sjukvårdsutskott beslutade i augusti 2005 att ge sitt kansli/förvaltning i uppdrag att ta fram en ny policy för länets missbruks- och beroendevård.

Arbetet med den nya policyn påbörjades i juni 2006 med en ”upptaktsdag” där kommunerna, landstinget och intresseföreningarna bjöds in. Cirka 60 personer har sedan varit involverade i olika arbetsgrupper. Ett sekretariat, med en person från KSL och en från landstinget har hållit ihop arbetet och skrivit fram förslag som grupperna har tagit ställning till. Arbetet har letts av en styrgrupp som bestått av tio personer från kommunerna och landstingets ledningsnivå. Ett förslag till policyn har sänts på remiss till länets kommuner, landstinget, statliga myndigheter och intresseföreningar. Policyn har därefter arbetats om med utgångspunkt från remissvaren.

Arbetsgrupperna

Sex arbetsgrupper har medverkat i framtagandet av policyn och respektive grupp har träffats vid fem tillfällen. Från landstinget har representanter för beroendevård, psykiatri, primärvård, centrum för folkhälsa och HSNs förvaltning deltagit. Kommunerna har haft representation från Haninge, Huddinge, Lidingö, Nacka, Norrtälje, Sigtuna, Solna, Sollentuna, Stockholm centralt och stadsdelar, Sundbyberg, Tyresö, Upplands Väsby, Vaxholm, Värmdö och Österåker. I en av arbetsgrupperna har representanter från kommunernas FOU Nordväst, Nordost, Södertörn och Stockholms stad samt landstingets FoU ingått. I tre av arbetsgrupperna har dessutom representanter för kriminalvården deltagit. Arbetsgrupperna har varit indelade enligt nedan:

- lagtext och ansvarsområden
- folkhälsoarbete och riskbeteende
- samordnade insatser för ungdomar och unga vuxna
- samordnade insatser för vuxna med komplexa vårdbehov
- behandling med metadon, buprenorfin och centralstimulerande medel
- kunskaps- och kompetensutveckling

Referensgruppen

Referensgruppen har bestått av representanter från intresseorganisationerna. De har kontinuerligt bjudits in för att ta del av policyns utveckling och för att kunna ge synpunkter.

Styrgruppen

Styrgruppen har letts av Ulrika Wallin på KSL och Conny Gabrielsson/Elisabet Wallin på HSN-förvaltningen. Övriga deltagare i styrgruppen har varit:

Margareta Heimer	Täby/Danderyd kommun
Lotta Persson	Botkyrka kommun
Kjell Samuelsson	Ekerö kommun
Bitte Davidsson/Anders Mueller	Stockholms stad
P O Sjöblom	SLSO psykiatri
Stefan Borg	SLSO beroendevård
Lena Lindén	SLSO primärvård
Lotta Olmarken/ Annette Voltaire	Maria Beroendecentrum

Sekretariatet

Sekretariatet har bestått av Ulla Eld från HSN-förvaltningen och Karin Jacobsen från KSL. Arbetsgrupperna har letts av sekretariatet som även har arbetat fram och skrivit policyns text.

Referenslista

1. *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem, socialstyrelsen, 2007*
2. *Europeiska gemenskapens kommission, "En EU-strategi för att stödja medlemsstaterna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna", KOM 625. 2006*
3. *Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner för samhällets insatser under åren 2006-2010, Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador och Nationell handlingsplan mot narkotika (prop. 2005/06:30)*
4. *Strategi för samverkan, myndigheten för skolutveckling, rikspolisstyrelsen och socialstyrelsen, 2007*
5. *Folkhälsan i Stockholms län, Folkhälsorapport 2007, Stockholms läns landsting*
6. *Skolelevs drogvanor 2007. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning*
7. *Unga missbrukare i Stockholm, Göteborg och Malmö, Mobilisering mot narkotika, 2007*
8. *Alkohol- och narkotikarelaterad vårdkonsumtion och dödlighet i Stockholms län, rapport 2008, Centrum för folkhälsa*
9. *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser 2006, Socialstyrelsen, Sveriges officiella statistik, Socialstyrelsen, 2008*
10. Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se
11. *Regionalt vårdprogram Alkoholproblem, Medicinskt programarbete, Stockholms läns landsting, 2007*
12. *Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget, BUS, Gemensam policy med riktlinjer i Stockholms län, Kommunförbundet Stockholms Län, KSL och Stockholms läns landsting, 2005*
13. *Nationell samverkan för psykisk hälsa, www.nsph.se*

14. *Tänk Långsiktigt!* en samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa, Karin Mossler med flera, Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, 2004
15. *Förebygg alkoholskador, insatser för riskgrupper*, Alkoholkommittén, 2004
16. *Policy för drogprevention nr 1*, Lokalt förebyggande arbete, Statens folkhälsoinstitut, 2006
17. *Alkohol och droger, kommunernas förebyggande insatser*, rapport 2005:23, Länsstyrelsen i Stockholms län
18. *Tillsyn över alkohol i lokalsamhället, nr 4*, Lokalt förebyggande arbete, Statens folkhälsoinstitut, 2006
19. *Ansvarsfull alkoholserving – en metod som förebygger alkoholrelaterade skador i restaurangmiljö nr 5*, Lokalt förebyggande arbete, Statens folkhälsoinstitut, 2006
20. *Alkoholförebyggande insatser i primärvården nr 8*, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2006
21. Smittskyddsenheten, www.smittskyddsenheten.nu
22. Smittskyddsinstitutet, www.smittskyddsinstitutet.se
23. *Narkotikamissbruk och marginalisering*, MAX-projektet, slutrapport, CAN, 2002
24. *Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige*, SOU 2005:56
25. *Grundläggande vårdfilosofi vid uppbyggnad av behandling för kvinnor med missbruksproblem*, Scheffel-Birath med flera, 2005
26. *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem*, socialstyrelsens avrapportering av regeringsuppdrag, 2007
27. *Vårdguiden*, Stockholms läns landsting, www.vardguiden.se
28. *"Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor..."*, regeringens skrivelse 2007/08:39
29. *Föräldrarna är viktigast! nr 6*, Lokalt förebyggande arbete, Statens folkhälsoinstitut, 2006

30. *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd* Bremberg, Sven, Statens folkhälsoinstitut, 2005
31. *Skolan kan förebygga, nr 7*, Lokalt förebyggande arbete, Statens folkhälsoinstitut, 2007
32. *Pedagogik som förebygger, en del av en hälsofrämjande skolutveckling*, Stockholms stad, 2007
33. *Att göra det möjliga, att skapa trygghet i skolan och stärka det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet*, Statens folkhälsoinstitut genom Skolan förebygger, 2006
34. *Neuropsykiatriska funktionshinder hos vuxna*, Fokusrapport, Stockholms läns landsting, 2005
35. *Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk*, Fokusrapport, Stockholms läns landsting, 2004
36. *Riktlinjer för ärendehantering avseende hemlösa mellan kommunerna i Stockholms län*, KSL, 2006
37. *Metoder för kartläggning och uppföljning nr 4*, Lokalt förebyggande arbete, Statens folkhälsoinstitut, 2006
38. *Från nyhet till vardagsnytta, om implementeringens mödosamma konst*, Statens folkhälsoinstitut, 2007

Självhjälpsprogram

www.alkoholprofilen.se drivs av Systembolaget och är ett webbaserat testinstrument som utgår från alkoholbeteende, tolerans, motivation och ärftlighet.

www.alkoholhjälpen.se har tagit fram av Alkoholkommittén och bygger på moderna terapimetoder. Den vänder sig till den som vill minska sitt eget drickande eller känner oro för någon som dricker för mycket.

www.vardguiden.se/alkohollinjen drivs Stockholms läns landsting med mycket information om alkohol, alkoholskador och missbruk samt tester för bedömning av alkoholvanor. De erbjuder även telefonrådgivning för dem som funderar över sina eller någon annans alkoholvanor.

www.kuling.nu vänder sig till ungdomar och ger information och stöd via Internet till dem som har en psykiskt sjuk förälder.

www.ungakris.com är en organisation och en mötesplats för alla ungdomar mellan 13-25 år med grundidén att hjälpa ungdomar på glid. De erbjuder bland annat självtester på sin hemsida.

www.escreen.se är ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Beroendecentrum Stockholm, UngaKRIS och Studenthälsan Stockholm. Den syftar till att öka kunskaper hos ungdomar och unga vuxna om riskvanor när det gäller alkohol och droger. De erbjuder tester av alkohol- och drogvvanor där det går att följa sina vanor över tid och fylla i en personlig elektronisk dagbok. Den som ligger i riskzonen för att utveckla alkohol- eller drogrelaterade problem, får förslag på vad att göra för att minska risken.

Länktips

Folkhälsoinstitutet, www.fhi.se. Se länkarna ”skolan förebygger” och ”Riskbruksprojektet”. Här beställs även metodskrifterna för lokalt arbete mot alkohol och narkotika nr 1-10, 2006. Se även SOMRA, Samtalet OM Riskbruk av Alkohol, en interaktiv, webbaserad utbildning i Motiverande Samtal - MI med fokus på arbetet med riskbruk av alkohol.

Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem, www.stad.org. Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem är en sektion inom Beroendecentrum Stockholm. STAD bedriver ett långsiktigt utvecklingsarbete inom alkohol- och drogprevention genom att utveckla och utvärdera metoder inom området. De erbjuder bland annat utbildning inom riskbruk till primärvården och inom ansvarsfull alkoholservering till restaurang- och kroganställda.

Preventionscentrum Stockholm, www.stockholm.se/precens. Utvecklingen av det förebyggande arbetet i Stockholms stad finns samlad i Preventionscentrum Stockholm (Precens), som är en enhet inom socialtjänstförvaltningen. Deras uppgift är att sprida kunskap om metoder samt att stimulera till förebyggande arbete.

Centrum för allmänmedicin, www.cefam.se. Centrum för allmänmedicin har som främsta uppgift att utveckla och förmedla kunskap för att förbättra människors hälsa. Verksamheten är knuten till Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting och vänder sig i första hand till primärvårdens personal och studenter inom Stockholms läns landsting.

Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se. Se länkarna Nationella riktlinjer om missbruk och beroende samt länken till socialt arbete med information från Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS. Där finns bland mer om ASI med intervjuformulär och litteraturtips.

Samverkan Mot Alkohol och Droger i Trafiken, www.vv.se/smadit. Syftet är att erbjuda de förare som ertappas för rattfylleri ett samtal med beroendevården inom 24 timmar. Medverkande parter i SMADIT är Vägverket, Polismyndigheten, kommunerna, Landstinget, Kriminalvården, Länsstyrelsen och Åklagarmyndigheten.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, www.nsph.se. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa är ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. De arbetar för och ger information om hur patienter, brukare och anhöriga ska bli en oumbärlig resurs i vården, stödet och behandlingen.

Samverkan mellan huvudmännen har en central och viktig roll i arbetet med att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende. Det är angeläget att samverkan och ansvar utvecklas och regleras så att resurserna på bästa sätt kan tas tillvara. Detta för att kunna erbjuda personer med missbruk/beroende samordnade insatser från både kommunen och landstinget.

Denna policy kan beställas från Stockholms läns landsting, e-post:
informationsmaterial.lsf@sll.se

Den går även att ladda ner från www.uppdragsguiden.sll.se eller www.ksl.se

**7****Undersökning av den psykiska hälsan hos klienter på vuxenhetens utredningssektion - andra mätningen (SN 2014:38)****Beslut**

Socialnämnden godkänner rapporten.

Sammanfattning

Syftet med denna undersökning var primärt att undersöka nivån av depression, ångest och tvång hos alla klienter aktuella på vuxenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun. För att uppnå syftet ställdes följande fråga:

- Hur ser nivån av depression, ångest och tvång ut hos alla klienter aktuella på vuxenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun?

Följande rapport presenterar resultat från den andra mätningen. Mätningen skedde under perioden 5 november – 20 december 2013. Totalt fick 136 klienter ett frågeformulär skickat till sig med post och av dessa besvarades 47 vilket ger en total svarsfrekvens på 35 procent. En sådan låg svarsfrekvens ger problem vid tolkningen av svaren då antalet svar troligen inte kan anses som representativt för målgruppen som helhet. Det ger även problem vid eventuella jämförelser med den första mätningen, därför har inga jämförelser gjorts.

Om man bortser från de problem som undersökningens höga bortfall för med sig och koncentrerar sig på de svar som inkommit, så kan man se att av de 47 studerade klienterna så hade totalt 29 (eller 62%) siffror över tröskelvärdena på depression, ångest eller tvång. Detta betyder att mer än hälften av de svarande klienterna uppvisar psykiatrisk problematik (främst depression eller ångest). Precis som i den första mätningen går det således att urskilja en hög nivå av psykisk ohälsa hos de klienter som är aktuella på vuxenhetens utredningssektion.

Referens
Staffan WallierMottagare
Socialnämnden

Undersökning av den psykiska hälsan hos klienter på vuxen- enhetens utredningssektion - andra mätningen

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner rapporten.

Sammanfattning

Syftet med denna undersökning var primärt att undersöka nivån av depression, ångest och tvång hos alla klienter aktuella på vuxenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun. För att uppnå syftet ställdes följande fråga:

- *Hur ser nivån av depression, ångest och tvång ut hos alla klienter aktuella på vuxenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun?*

Följande rapport presenterar resultat från den andra mätningen. Mätningen skedde under perioden 5 november – 20 december 2013. Totalt fick 136 klienter ett frågeformulär skickat till sig med post och av dessa besvarades 47 vilket ger en total svarsfrekvens på 35 procent. En sådan låg svarsfrekvens ger problem vid tolkningen av svaren då antalet svar troligen inte kan anses som representativt för målgruppen som helhet. Det ger även problem vid eventuella jämförelser med den första mätningen, därför har inga jämförelser gjorts.

Om man bortser från de problem som undersökningens höga bortfall för med sig och koncentrerar sig på de svar som inkommit, så kan man se att av de 47 studerade klienterna så hade totalt 29 (eller 62%) siffror över tröskelvärdena på depression, ångest eller tvång. Detta betyder att mer än hälften av de svarande klienterna uppvisar psykiatrisk problematik (främst depression eller ångest). Precis som i den första mätningen går det således att urskilja en hög nivå av psykisk ohälsa hos de klienter som är aktuella på vuxenhetens utredningssektion.

Marie Lundqvist
Socialchef



2014-02-19

Referens
Staffan Wallier

Mottagare
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Undersökning av den psykiska hälsan hos klienter på vuxen- enhetens utredningssektion - andra mätningen

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte och frågeställning	5
Metod.....	5
Mätinstrument.....	6
Resultat	7
Bortfallsanalys	9
Diskussion	10
Referenser.....	11

Sammanfattning

I en sammanställning av alla ASI-intervjuer gjorda mellan 2008–2011 uppvisade klienterna i Botkyrka ett generellt sämre psykiskt tillstånd än ”Övriga”. Jämförelserna mellan Botkyrka och ”Övriga” bygger på de ASI-intervjuer som användare av ASI registrerat i en databas som kallas ASI-net (dvs. andra kommuner, landsting och/eller privata aktörer; observera att endast inmatade intervjuer som uppfyller vissa kvalitetskrav finns med i den databas, ASI-net, som har används för att göra analyserna). Från Botkyrka jämfördes totalt 263 klienter med de ”Övriga” som var 14933 till antalet. Eftersom klienterna i Botkyrka uppvisade ett generellt sämre psykiskt tillstånd än andra klienter/patienter som också har intervjuats med ASI i Sverige väcktes tanken att på ett djupare plan mäta klienternas psykiska problem i Botkyrka.

Syftet med denna undersökning var primärt att undersöka nivån av depression, ångest och tvång hos alla klienter aktuella på vuxenenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun. För att uppnå syftet ställdes följande fråga:

- *Hur ser nivån av depression, ångest och tvång ut hos alla klienter aktuella på vuxenenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun?*

Följande rapport presenterar resultat från den andra mätningen. Mätningen skedde under perioden 5 november – 20 december 2013. Totalt fick 136 klienter ett frågeformulär skickat till sig med post och av dessa besvarades 47 vilket ger en total svarsfrekvens på 35 procent. En sådan låg svarsfrekvens ger problem vid tolkningen av svaren då antalet svar troligen inte kan anses som representativt för målgruppen som helhet. Det ger även problem vid eventuella jämförelser mätningarna emellan, därför har inga jämförelser gjorts.

Om man bortser från de problem som undersökningens höga bortfall för med sig och koncentrerar sig på de svar som inkommit, så kan man se att av de 47 studerade klienterna så hade totalt 29 (eller 62%) siffror över tröskelvärdena på depression, ångest eller tvång. Detta betyder att mer än hälften av de svarande klienterna uppvisar psykiatrisk problematik (främst depression eller ångest). Precis som i den första mätningen går det således att urskilja en hög nivå av psykisk ohälsa hos de klienter som är aktuella på vuxenenhetens utredningssektion.

Inledning

Befolkningsstudier visar att personer som har alkohol- eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. De mer framträdande diagnoserna är depressions- och ångestsjukdomar. Bland annat bedöms cirka hälften av dem som söker kontakt med missbruks- och beroendevården ha allvarliga psykiska problem (Nationella riktlinjer, 2007). Det är oklart om alkohol- narkotikaproblem föregår psykiska problem eller om man får alkohol- narkotikaproblem som en följd av psykiska problem. Det anses dock som klarlagt att alkohol- narkotikaproblem leder till en sämre psykisk hälsa (Folkhälsorapport, 2009). Enligt missbruksutredningen (SoU 2011:35) visar en rad studier att:

- personer med missbruk/beroende har en klart förhöjd risk för psykisk sjukdom/personlighetsstörning och tvärtom,
- förekomsten av psykiatriska tillstånd är högre vid svårare missbruk (beroende versus missbruk),
- personer med narkotikamissbruk/beroende oftast har högre förekomst av såväl psykiska sjukdomar som personlighetsstörningar än personer med alkoholmissbruk, beroende.
- kvinnor oftare har psykiska sjukdomar än män.

Enligt en studie av Greenfield et al (1998) korrelerar förändringar i alkoholintag med nivån av depression. Inom missbruks- och beroendevården är det därför viktigt att upptäcka och göra upprepade mätningar av nivån av depression hos klienterna med främst alkoholproblem eftersom depression även har visat sig vara en stark predikator för återfall i alkoholmissbruk (Gjestad et al, 2011). En rad studier visar även att förändringar i nivån av depression spelar en viktig roll för att förutspå förändringar i nivån av alkoholintag (Nolen-Hoeksema et al, 2006; Holahan et al, 2004). Vad gäller narkotikamissbruk är detta samband inte lika väl utrett men man kan anta att samma korrelation existerar. Enligt de nationella riktlinjerna (2007) är identifiering och bedömning i dag ett problem, då det ofta saknas rutiner hos huvudmännen (socialtjänsten och landstinget) att diagnosticera och bedöma både missbruk och psykiska sjukdomar eller störningar. I missbruksutredningen (SoU 2011:35) så slår man fast att aktuell kunskap om samsjuklighet visar att behandling av missbruket (eller beroendet) och den psykiska (eller somatiska) sjukdomen ska ske samtidigt och samordnat för att ha bästa effekt.

På vuxnenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun har man, sedan årsskiftet 2007–2008, använt sig av Addiction Severity Index (ASI). ASI är en

2014-02-19

strukturerad intervju som innehåller frågor som är relevanta för en klients alkohol- och/eller narkotikaanvändning. ASI-intervjun utvecklades under slutet av 1970-talet i USA av Tom McLellan och hans grupp vid Philadelphia University (Andréasson et al, 2003). I en sammanställning av alla ASI-intervjuer gjorda mellan 2008–2011 uppvisade klienterna i Botkyrka ett generellt sämre psykiskt tillstånd än ”Övriga”. Jämförelserna mellan Botkyrka och ”Övriga” bygger på de ASI-intervjuer som användare av ASI registrerat i en databas som kallas ASI-net (dvs. andra kommuner, landsting och/eller privata aktörer; observera att endast inmatade intervjuer som uppfyller vissa kvalitetskrav finns med i den databas, ASI-net, som har används för att göra analyserna). Från Botkyrka jämfördes totalt 263 klienter med de ”Övriga” som var 14933 till antalet (för mer information om de ”Övriga” se Armelius & Armelius, 2009). Eftersom klienterna i Botkyrka uppvisade ett generellt sämre psykiskt tillstånd än andra klienter/patienter som också har intervjuats med ASI i Sverige väcktes tanken att på ett djupare plan mäta klienternas psykiska problem i Botkyrka. Syftet med att närmare undersöka klienternas psykiska problem är först och främst utifrån brukarperspektivet men även utifrån ett verksamhetsperspektiv; dvs. om man vet vad/hur målgruppen ser ut så kan man på ett bättre sätt anpassa kompetensen, arbetssätten och samarbetet med primärvården och/eller landstinget för att hjälpa klienterna till en bättre och mer effektiv vård- och behandling.

Syfte och frågeställning

Syftet med denna undersökning var primärt att undersöka nivån av depression, ångest och tvång hos alla klienter aktuella på vuxenenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun. För att uppnå syftet ställdes följande fråga:

- Hur ser nivån av depression, ångest och tvång ut hos alla klienter aktuella på vuxenenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun?

Metod

Följande rapport presenterar resultat från den andra mätningen. Mätningen skedde under perioden 5 november – 20 december 2013 och innefattade nästintill alla aktuella klienter på sektionen, vilket även innefattade klienter placerade på institution och/eller HVB-hem. Totalt fick 136 klienter ett frågeformulär (se under rubriken mätinstrument) skickat till sig med post tillsammans med ett följebrev där syftet med undersökningen förklarades med möjlighet att posta tillbaka ifyllt frågeformulär gratis och att ringa sektionschef för eventuella frågor. Alla klienter fick även information om möjligheten att få vara anonym i sina svar. För de klienter som valde att inte vara anonyma lades de

2014-02-19

ifyllda formulären i deras pappersakt, de anonyma formulären förstördes efter inmatning i statistikprogram. För analys av formulären användes IBM SPSS statistics version 19.

Mätinstrument

För att mäta klienternas psykiska hälsa användes *The Comprehensive Psychopathological Rating Scale–Self-rating-Affective disorder* (Åsberg, Peris, Schalling & Sedvall, 1978) som förkortas CPRS-S-A. Formuläret består av 19 frågor (varje fråga kan ge mellan 0 till 6 poäng) och undersöker tre dimensioner av den psykiska hälsan vilka är depression, ångest och tvångstankar.

Frågorna gällande depression i CPRS-S-A är samma frågor som i det mer välkända och väl använda formuläret Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S). Depressionsskalan i CPRS-S-A och MADRS-S täcker nästan helt kriterierna för egentlig depression enligt diagnosmanualen DSM-IV (DSM-IV, 1994), är väl validerat och uppvisar god reliabilitet (Montgomery & Åsberg, 1979; Svanborg & Åsberg, 2001).

Ångestfrågorna (BSA-skalan) och frågorna om tvångssyndrom (OCD-skalan) är i CPRS-S-A inte lika väl undersökta vad gäller validitet och reliabilitet men bör enligt vissa bedömare tolkas och ha samma tröskelvärden som depressionsskalan (se Holmgren, Frisell, Runeson, 2011). I tabell 1 presenteras de tröskelvärden som utifrån detta har används i den första och andra mätningen (observera att tröskelvärdena för depression bygger på Svanborg & Åsberg studie från 2001).

Tabell 1. Tröskelvärden för depression, ångest och tvång i formuläret CPRS-S-A

Poäng	Depression	Ångest	Tvång
0-12	Ingen depression	Ingen ångest	Inget tvång
13-19	Lindrig depression	Lindrig ångest	Lindrigt tvång
20-34	Måttlig depression	Måttlig ångest	Måttligt tvång
> 34	Svår depression	Svår ångest	Svårt tvång

Resultat

Av totalt 136 utskickade frågeformulär (CPRS-S-A) besvarades 47 vilket ger en total svarsfrekvens på 35 procent (se tabell 2). En sådan låg svarsfrekvens ger problem vid tolkningen av svaren då antalet svar troligen inte kan anses som representativt för målgruppen som helhet (se under rubriken bortfallsanalys). Jämfört med första mätningen 2012 har antalet svar sjunkit drastiskt, jämförelser mellan åren blir därmed besvärligt och svårtolkat. I denna rapport har därför jämförelser mellan mätningarna tagits bort.

Tabell 2. Svarsfrekvens 2012 och 2013 (CPRS-S-A)

	Utskickade formulär (CPRS-S-A)	Besvarade formulär (antal)	Besvarade formulär (procent)
2012	139	85	61%
2013	136	47	35%

Den totala medelåldern på de svarande var 45 år, den äldsta var 77 år och den yngsta var 21 år; 70 procent av de svarande var män och 30 procent var kvinnor (se tabell 3 och 4).

Tabell 3. Medelålder totalt och könsuppdelat, minimum och maximum

	Medel	Minimum	Maximum
Ålder (totalt)	45	21	74
Man	46	21	74
Kvinna	43	23	62

Tabell 4. Könsfördelning, antal och procent

	Antal (n)	Procent
Man	33	70%
Kvinna	14	30%

Resultaten från depressionsskalan visar att de svarande som helhet (totalt) hamnar på medelvärdet 14, vilket indikerar lindrig depression. Inga signifikanta skillnader gick att hitta mellan könen på depressionsskalan (se tabell 5). Vid en djupare analys visar resultaten att totalt var fjärde har en måttlig eller svår depression. Andelen kvinnor med måttlig/svår depression är högre än för männen (29% jämfört med 27%). Nästan hälften av männen uppvisar dock depressiva symtom enligt tröskelvärdena (totalt 45%), vilket är högre än för kvinnorna (se tabell 6).

2014-02-19

Tabell 5. Resultaten på depressionsskalan uppdelat på kön och totalt

Kön	Medelvärde	Antal	Std. Deviation
Man	13,9697	33	9,12238
Kvinna	13,9286	14	12,94642
Total	13,9574	47	10,25958

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=0,990$)

Tabell 6. Resultaten på depressionsskalan uppdelat utifrån tröskelvärdena, antal och procent

Poäng	Totalt	Man	Kvinna
0-12 (ingen)	27 (57%)	18 (55%)	9 (64%)
13-19 (lindrig)	7 (15%)	6 (18%)	1 (7%)
20-34 (måttlig)	12 (26%)	9 (27%)	3 (22%)
> 34 (svår)	1 (2%)	0 (0%)	1 (7%)

Resultaten från ångestsskalan visar att de svarande som helhet (totalt) hamnar på medelvärdet 16,5, vilket indikerar lindrig ångest. Inga signifikanta skillnader gick att hitta mellan könen (tabell 7). Vid en djupare analys visar resultaten att var tredje har måttlig eller svår ångest. Totalt sett uppvisar en större andel kvinnor än män ångestsymtom och det är endast kvinnor som uppvisar svår ångest (tabell 8).

Tabell 7. Resultaten på ångestsskalan uppdelat på kön och totalt

Kön	Medelvärde	Antal	Std. Deviation
Man	15,3939	33	9,19218
Kvinna	19,2143	14	14,90059
Total	16,5319	47	11,16448

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=0,387$)

Tabell 8. Resultaten på ångestsskalan uppdelat utifrån tröskelvärdena, antal och procent

Poäng	Totalt	Man	Kvinna
0-12 (ingen)	19 (41%)	14 (43%)	5 (36%)
13-19 (lindrig)	11 (23%)	7 (21%)	4 (29%)
20-34 (måttlig)	15 (32%)	12 (36%)	3 (21%)
> 34 (svår)	2 (4%)	0 (0%)	2 (14%)

2014-02-19

Resultaten från tvångskalan visar att de svarande som helhet (totalt) hamnar på medelvärdet 11,7 vilket indikerar att inget tvång finns. Inga signifikanta skillnader gick att hitta mellan könen (tabell 9). Vid en djupare analys visar resultaten att var fjärde har måttlig eller svåra tvång. En något större andel kvinnor än män uppvisar tvångssymtom fast skillnaden är mycket liten (tabell 10).

Tabell 9. Resultaten på tvångskalan uppdelat på kön och totalt

<u>Kön</u>	<u>Medelvärde</u>	<u>Antal</u>	<u>Std. Deviation</u>
Man	11,1515	33	8,39688
Kvinna	13,0714	14	11,69789
Total	11,7234	47	9,40791

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=0,528$)

Tabell 10. Resultaten på tvångsskalan uppdelat utifrån tröskelvärdena, antal och procent

<u>Poäng</u>	<u>Totalt</u>	<u>Man</u>	<u>Kvinna</u>
0-12 (ingen)	29 (62%)	21 (64%)	8 (57%)
13-19 (lindrig)	7 (15%)	5 (15%)	2 (14%)
20-34 (måttlig)	10 (21%)	7 (21%)	3 (22%)
> 34 (svår)	1 (2%)	0 (0%)	1 (7%)

Bortfallsanalys

Av de totalt 136 utskickade frågeformulären besvarades aldrig 89, vilket ger ett totalt bortfall på 65 procent. Den grundläggande tanken med en kvantitativ undersökning såsom denna är att resultaten ska vara generaliserbara. En låg svarsfrekvens medför att det är svårt att veta ifall de som besvarat följande frågeformulär (CPRS-S-A) kan anses som representativa för målgruppen som helhet.

Ett relativt enkelt sätt att kontrollera resultatens representativitet är att jämföra de svarande mot registerdata på målgruppen gällande kön och ålder. Dvs. man jämför hur de svarande, i sin helhet, fördelar sig på dessa variabler gentemot registerdata. Om fördelningen av kön och ålder är lika tyder detta på att de svarande, i teorin, representerar målgruppen. En bortfallsanalys med bakgrundsvariablerna kön och ålder har utifrån detta utförts.

Resultaten visar att könsfördelningen i stort är likvärdig (en skillnad på 2 procentenheter) men att medelåldern för de svarande är högre än för målgruppen (se tabell 11).

Tabell 11. Medelålder och könsfördelning på de svarande samt på målgruppen som helhet

	Medelålder ”de svarande”	Medelålder målgruppen	Könsfördelning ”de svarande”	Könsfördelning målgruppen
Totalt	45 år	43 år	100%	100%
Man	46 år	44,5 år	70%	68%
Kvinna	43 år	40,5 år	30%	32%

Vid en närmare analys visar resultaten att det främst är männen i ålderskategorin 25–44 år som inte besvarat frågeformuläret (tabell 12). Resultaten tyder på att de svarande inte fullt ut är representativa för målgruppen, därför går det inte att dra relevanta slutsatser av rapportens resultat gällande alla klienter aktuella på vuxenhetens utredningssektion.

Tabell 12. Ålders- och köns kategorisering på de svarande samt på målgruppen som helhet

	”De svarande”			Målgruppen		
	Man	Kvinna	Totalt	Man	Kvinna	Totalt
21-24	5 15,2%	1 7,1%	6 12,8%	12 12,9%	5 12,2%	17 12,7%
25-44	9 27,3%	7 50%	16 34%	32 34,4%	21 51,2%	53 39,6%
45-65	16 48,5%	6 42,9%	22 46,8%	39 41,9%	15 36,6%	54 40,3%
66+	3 9,1%	0 0%	3 6,4%	10 10,8%	0 0%	10 7,5%
	33 100%	14 100%	47 100%	93 100%	41 100%	134 100%

Diskussion

Huruvida resultaten i denna undersökning skulle ha förändrats vid en högre svarsfrekvens är svårt att bedöma, resultaten från bortfallsanalysen visar dock att målgruppen avviker från ”de svarande” vilket kan ge ett snedvridet resultat. Utifrån den låga svarsfrekvensen, och den avvikelse man kan se grupperna emellan, bör denna rapportens resultat tolkas med stor försiktighet då svaren inte verkar spegla den grupp som följande mätning hade i syfte att undersöka, dvs. *alla* aktuella klienter på vuxenhetens utredningssektion.

Om man emellertid koncentrera sig på de svar som inkommit så kan man se att av de 47 studerade klienterna så hade totalt 29 (eller 62%) siffror över tröskelvärdena på depression, ångest eller tvång frågorna. Detta betyder att mer än hälften av de svarande klienterna uppvisar psykiatrisk problematik (främst depression eller ångest). Precis som i den första mätningen går det således att urskilja psykisk ohälsa hos de svarande klienterna som är aktuella på vuxen-

2014-02-19

hetens utredningssektion. Utifrån dessa resultat är det viktigt att påpeka att den kunskap som idag finns gällande samsjuklighet visar att behandling av missbruket och den psykiska sjukdomen ska ske samtidigt och samordnat för att ha bästa effekt.

Vuxenenheten behöver därför fortsatt att verka för att få tillstånd ett samverkansavtal mellan socialtjänst, slutenspsykiatri, psykosöppenvård och den lokala beroendemottagningen. Utbildningsinsatser bör även ske för att öka kompetensen kring psykiatri, bemötande och metoder för målgruppen.

Referenser

Andréasson, Lindström, Armelius et al (2003). ASI – en strukturerad intervju-metod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Forskningsrapport CUS: Socialstyrelsen.

Armelius, B-Å. & Armelius, K. (2009). En naturalistisk studie av 14000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). (1994). American Psychiatric Association.

Folkhälsorapport (2009). Socialstyrelsen.

Gjestad, Franck, Hagtvét & Haver. Level and Change in Alcohol Consumption, Depression and Dysfunctional Attitudes among Females Treated for Alcohol Addiction. Alcohol and Alcoholism Vol. 46, No. 3, pp. 292–300, 2011.

Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR et al. (1998) The effect of depression on return to drinking: a prospective study. Arch Gen Psychiatry 55:259–65.

Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK et al. (2004) Unipolar depression, life context vulnerabilities, and drinking to cope. J Consult Clin Psychol 72:269–75.

Holmgren, Frisell, Runeson (2011). Psykisk hälsa hos häktade med restriktioner. Kriminalvården – Utvecklingsenheten.

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem (2007). Socialstyrelsen.

Nolen-Hoeksema S, Wong MM, Fitzgerald H et al. (2006). Depressive symptoms over time in women partners of men with and without alcohol problems. *J Abnorm Psychol* 115:601–9.

Montgomery SA, Åsberg M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979 Apr;134:382-9.

Svanborg P, Åsberg M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Disord*. 2001 May;64(2-3):203-16.

Åsberg, M, Perris, C, Schalling, D, Sedvall, G. (1978). The CPRS - Development and Applications of a Psychiatric Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1978; suppl 271.



8

Brukarupplevd kvalitet på Vuxenenheten 2013 (SN 2014:74)

Beslut

Socialnämnden godkänner rapporten.

Sammanfattning

Ett sätt att mäta brukarupplevd kvalitet är genom den subjektiva tillfredsställelsen av en viss behandling/insats. Det har hävdats att undersökningar av brukarens tillfredsställelse är en typ av kvalitetsmätning där brukaren, i egenskap av konsument, faktiskt är den enda som kan uttala sig om en behandling/insats kvalitet. Syftet med följande mätning var att mäta den brukarupplevda kvaliteten av insatsen *institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning (HVB-hem)* beviljade enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen på Vuxenenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun genom att undersöka brukarens tillfredsställelse med insatsen.

Uppföljningen av den brukarupplevda kvaliteten gjordes via telefon och inefattade alla brukare som under 2013 avslutat insatsen. Kontakten med brukaren skedde 4–6 veckor efter avslutad insats oavsett orsak till avslutningen och brukarnas tillfredsställelse mättes med hjälp av CSQ-8. Av 34 individer som avslutade sin insats under 2013 telefonintervjuades 24 vilket ger en total svarsfrekvens på 70,5 procent. Resultatet från undersökningen tyder på att brukartillfredsställelsen gällande insatsen är godkänd men inte bra. Det totala medelvärdet på CSQ-8 skiljer sig signifikant från medelvärdet i andra undersökta behandlingar. Den slutsats man kan dra av detta är att brukarna som blir placerade på institution/HVB-hem inte är lika nöjda med sin behandling som andra undersökta brukare/patienter som fått annan behandling. På de övriga frågorna var det mest anmärkningsvärda resultatet att endast 50 procent fullföljde den planerade behandlingen. Detta behöver Vuxenenheten också undersöka närmare till varför det ser ut på detta sätt.

Referens
Staffan WallierMottagare
Socialnämnden

Brukarupplevd kvalitet på Vuxenenheten gällande insatsen institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning (HVB-hem) 2013

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner rapporten.

Sammanfattning

Ett sätt att mäta brukarupplevd kvalitet är genom den subjektiva tillfredsställelsen av en viss behandling/insats. Det har hävdats att undersökningar av brukarens tillfredsställelse är en typ av kvalitetsmätning där brukaren, i egenskap av konsument, faktiskt är den enda som kan uttala sig om en behandling/insats kvalitet. Syftet med följande mätning var att mäta den brukarupplevda kvaliteten av insatsen *institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning (HVB-hem)* beviljade enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen på Vuxenenhetens utredningssektion i Botkyrka kommun genom att undersöka brukarens tillfredsställelse med insatsen.

Uppföljningen av den brukarupplevda kvaliteten gjordes via telefon och innefattade alla brukare som under 2013 avslutat insatsen. Kontakten med brukaren skedde 4–6 veckor efter avslutad insats oavsett orsak till avslutningen och brukarnas tillfredsställelse mättes med hjälp av CSQ-8. Av 34 individer som avslutade sin insats under 2013 telefonintervjuades 24 vilket ger en total svarsfrekvens på 70,5 procent. Resultatet från undersökningen tyder på att brukartillfredsställelsen gällande insatsen är godkänd men inte bra. Det totala medelvärdet på CSQ-8 skiljer sig signifikant från medelvärdet i andra undersökta behandlingar. Den slutsats man kan dra av detta är att brukarna som blir placerade på institution/HVB-hem inte är lika nöjda med sin behandling som andra undersökta brukare/patienter som fått annan behandling. På de övriga frågorna var det mest anmärkningsvärda resultatet att endast 50 procent fullföljde den planerade behandlingen. Detta behöver Vuxenenheten också undersöka närmare till varför det ser ut på detta sätt.

Marie Lundqvist
Socialchef



2014-03-03

Referens
Staffan Wallier

Mottagare
Socialförvaltningens ledningsgrupp

**Brukarupplevd kvalitet på Vuxenenheten gällande insatsen
institution med strukturerad metodisk behandling och/eller
sysselsättning (HVB-hem) 2013**

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte och frågeställning	5
Metod.....	5
Målgrupp och procedur.....	5
Mätinstrument.....	5
Resultat	6
Svarsfrekvens.....	6
Köns- och åldersfördelning	6
Brukarnas tillfredsställelse	7
Alkohol- och droger	9
Övriga frågor	10
Diskussion och analys	11
Referenser.....	12
Bilaga 1.....	14

Sammanfattning

Brukarperspektivet är en självklar del i den evidensbaserade praktiken. Den rådande uppfattningen är dock att brukarnas synpunkter och erfarenheter av socialtjänstens insatser behöver lyftas fram ytterligare och att brukarupplevd kvalitet behöver mätas och redovisas mer kontinuerligt och mer systematiskt än vad det görs idag. Ett sätt att mäta brukarupplevd kvalitet är genom den subjektiva tillfredsställelsen av en viss behandling/insats. Det har hävdats att undersökningar av brukarens tillfredsställelse är en typ av kvalitetsmätning där brukaren, i egenskap av konsument, faktiskt är den enda som kan uttala sig om en behandling/insats kvalitet

Syftet med följande mätning var att mäta den brukarupplevda kvaliteten av insatsen *institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning (HVB-hem)* beviljade enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen på Vuxenenhetsens utredningssektion i Botkyrka kommun genom att undersöka brukarens tillfredsställelse med insatsen. Uppföljningen av den brukarupplevda kvaliteten gjordes via telefon och innefattade alla brukare som under 2013 avslutat insatsen. Kontakten med brukaren skedde 4–6 veckor efter avslutad insats oavsett orsak till avslutningen och brukarnas tillfredsställelse mättes med hjälp av CSQ-8. Av 34 individer som avslutade sin insats under 2013 telefonintervjuades 24 vilket ger en total svarsfrekvens på 70,5 procent.

Resultatet från undersökningen tyder på att brukartillfredsställelsen gällande insatsen är godkänd men inte bra. Det totala medelvärdet på CSQ-8 skiljer sig signifikant från medelvärdet i andra undersökta behandlingar. Den slutsats man kan dra av detta är att brukarna som blir placerade på institution/HVB-hem inte är lika nöjda med sin behandling som andra undersökta brukare/patienter som fått annan behandling (för social fobi, ångest, depression och våld).

Utifrån resultaten behöver Vuxenenheten titta lite extra på och/eller granska de institutioner/HVB-hem som, trots få svar, fått låga resultat på CSQ-8. På de övriga frågorna var det mest anmärkningsvärda resultatet att endast 50 procent fullföljde den planerade behandlingen. Detta behöver Vuxenenheten också undersöka närmare till varför det ser ut på detta sätt.

Inledning

Brukarperspektivet är en självklar del i den evidensbaserade praktiken. Brukarperspektivet kan ses som ett överordnat begrepp, vilket bland annat inrymmer *brukarmedverkan* och *brukarinflytande*. Brukarmedverkan förutsätter att brukarna på något sätt är delaktiga, till exempel som deltagare i en grupp eller liknande. Brukarinflytande däremot kräver att brukarnas erfarenheter och kunskaper tas till vara och kan påverka utfallet av arbetet. I detta ligger också att ett brukarperspektiv inte i första hand ska ses som en angelägenhet för klienter och brukare, utan att det utgör en omistlig kunskapskälla för socialtjänstens praktik (SOU 2008:18). Den rådande uppfattningen är att brukarnas synpunkter och erfarenheter av socialtjänstens insatser behöver lyftas fram ytterligare och att brukarupplevd kvalitet behöver mätas och redovisas mer kontinuerligt och mer systematiskt än tidigare. Resultaten från sådana undersökningar skulle sen kunna vara ett underlag för utvecklings- och förbättringsarbetet av socialtjänstens insatser utifrån brukarens perspektiv.

Ett sätt att mäta brukarupplevd kvalitet är genom den subjektiva tillfredsställelsen av en viss behandling/insats. Lunnen et al. (2008) menar att tillfredsställelse verkar vara oberoende av symtomförändring och hävdar därför att detta är en unik information som kan vara till stor nytta för att exempelvis utvärdera brukarens gensvar av en behandling/insats. Det har även hävdats att undersökningar av brukarens tillfredsställelse är en typ av kvalitetsmätning där brukaren, i egenskap av konsument, faktiskt är den enda som kan uttala sig om behandlingens/insatsens kvalitet (Williams, 1994). Att mäta brukarens tillfredsställelse, eller med andra ord dennes nöjdhet med en viss behandling/insats, är dock inte helt okomplicerat. Det har ifrågasatts om brukarens tillfredsställelse verkligen fångar upp en behandling/insats kvalitet och att brukarens tillfredsställelse egentligen bara belyser en liten del av det som kan anses vara relevant att mäta (se Anell, 2011). Resultat av undersökningar pekar även på svaga samband mellan nöjdhet och utfall av en behandling samt att brukare ofta är okritiska och tenderar att skatta hög nöjdhet oavsett vilken behandling/insats som getts (Jackson et al., 2001; Larsen et al., 1979).

Brukarens uppfattning av den vård- och behandling han/hon erhållit måste, trots allt, anses som en viktig aspekt på kvaliteten. Men för att ge en allsidig bild av kvaliteten bör man komplettera mätningarna med olika kvalitetsindikatorer. Detta innebär att vissa aspekter av kvalitet kan, och bör, mätas oberoende av brukarens upplevelse. Enligt den amerikanske sjukvårdsforskaren Donabedian (2002), som haft stort inflytande på utvecklingen av kvalitetstän-

kandet inom vården, avgörs vårdkvaliteten både av dess tekniska kvalitet och av kvaliteten i den mellanmännsliga kommunikationen. Donabedian introducerade begreppen struktur-, process- och resultat-kvalitet. Strukturkvaliteten avser de resurser av olika slag (personal, teknisk utrustning, lokaler etc.) som finns i eller tillförs verksamheten. Processkvaliteten avser det sätt på vilket resurserna utnyttjas, dvs. hur vårdens preventiva, diagnostiska, behandlande, omvårdande och rehabiliterande åtgärder utförs, och resultat-kvaliteten de resultat man får i termer av återställd hälsa eller förbättrad livskvalitet. Resultat kan även handla om verksamhetens effekter på berörda personer och/eller *brukarens tillfredsställelse* med en behandling eller tjänst.

Syfte och frågeställning

Syftet med följande mätning var att mäta den brukarupplevda kvaliteten av insatsen *institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning (HVB-hem)* beviljade enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen på Vuxenenhetsens utredningssektion i Botkyrka kommun genom att undersöka brukarens tillfredsställelse med insatsen. För att kunna uppfylla syftet ställdes följande fråga:

- *Hur ser tillfredsställelse ut, gällande insatsen institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning (HVB-hem) beviljade enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen på Vuxenenheten, hos de brukare som under 2013 avslutat insatsen?*

Metod

Målgrupp och procedur

Uppföljningen av den brukarupplevda kvaliteten gjordes via telefon och innefattade alla brukare som under 2013 avslutat insatsen *institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning* (dvs. avslutat sin HVB placering). Kontakten med brukaren skedde 4–6 veckor efter avslutad insats oavsett orsak till avslutningen.

Mätinstrument

Brukarnas tillfredsställelse mättes med hjälp av CSQ-8 (Attkisson & Greenfield, 1996). CSQ-8 består av åtta frågor med vardera fyra svarsalternativ, där 1 står för liten grad av nöjdhet och 4 för hög grad. Skalan är utformad för att mäta brukarens allmänna tillfredsställelse med en viss behandling/insats, poängen summeras och höga poäng indikerar större tillfredsställelse (minst 8, max 32). CSQ-8 är ett välkänt instrument och har använts av bl.a. Socialstyrelsen i

en utvärdering av behandling av män som utövar våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2010). I en tidigare version har man funnit att CSQ har en god validitet och är ett bra instrument för att mäta just brukartillfredsställelse (se Larsen, Attkisson, Hargreaves och Nguyen, 1979). Den interna konsistensen uppges även vara god (mellan .86 och .94). Vid sidan om CSQ-8 ställdes ytterligare frågor huruvida brukaren var motiverad till behandling, om man fick bra information om HVB-hemmet innan placering, om man fullföljde den planerade behandlingen samt hur ofta man använde alkohol och/eller droger idag (dvs. fråga 1 i frågeformulären AUDIT och DUDIT).

Resultat

Svarsfrekvens

Under 2013 avslutade totalt 37 brukare (enskilda individer) insatsen *institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning*. Vid uppföljningstillfället hade en person avlidit och två satt i fängelse, dessa tre räknades bort i svarsfrekvensen. Av de kvarvarande 34 individerna telefonintervjuades 24 vilket ger en total svarsfrekvens på 70,5 procent (tabell 1).

Tabell 1. Svarsfrekvens

	Antal brukare som avslutat insatsen	Antal genomförda telefonintervjuer	Svarsfrekvens (procent)
2013	34	24	70,5%

Köns- och åldersfördelning

Den totala medelåldern på de svarande var 40 år, den äldsta var 69 år och den yngsta var 23 år; 58 procent av de svarande var män och 42 procent var kvinnor (se tabell 2 och 3).

Tabell 2. Medelålder totalt och könsuppdelat, minimum och maximum

	Medel	Minimum	Maximum
Ålder (totalt)	40	23	69
Man	38,5	25	68
Kvinna	42	23	69

Tabell 3. Könsfördelning, antal och procent

	Antal	Procent
Man	14	58%
Kvinna	10	42%

Brukarnas tillfredsställelse

Resultaten från denna undersökning visar att brukarna generellt sett var nöjda med sin behandling/insats då CSQ-8 uppvisar ett medelvärde på totalt 23,5. Männerna var överlag något nöjdare än kvinnorna, skillnaden var emellertid ej signifikant. Uppdelat på institution/HVB-hem visar resultaten att tillfredsställelsen hos brukarna var lägst på "Trollängen" och högst på "Jälla" tillsammans med "Vägen ut" (se tabell 4 och 5).

Tabell 4. Medelvärden och standardavvikelser på CSQ-8 uppdelat på kön och totalt

	Medelvärde	Standard avvikelse	Antal
Man	24,3	6,5	14
Kvinna	22,4	8	10
Totalt	23,5	7	24

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=,0530$)

Tabell 5. Medelvärden på CSQ-8 uppdelat på institution/HVB-hem

Institution/HVB-hem	Medelvärde	Antal svar
Basta	15,5	2
Björka	28	1
Edshemmet	24	1
Faster Vera	28	1
Gålö	21,5	2
Hamnvikshemmet	25	4
Iris	16	2
Jälla	32	1
Korpberget	30	3
Matteushemmet	22	1
Ragnhildsborg	24	1
Solbacken HVB	16	1
Stensele kursgård	30	1
Tingsryd	24	1
Trollängen	8	1
Vägen ut	32	1

Observera att de flesta institutioner/HVB-hem endast har ett svar

2014-03-03

Uppdelat per fråga i CSQ-8 visar resultaten att fråga 3 uppvisar det lägsta värdet och fråga 4 det högsta. Tolkningen av detta är att brukarna, överlag, inte riktigt anser att programmet/behandlingen/metoden de mottagit uppfyllt deras behov men att de gärna rekommenderar programmet/behandlingen/metoden till någon vän i liknande behov. Inga signifikanta skillnader mellan könen på någon av frågorna kunde hittas. Medelvärden på varje enskild fråga i CSQ-8 uppdelat per institution/HVB-hem hittas i bilaga 1.

Tabell 6. Medelvärden på de enskilda frågorna i CSQ-8 uppdelat på kön och totalt (observera att det lägsta möjliga värdet är 1 och det högsta är 4)

	Man	Kvinna	Totalt
1. Hur bedömer du kvaliteten på den hjälp du mottagit (på det behandlingshem du varit på)?	2,86	2,9	2,88
2. Har du fått den typ av hjälp du ville/önskade (på det behandlingshem du varit på)?	3,07	2,6	2,88
3. Till hur stor del har programmet/ behandlingen/metoden uppfyllt dina behov (på det behandlingshem du varit på)?	2,79	2,6	2,71
4. Skulle du rekommendera programmet/ behandlingen/metoden till en vän i behov av liknande hjälp (dvs det behandlingshem du varit på)?	3,36	3	3,21
5. Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du har fått (på det behandlingshem du varit på)?	2,93	2,8	2,88
6. Har programmet/ behandlingen/metoden hjälp dig hantera/lösa dina problem på ett bättre sätt (på det behandlingshem du varit på)?	3,07	3	3,04
7. Hur nöjd är du, generellt sett, med den hjälp du fått (på det behandlingshem du varit på)?	3,21	2,8	3,04
8. Om du skulle söka hjälp igen, skulle du vilja komma tillbaka till programmet/ behandlingen/metoden (dvs till det behandlingshem du varit på)?	3	2,7	2,88

Alkohol- och droger

Resultaten på frågan gällande alkohol och droger visar att huvuddelen av brukarna är alkohol- och drogfria 4–6 veckor efter avslutat insats. En större andel kvinnor än män dricker dock alkohol 2-3 gånger/veckan (se tabell 7 och 8). De tre som uppgett att använt droger uppger att de även använder sig av alkohol. Tolkningen av resultaten är att 29 procent av de svarande (7 av 24) fortsatt dricker alkohol i varierande grad efter avslutad insats. Medelvärden på frågorna gällande alkohol- och droger uppdelat per institution/HVB-hem hittas i bilaga 1.

Tabell 7. Hur ofta dricker du alkohol idag? (AUDIT)

	Man	Kvinna	Totalt
Aldrig	11 79%	6 60%	17 71%
1 gång i månaden eller mer sällan	1 7%	1 10%	2 8%
2-3 gånger/veckan	1 7%	3 30%	4 17%
4 gånger/veckan eller mer	1 7%	0 0%	1 4%
Totalt	14 100%	10 100%	24 100%

Tabell 8. Hur ofta använder du andra droger än alkohol idag? (DUDIT)

	Man	Kvinna	Total
Aldrig	12 86%	9 90%	21 88%
1 gång i månaden eller mer sällan	1 7%	0 0%	1 4%
2-3 gånger/veckan	1 7%	1 10%	2 8%
Totalt	14 100%	10 100%	24 100%

Övriga frågor

Resultaten på de övriga frågorna presenteras i tabell 9–11. Majoriteten av brukarna uppger att de var motiverade till behandlingen innan start av insats, men endast var tredje (38%) uppger att de fick bra och relevant information om HVB-hemmet innan placering. Det mest anmärkningsvärda resultatet är dock att endast 50 procent fullföljde den planerade behandlingen. Inga signifikanta skillnader mellan könen kunde hittas på någon fråga.

Tabell 9. Var du motiverad till behandlingen?

	Man	Kvinna	Totalt
Ja	13 93%	10 100%	23 96%
Nej	1 7%	0 0%	1 4%
Totalt	14 100%	10 100%	24 100%

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=,388$)

Tabell 10. Tycker du att du fick bra information (relevant information) om HVB-hemmet innan du blev placerad?

	Man	Kvinna	Totalt
Ja	7 50%	2 20%	9 38%
Nej	4 29%	3 30%	7 29%
Tveksam	3 21%	5 50%	8 33%
Totalt	14 100%	10 100%	24 100%

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=,243$)

Tabell 11. Fullföljde du den planerade behandlingen?

	Man	Kvinna	Totalt
Ja	9 64%	3 30%	12 50%
Nej	5 36%	7 70%	12 50%
Totalt	14 100%	10 100%	24 100%

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=,098$)

Diskussion och analys

Resultaten av CSQ-8 är vanligen snedfördelat, vilket speglar de svarandes tendens att rapportera höga nivåer av tillfredsställelse. Medelvärdet för skattningar på CSQ-8 inom psykiatrisk vård har uppmätts till 27 poäng (Attkisson & Greenfield, 1999). För KBT-behandlingar för social fobi, ångest och depression i Sverige har CSQ-8 skattats i genomsnitt mellan 27,2 och 28,6 poäng (se Dirok, 2011; Lööf & Rosendahl, 2010). I socialstyrelsens (2010) utvärdering gällande behandling av män som utövar våld i nära relationer var medelvärdet 27 poäng.

Resultatet från följande undersökning tyder på att brukartillfredsställelsen gällande insatsen *institution med strukturerad metodisk behandling och/eller sysselsättning* är godkänd men inte bra. Detta speglar troligen även kvaliteten på de program/behandling/metod som ges ute på institutionerna/HVB-hemmen. Det totala medelvärdet på CSQ-8 i denna undersökning skiljer sig signifikant från medelvärdet i de andra undersökta behandlingarna (tabell 12).

Tabell 12. CSQ-8 medelvärden efter olika behandlingar (och signifikanta skillnader)

	Medelvärde	Signifikant skillnad
Psykiatrisk vård	27	$p=,023$
Social fobi	28,6	$p=,002$
Ångest/depression	27,2	$p=,017$
Män som utövar våld	27	$p=,023$
Institution/HVB-hem	23,5	-

Den slutsats man kan dra av detta är att brukarna som blir placerade på institution/HVB-hem inte är lika nöjda med sin behandling som de brukare/patienter som fått behandling för social fobi, ångest, depression och/eller våld. Det bakomliggande skälen till detta behöver Vuxenenheten undersöka närmare. Exempelvis genom att titta lite extra på och/eller granska de institutioner/HVB-hem som, trots få svar, fått låga resultat på CSQ-8 (dvs. Trollängen, Basta, Iris och Solbacken HVB i nämnd ordning). På de övriga frågorna var det mest anmärkningsvärda resultatet att endast 50 procent fullföljde den planerade behandlingen. Detta behöver Vuxenenheten också undersöka närmare till varför det ser ut på detta sätt. Observera att resultaten från denna undersökning, på institutionsnivå, behöver tolkas med försiktighet pga. få svarande. Att fortlöpande följa upp den brukarupplevda kvaliteten på liknande sätt kan dock ge ett bra underlag för utvecklings- och förbättringsarbetet av Vuxenenhetens insatser utifrån brukarens perspektiv.

Referenser

Anell A. (2011) Hälsa- och sjukvårdstjänster i privat regi. I Hartman L (red.). Konkurrensens Konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Stockholm, SNS Förlag.

Attkisson, C.C., & Greenfield, T. K. (1998). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. I M. E. Maruish (2nd Ed). *The use of psychological testing for treatment, planning and outcome assessments*. (ss. 1333-1346). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Attkisson, C. C., & Greenfield, T. K., (1996). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) scales and the service satisfaction scale-30 (SSS-30). In L. I. Sederer & B. Dickey (Eds.), *Outcomes assessment in clinical practice* (pp. 120-127). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Attkisson, C. C., & Greenfield, T.K. (1999). The UCSF Client Satisfaction Scales: 1. The Client Satisfaction Questionnaire–8. I M. Maruish (Red.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment (Andra upplagan)*(sid. 1333-1346). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Dirok, H. (2011). Individuell KBT-behandling för social fobi – en effektivitetsstudie på en psykiatrisk öppenvårdsklinik. Momentum. Rapportserie från Psykiatriskt forskningscentrum i Örebro. 54

Donabedian A., (2002). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.

Jackson, L.J., Chamberlin, J. & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Sciences and Medicine*, 52, 609-620.

Larsen, D., Clifford Attkisson, C., Hargreaves W. & Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Lunnen KM, Ogles BM, Pappas LN. A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change and end-point functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2008;39(2):145–152.

Lööf, A. & Rosendahl, V. (2010). Symptomförändring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi – en utvärderande och undersökande studie på en utbildningspsykoterapimottagning. (psykologexamensuppsats). Lunds universitet, psykologiska institutionen

Socialstyrelsen (2010). Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering.

SOU (2008:18). Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren.

Williams, B. (1994). Patient Satisfaction - A Valid Concept?. *Social Science and Medicine*, 38, 509-516.

Bilaga 1

Medelvärden på varje enskild fråga i CSQ-8 uppdelat på institution/HVB-hem

	Basta	Björka	Eds hemmet	Faster Vera	Gälö	Hamnviks hemmet	Iris	Jälla	Korpberget	Matteus hemmet	Ragnhilds borg	Solbacken HVB	Stensele kursgård	Tingsryd	Trollängen	Vägen ut
Hur bedömer du kvaliteten på den hjälp du mottagit (på det behandlingshem du varit på)?	1,5	3	3	4	2,5	3	2,5	4	3,67	3	3	2	3	3	1	4
Har du fått den typ av hjälp du ville/önskade (på det behandlingshem du varit på)?	1,5	4	3	3	3	3,25	1,5	4	4	3	2	1	4	3	1	4
Till hur stor del har programmet/behandlingen/metoden uppfyllt dina behov (på det behandlingshem du varit på)?	2	3	2	3	3	2,5	1,5	4	3,33	2	4	2	4	3	1	4
Skulle du rekommendera programmet/behandlingen/metoden till en vän i behov av liknande hjälp (dvs det behandlingshem du varit på)?	2,5	4	4	4	2	3,75	2,5	4	4	3	3	2	4	3	1	4
Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du har fått (på det behandlingshem du varit på)?	1,5	4	3	3	2,5	3,25	2	4	3,67	2	3	2	4	3	1	4
Har programmet/behandlingen/metoden hjälpt dig hantera/lösa dina problem på ett bättre sätt (på det behandlingshem du varit på)?	2,5	2	3	4	3,5	2,75	2	4	4	3	3	3	3	4	1	4
Hur nöjd är du, generellt sett, med den hjälp du fått (på det behandlingshem du varit på)?	2	4	3	3	3	3,5	2	4	3,67	3	3	2	4	3	1	4
Om du skulle söka hjälp igen, skulle du vilja komma tillbaka till programmet/behandlingen/metoden (dvs till det behandlingshem du varit på)?	2	4	3	4	2	3	2	4	3,67	3	3	2	4	2	1	4

2014-03-03

Medelvärden i AUDIT och DUDIT (fråga 1) uppdelat på institution/HVB-hem

	AUDIT*	DUDIT*
Basta	1,5	1,5
Björka	0	0
Edshemmet	3	0
Faster Vera	0	0
Gålö	0	0
Hamnvikshemmet	1	0
Iris	1,5	0
Jälla	1	0
Korpberget	0,3	0,3
Matteushemmet	0	0
Ragnhildsborg	0	0
Solbacken HVB	3	3
Stensele kursgård	0	0
Tingsryd	0	0
Trollängen	0	0
Vägen ut	0	0

*Ett medelvärde över 2 indikerar ett bruk av alkohol- eller droger som kan vara skadligt

**9****PRE och POST mätningar på vuxenhetens öppenvård 2013 (SN 2014:85)****Beslut**

Socialnämnden godkänner rapporten.

Sammanfattning

Det övergripande syftet med denna undersökning var att utöka kunskapen om de sociala interventionerna som beviljas på Vuxenhetens öppenvård i Botkyrka kommun genom att studera klienternas förändringar i alkohol- och drogkonsumtion samt spelvanor. Utifrån syftet har följande frågeställning ställts- Hur ser förändringen ut för klienterna vårdade i Vuxenhetens öppenvård ifråga om:

- Alkohol- och drogkonsumtion.
- Tilltron till den egna förmågan att motstå alkohol, droger och/eller spel.
- Spelvanor (gäller endast de som behandlas för spelproblem).

Totalt undersöktes 114 personer vid start av intervention/behandling (PRE). Alldeles för få hade dock hunnit göra både en PRE och POST test under 2013 och därför studerades *alla* PRE/POST test som fanns tillgängliga gjorda mellan 2011–2013. Resultaten från endast PRE mätningen indikerar allvarliga alkoholproblem och drogrelaterade problem för gruppen som helhet vid start av behandling. Efter behandling uppvisar resultaten en signifikant nedgång gällande både alkohol- och drogkonsumtion. Tilltron på den egna förmågan att motstå alkohol- och/eller droger steg även kraftigt efter behandling. Vad gäller spel var det för få personer som hade fyllt i PRE/POST testen för att kunna uttala sig. På PRE mätningen upptäcktes en tydlig könsskillnad där kvinnorna uppvisar en högre grad av alkoholproblem än männen. En tänkbar förklaring kan vara att kvinnorna söker vård senare än männen. Att utveckla vården för kvinnor med missbruks- och beroendeproblem är en utmaning. Vuxenheten behöver fundera på hur man kan anpassa sig, och skapa förutsättningar, för att kvinnor i ett tidigare skede ska kunna söka vård och hjälp.

Referens
Staffan WallierMottagare
Socialnämnden

PRE och POST mätningar på Vuxenenhetens öppenvård 2013

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner rapporten.

Sammanfattning

Det övergripande syftet med denna undersökning var att utöka kunskapen om de sociala interventionerna som beviljas på Vuxenenhetens öppenvård i Botkyrka kommun genom att studera klienternas förändringar i alkohol- och drogkonsumtion samt spelvanor. Utifrån syftet har följande frågeställning ställts: Hur ser förändringen ut för klienterna vårdade i Vuxenenhetens öppenvård ifråga om:

- *Alkohol- och drogkonsumtion.*
- *Tilltron till den egna förmågan att motstå alkohol, droger och/eller spel.*
- *Spelvanor (gäller endast de som behandlas för spelproblem).*

Totalt undersöktes 114 personer vid start av intervention/behandling (PRE). Alldeles för få hade dock hunnit göra både en PRE och POST test under 2013 och därför studerades *alla* PRE/POST test som fanns tillgängliga gjorda mellan 2011–2013. Resultaten från endast PRE mätningen indikerar allvarliga alkoholproblem och drogrelaterade problem för gruppen som helhet vid start av behandling. Efter behandling uppvisar resultaten en signifikant nedgång gällande både alkohol- och drogkonsumtion. Tilltron på den egna förmågan att motstå alkohol- och/eller droger steg även kraftigt efter behandling. Vad gäller spel var det för få personer som hade fyllt i PRE/POST testen för att kunna uttala sig. På PRE mätningen upptäcktes en tydlig könsskillnad där kvinnorna uppvisar en högre grad av alkoholproblem än männen. En tänkbar förklaring kan vara att kvinnorna söker vård senare än männen. Att utveckla vården för kvinnor med missbruks- och beroendeproblem är en utmaning. Vuxenenheten behöver fundera på hur man kan anpassa sig, och skapa förutsättningar, för att kvinnor i ett tidigare skede ska kunna söka vård och hjälp.

Marie Lundqvist
Socialchef



2014-03-31

Referens
Staffan Wallier

Mottagare
Socialförvaltningens ledningsgrupp

PRE och POST mätningar på Vuxenenhetens öppenvård 2013

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Övergripande syfte och frågeställning.....	4
Metod.....	5
Målgrupp och procedur.....	5
Mätinstrument.....	5
Resultat	7
Svarsfrekvens.....	7
Köns- och åldersfördelning	7
Alkohol- och drogkonsumtion.....	7
Tilltron till den egna förmågan.....	8
Spelvanor	9
Jämförelser mellan PRE och POST	9
Diskussion och analys	11
Referenser.....	13

Sammanfattning

Många vanliga sociala interventioner inom socialtjänst och annan offentlig verksamhet har inte följts upp eller utvärderats tillräckligt i den miljö där den utförs och behöver därför studeras mer noggrant. På Vuxenenhetens öppenvårdssektion i Botkyrka kommun har man därför beslutat att följa upp *alla* sina klienter för att se om deras behandlingsinsatser bidragit till en minskad alkohol- och/eller drogkonsumtion. Det övergripande syftet med denna undersökning var att utöka kunskapen om de sociala interventionerna som beviljas på Vuxenenhetens öppenvård i Botkyrka kommun genom att studera klienternas förändringar i alkohol- och drogkonsumtion samt spelvanor. Utifrån syftet har följande frågeställning ställts- Hur ser förändringen ut för klienterna vårdade i Vuxenenhetens öppenvård ifråga om:

- *Alkohol- och drogkonsumtion.*
- *Tilltron till den egna förmågan att motstå alkohol, droger och/eller spel.*
- *Spelvanor (gäller endast de som behandlas för spelproblem).*

Under 2013 hade man som målsättning att undersöka *alla* klienter som sökte hjälp och sedermera påbörjade en intervention/behandling i Vuxenenhetens öppenvård, detta skulle ske med ett antal mätinstrument före (PRE) och efter (POST) behandling på öppenvården. Totalt undersöktes 114 personer vid start av intervention/behandling (PRE). Alldeles för få hade dock hunnit göra både en PRE och POST test under 2013 och därför studerades *alla* PRE/POST test som fanns tillgängliga gjorda mellan 2011–2013.

Resultaten från endast PRE mätningen indikerar allvarliga alkoholproblem och drogrelaterade problem för gruppen som helhet vid start av behandling. Efter behandling uppvisar resultaten en signifikant nedgång gällande både alkohol- och drogkonsumtion. Tilltron på den egna förmågan att motstå alkohol- och/eller droger steg även kraftigt efter behandling. Vad gäller spel var det för få personer som hade fyllt i PRE/POST testen för att kunna uttala sig.

På PRE mätningen upptäcktes en tydlig könsskillnad där kvinnorna uppvisar en högre grad av alkoholproblem än männen. En tänkbar förklaring till de observerade könsskillnaderna kan vara att kvinnorna söker vård långt senare än männen. Att utveckla vården för kvinnor med missbruks- och beroendeproblem är en utmaning. Vuxenenheten i Botkyrka kommun behöver fundera på hur man kan anpassa sig, och skapa förutsättningar, för att kvinnor i ett tidigare skede ska kunna söka vård och hjälp.

Inledning

Det råder en generell brist på kunskap om sociala interventioners effekter. Det gäller inte bara socialt arbete utan även andra områden som berör sociala interventioner, till exempel psykologiska och psykiatriska interventioner. I en granskning av 1402 avhandlingar inom sju olika vetenskapliga discipliner (folkhälsovetenskap, kriminologi, omvårdnadsvetenskap, pedagogik, psykologi, socialt arbete och sociologi) publicerade mellan 1997–2006 innehöll endast 13 procent studier av interventioners effekter (Socialstyrelsen, 2010). Målet för alla sociala interventioner är i grunden att hjälpa den behövande och/eller utsatta människan. Men sett i skenet av de bristande effektutvärderingar som existerar inom området är det svårt att inte nämna etik. De etiska grundval som måste gälla inom alla typer av sociala interventioner är att först och främst inte skada och helst inte utsätta hjälpbehövande för verkningslösa behandlingar/insatser. Att mäta resultaten av sociala interventioner är utifrån det etiska perspektivet därför väldigt viktigt. Förutom det etiska perspektivet måste även det ekonomiska perspektivet beaktas, uppföljningar och utvärderingar av sociala interventioner kan även bidra till ökad kostnadseffektivitet som inte enbart gagnar verksamheten som utövar interventionen utan även den enskilde klienten som blir ”utsatt” för den. En intervention (behandling/insats) kan definieras som en medveten åtgärd som riktar sig till en klient och som syftar till att uppnå ett visst mål för klienten. Många vanliga sociala interventioner inom socialtjänst och annan offentlig verksamhet har inte följts upp eller utvärderats tillräckligt i den miljö där den utförs och behöver därför studeras mer noggrant. På Vuxenenhetsens öppenvårdssektion i Botkyrka kommun har man därför beslutat att följa upp *alla* sina klienter för att se om deras behandlingsinsatser bidragit till en minskad alkohol- och/eller drogkonsumtion.

Övergripande syfte och frågeställning

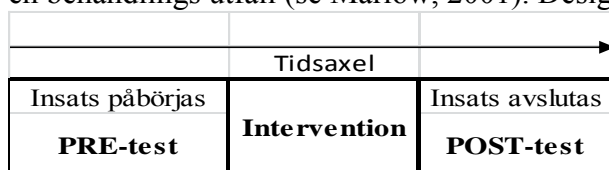
Det övergripande syftet är att utöka kunskapen om de sociala interventionerna som beviljas på Vuxenenhetsens öppenvård i Botkyrka kommun genom att studera klienternas förändringar i alkohol- och drogkonsumtion samt spelvanor. Utifrån syftet har följande frågeställning ställts:

Hur ser förändringen ut för klienterna vårdade i Vuxenenhetsens öppenvård ifråga om:

- *Alkohol- och drogkonsumtion.*
- *Tilltron till den egna förmågan att motstå alkohol, droger och/eller spel.*
- *Spelvanor (gäller endast de som behandlas för spelproblem).*

Metod

För att kunna besvara frågeställningen har ”one-group pretest- posttest design (ej experimentell)” använts. Denna typ av enkelgruppsdesign, där samma grupp av individer undersöks vid två tillfällen (där första mättillfället äger rum innan behandling och det andra efter behandling), gör det möjligt att utvärdera en behandlings utfall (se Marlow, 2001). Designen sammanfattas i figur 1.



Figur 1. Uppföljningsdesignen på Vuxenenhetsens öppenvård i Botkyrka kommun

Målgrupp och procedur

Under 2013 hade man som målsättning att undersöka *alla* klienter som sökte hjälp och sedermera påbörjade en intervention/behandling i Vuxenenhetsens öppenvård, detta skulle ske med ett antal mätinstrument (se under rubriken mätinstrument). Klienten skulle undersökas vid första tillfället då han/hon påbörjade en intervention/behandling (PRE). När klienten genomgått en intervention/behandling skulle denna undersökas igen i direkt anslutning till sista behandlingstillfället (POST) för att initialt kunna ge svar på hur förändringen såg ut gällande personens alkohol- och drogkonsumtion samt spelvanor (obs endast för de klienterna med spelproblem).

Mätinstrument

I syfte att följa upp förändringen för klienterna vårdade i Vuxenenhetsens öppenvård användes mätinstrumenten AUDIT, DUDIT, AASE eller DASE när insats påbörjades (PRE) och när insats avslutades (POST). Vid spelproblem användes mätinstrumenten GASS och NODS istället för AASE/DASE.

För att mäta alkoholkonsumtion användes AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) som är ett internationellt utprovat screeninginstrument utvecklat av en grupp forskare på uppdrag av WHO (Saunders et al, 1993). AUDIT är främst utvecklat för att identifiera och undersöka problemnivån kring alkohol och visar tillfredsställande reliabilitet i den svenska versionen (se Bergman & Källmén, 2002). Formuläret omfattar 10 frågor där klienten får skatta sina alkoholvanor. Varje fråga kan ge mellan 0–4 poäng och hela testet kan ge max 40 poäng. Internationella studier visar att ett medelvärde på 8 poäng eller mer indikerar ett skadligt eller riskfyllt alkoholintag.

För att mäta drogkonsumtion användes DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) som är ett frågeformulär bestående av 11 frågor som syftar till att ta reda på konsumtionsmönster och drogrelaterade problem av olika slag. DUDIT uppvisar en god reliabilitet (Berman et al, 2005) och används bl.a. av en rad landsting i screeningssyfte (exempelvis Örebro och Kronoberg). Maxpoäng på testet är 44 och enligt manualen för DUDIT (2003) är ett medelvärde för män på 6 eller mer en indikator för drogproblem; för kvinnor anges ett medelvärde på 2 eller mer som en indikator för drogproblem.

För att mäta tilltron till den egna förmågan att motstå alkohol och droger användes AASE (Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale) och DASE (Drug Abstinence Self-Efficacy Scale). AASE och DASE är två mer eller mindre identiska frågeformulär utformade i syfte att mäta klientens nivå av *self-efficacy*; dvs. den egna tilltron/förtroendet att klara av saker och/eller stå emot alkohol eller droger. I denna uppföljning har en version av AASE/DASE med 12 frågor använts. Lägsta totala poäng på frågeformuläret är 1 och maxpoängen är 5, höga poäng på AASE/DASE visar att individen har högre tilltro/förtroende gällande sin förmåga att avstå från att använda alkohol (AASE) eller droger (DASE). Omvänt visar låga poäng att personen inte tror att han/hon kan motstå frestelsen att dricka alkohol eller ta droger. Förändringar i self-efficacy ska i teorin förmedla benägenheten till beteendeförändring och efter en behandling bör den totala poängen på AASE/DASE ha ökat (se DiClemente et al, 1994).

För att mäta tilltron till den egna förmågan att motstå spel användes GASS (Gambling Abstinence Self-efficacy Scale) som är ett frågeformulär på 21 frågor där klienterna får skatta hur säkra de är i sin tilltro/förmåga att stå emot spel i specifika situationer (Hodgins et al, 2001). Låga poäng på GASS innebär låg nivå av motstånd och höga poäng innebär ett högt motstånd, minsta poäng är 1 och högsta poäng är 5. Vid spelproblem användes även NODS (NORC DSM Screen for Gambling Problems) som är ett frågeformulär bestående av 17 frågor utformat för att mäta spelrelaterade problem (Gerstein et al, 1999). Frågorna i NODS täcker de tio kriterierna som finns för spelberoende enligt diagnosmanualen DSM-IV (2000). Vid den svenska översättningen som gjordes av *The international gambling research team of Sweden* år 2005 infördes tidsramen 30 dagar (vilket har använts i denna uppföljning). I Sverige har NODS bland annat använts i kliniska studier på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut (2010a; 2010b).

Resultat

Svarsfrekvens

Under 2013 undersöktes totalt 114 personer vid start av intervention/behandling i Vuxenenhetsens öppenvård (PRE). Vuxenenhetsens öppenvård har under 2012–2013 infört och aktivt arbetat med så kallade öppna serviceytor och/eller serviceinsatser. En stor andel klienter som under 2013 sökte sig till Vuxenheten, och som undersöktes vid start av intervention/behandling, var en serviceinsats.

Enligt Vuxenenhetsens egna siffror gällande 2013 påbörjades 82 stycken behandlingsinsatser efter beslut (25 kvinnor och 57 män), 96 stycken behandlingsinsatser påbörjades på serviceyta (20 kvinnor och 76 män) och 68 stycken påbörjades på motivationsprogrammet (24 kvinnor och 44 män). Problemet med dessa siffror är dock att en person kan ha deltagit i mer än en behandling. Exempelvis så fortsätter de flesta som deltar i motivationsprogrammet med en behandling (på antingen service eller med ett beslut). Dokumentationen gällande de personer som erhållit serviceinsats är ofullständig och att beräkna svarsfrekvensen är därför svårt om inte omöjligt utifrån detta.

Köns- och åldersfördelning

Den totala medelåldern på de svarande under 2013 var 41 år, den äldsta var 68 år och den yngsta var 21 år; 78 procent av de svarande var män och 22 procent var kvinnor (tabell 1 och 2).

Tabell 1. Medelålder totalt och könsuppdelat, minimum och maximum

	Medel	Minimum	Maximum
Ålder (totalt)	41	21	68
Man	40,5	21	68
Kvinna	42,3	23	57

Tabell 2. Könsfördelning, antal och procent

	Antal	Procent
Totalt	114	100
Man	89	78
Kvinna	25	22

Alkohol- och drogkonsumtion

Vad gäller alkoholkonsumtionen vid PRE mätningen 2013 så mättes detta med hjälp av AUDIT. Höga poäng på AUDIT betyder större sannolikhet att riskbruk, skadligt bruk eller beroende av alkohol föreligger. WHO anger att 8 po-

äng eller mer är en lämplig nivå som indikator på att riskbruk, skadligt bruk eller beroende föreligger. Över 16 poäng indikerar allvarliga alkoholproblem, över 20 poäng indikerar starkt att beroende föreligger. Vid PRE mätningen visar AUDIT en total summa på 18,6, vilket indikerar allvarliga alkoholproblem för gruppen som helhet. Uppdelat på kön visar resultaten en signifikant skillnad där kvinnorna anger ett högre värde än männen (se tabell 3).

Tabell 3. AUDIT vid PRE mätning 2013

	Medel	Antal
Man	17,1	89
Kvinna	23,9	25
Totalt	18,6	114

Statistiskt signifikant skillnad mellan könen ($p=0,013$)

Vad gäller drogkonsumtion vid PRE mätningen 2013 så mättes detta med hjälp av DUDIT. Höga poäng på DUDIT betyder större sannolikhet att riskbruk, skadligt bruk eller beroende av droger föreligger. Om en manlig klient har 6 poäng eller mer så har han sannolikt drogrelaterade problem. För en kvinnlig patient/klient är cut-off värdet 2 poäng. Om en klient har över 25 poäng så är denne sannolikt beroende av droger. Resultaten visar att gruppen som helhet har drogrelaterade problem, inga statistiska signifikanta skillnader kunde hittas mellan könen (tabell 4).

Tabell 4. DUDIT vid PRE mätning 2013

	Medel	Antal
Man	11,7	89
Kvinna	7,1	25
Totalt	10,7	114

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=0,156$)

Tilltron till den egna förmågan

Tilltron till den egna förmågan att motstå alkohol/droger vid PRE mätningen 2013 mättes med hjälp av AASE och DASE. Höga poäng på AASE och DASE visar att individen har högre förtroende gällande sin förmåga att avstå från att använda alkohol eller droger. Omvänt visar låga poäng att personen inte tror att de kan motstå frestelsen att dricka alkohol eller ta droger. Resultaten visar att gruppen som helhet uppvisar 2,91. Ingen skillnad kunde hittas mellan könen (tabell 5).

Tabell 5. AASE/DASE vid PRE mätning 2013

	Medel	Antal
Man	2,94	77
Kvinna	2,79	23
Totalt	2,91	100

Ingen signifikant skillnad mellan könen ($p=0,460$)

Spelvanor

Av de 114 svarande var det totalt 12 stycken som påbörjade behandling för spelproblem 2013 och således också gjorde PRE-test inriktat på detta (dvs. GASS och NODS). Resultaten visar att det endast var män som genomgick behandling för spel och att det endast var 11 som fyllde i GASS och 8 som fyllde i NODS. Totalt uppvisar GASS ett resultat på 1,64 för 2013 (se tabell 6). Vad gäller NODS visar resultaten en medelpoäng på 6,4 vilket indikerar spelberoende (tabell 7).

Tabell 6. GASS vid PRE mätning 2013

	Medel	Antal
Man	1,64	11
Totalt	1,64	11

Tabell 7. NODS vid PRE mätning 2013

	Medel	Antal
Man	6,4	8
Totalt	6,4	8

Jämförelser mellan PRE och POST

Eftersom det är så få som hunnit göra både en PRE och POST test under 2013 har *alla* PRE/POST test som finns tillgängliga studerats. Totalt 38 PRE/POST test för AUDIT och AASE/DASE samt 30 för DUDIT, gjorda mellan 2011–2013, finns att jämföra på individnivå. Jämförelsen gjordes med hjälp av t-test med en signifikantsnivå på 95 procent.

På AUDIT uppvisar jämförelsen mellan mätningarna en signifikant skillnad. Poängnivån på AUDIT sjönk från 16,6 i medel till 8,2 på de 38 personer som gjort både PRE- och POST test (se tabell 8).

Tabell 8. PRE/POST test AUDIT

	Medel	Antal
PRE AUDIT	16,6	38
POST AUDIT	8,2	38

Signifikant skillnad mellan PRE och POST test ($p=,000$)

På DUDIT visar resultaten mellan PRE- och POST mätningarna en signifikant skillnad. Poängnivån på DUDIT sjönk från 9,6 till 3,5 på de 30 personer som fyllt i båda testen (tabell 9).

Tabell 9. PRE/POST test DUDIT

	Medel	Antal
PRE DUDIT	9,6	30
POST DUDIT	3,5	30

Signifikant skillnad mellan PRE och POST test ($p=,003$)

På AASE/DASE gick den totala poängen upp kraftigt från i medel 2,7 till 4,1 på de 38 personer som fyllt i både PRE och POST testen (tabell 10).

Tabell 10. PRE/POST test AASE/DASE

	Medel	Antal
PRE AASE/DASE	2,7	38
POST AASE/DASE	4,1	38

Signifikant skillnad mellan PRE och POST test ($p=,000$)

På GASS och NODS (spel) visar resultaten från jämförelsen mellan PRE- och POST mätningarna att de 10 personer som fyllt i GASS förbättrat sina resultat signifikant. Vad gäller NODS har för få gjort både PRE- och POST för räkna på detta (se tabell 11).

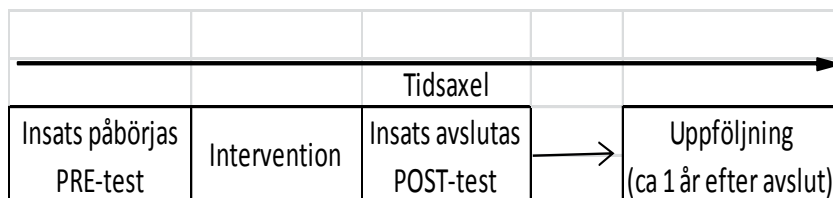
Tabell 11. PRE/POST test GASS och NODS

	Medel	Antal
PRE_GASS_SUM	1,84	10
POST_GASS_SUM	3,40	10
PRE_NODS_SUM	6,3	3
POST_NODS_SUM	3,7	3

Signifikant skillnad mellan PRE och POST test gällande GASS ($p=,004$)

Diskussion och analys

För att en behandling ska kunna visa att den har en bestående effekt brukar man rekommendera uppföljning ca 1 år efter avslutad behandling. Uppföljningen ska besvara en viktig fråga och det är huruvida förändringarna står sig över tid. Denna fråga måste besvaras separat från frågan om behandlingen har initial effekt vid exempelvis en POST mätning (dvs. en mätning i direkt anslutning till avslut av behandling). En behandling kan ju uppvisa god effekt vid en POST mätning men inte stå sig tillräckligt bra över tid, vilket i sin tur skulle innebära att man bör avfärda behandlingen då det sannolikt är olika faktorer som gav de ursprungliga effekterna och som vidmakthåller de uppnådda effekterna på sikt (se Sundell, 2012). Eftersom man inte har någon kontrollgrupp i denna uppföljning kan man egentligen inte heller tala om effekter utan bara om förändringar i beteenden. För att resultaten ska vara trovärdiga bör man därför planera in en uppföljning minst 1 år efter avslutad behandling (se förslag till utökad uppföljningsdesign i figur 2). Vid en sådan uppföljning skulle man då kunna se huruvida de eventuella förändringarna vid POST mätningen är bestående.



Figur 2. Förslag på utökad uppföljningsdesign

Vuxenenhetens öppenvård saknar idag ett system för att registrera och dokumentera serviceinsatser. Detta betyder att Vuxenenheten inte kan få fram exakta siffror om hur många klienter som erhållit serviceinsatser, att beräkna svarfrekvensen blir därför svårt (om inte omöjligt). Att beräkna svarsfrekvens är en viktig faktor för en undersöknings kvalitet och generaliserbarhet, bortfall är alltid förenade med osäkerhet i tolkningen av resultaten. En generellt hög svarsfrekvens är alltid önskvärt ur ett kvalitetsperspektiv. Vuxenenheten behöver därför hitta en modell eller ett system för att kunna beräkna svarsfrekvensen på ett enkelt sätt både vad gäller PRE som POST mätningarna för att öka kvaliteten i undersökningen.

Vuxenenheten har emellertid ett system där orsakerna till bortfall på POST mätningarna kan undersökas. Vid bortfall är rutinen att ansvarig behandlare ska dokumentera skälen till bortfallet på en särskild bortfallsblankett. Vid

sammanställning av dessa blanketter framgår det att huvuddelen (39%) av bortfallen kan förklaras med att klienten uteblir från inbokade möten (se tabell 12). Hela 24 procent uppger även att de inte *vill* göra POST mätningen. Varför man uteblir eller väljer att inte samarbeta (inte vill) vid POST mätningen kan bero på ett flertal saker såsom klientens intryck av behandlingen, relationen med behandlaren och/eller upplevd nytta av behandlingen i sig. Vad det än beror på behöver Vuxenenheten undersöka detta närmare. Att klienterna uteblir från inbokade möten är dock svårt att förutse, men sett utifrån dessa resultat så behöver Vuxenenheten på allvar fundera på och eventuellt planera sin uppföljningsverksamhet utifrån denna realitet. Exempelvis genom upprepade mätningar istället för endast PRE- och POST mätningar.

Tabell 12. Orsaker till bortfall på POST mätningen

	Antal	Procent
Klient vill inte	13	24
Missbruk	5	9
Psykiska svårigheter	2	4
Klienten uteblir	21	39
Annat	13	24
Totalt	54	100

Könsskillnaden mellan kvinnor och män när det gäller AUDIT på PRE mätningen bör uppmärksammas och diskuteras. Klientgruppen som sådan har troligen utvecklat ett drogberoende långt innan de blivit aktuella hos socialtjänsten, och en tänkbar förklaring till de observerade könsskillnaderna kan vara att kvinnorna söker vård långt senare än männen. Föreställningen om att kvinnor har svårare alkoholproblem än män när de kommer till vård, och att kvinnor söker vård i senare skeden än män, är en uppfattning som ofta uttrycks i olika sammanhang. Resultaten från denna undersökning indikerar en könsskillnad som bekräftar denna uppfattning vilket är oroande. Att utveckla vården för kvinnor med missbruks- och beroendeproblem är en utmaning. Vuxenenheten i Botkyrka kommun behöver därför fundera på hur man kan anpassa sig, och skapa förutsättningar, för att kvinnor i ett tidigare skede ska kunna söka vård och hjälp.

Referenser

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res.* 11(1):22-31.

Bergman, H. & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol & Alcoholism*, 37, nr 3, sid 245-251.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P., & Hughes, S.O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141-148.

DUDIT Manual (2003). Anne H. Berman, PhD, Hans Bergman, PhD Tom Palmstierna, MD PhD, and Frans Schlyter, MA.

Gerstein DR, Volberg RA, Toce MT, Harwood H, Johnson RA, Buie T,. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago, IL: NORC, at the University of Chicago.

Hodgins, D. C., Peden, N., & Makarchuk, K. (2004). Self-efficacy in pathological gambling treatment outcome: Development of a gambling abstinence self-efficacy scale (GASS). *International Gambling Studies*. Volume/Page: 4(2), 99-108.

Marlow, Christine, R (2001). *Research Method's for Generalist Social Work*. Wasworth: Thomson Learning.

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction*. 1993 Jun;88 (6):791-804.

Socialstyrelsen (2010). Effektutvärderingar i doktorsavhandlingar.

Statens folkhälsoinstitut (2010a). Öppenvårdsprojekt för spelberoende: En utvärdering. Rapport R 2010:15. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2010b). Internetbaserat självhjälsprogram för spelberoende. Slutrapport. Rapport A 2010:11. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Sundell, K. (2012). Att göra effektutvärderingar. Socialstyrelsen och Gothia Förslag: Stockholm.

**10****Förslag på platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner (SN 2014:76)****Beslut**

Socialnämnden godkänner socialförvaltningens tjänsteskrivelse, daterad 2014-03-21, och överlämna den till kommunfullmäktige.

Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att lekplatser och idrottsplatser utomhus kan göras till frivilliga rökfria zoner.

Sammanfattning

Kommunfullmäktige har uppdragit till socialnämnd och samhällsbyggnadsnämnd att ta fram förslag på vilka platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner. Vår utredning visar att det inte finns något stöd i lagstiftning för kommunen att lokalt utfärda rökförbud utomhus. Där-
emot finns det möjligheter att införa frivilligt rökfria miljöer genom vädjan om rökfritt, så kallade trivselregler.

Som förslag på platser som skulle kunna vara aktuella som frivilligt rökfria zoner har vi fokuserat på offentlig plats på mark som kommunen äger och då särskilt miljöer där barn och unga vistas såsom lekplatser och idrottsplatser utomhus. Uppdraget redovisas under rubrikerna:

Ingen laglig rätt att införa rökförbud på fler allmänna platser än vad som anges i Tobakslagen

Uppmaning till frivilligt rökfria miljöer kan dock ske via trivselregler

Förslag till miljöer som kan vara aktuella som frivilligt rökfria

Planer finns kring frivilligt rökfria miljöer på lekplatser och utanför vissa av kommunens större fastigheter

Rekommendationer för kommunens fortsatta arbete

Övrig information – frivilligt rökfria miljöer i andra kommuner



2014-03-21

Referens

Hanna Lind, soc
 Anna Metzelius, sbf
 Anette Nygårds, kof
 Christina Olsson, klf

Mottagare

Socialnämnden

Förslag på platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner socialförvaltningens tjänsteskrivelse, daterad 2014-03-21, och överlämna den till kommunfullmäktige.

Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att lekplatser och idrottsplatser utomhus kan göras till frivilliga rökfria zoner.

Sammanfattning

Kommunfullmäktige har uppdragit till socialnämnd och samhällsbyggnadsnämnd att ta fram förslag på vilka platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner. Vår utredning visar att det inte finns något stöd i lagstiftning för kommunen att lokalt utfärda rökförbud utomhus. Däremot finns det möjligheter att införa frivilligt rökfria miljöer genom vädjan om rökfritt, så kallade trivselregler.

Som förslag på platser som skulle kunna vara aktuella som frivilligt rökfria zoner har vi fokuserat på offentlig plats på mark som kommunen äger och då särskilt miljöer där barn och unga vistas såsom lekplatser och idrottsplatser utomhus. Uppdraget redovisas under rubrikerna:

1. Ingen laglig rätt att införa rökförbud på fler allmänna platser än vad som anges i Tobakslagen
2. Uppmaning till frivilligt rökfria miljöer kan dock ske via trivselregler
3. Förslag till miljöer som kan vara aktuella som frivilligt rökfria
4. Planer finns kring frivilligt rökfria miljöer på lekplatser och utanför vissa av kommunens större fastigheter
5. Rekommendationer för kommunens fortsatta arbete
6. Övrig information – frivilligt rökfria miljöer i andra kommuner

2014-03-21

Ärendet

En motion (M) har väckts i kommunfullmäktige om att ta fram förslag kring rökfria zoner i det allmänna utrymmet. Folkhälsokommittén har därefter yttrat sig positivt till förslaget med vissa förbehåll. Efter kommunstyrelsens förslag till beslut, biföll kommunfullmäktige motionen och har uppdragit till socialnämnd och samhällsbyggnadsnämnd att ta fram förslag på vilka platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner.

Ingen laglig rätt att införa rökförbud på fler allmänna platser utomhus än vad som anges i Tobakslagen

Tobakslagen – reglerar rökförbud i vissa lokaler och områden utomhus
Hanteringen av tobaksprodukter samt begränsningen av rökning inomhus och andra områden regleras i tobakslagen (1993:581). Tobakslagen förbjuder, enligt 2 och 4 §, rökning i vissa offentliga miljöer och gemensamhetslokaler, inklusive lokaler för skol- och barnomsorg, hälso- och sjukvård, allmänna färdmedel, restauranger och serveringställen, hotell och annat tillfälligt boende samt lokaler dit allmänheten har tillträde. Ansvar för att rökförbudet upprätthålls vilar på den som äger eller disponerar respektive lokal i fråga.

Lagen reglerar även rökförbudet på skolgårdar och på motsvarande områden utomhus vid förskolor och fritidshem. Lagen regler däremot inte rökförbud i utemiljöer såsom utomhusserveringar och utemiljöer i samband med färdmedel, vilket innebär att tågplattformar som inte är inbyggda eller liknande faller utanför lagens bestämmelser. Frågan kring utvidgning av rökfria miljöer såsom busshållplatser och liknade platser var aktuell vid den senaste justeringen av tobakslagen (prop. 2004/05:118) men något konkret förslag på förbud föreslogs inte. Det påpekades dock att frågan kunde vara aktuell att utredas vidare.

Tobakslagen kan inte kompletteras genom lokala föreskrifter

Lokala ordningsföreskrifter

En kommun har rätt att meddela föreskrifter som behövs för att upprätthålla den allmänna ordningen på offentlig plats. Syftet med föreskrifterna ska således vara att förebygga ordningsstörningar på offentlig plats. En lokal föreskrift får inte angå förhållanden som är reglerat i en annan lag. Detta ska inte tolkas så att lokala föreskrifter får omfatta endast områden som lagstiftaren lämnat helt oreglerade. Det är möjligt, i viss utsträckning, att i lokala ordningsföreskrifter komplettera en författning. Om en författning är avsedd att uttöm-

2014-03-21

mande reglera ett visst förhållande kan dock inte lokala föreskriften komplettera en sådan författning. Tobakslagen reglerar uttömmande när rökning är förbjuden på offentliga platser. Därtill kommer att ordningsföreskrifter endast ska förebygga ordningsstörning. Syftet med ett rökförbud är snarare att skydda människors hälsa. Det är således inte möjligt att införa rökförbud i lokala ordningsföreskrifter.

Lokala hälsoskyddsföreskrifter

I 9 kap 12 § miljöbalken anges att regeringen får överlåta åt kommun att meddela föreskrifter som behövs till skydd mot olägenheter för människors hälsa. I förordning (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd har kommunerna givits en sådan rätt avseende vissa verksamheter. Någon rätt att utfärda föreskrifter angående rökförbud går dock inte att utläsa av denna förordning.

Uppmaning till frivilliga rökfria miljöer kan dock ske via trivselregler

På platser som kommuner äger

På vissa utvalda offentliga platser som kommunen äger, exempelvis lekplatser, idrottsplatser, parker och badplatser, har kommuner möjlighet att införa frivilliga trivselregler där rökning undanbedes. Skrivningen får dock inte utformas så att den uppfattas som ett regelrätt förbud mot rökning. Kommunen har inte heller någon sanktionsmöjlighet. Kring utemiljöer som ägs av annan aktör, kan kommunen ta upp frågan för diskussion med hänvisning till exempelvis Handikappombudsmannens riktlinjer för tillgänglighet.

Utanför kommunfastigheters entréer

Motsvarande trivselregler kan användas utanför kommunens entréer. De bör då utformas i enlighet med Handikappombudsmannens riktlinjer "Riv hindren" för tillgänglighet samt kravet kring att ingen ofrivilligt ska utsättas för tobaksrök vid entrén, inom lokalerna eller på uteplats i anslutning till myndigheternas lokaler. Riktlinjerna omfattar anvisningar som möjliggör för personer med allergi eller överkänslighet att vistas i lokalerna. De omfattar även krav på att plats för rökare (om sådan finns) ligger minst 15 m från entrén, men nåbar för personer som använder rullstol och placerad så att man inte behöver passera platsen när man tar sig fram till entrén.

2014-03-21

Förslag på miljöer som kan vara aktuella som frivilliga rökfria zoner

Fokus på miljöer där barn och unga vistas

Utredningen har fokuserat på offentliga platser på mark som kommunen äger, där särskilt barn och unga vistas. I första hand ser vi följande miljöer som lämpliga att införa som frivilligt rökfria miljöer genom trivselregler:

- Lekplatser: cirka 50 st.
- Idrottsanläggningar utomhus, spontana idrottsplatser, utegym: cirka 100 st.

Därefter kan miljöer där många vuxna och barn vistas vara aktuella, exempelvis kommunala badstränder (7 st.), parker (5 st.), motionsspår (11 st.), naturstigar (3 st.) och naturreservat (13 st.).

Motiv för fokus på miljöer där särskilt barn och unga vistas

Då tobaksförbud i offentlig utomhusmiljö inte finns inskrivet i tobakslagen, finns en risk att införandet av en lokal frivillig trivselregel inte accepteras och därför inte efterföljs. Om kommunen väljer att införa trivselregler, är vår bedömning att opinionen i dagsläget är mer positiv till miljöer där särskilt barn och unga vistas i jämförelse med miljöer där främst vuxna befinner sig.

Det finns även andra skäl till att vi har valt att fokusera på barn och unga.

- Barn kan sällan själva bestämma var de ska leka och riskerar därför att utsättas för tobaksrök som är särskilt riskabel för växande kroppar.
- Barn och unga är känsliga och löper större risk än vuxna för negativa effekter av de skadliga ämnena i tobaksrök; det kan förvärra astmatacker och orsaka lunginflammation, bronkit och öroninflammationer.
- Risken minskar för att barn ska äta giftiga cigarettfimpar från marken.
- En rökfri social närmiljö ger också signaler till barn och ungdomar att rökning inte är okej. Barnen slipper påverkas av att se vuxna förebilder röka samtidigt som lockelsen minskar för unga att börja röka och fastna i tobaksberoende (de flesta som börjar gör det innan de fyllt 20 år). Det stödjer dessutom alla som funderar eller håller på att sluta röka.

Att fokusera på miljöer där särskilt barn och unga vistas ligger i linje med det regeringsuppdrag som Folkhälsomyndigheten har angående en utredning kring eventuell komplettering i Tobakslagen av fler rökfria miljöer. Uppdraget ska redovisas senast 15 oktober 2014. Vikten av tobaksfria miljöer för barn och unga betonas även i kommunens folkhälsopolicy, antagen i kommunfullmäktige samt den nationella strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspo-

2014-03-21

litiken, antagen av riksdagen. Även Barnkonventionen och Tobakskonventionen lyfter upp barns rätt till bästa möjliga hälsa och en tobaksfri uppväxt.

Planer finns kring frivilligt rökfria miljöer på lekplatser och utanför vissa kommunfastigheter

Under 2014 har samhällsbyggnadsförvaltningen planer på att införa frivilliga områden där rökning undanbedes.

- Under året ska nya skyltar sättas upp på kommunens lekplatser med information om lekplatsens namn och adress samt telefonnummer för felanmälan. Som komplement till andra befintliga trivselregler planeras skyltarna även ha information om att lekplatsen är en frivilligt rökfri zon i form av ”För barnens skull, rökning undanbedes” eller liknande.
- Förvaltningen planerar även att införa rökfria zoner utanför större kommunala byggnader. Mål i verksamhetsplanen (tekniska nämnden) 2014 är fem zoner.

Rekommendationer för kommunens fortsatta arbete

Utöver pågående arbete noterat ovan, föreslår vi att kommunen avvaktar med fler frivilligt rökfria miljöer till dess att Folkhälsomyndighetens utredning är klar kring eventuell komplettering i Tobakslagen av fler rökfria miljöer. Utredningen redovisas senast oktober 2014.

Vi betonar samtidigt vikten av att kommunen efterlever befintlig lagstiftning kring rökförbud på skolgårdar och på motsvarande områden utomhus vid förskolor och fritidshem. Kommunen har därtill policys och riktlinjer kring tobak: riktlinjer för föreningar kring tobak för att få föreningsbidrag samt kommunens folkhälsopolicy med tillhörande alkohol-, narkotika och tobakspolicy för barn- och ungdomsverksamheter.

Även vikten av dialog med invånare, samverkanspartner och media kring motivet för frivilligt rökfria zoner bör uppmärksammas vid planeringen.

Övrig information – frivilligt rökfria miljöer i andra kommuner

Kommuner som infört frivilligt rökfria miljöer på offentlig plats

Enligt Folkhälsomyndigheten finns det ingen nationell uppföljning över kommuner som infört frivilligt rökfria utomhusmiljöer. Vid efterforskning har vi funnit två kommuner. Det handlar då om uppmaning att inte röka, det vill säga inte ett förbud.

- Malmö stad har sedan 2008 skyltar på kommunens 17 temalekplatser med text om tema samt ”Tänk på barnen, rök inte här”. Rökrutor för vuxna finns på idrottsplatser intill läktarna, men inte nära spelplan. Dessutom har rekommendationer tagits fram om att det bör vara rökfritt 10 meter från entrén. Detta diskuteras med fastighetsägare.
- Göteborgs stadsdelsförvaltning Östra har år 2012, tillsammans med Familjebostäder (ägt av Göteborg stad), satt upp skyltar på två lekplatser med information om att besökaren uppmanas att inte röka.

Kommuner som diskuterat frågan eller fått avslag kring rökförbud

Det finns också exempel på kommuner som diskuterat frågan men antingen fått avslag eller lyft frågan inför framtida arbete.

- Stockholm Stad har utrett frågan om rökförbud utomhus vid Slussen. I stadens/trafikkontorets beslut 2009 konstateras att det inte av lag följer att rökförbud råder på platsen samt att staden saknar stöd för att införa ett sådant förbud genom lokala föreskrifter.
- Kommunstyrelsen i Härnösand avslog ett medborgarförslag om ”nollvision för tobak i hela länet” med motiveringen att det är en nationell angelägenhet. Kommunfullmäktige beslöt dock efter ajournering i juni 2013 att frågan ska beaktas i pågående utformning av ny folkhälsoplan. Hindret mot att med lagligt stöd införa rökfria miljöer har diskuterats.



§ 111

Svar på motion - Upprätta rökfria zoner i det allmänna utrymmet (M) (KS/2011:246)

Beslut

Kommunfullmäktige bifaller motionen.

Kommunfullmäktige uppdrar till socialnämnd och samhällsbyggnadsnämnd att ta fram förslag på vilka platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner.

Ärendet

Kommunstyrelsen har 2012-09-03 § 153 lämnat ett förslag till beslut.

Jimmy Baker (M) väckte vid kommunfullmäktiges sammanträde 2011-06-16 § 125 en motion – upprätta rökfria zoner i det allmänna utrymmet. Motionären föreslår att berörda förvaltningar får i uppdrag att ta fram förslag på vilka platser i kommunen som skulle kunna vara aktuella som rökfria zoner.

Folkhälsokommittén har yttrat sig över motionen 2011-09-05.

Sammanfattning

Folkhälsokommittén och socialförvaltningen delar uppfattningen om betydelsen av rökfria miljöer, framför allt runt barn och unga. Socialförvaltningens yttrande beskriver bland annat att passiv rökning behöver minskas samt att rökfria miljöer bidrar till minskad tobakskonsumtion. Rökning bidrar till ohälsa och hälsoskillnader i Sverige.

Socialförvaltningen framhåller att om rökfria zoner ska införas är det av stor vikt att arbetet samordnas och att en analys görs av nuläge, behov av rökfria zoner och konsekvenser i form av exempelvis ansvar och tillsynsmöjligheter.

2012-09-27

Dnr KS/2011:246

Yrkanden

Jimmy Baker (M) och Inger Ros (S) yrkar bifall till kommunstyrelsens förslag till beslut.

Expedieras till:

- Socialnämnden
- Samhällsbyggnadsnämnden
- Folkhälsokommittén

**11****Ansökan om fondmedel för rekreations- och studieresor för personer med psykisk funktionsnedsättning (SN 2010:56)****Beslut**

Socialnämnden godkänner Socialpsykiatriska enhetens ansökan om fondmedel för rekreationsresor för brukare i särskilda boendeformer.

Sammanfattning

Brukare inom särskilda boendeformer har framfört önskemål att med stöd av personal kunna göra mindre rekreationsresor, studiebesök och andra liknande aktiviteter. Socialpsykiatriska enheten önskar att få söka totalt 79 000 kr från Aldingska Stiftelsen för att genomföra aktiviteter som föreslagits av brukarna.

Ärendet

Brukare inom särskilda boendeformer (5 gruppboenden) har framfört önskemål om att med stöd av personal kunna göra rekreationsresor både inom Sverige och utomlands.

Syftet med aktiviteterna är att få ett avbrott i vardagen och ha semester som andra i samhället.

För de brukare med en inkomst lägre än 150 000 kr om året har personalen föreslagit att söka fondmedel så att alla som vill, kan följa med på den resa som ordnas. Personalen planerar söka bidrag från Aldingska Stiftelsen.

Socialpsykiatriska enheten önskar att få söka mellan totalt 79 000 kr från Aldingska Stiftelsen för att genomföra aktiviteter som föreslagits av brukarna.



Referens

Mottagare
Styrelse/nämnd

Ansökan om fondmedel för rekreations-och studieresor för personer med psykisk funktionsnedsättning

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner Socialpsykiatriska enhetens ansökan om fondmedel för rekreationsresor för brukare i särskilda boendeformer.

Sammanfattning

Brukare inom särskilda boendeformer har framfört önskemål att med stöd av personal kunna göra mindre rekreationsresor, studiebesök och andra liknande aktiviteter. Socialpsykiatriska enheten önskar att få söka totalt 79 000 kr från Aldingska Stiftelsen för att genomföra aktiviteter som föreslagits av brukarna.

Ärendet

Brukare inom särskilda boendeformer (5 gruppboenden) har framfört önskemål om att med stöd av personal kunna göra rekreationsresor både inom Sverige och utomlands.

Syftet med aktiviteterna är att få ett avbrott i vardagen och ha semester som andra i samhället.

För de brukare med en inkomst lägre än 150 000 kr om året har personalen föreslagit att söka fondmedel så att alla som vill, kan följa med på den resa som ordnas. Personalen planerar söka bidrag från Aldingska Stiftelsen.

Socialpsykiatriska enheten önskar att få söka mellan totalt 79 000 kr från Aldingska Stiftelsen för att genomföra aktiviteter som föreslagits av brukarna.

Marie Lundqvist
socialchef



12

Förvaltningschefen informerar

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendet

Socialchef Marie Lundqvist informerade om aktuella frågor.



13

**Ärenden från samordningsförbundet i Botkyrka, Huddinge
och Salem (SN 2014:14)**

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendet

Från Samordningsförbundet Botkyrka anmäls:

Sammanträdesprotokoll 2014-03-21

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem**Offentligt sammanträde** Nej**Sammanträdesdag** 21 mars 2014**Tid och plats** Klockan 08:30 – 10:00
Botkyrka kommunhus,

Beslutande	Ledamöter	Frånvarande följande paragrafer	Tjänstgörande ersättare
	Mats Einarsson (V), ordförande, Botkyrka kommun		
	Gunilla Helmerson (M), 1:e vice ordförande, Stockholms läns landsting		
	Fredrik Kristoffersen (M), Huddinge kommun		
	Lars Pilsetnek (M), Salems kommun	(§§ 1-2)	
	Claudia Zamorano, Arbetsförmedlingen	(§§ 1-2)	
	Ann Sjöström, Försäkringskassan		

Närvarande ej tjänstgörande ersättare Stig Bjernerup (FP) Botkyrka kommun, Shewen Nysmed (S) Huddinge kommun,
Mathias Holmlund, Försäkringskassan**Övriga närvarande** **Se nästa sida****Utses att justera**

Gunilla Helmerson

Justeringens tid

24 mars 2014

Paragrafer 1 - 11**Underskrifter**Lars Axelsson
*Sekreterare*Mats Einarsson
*Ordförande*Gunilla Helmerson
Justerande

Styrelsen för samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem sammanträde den 21 mars 2014.

Övriga närvarande

Elin Asplund, verkställande tjänsteman, Samordningsförbundet HBS

Hilda Gonzalez, processtödjare, Samordningsförbundet HBS

Göran Skogman, ekonom, Huddinge kommun

Lars Axelsson, sekreterare, Samordningsförbundet HBS

**BEVIS
om justering av förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem,
protokoll**

Justeringen har anslagits på kommunens anslagstavla

Samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem har sammanträtt den 21 mars 2014



Protokollet har justerats den 24 mars 2014

Anslaget sattes upp den 26 mars 2014

Anslaget tas ner den 15 april 2014

Den som vill läsa protokollet kan kontakta Verkställande tjänsteman, förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem

Underskrift



Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem	Sammanträdesdatum 21 mars 2014	Paragraf § 1
--	-----------------------------------	-----------------

Val av justerare

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutar att utse Gunilla Helmerson (M) att jämte ordförande Mats Einarsson (V) justera dagens protokoll.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			



Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 2

Godkännande av föredragningslistan

Styrelsen beslutar att godkänna föredragningslistan.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014



Paragraf
§ 3

HBS 2014/2

Anmälan av protokolljustering, styrelsens sammanträde den 17 januari 2014

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutar att anteckna anmälan av förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salems protokoll från 2014-01-17 till protokollet.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och SalemSammanträdesdatum
21 mars 2014Paragraf
§ 4

HBS 2014/17

Årsredovisning 2013

Styrelsens beslut



1. Styrelsen beslutar att godkänna Årsredovisning för samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge och Salem med finansiella delar och överlämnar den tillsammans med revisorernas skrivelse till ägarna.
2. Styrelsen beslutar att föreslå ägarna att det samlade överskottet 8 623 000 kr överförs till 2014 års verksamhet.
3. Styrelsen beslutar att godkänna de kostnader som överskridit budget för insatserna Kugghjulen, AkSe och Slussen.

Sammanfattning

Förbundet bildades den 1 januari 2013 och detta är därmed förbundets första verksamhetsberättelse. Årsredovisningen innehåller en översiktlig redogörelse av resultat och verksamhetsutveckling samt en redovisning av det ekonomiska utfallet för det första budgetåret. Den samlade bedömningen är att uppsatta mål i verksamhetsplanen 2013 är uppfyllda.

Till redovisningen hör två bilagor, varav den ena är en sammanställning av måloppfyllelse för 2013 i förhållande till åtaganden i verksamhetsplanen och den andra ger en översiktlig bild av de finansierade insatsernas verksamhet och resultat. Totalt finansierades tretton samverkansinsatser/projekt där drygt 1 300 deltagare omfattats av kortare samverkansinsatser och 495 personer fått ett fördjupat individuellt stöd. Av de som avslutade en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats fick 119 personer ett arbete eller började studera (vilket motsvarar 49 % av avslutade deltagare).

Det ekonomiska resultatet 2013 blev ett minus på 2,2 miljoner kronor. För verksamhetsåret 2013 har förbundet haft intäkter om 18,04 mkr avseende bidrag från parterna, och ett ingående överskott från de tidigare samordningsförbunden Botkyrka respektive HUSAM på drygt 10,8 mkr. Kostnaderna för 2013 har uppgått till knappt 20,4 mkr, vilket gör att förbundet redovisar ett minusresultat på ca 2,3 miljoner kronor. Sammantaget gör detta att Samordningsförbundet vid årets slut redovisar tillgångar på ca 8,6 mkr.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 4 forts.

HBS 2014/17



Majoriteten av de finansierade insatserna redovisar lägre kostnader än budgeterat. Tre insatser; Kugghjulen, AkSe och Slussen redovisar dock högre kostnader än budgeterat. För Kugghjul och AkSe avser det en mindre budgetavvikelse. För Slussens del beror detta på kostnader som uppkommit i samband med avräkning av det ESF-finansierade projektet Grenverket under perioden 2009-2013.

Överläggning

I ärendet yttrar sig Mats Einarsson (V), Gunilla Helmerson (M), Fredrik Kristoffersen (M), Mathias Holmlund, Försäkringskassan, Elin Asplund, verkställande tjänsteman, Göran Skogman, ekonom. Efter detta förklaras överläggningen avslutad.

Beslutet delges

Samordningsförbundets revisorer
Ägarna till samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge Salem

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum 21 mars 2014

Paragraf § 5

HBS 2014/16

Ansökan om medel till projekt Aktiv ungdom

Styrelsens beslut

1. Styrelsen beslutar att godkänna ansökan och bevilja 827 000 kr för projektet under år 2014.
2. Styrelsen uppdrar åt verkställande tjänsteman att upprätta nödvändiga avtal.

Sammanfattning

Salems kommun avser att i samverkan med Arbetsförmedlingen Botkyrka/Salem bedriva ett projekt riktat till ungdomar (16-24 år) med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser i syfte att dessa ska komma vidare till arbete eller studier.



Projektet beräknas starta i maj 2014 förutsatt att beviljade medel anslås och pågå till 2017.

Projektet ska i huvudsak utveckla samverkan och förbättra samordningen mellan myndigheter till stöd för målgruppen. En samordningsgrupp har till uppgift att gemensamt identifiera behov och lämpliga insatser samt samordna stödet kring projektdeltagarna. Projektet ska också specifikt verka för förbättrad samverkan mellan kommunens olika enheter och Arbetsförmedlingen i syfte att underlätta vägen till arbete/studier genom en tydlig koppling till arbetsmarknaden och anpassad studie- och yrkesvägledning. Vidare ska projektet tillhandahålla en ungdomsstödare som har till uppgift att utveckla ett förstärkt individuellt stöd till unga som idag inte kan tillgodogöra sig ordinarie rehabiliteringsinsatser.

Då det idag finns samverkansinsatser riktade till unga i både Botkyrka (Paraplyteamet) och Huddinge (Slussen och Lyra) kommer projektet främst att vända sig till unga boende i Salem. Projektet beräknas ha plats för ca 15-20 deltagare inskrivna och har som mål att ta emot 100 personer under en treårsperiod.

Målet är att 55 % av de som deltagit i projektet vid avslut inte ska vara beroende av någon offentlig försörjning alternativt studera med studiemedel.

Total kostnad för projektet beräknas till 4 066 000 kr. För 2014 beräknas kostnaden uppgå till 827 000 kr.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 5 forts.



HBS 2014/16

Överläggning

I ärendet yttrar sig Shewen Nysmed (S), Elin Asplund, verkställande tjänsteman. Efter detta förklaras överläggningen avslutad.

Beslutet delges

Salems kommun
Arbetsförmedlingen Botkyrka/Salem

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 6

HBS 2014/12

Revidering av medelstillelning för Adrian 2014

Styrelsens beslut

1. Styrelsen beslutar att godkänna ansökan och bevilja 676 000 kr för insatsen Adrian under år 2014. Beslutet ersätter tidigare fattat beslut från 2014-01-17 om medelstillelning (950 tkr) till Adrian.
2. Styrelsen uppdrar åt verkställande tjänsteman att upprätta nödvändiga avtal.

Sammanfattning

Salems kommun har tidigare beviljats 950 000 kr för genomförande av insatsens Adrian år 2014. En revidering av verksamhetsplan och budget för året har nu gjorts där ansökan om medel istället uppgår till 676 000 kr. Det är främst kostnader avseende insatser för deltagare/köp av arbetsträningsplatser som reviderats i den nya ansökan.

I ansökan har också målen för insatsen förtydligats:

50 % av deltagarna ska uppleva förbättrad hälsa



50 % av avslutade ärenden ska ha en varaktig försörjning, främst genom arbete eller studier.

Målet om att insatsen ska erbjuda ca 15 personer plats kvarstår, men möjligheten till ökade flöden i insatsen och en förkortad ärendetid ska utvecklas under året.

Målsättningen är att ca 5-6 personer avslutas per år och att ärendetiden för merparten av deltagarna inte överstiger 3 år.

Överläggning

I ärendet yttrar sig Mats Einarsson (V), Gunilla Helmersson (M), Stig Bjernerup (FP), Lars Pilsetnek (M), Elin Asplund, verkställande tjänsteman. Efter detta förklaras överläggningen avslutad.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 6 forts.

HBS 2014/12

Beslutet delges
Salems kommun
Arbetsförmedlingen Botkyrka/Salem

Signaturer:

Ordförande



Justerare



Utdragsbestyrkande: datum och signatur

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 7

HBS 2014/18

Budgetäskande 2015 - 2016

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutar att godkänna förslaget och översända budgetäskandet till ägarparterna.

Sammanfattning

Samordningsförbundet ska äska medel från sina ägare varje år. Äskandet bygger på förväntade kostnader för planerad och pågående verksamhet.

Samordningsförbundet HBS äskar totalt 22,24 miljoner kronor årligen från sina ägare under 2015 och 2016.



Begäran om utökad budgetram grundar sig i behovet av att fortsätta stödja samt utveckla samverkansarbetet för medborgarna i Botkyrka, Huddinge och Salem. För att kunna ta det ansvar som krävs behövs en utökad budgetram som möjliggör fortsatt stöd till det arbete som pågår samt bygga ut och utveckla insatser för en långsiktig samverkan till stöd och nytta för medborgare i behov av samordnad rehabilitering.

Överläggning

I ärendet yttrar sig Mats Einarsson (V), Gunilla Helmersson (M), Elin Asplund, verkställande tjänsteman. Efter detta förklaras överläggningen avslutad.

Beslutet delges

Samordningsförbundets revisorer
Ägarna till samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge Salem

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 8

HBS 2014/19

Tillägg till utanordnare för Samordningsförbundet 2014

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutar att godkänna förslag till uppdaterad lista över utanordnare för Samordningsförbundet 2014.

Styrelsen beslutar att uppdra till verkställande tjänsteman att upprätta förteckning över behöriga utanordnare.

Sammanfattning

Behörighet för två i förening att utanordna samt ha rätt att disponera över bankkonto och övriga uppdrag via internetbanken ges följande personer:

- Elin Asplund, Samordningsförbundet Botkyrka, Huddinge, Salem
- Ann-Charlotte Hallgren, Huddinge kommun
- Susanne Eriksson, Huddinge kommun
- Thorleif Nilsson, Huddinge kommun
- Karin Andersson, Huddinge kommun
- Marie Saglind, Huddinge kommun
- Mikael Johansson, Huddinge kommun
- Göran Skogman, Huddinge kommun

Signaturer:

Ordförande



Justerare



Utdragsbestyrkande: datum och signatur

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 9

Information

Tillsättning av processtödjare på kansliet

Hilda Gonzalez som är den nya processtödjaren i samordningsförbundet presenteras sig och hälsas välkommen av styrelsen.

Nationella nätverket för samordningsförbund - NNS

Elin Asplund informerar om olika aktiviteter i NNS. Mats Einarson (V) och Gunilla Helmerson (M) representerar samordningsförbundet HBS styrelse på årsmötet den 1 april 2014.

Överläggning

Under informationen yttrar sig Mathias Holmlund. Efter detta förklaras informationen avslutad.

Rapport från spridningskonferens i länet 7 mars 2014



Elin Asplund rapporterar från en konferens där länets samordningsförbund bjudit in Riksdag, kommuner, huvudmän som inte har bildat samordningsförbund för att informera om förbundens verksamheter. Ett 60-tal deltagare närvarade.

Överläggning

Under informationen yttrar sig Mats Einarsson (V), Gunilla Helmerson (M), Stig Bjernerup (FP), Mathias Holmlund, Försäkringskassan. Efter detta förklaras informationen avslutad.

Rapport från arbetet med utvärdering av integrerad samverkan

Elin Asplund informerar om ett pågående samverkansarbete tillsammans med samordningsförbunden Norra Västmanland och Östra Östergötland. Arbetet är inriktat på att utveckla indikatorer som kan visa på framgångsrik integrerad samverkan i syfte att utveckla lärande utvärdering och uppföljning. Indikatorerna kommer att tas fram på en "konsensuskonferens" där Mats Einarsson (V) och Mathias Holmlund, Försäkringskassan representerar samordningsförbundets styrelse. Ytterligare 6 personer; chefer i linjen, medarbetare och deltagare i insatser, kommer att delta på konferensen. Projektet har väckt intresse hos Socialstyrelsen och Socialförsäkringsutskottet.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 9 forts.

Försäkringskassans projekt "En enklare vardag"

Mathias Holmlund informerar om Försäkringskassans projekt "En enklare vardag" som bland annat syftar till:



- ett minskat krångel för personer med funktionsnedsättning som har kontakt med Försäkringskassan,
- en process som stödjer ett ökat deltagande i arbetslivet och i det övriga samhällslivet för personer med funktionsnedsättning,
- en partnersamverkan som är effektiv för personer med funktionsnedsättning.

Mathias Holmlund redovisar hur man har genomfört en kartläggning för personer med funktionshinder, en sammanhållen livsresa.

Informationen, datum 2014-03-21, biläggs protokollet.

Överläggning

Under informationen yttrar sig Mats Einarsson (V), Stig Bjernerup (FP), Ann Sjöström, Försäkringskassan, Shewen Nysmed (S), Elin Asplund, verkställande tjänsteman. Efter detta förklaras informationen avslutad.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum

21 mars 2014

Paragraf

§ 10:1

1. Anmälningens ärende: Minnesanteckningar HBS beredningsgrupp, den 5 mars 2014.

Styrelsens beslut



Styrelsen beslutar att till protokollet anteckna att de tagit del av minnesanteckningar HBS beredningsgrupp den 5 mars 2014.

Sammanfattning

Minnesanteckningar har skickats ut till styrelsen innan detta möte.

Överläggning

I ärendet yttrar sig Mats Einarsson (V), Stig Bjernerup (FP), Elin Asplund, verkställande tjänsteman. Efter detta förklaras överläggningen avslutad.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 10:2



2. Anmälningssärende: Rapport från förstudie om stöd till unga Salembor med behov av samordnade insatser

Styrelsens beslut

Styrelsen beslutar att till protokollet anteckna att de tagit del av Rapport från förstudie om stöd till unga Salembor med behov av samordnade insatser.

Sammanfattning

Rapport från förstudie om stöd till unga Salembor med behov av samordnade insatser, dnr HBS-2014/15, har skickats ut till styrelsen innan detta möte.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum
21 mars 2014

Paragraf
§ 10:3

3. Anmälningssärende: Remissvar Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan (SOU 2013:74)

Styrelsens beslut



Styrelsen beslutar att till protokollet anteckna att de tagit del av samordningsförbundet HBS remissvar avseende SOU 2013:74.

Sammanfattning

Samordningsförbundet HBS remissvar, dnr HBS-204/1, har skickats ut till styrelsen innan detta möte.

Överläggning

I ärendet yttrar sig Mats Einarsson (V), Elin Asplund, verkställande tjänsteman. Efter detta förklaras överläggningen avslutad.

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

Förbundsstyrelsen samordningsförbundet Botkyrka,
Huddinge och Salem

Sammanträdesdatum


21 mars 2014

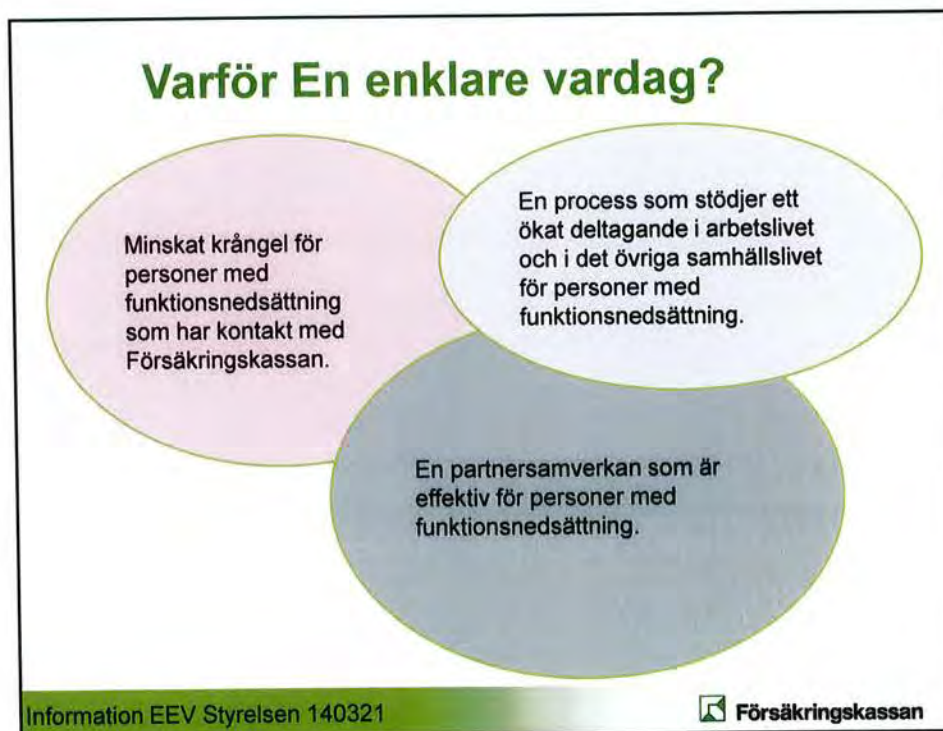
Paragraf

§ 14

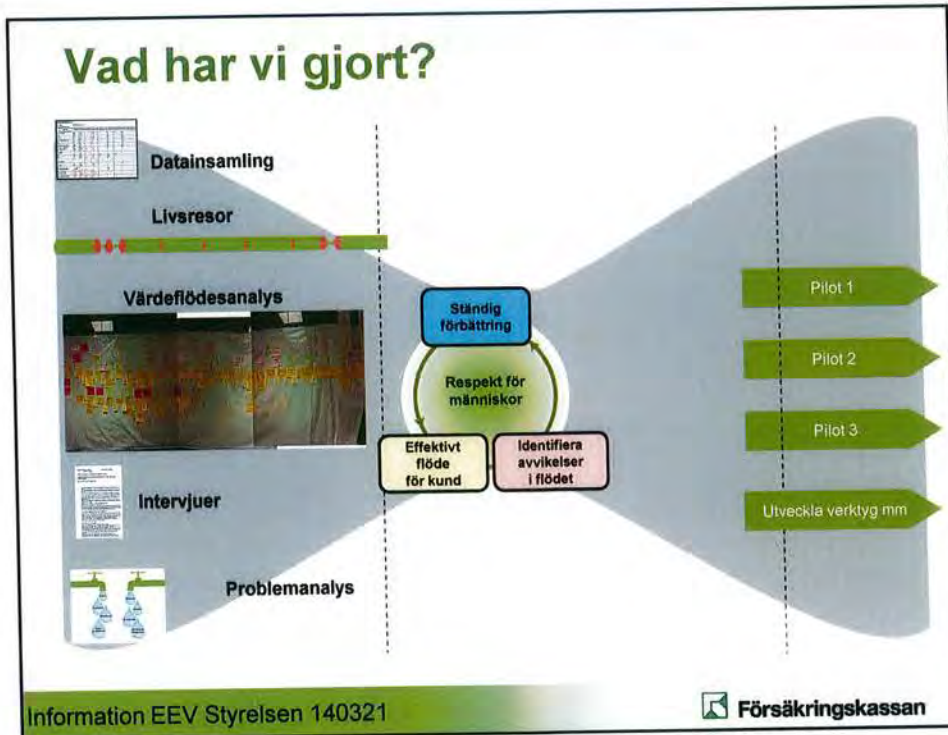
Övriga frågor

Ingen övrig fråga anmäldes

Signaturer:	Ordförande	Justerare	Utdragsbestyrkande: datum och signatur
			

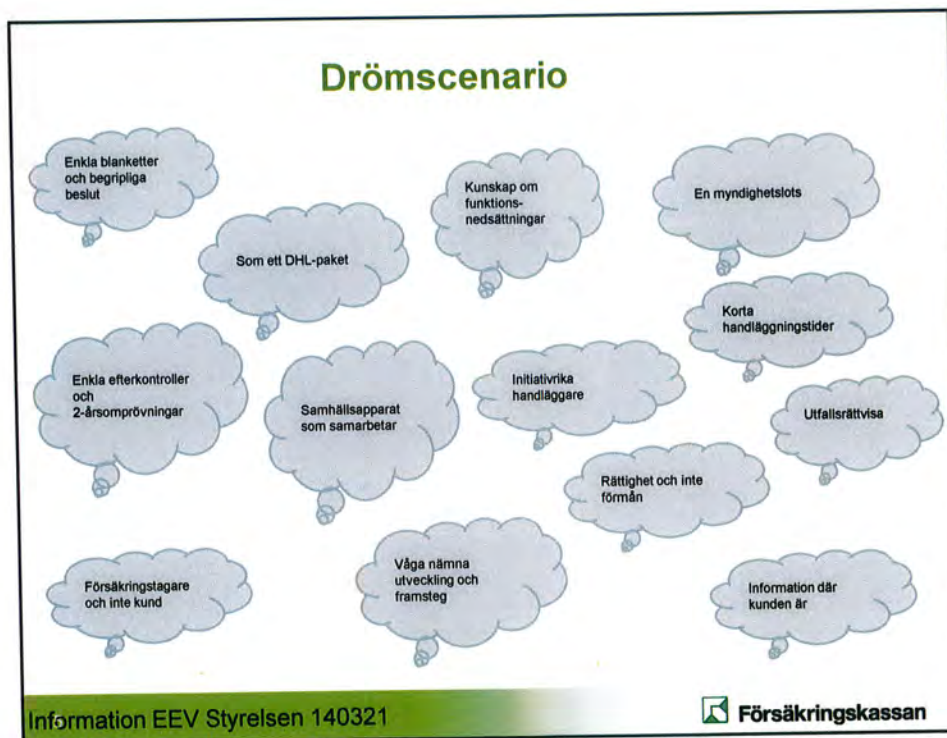


ME
 Jh



ME

sh



På ritbordet

- Utveckla självbetjäning och insyn, tex via Mina Sidor
- Underlätta för familjer via ingången H & S (specialistkliniker, habilitering, BVC)
- Kunskapsportal tillsammans med partner på lokal, regional och nationell nivå
- Möjlighet att ansöka via internet
- Kunna maila med sin handläggare
- Möjlighet att lagra ej ärendespecifik info från kund
- Förenkla 2-årsomprövningar och efterkontroller
- Beslut i team i enklare ärenden
- Schabloner inom assistansen

Information EEV Styrelsen 140321

Försäkringskassan

ME

gh

Det är mycket nu... men allt hänger ihop

VISION
"Ett samhälle där människor känner trygghet om det är en ny vändning"

VÅR VERKSAMHETSIDÉ
Vår verksamhetsidé är att ge medlemmar trygghet över sin egen framtidsplan. Vi vill vara närvarande, engagerade och tillgängliga för alla som behöver vår hjälp och stöd. Vi hjälper till att bryta de barriärer som kan försvåra vardagen för medlemmar och deras familjer. Vi är en verksamhet som är engagerad i att förbättra människors livsqualitet och välbefinnande. Vi är en verksamhet som är engagerad i att förbättra människors livsqualitet och välbefinnande. Vi är en verksamhet som är engagerad i att förbättra människors livsqualitet och välbefinnande.

KUNDLÖFTEN

Vi hjälper till att bryta de barriärer som kan försvåra vardagen för medlemmar och deras familjer. Vi är en verksamhet som är engagerad i att förbättra människors livsqualitet och välbefinnande. Vi är en verksamhet som är engagerad i att förbättra människors livsqualitet och välbefinnande.



Sex livssituationer

Tillfälligt nedsatt arbetsförmåga

Leva med funktionsnedsättning

Utan behov av ersättning

Väntar eller har barn

Ny i Sverige eller arbetssökande

Varaktigt nedsatt arbetsförmåga



Information EEV Styrelsen 140321

 Försäkringskassan

Här finns vi!

Information EEV externt:

- Forsakringskassan.se
- Mathias Holmlund
010 – 116 3493
mathias.holmlund@forsakringskassan.se

Information EEV Styrelsen 140321

 Försäkringskassan

ME

sh



14

Anmälan av delegationsbeslut (SN 2014:13)

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärende

Dessa delegationsbeslut anmäls till nämnden:

Alkoholhandläggare

Beslut om tillstånd enl 8 kap 2 § alkohollagen för servering av alkoholdrycker vid enstaka tillfälle/tidsperiod till slutet sällskap

Victory Lakers Tumba DC 2014-04-26

Isa Kesenci, St Georgis Syrisk Ortodoxa kyrkan 2014-04-20

David Sarkis Botani, Orhai festvåning 2014-04-12

Anwer Sulaiman, Orhai festvåning 2014-04-05

Tano Ahua, Hallunda folkhögskola(Botkyrka folkhögskola) 2014-03-29

Återkallelse av serveringstillstånd p.g.a. ägarbyte

La Rosa i Tumba

Åtgärd enligt alkohollagen

Cimbomlular HB



15

Anmälningssärenden (SN/2014:11)

Beslut

Socialnämnden har tagit del av informationen.

Ärendet

Fittja dialogforum – Låt tjejerna ta plats!

KS § 81 Ansökan till socialstyrelsen –utveckling av socialtjänstens arbete kring våld i nära relationer – Barnfridssamordnare (KS/2014/101)