



Rapport nr 9 2003



LÄNSSTYRELSEN  
I STOCKHOLMS LÄN

# Den öppna missbruks- vården i Stockholms län

- en kartläggning



# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>Kartläggning av den öppna missbruksvården i Stockholms län .....</b>	<b>4</b>
Syfte.....	4
Metod.....	4
<b>Sammanställning av enkätsvar .....</b>	<b>5</b>
Många olika organisationsformer .....	5
Ålder och målgrupp för den öppna missbruksvården.....	5
Lokala mottagningar och integrerade mottagningar.....	6
Politiska mål och prioriteringar för verksamheten .....	7
Personalresurserna varierar.....	7
Antalet aktuella klienter .....	8
<i>Andelen kvinnor respektive män .....</i>	<i>8</i>
Åldersfördelning .....	8
<i>Klienter med barn under 18 år .....</i>	<i>8</i>
Alkohol är oftast huvuddrogen .....	9
Insatser inom den öppna missbruksvården .....	10
Extern öppenvård.....	11
Användning av kartläggnings- eller utredningsinstrument.....	11
Dokumentation.....	11
Registrering i socialregistret.....	12
Hur klienterna kommer till vården .....	12
Olika arbetsmodeller används.....	12
Information om verksamheten .....	13
Uppsökande verksamhet .....	13
Uppföljning av de individuella behandlingsresultaten .....	13
Utvärdering av verksamhetens samlade behandlingsresultat.....	14
Samarbetsvårigheter .....	14
Önskemål om förändringar för att förbättra vården.....	15

## **Bilaga 1: Enkät**

**Bilaga 2: Sammanfattning från möte med Farsta stadsdelsförvaltning**

**Bilaga 3: Sammanfattning från möte med Haninge kommun**

**Bilaga 4: Sammanfattning från möte med Tyresö kommun**

**Bilaga 5: Sammanfattning från möte med Östermalms stadsdelsförvaltning**

**Bilaga 6: Förklaringar till de kartläggnings- och utredningsinstrument som nämns i undersökningen**



# Sammanfattning

Länsstyrelsen konstaterar att den öppna missbruksvården i länet ser mycket olika ut. Vilken hjälp som finns att få för den enskilde missbrukaren skiljer sig avsevärt åt beroende på var brukaren bor. Det kan också vara svårt att hitta fram till hjälpen. De olika benämningarna på den öppna missbruksvården är inte alltid så tydliga. När det gäller registrering i socialregistret finns olika interna rutiner.

I många kommuner finns integrerade mottagningar där personal från landstingets beroendecentrum och kommunen samverkar. Där finns också det bredaste utbudet av insatser. I de kommuner som inte har någon utbyggd öppenvård är utbudet av insatser mycket begränsat.

Trots att kvinnliga missbrukare är en prioriterad grupp i den gemensamma policyn mellan landstinget och kommunerna är det endast några få kommuner/stadsdelar som har särskilda insatser för kvinnor. Positivt är att många kommuner/stadsdelar erbjuder anhörigbehandling eller parsamtal.

Klientens möjligheter att få extern öppenvård varierar stort mellan olika kommuner och stadsdelar. I många fall styrs behandlingen till den egna öppenvården. Det finns därför skäl att ifrågasätta om missbrukarna får adekvat vård i förhållande till behoven samt i vilken mån brukaren har inflytande över valet av behandling. Detta ska Länsstyrelsen undersöka närmare i kommande granskning under våren.

En tredjedel av kommunerna/stadsdelarna uppger att de alltid använder någon form av kartläggnings- eller utredningsinstrument. Vanligast är ASI. De flesta har någon form av individuell uppföljning av behandlingsresultaten men oftast inte efter någon given mall. Någon uppföljning eller utvärdering av verksamhetens samlade resultat görs inte i två tredjedelar av de kommuner/stadsdelar som svarat.

Många kommuner/stadsdelar uppger att de har svårigheter att samarbeta med landstingets psykiatri, i första hand med de öppna psykiatriska mottagningarna. Några kommuner och stadsdelar har samarbetsproblem med beroendevården inom landstinget, särskilt när det gäller avgiftningen.

Personal som arbetar med missbruksfrågor i kommunerna föreslår följande förändringar för att förbättra vården:

- Ökade resurser för att utveckla och förbättra verksamheten
- Ökade medel för placeringar på behandlingshem
- Boenden för olika grupper med särskilda behov
- Specialicerad hemtjänst och boendestöd
- Kompetensutveckling för personalen samt grundutbildning i missbruk på Socialhögskolan
- Bättre samarbete och samverkan – internt och externt
- Utveckla kvalitetsarbetet – systematiskt utredningsförfarande etc.

# Kartläggning av den öppna missbruksvården i Stockholms län

Under hösten 2002 har Länsstyrelsen kartlagt den öppna missbruksvården för vuxna i Stockholms län. Med öppen missbruksvård avses i denna kartläggning stöd-, motivations- och behandlingsinsatser för alkohol- och narkotikaproblem som erbjuds kommunens/stadsdelens invånare på hemmaplan.

## Syfte

Syftet med undersökningen har varit att få en överblick och kunskap om hur den öppna missbruksvården ser ut - organisation, resurstillgång, målgrupper, behandlingsmetoder samt vilka utvecklingsbehov som finns.

## Metod

En enkät med frågor om den öppna missbruksvården har skickats ut till samtliga kommuner i Stockholms län. *Se bilaga 1.* Länsstyrelsen fått in svar från 21 av 25 kommuner och av 18 stadsdelar i Stockholms stad har 16 svarat.

Länsstyrelsen har även besökt öppenvården i två kommuner och två stadsdelar för en intervju och fördjupning av frågorna i enkäten, Farsta, Haninge, Tyresö och Östermalm. En sammanfattning som beskriver den öppna missbruksvården i dessa kommuner och stadsdelar har gjorts. *Se bilaga 2, 3, 4 och 5.*

Under våren kommer Länsstyrelsen att göra en fördjupad granskning i dessa kommuner/stadsdelar. Tio akter kommer då att slumpmässigt väljas ut inom respektive missbruksenhet. Akterna kommer sedan att granskas varefter intervjuer med brukarna är planerade.

# Sammanställning av enkätsvar

## Många olika organisationsformer

Länsstyrelsen kan konstatera att den öppna missbruksvården är organiserad på mycket olika sätt i olika delar av länet. Vanligast är att det finns en missbruksenhet inom socialförvaltningen, som oftast kallas vuxenenhet, där handläggarna ansvarar både för myndighetsutövning och öppenvård. Denna modell finns i 21 kommuner/stadsdelar.

Näst vanligast är att det inom missbruksenheten finns en särskild personalgrupp som arbetar enbart med öppenvård. Den modellen finns i 14 kommuner/stadsdelar. I de allra flesta fallen är denna grupp knuten till Beroendecentrums lokala mottagning.

I några kommuner/stadsdelar har man organiserat verksamheten i en beställar- och utförarenhet, t.ex. Östermalms stadsdelsförvaltning.

Danderyd och Nykvarns kommun samt stadsdelarna Bromma och Katarina-Sofia, har uppgett att de enbart arbetar med myndighetsutövning. Någon lokal kommunal öppenvård finns inte att tillgå.

Benämningarna på den öppna missbruksvården är mycket varierande och det framgår inte alltid att verksamheten erbjuder behandling för missbruk. Några exempel på benämningar är Vuxenenhetens öppenvård, Fyren beroendemottagning, Andrea-mottagningen, Sektionen för stöd och behandling, Specialenheten, Rådgivningsbyrån, BÅT-mottagningen, Pelarens öppenvård, Vård- och fältgruppen, Missbrukssektionen, Östermalms vuxenteam etc.

## Ålder och målgrupp för den öppna missbruksvården

Beträffande ålder för målgruppen är det vanligast att missbruksenheten/öppenvården arbetar med klienter från 20 år. I vissa delar av länet är dock åldersgränsen från 18 år och uppåt.

Några kommuner har uppgett andra åldersindelningar. I Haninge t.ex., där Ungdoms- och Beroendeenheterna har ett nära samarbete, arbetar Ungdomsenheten med åldrarna 16-23 år och Beroendeenheten med åldrarna 24 år och uppåt. Nyligen har även en särskild mottagning för ungdomar med missbruksproblem, Hannamottagningen, startat i anslutning till ungdomsmottagningen i Haninge. Även Botkyrka har genom Resursenheten startat Mini-Maria där öppenvårdsinsatser för ungdomar mellan 13 –21 år erbjuds i samarbete med landstinget. Andra kommuner där det finns s.k. Mini-Marior är Tyresö och Nynäshamn. Nacka är på gång att starta Mini-Maria.

I Sigtuna finns inom beroendemottagningen ett team som arbetar med ungdomar och unga vuxna upp till 25 år.

## **Lokala mottagningar och integrerade mottagningar**

Landstingets Beroendecentrum har under de senaste åren byggt upp lokala mottagningar för vuxna, framför allt på norrsidan av Stockholms län. Sammanlagt har Beroendecentrum 28 lokala mottagningar i länet. Dessa är: Botkyrka, Bromma, Danderyd, Haninge, Huddinge, Hässelby, Järfälla, Kista, Kungsholmen, Lidingö, Norrmalm, Norrtälje, Nynäshamn, Rinkeby, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Sundbyberg, Skärholmen (Team SydVäst), Tensta, Tyresö, Täby, Upplands-Bro, Upplands Väsby, Vallentuna, Vaxholm, Österåker och Östermalm. I december 2002 tillkom även Skogås då Beroendecentrum tog över den kommunala mottagningen.

En central gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård har antagits av Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län. Lokala samarbetsavtal har även upprättats i de flesta kommunerna. I de lokala avtalen ingår ofta även överenskommelser om samarbete med primärvården och öppenspsykiatri i kommunen.

I de allra flesta fallen är Beroendecentrums lokala mottagningar integrerade med socialtjänstens öppenvård. Sammanlagt finns 26 integrerade mottagningar i Stockholms län. Graden av samarbete varierar. I några fall har samverkan utvecklats mycket långt och mottagningarna drivs som om det vore en enda huvudman och man arbetar som ett team. Vanligast är dock att verksamheterna är integrerade i samma lokaler men att man arbetar i två team, sida vid sida. Vissa patienter/klienter är gemensamma, vissa patienter är enbart aktuella på Beroendecentrums mottagning och vissa klienter är enbart aktuella inom socialtjänstens öppenvård.

Arbetsfördelningen ser också mycket olika ut mellan mottagningarna. I regel står Beroendecentrums personal för den medicinska och psykiatriska kompetensen, avgiftning, provtagning, remittering till slutenvården etc. Socialtjänstens personal ansvarar oftast för vård och behandlingsinsatser. Flera av de kommunala mottagningarna har dock även sjukvårdspersonal anställda av kommunen.

Danderydsmottagningen och Brommamottagningen drivs av landstingets Beroendecentrum och är inte integrerade med socialtjänsten.

En mottagning, Team SydVäst i Skärholmen, samverkar med fyra stadsdelar. Dessa stadsdelar är Skärholmen, Älvsjö, Hägersten och Liljeholmen som bemannar mottagningen med 25% av en socionomtjänst vardera.

I Värmdö, Ekerö och Nacka kommun står kommunen som huvudman för Beroendemottagningarna men enligt vårdavtal mellan kommun och landsting samfinansieras verksamheterna.



Invånare i kommuner/stadsdelar där det finns integrerade mottagningar kan välja att söka direkt hos landstingets mottagning eller hos socialtjänstens mottagning. Invånare i Stockholms stad har även möjligheten att söka hjälp direkt hos Behandlingsenheten för alkohol- och narkotikaberoende samt hos NOTOX som är en behandlingsverksamhet som drivs av Föreningen Skyddsvärnet AB. Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad har tecknat intraprenad- respektive entreprenadavtal med dessa verksamheter för att de ska erbjuda information, rådgivning och behandling till vuxna avseende alkohol och droger.

Denna sammanställning avser kommunernas verksamhet inom den öppna missbruksvården och bygger på de svar vi fått in på enkäten.

## **Politiska mål och prioriteringar för verksamheten**

Hälften av kommunerna/stadsdelarna uppger att det finns politiska mål och prioriteringar för verksamheten. De vanligaste prioriterade grupperna är ungdomar och unga vuxna, missbrukande föräldrar, tidigt sökande och kvinnor. I några fall är även tunga missbrukare, hemlösa och klienter med dubbeldiagnos prioriterade grupper. En vanlig prioritering är också att behandlingen i första hand ska ske genom öppenvård i egen regi.

## **Personalresurserna varierar**

Personalsammansättningen inom öppenvården ser mycket olika ut i olika delar av länet. Uppgifterna går dock inte att jämföra mellan olika stadsdelar/kommuner utan måste ses dels i förhållande till invånarantal och dels till arbetsgruppens uppdrag (enbart myndighetsutövning, enbart öppenvård eller båda delarna). *Se bilagor 2-5.*

I de kommuner som har öppenvård och öppenvårdsmottagningar finns förutom socionomer även andra personalkategorier anställda. Några exempel är mentalskötare, vårdassistenter, sjuksköterskor, läkare, socialpedagoger, behandlingsassistenter, fritidsledare, psykologer.

Beroendecentrums personalbemanning på de lokala mottagningarna består huvudsakligen av sjuksköterskor och läkare. På de flesta mottagningarna finns även psykiaterkompetens. Några få mottagningar har även läkarsekreterare och några har tillgång till psykolog. Graden av landstingspersonalens bemanning varierar. Några exempel: Botkyrka 74 000 med invånare har en sjuksköterska 100 procent, en läkare 12 procent, en psykiater 12 procent samt en läkarsekreterare 100 procent. Järfälla 61 000 med invånare har en sjuksköterska 100 procent och en läkare 50 procent.

## Antalet aktuella klienter

Även på denna fråga ser svaren mycket olika ut och blir svåra att jämföra. Svaren måste ses dels i förhållande till kommunens/stadsdelens invånarantal dels till arbetsgruppens uppdrag (enbart myndighetsutövning, enbart öppenvård eller båda delarna). Generellt kan man dock säga att andelen klienter som är aktuella inom den öppna missbruksvården är liten i förhållande till kommunernas/stadsdelarnas totala folkmängd. (I Sverige beräknas ca 10 procent av männen och 3-5 procent av kvinnorna ha uttalade problem med alkohol och/eller andra droger.)

Några exempel från enkätundersökningen: En kommun med 74 000 invånare har uppgett att sammanlagt 189 klienter var aktuella inom öppenvården under 2001. En annan kommun med 60 000 invånare har uppgett att 111 klienter var aktuella under 2001. Dessa enheter har enbart öppenvård och ansvarar ej för myndighetsutövning.

## Andelen kvinnor respektive män

Andelen kvinnor/män som är aktuella inom öppenvården varierar något mellan kommuner/stadsdelar. Genomsnittet är att ca en tredjedel är kvinnor och två tredjedelar är män.

## Åldersfördelning

Den största gruppen av öppenvårdens klienter är mellan 40-50 år. En kommun och en stadsdel, Solna och Rinkeby, har dock högsta andelen klienter i åldrarna 25-30 år. Trots att unga vuxna, 18 – 25 år, många gånger är en prioriterad målgrupp av politikerna är det ytterst få av dessa som nås av öppenvårdens insatser. Kista och Kungsholmen uppger dock att drygt 20 procent av klienterna är 20-25 år.

## Klienter med barn under 18 år

28 kommuner/stadsdelar har svarat att de frågar om klienten har barn under 18 år. Fyra har svarat att de ibland frågar. Två har svarat att de inte frågar om klienten har barn och tre har ej svarat på frågan.

Andelen klienter som har barn varierar från 5 till 80 procent. En del av dessa är dock ”umgängesbarn” och bor inte stadigvarande med sin förälder som har missbruksproblem.

Det är tydligt att det finns stora variationer i vilken utsträckning den öppna missbruksvården lyckas nå föräldrar. En förklaring till att stadsdelarna i betydligt

Kommun/stadsdel	Procent
Maria-Gamla Stan	5
Hägersten	7
Solna	8
Kungsholmen	10
Östermalm	15
Täby	55
Norrtälje	60
Österåker	60
Lidingö	80

*Exempel på andel klienter som har barn under 18 år.*

mindre utsträckning når ut till missbrukande föräldrar kan vara möjligheten som finns för invånare i Stockholms stad att söka hjälp direkt hos Behandlingsenheten för alkohol- och narkotikaberoende samt hos NOTOX. Eventuellt kan det vara så att föräldrar som är ”dolda missbrukare” föredrar att söka hjälp där de inte blir registrerade i socialregistret.

## Alkohol är oftast huvuddrogen

Samtliga kommuner/stadsdelar utom en har uppgett att alkohol är huvuddrog för en klar majoritet av klienterna. Andelen klienter som har alkohol som huvuddrog varierar mellan 35 – 90 procent.

En stadsdel, Rinkeby, uppger att heroin är den vanligaste huvuddrogen. Man uppskattar att 40 procent av klienterna i Rinkeby har heroin som huvuddrog.

Näst efter alkohol är heroin, amfetamin och cannabis ungefär lika vanliga som huvuddroger.

Tio kommuner/stadsdelar har uppgett heroin som andra huvuddrog. Andelen klienter som använder heroin som huvuddrog varierar mellan 10-30 procent.

Elva kommuner/stadsdelar har uppgett amfetamin som andra huvuddrog. Andelen klienter som använder amfetamin som huvuddrog varierar mellan 5 – 20 procent.

Elva kommuner/stadsdelar har uppgett cannabis som andra huvuddrog. Andelen klienter som använder cannabis som huvuddrog varierar mellan 5 – 30 procent.

I några kommuner/stadsdelar kommer cannabis och amfetamin på delad andraplats som andra huvuddrog. Andra droger som förekommer, men i mindre utsträckning, är benzodiazepiner, kokain, hallucinogener, värktabletter, kat.

Kommun/stadsdel	Procent
Värmdö	90
Ekerö	88
Norrtälje	85
Upplands-Bro	85
Österåker	84
Täby	80
Enskede-Årsta	80
Skarpnäck	80
Solna	70
Sigtuna	65

*Exempel på andel klienter som har alkohol som huvuddrog.*

Kommun/stadsdel	Procent
Botkyrka	22
Nykvarn	25
Solna	10
Sundbyberg	23
Farsta	18
Liljeholmen	25
Maria-Gamla stan	28
Vantör	30
Östermalm	20

*Exempel på andel klienter som har heroin som huvuddrog.*

## Insatser inom den öppna missbruksvården

Utbudet av insatser inom öppna missbruksvården varierar mellan olika kommuner och stadsdelar. Bredast variation på insatserna finns där öppenvården är integrerad med Beroendecentrum. De vanligaste insatserna är då: *provtagning, kartläggning/utredning, avgiftning i öppen vård, läkemedelsutdelning, motivationssamtal, behandlingssamtal, stödsamtal, återfallsprevention.*

Flera öppenvårdsenheter erbjuder även *anhörigbehandling och parsamtal*: Botkyrka, Lidingö, Nacka, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Norrtälje, Vallentuna, Österåker, Värmdö, Farsta, Kungsholmen och Rinkeby.

Haninge, Sundbyberg och Maria-Gamla stan erbjuder *anhörigbehandling*. Ekerö, Nykvarn, Salem, Tyresö, Täby, Upplands-Bro, Vaxholm, Hägersten, Kista, Liljeholmen, Norrmalm, Skarpnäck, Vantör och Östermalm erbjuder *parsamtal*.

Några öppenvårdsenheter erbjuder *arbetsträning och social träning*: Botkyrka, Danderyd, Haninge, Nacka, Nykvarn, Salem, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Tyresö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Värmdö, Enskede-Årsta, Farsta, Hässelby-Vällingby, Kista, Kungsholmen, Norrmalm, Rinkeby, Skärholmen och Östermalm.

Mycket få kommuner/stadsdelar har *särskilda insatser för kvinnor*. Endast Botkyrka, Nacka och Vantör har uppgett att de har särskilda insatser för kvinnor.

Endast Rinkeby har redovisat att de har *särskilda insatser för invandrare*.

Många kommuner/stadsdelar har uppgett att de har *särskilda insatser för bostadslösa*. Dessa är Botkyrka, Haninge, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Tyresö, Värmdö, Enskede-Årsta, Farsta, Hägersten, Kista, Maria-Gamla stan, Norrmalm, Rinkeby, Skärholmen och Östermalm.

Flera kommuner/stadsdelar har *särskilda insatser för unga vuxna*: Botkyrka, Nacka, Haninge, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Tyresö, Upplands-Bro, Kista, Norrmalm, Rinkeby, Skärholmen och Östermalm.

Flera kommuner/stadsdelar har *särskilda insatser för klienter med dubbeldiagnos*. Botkyrka, Järfälla, Lidingö, Sollentuna, Tyresö, Täby, Hässelby-Vällingby, Kista, Kungsholmen, Norrmalm, Rinkeby och Östermalm.

Många kommuner/stadsdelar har någon form av *strukturerad dagbehandling*. Detta finns enligt kartläggningen i Botkyrka, Nacka, Haninge, Lidingö, Salem, Sigtuna, Tyresö, Täby, Värmdö, Enskede-Årsta, Farsta, Hässelby-Vällingby, Liljeholmen, Maria-Gamla stan, Norrmalm, Rinkeby, Skarpnäck, och Vantör,

Några kommuner/stadsdelar har *insatser för spelberoende*: Botkyrka, Nacka, Nykvarn, Sigtuna, Täby, Värmdö, Farsta, Norrmalm, Rinkeby och Skärholmen.

Under *övriga insatser* har Maria-Gamla stan och Rinkeby redovisat haschavvänjningsprogram och Skärholmen har angett att de har öppenvårdsbehandling i samarbete med kyrkan.

## Extern öppenvård

Trettio kommuner/stadsdelar uppger att klienter får insatser i form av extern öppenvård, t.ex. dagbehandling som kommunen köper in. De flesta kommunerna/stadsdelarna remitterar dock mycket få klienter. Sex kommuner/stadsdelar har inte lämnat någon uppgift om hur många klienter som remitterades under 2001. Maria-Gamla stan remitterade 51 klienter, Nacka 40, Katarina-Sofia 35, Botkyrka 22, Skärholmen 18, Farsta 17, Hägersten och Norrmalm 16 klienter. Övriga kommuner/stadsdelar har endast remitterat 0 -15 klienter till extern öppenvård.

## Användning av kartläggnings- eller utredningsinstrument

På frågan *hur ofta* kartläggnings- eller utredningsinstrument används uppger elva kommuner/stadsdelar att detta används på alla eller nästan alla klienter. Fem kommuner/stadsdelar uppger att de använder kartläggnings- eller utredningsinstrumentet på cirka hälften av klienterna. Sex kommuner/stadsdelar uppger att kartläggnings eller utredningsinstrumentet används på några enstaka klienter. Elva kommuner/stadsdelar uppger att de inte använder något kartläggnings eller utredningsinstrument och två har lämnat frågan obesvarad.

Det vanligaste utrednings- eller kartläggningsinstrumentet är *ASI*. Sjutton kommuner/stadsdelar har uppgett att de använder *ASI*. Flera missbruksenheter uppger även att de har fått utbildning i detta instrument eller planerar att skaffa sig sådana.

Flera av kommunerna/stadsdelarna använder andra utredningsinstrument eller dokumentationssystem. Några av dessa är: *DOK, Addis, IDS-100, MAST, Time line follow back, Sadd, Drinc, AIM* samt *SCL 90* samt egna formulär. *Se bilaga 6.*

## Dokumentation

Den vanligaste formen av dokumentation är *löpande journalanteckningar*, dvs. anteckningar i klientens journal som finns i socialregistret. Denna dokumentation används inom de enheter som arbetar både med myndighetsutövning och med öppenvårdsinsatser. Inom enheter som enbart arbetar med öppenvård sker *minnesanteckningar, statistik* samt *anteckningar i läkarjournal*.

## Registrering i socialregistret

Sexton kommuner/stadsdelar har uppgett att de klienter som blir aktuella för öppenvårdsinsatser alltid registreras i socialregistret. Åtta har uppgett att klienten registreras i socialregistret i vissa fall och fem att klienten aldrig blir registrerad i socialregistret.

På frågan *hur stor andel klienter som ej är registrerade i socialregistret* varierar svaren allt från 0 till 85 procent.

I flera kommuner/stadsdelar ges klienten möjlighet till fem rådgivande samtal utan att behöva registreras i socialregistret. I några kommuner registreras klienten enbart om det inte räcker med öppenvårdsinsatser och då klienten blir aktuell för andra former av insatser t.ex. extern öppenvård eller internatbehandling.

## Hur klienterna kommer till vården

Det sätt på vilket klienterna aktualiseras får behandling skiljer sej åt mellan olika kommuner/stadsdelar. I Ekerö, Järfälla, Nykvarn, Salem, Täby, Upplands-Bro, Vallentuna, Värmdö, Österåker och Hägersten *söker* 40-83 procent av klienterna *själva eller kommer genom anhöriga*.

I Botkyrka, Lidingö, Sollentuna, Sundbyberg, Enskede-Årsta, Kista, Marie-Gamla stan, Rinkeby, Skarpnäck och Skärholmen är den vanligaste remissvägen att klienten *remitteras från socialtjänstens andra enheter*, 37-100 procent av klienterna blir aktuella på detta sätt.

I Haninge, Nacka, Sigtuna, Tyresö, Farsta, Kungsholmen, Liljeholmen och Norrmalm är den vanligaste remissvägen att klienten *remitteras från annan remissinstans*. Det kan vara remiss från sjukhus, primärvården, polisen, försäkringskassan, arbetsförmedling, arbetsgivare etc., 38-70 procent av klienterna blir aktuella på detta sätt.

I Norrtälje och i Hässelby-Vällingby är det lika vanligt att klienten antingen söker själv eller genom anhöriga som att klienten remitteras från annan remissinstans.

## Olika arbetsmodeller används

De flesta kommunerna/stadsdelarna har uppgett att man arbetar efter flera olika modeller samt att man försöker individuellt anpassa insatserna efter klientens behov. Vanligast är *motivationshöjande samtal* vilket tjugosju kommuner/stadsdelar uppgett att man använder sig av. Näst vanligast är *jagstärkande samtal* som används av tjugofem kommuner/stadsdelar. Sedan kommer *social färdighetsträning*, som tjugotvå kommuner/stadsdelar använder sig av.

Femton kommuner/stadsdelar uppger att de arbetar efter *tolvstegsmodell* och fjorton uppger att de arbetar utifrån *psykodynamisk grund*. Fjorton kommuner/stadsdelar uppger att de använder *kognitiv beteendeterapi* och tio uppger att de arbetar utifrån en *systemteoretisk modell*. Sex kommuner/stadsdelar uppger att de använder *tolvstegsmodellen* och två använder *beteendeterapi*.

Övriga svar är *eklektiskt synsätt, integrerad psykoterapeutisk metod, holistisk grundsyn*. En kommun/stadsdel har även uppgett att man använder *akupunktur*.

## Information om verksamheten

De flesta informerar om verksamheten inom öppna missbruksvården på kommunens/stadsdelens *hemsida*. Några informerar i *lokaldelen av telefonkatalogen*. Tolv kommuner/stadsdelar har en skriftlig *broschyr* om verksamheten. Några få har *information i lokaltidningen* samt i *informationsblad* som delas ut till alla hushåll. En kommun har *Öppen dag på Stadshuset en gång om året*.

Fyra kommuner går inte ut med någon information om verksamheten. Som anledning till har en kommun uppgett att man inte hinner med detta. En kommun har inte svarat på frågan.

## Uppsökande verksamhet

Nitton kommuner/stadsdelar uppger att de har uppsökande verksamhet för vuxna medan sexton kommuner/stadsdelar saknar sådan.

På frågan om hur den uppsökande verksamheten är utformad är de vanligaste svaren att man söker upp redan kända klienter eller efter anmälan, att man gör riktat uppsök mot kända missbrukare i centrum och i boendemiljöer samt vid vräkning. I Stockholms stad finns även en central uppsökarenhet. I Enskede-Årsta har man två uppsökare som samarbetar med hyresvärdar, grannar och psykiatri. I Östermalm finns 1,5 tjänst avsatt för uppsökande verksamhet. *Se bilaga 5*. Inom Järvaprojektet finns sex uppsökare fördelade med två per stadsdel (Rinkeby-Tensta-Kista) som fokuserar på unga vuxna, 18- 25 år.

I några få kommuner/stadsdelar finns samarbete med diakoni och närpolis. En kommun, Vallentuna, uppger att man gör upp med klienten vid förstagångskontakt om klienten ska sökas upp då den uteblir.

## Uppföljning av de individuella behandlingsresultaten

Tjugofyra kommuner/stadsdelar uppger att det sker en uppföljning av de individuella behandlingsresultaten. Detta sker på olika sätt. Några exempel är: *återbesök efter sex*

*månader, alla som genomgått behandling ombeds fylla i en enkät, genom handläggande socialsekreterare, målmodul, individuppföljningsprogram i Pro Capita, intervjuer före och efter behandling, avslutningssamtal genom FoU, enkät efter insats, regelbundna uppföljande samtal och utvärdering av arbets- och behandlingsplan, återbesök efter tre månader, genom ASI, fokusgrupper.*

Tio kommuner/stadsdelar uppger att det inte sker någon uppföljning av de individuella behandlingsresultaten. Några planerar dock att införa uppföljning genom ASI eller annat utvärderingsunderlag.

## **Utvärdering av verksamhetens samlade behandlingsresultat**

Tjugotvå kommuner/stadsdelar uppger att de saknar utvärdering av verksamhetens samlade resultat.

Tolv uppger att det sker en utvärdering av verksamhetens samlade resultat. Även här används olika metoder för utvärderingen. Några exempel är genom *DOK, inventering och analys av uppsatta mål i individärenden genom intern konsult, genom SoRAD (Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning), intervjuer av grupper, genom årsredovisning till nämnden vid årets slut och genom ASI*. På Lidingö har man under tre års tid ställt tre likadana frågor till klienter som avslutat behandling under föregående år.

## **Samarbetssvårigheter**

Tjugotvå kommuner/stadsdelar uppger att de har svårigheter att samarbeta med landstingets psykiatri, i första hand med *de öppenpsykiatriska mottagningarna*. Detta gäller patienterna/klienterna med dubbeldiagnos. Flera uppger att det inom den psykiatriska verksamheten finns en ovilja att behandla den psykiska ohälsan parallellt med att missbruket behandlas inom annan enhet. Två kommuner/stadsdelar uppger att psykiatrin hävdar att missbruket måste åtgärdas först och att det krävs minst sex månaders nykterhet eller drogfrihet innan klienten kan få hjälp från psykiatrin för sina psykiska problem. En stadsdel uppger att landstingets psykiatri inte tar emot klienter som är påverkade av narkotika och att Beroendecentrum inte tar emot patienter som är svårt psykisk sjuka. Dessa klienter "faller därför mellan stolarna" och socialtjänsten får ensam ta ansvaret för dessa.

Åtta kommuner/stadsdelar uppger att de har samarbetssvårigheter med *landstingets beroendevård*. Avgiftningsplatserna är alldeles för få och de har svårt att få in klienter för avgiftning. Det krävs att klienten ska ha en behandlingsplan vilket många gånger är omöjligt att åstadkomma med en klient som ständigt är drogpåverkad. Även då klienten blir inlagd för avgiftning är vårdtiden alldeles för kort. Klienten är inte avgiftad när denne skrivs ut efter några dygn för att fullfölja avgiftningen i öppen vård. Många gånger orkar han/hon inte fullfölja denna behandlingsplan och återfaller istället i missbruk.



Några kommuner/stadsdelar uppger även samarbetssvårigheter med Beroendecentrums lokala mottagningar. Man har olika synsätt och det blir ibland kulturkrockar. Flera uppger dock att de har ett bra samarbete med *Beroendecentrums lokala mottagning*.

En stadsdel uppger samarbetssvårigheter med landstinget i samband med att klienter, som har missbruksproblem, har behov av demensutredning. En kommun har även uppgett att det finns problem i samarbetet med kommunens handikappomsorg. Personalen har inom avdelningarna olika bedömningar om vad som är missbruk och hur detta ska behandlas.

## **Önskemål om förändringar för att förbättra vården**

Flera kommuner/stadsdelar önskar *mer resurser för att utveckla och förbättra verksamheten*. Dels för att kunna ta hand om de unga som befinner sej i början på sitt missbruk, dels missbrukare som har familj och arbete. Några har även önskemål om mer resurser för att kunna utveckla vården mot heroinmissbrukarna.

Några kommuner/stadsdelar framför även att *ökade medel för placeringar på behandlingshem* för missbrukare behövs.

Några framför även önskemål om resurser i form av olika boenden då hemlösheten blivit ett allt större problem bland missbrukarna. T.ex. *boenden för psykiskt sjuka missbrukare, boenden för äldre dementa missbrukare, lågtröskelboenden, träningslägenheter samt förbättrad bostadsmarknad* för klienter som tidigare haft problem men som blivit rehabiliterade.

Även önskemål om *specialiserad hemtjänst och boendestöd* för klienter med alkohol- och narkotikaproblem framförs.

*Kompetensutveckling* för befintlig personal samt *grundutbildning i missbruk på Socialhögskolan* är också något som önskas.

*Mera samverkan för att få ut klienter i egen försörjning, tydligare definiering av huvudmännens ansvar* samt *ett mera utvecklat samarbete* är andra önskemål, liksom *bättre samarbete och samverkan över enhetsgränserna*. En stadsdel föreslår en *gemensam mottagning med beroendevård och psykiatri* för att bättre kunna möta behoven hos klienter med dubbeldiagnos.

Flera kommuner/stadsdelar framför även behovet av att *utveckla kvalitetsarbetet* genom dels ett *systematiskt utredningsförfarande* samt genom *bättre rutiner för uppföljning och utvärdering*.



## Kartläggning av den öppna missbruksvården för vuxna i Stockholms län

Länsstyrelsens sociala enhet kartlägger vilket utbud som finns inom den öppna missbruksvården för vuxna (över 18 år), i kommunerna i Stockholms län.

Med öppen missbruksvård avser vi stöd- motivations- och behandlingsinsatser för missbruksproblem som erbjuds kommunens/stadsdelens invånare. Frågorna avser de insatser som utförs av personal anställd av kommunen och/eller av Landstinget.

Syftet med denna undersökning är att få en överblick och kunskap om hur den öppna missbruksvården ser ut, organisation, resurstillgång, målgrupper, behandlingsmetoder samt vilka brister och utvecklingsbehov som eventuellt finns.

Vi behöver medverkan av en personal anställd inom kommunens öppna missbruksvård för att besvara frågorna. När enkäten besvarats vill vi att den underställs nämnden. Länsstyrelsen önskar nämndens svar *senast den 27 oktober 2002*.

Om enhet/mottagning för öppenvård saknas önskar vi ändå att ni skickar tillbaka frågeformuläret till oss med denna uppgift.

En sammanställning kommer att göras av de svar vi får in.

Har ni frågor – kontakta oss gärna!

Många hälsningar

Helene Christiansson  
tel 785 4081

Karin Rolf  
tel 785 4078

---

### Kontaktperson som fyller i enkäten:

Namn.....tel.....

Mailadress.....

Arbetar inom enheten/mottagningen.....

Funktion.....

**Datum då svaren på frågorna underställts nämnden.....**

**Bilaga 1**

2(8)

1. Ange den kommun/stadsdel som svaren avser:

.....

2. Namnge enheten/mottagningen samt hur många år den har funnits.

.....

3. Arbetar enheten/mottagningen med myndighetsutövning, enbart öppenvårdsinsatser eller både och?

.....

4. Om enheten arbetar med enbart myndighetsutövning – Vilken enhet/mottagning hänvisar man till för öppenvårdsinsatser för missbruksproblem?

.....

5. Remitteras klienter till extern öppenvård ( t ex dagbehandling som kommunen/stadsdelen köper in av extern vårdgivare) ?

Ja  Nej

Om Ja - Hur många klienter remitterades till extern öppenvård 2001?.....

6. Finns det politiska mål gällande prioriterade missbrukargrupper inom öppenvården?

Ja  Nej

7. Om ja – vilka prioriteringar? .....

.....

8. Finns integrerad mottagning med Beroendecentrum eller annan landstingsfinansierad verksamhet?

ja  nej

9. Om inte – var är Beroendecentrum/Landstingets personal placerad?

.....

.....

.....

10. Finns någon ansvarsfördelningen mellan kommunens öppna missbruksvård och Beroendecentrums/landstingets mottagning?

Ja

Nej

Om Ja – Vilken?.....

.....

11. Vilka tjänster finns och vilken sysselsättningsgrad har dessa inom kommunens/stadsdelens öppenvård/mottagning (personal anställda av kommunen) ?

	Antal tjänster	Sysselsättningsgrad %
Socionom	.....	.....
Sjuksköterska	.....	.....
Läkare	.....	.....
Psykiater	.....	.....
Psykolog	.....	.....
Mentalskötare/undersköterska	.....	.....
Övrig personal – ange kompetens	.....	.....
.....	.....	.....

12. Vilka tjänster finns och vilken sysselsättningsgrad har dessa på Beroendecentrums/Landstingets öppenvårdsmottagning

	Antal tjänster	Sysselsättningsgrad %
Socionom	.....	.....
Sjuksköterska	.....	.....
Läkare	.....	.....
Psykiater	.....	.....
Psykolog	.....	.....
Mentalskötare/undersköterska	.....	.....
Övrig personal – ange kompetens	.....	.....
.....	.....	.....

## Bilaga 1

4(8)

13. Hur många klienter var aktuella inom kommunens enhet/mottagning för öppenvård under 2001?

.....

14. Hur många klienter har varit aktuella under de senaste två månaderna? .....

15. Hur såg fördelningen ut mellan kön år 2001? Andel kvinnor .....% Andel män.....%

16. Hur såg åldersfördelningen ut 2001?

18-20 år .....%      20-25 år .....%      25-30 år .....%

30-40 år .....%      40-50 år .....%      50-60 år .....%      60år - .....%

17. Frågar ni vid inskrivning om klienten har barn under 18 år?

Ja, alltid

Ja, ibland

Nej

18. Hur stor andel av era klienter har barn under 18 år?

Vet ej

Uppskattningsvis .....%

19. Uppskatta andel klienter som har följande huvuddrog:

Alkohol.....%      Benzodiazepiner.....%      Värktabletter.....%

Heroin.....%      Amfetamin.....%      Kokain .....%

Cannabis.....%      Hallucinogener .....%      Annan .....% Vilken?.....

20. Vilka insatser erbjuds inom öppna missbruksvården i kommunen/stadsdelen?

Provtagning       Kartläggning/Utredning       Avgiftning i öppen vård

Hembesök       Läkemedelsutdelning       Motivationssamtal

Behandlingssamtal       Stödsamtal       Anhörigbehandling

Återfallsprevention       Arbetsträning       Parsamtal

Behandling för spelberoende       Social träning

Särskilda insatser för kvinnor  Särskilda insatser för invandrare

Särskilda insatser för unga/vuxna klienter (18 – 25 år)

Särskilda insatser för klienter med dubbeldiagnos (psyk+missbruk)

Särskilda insatser för klienter som är bostadslösa

Strukturerad dagbehandling

Annan insats  Vilken/vilka.....

**21. Vilken typ av kartlägnings/utredningsinstrument använder ni?**

ASI  DOK  ADDIS  Inget  Annat  Vilket?

.....

**22. Om kartlägnings/utredningsinstrument används - Hur ofta används detta/dessa instrument?**

På alla klienter  på nästan alla  på hälften  på några enstaka

Ev. kommentar.....

.....

**23. Hur dokumenteras arbetet med individärenden inom enheten/mottagningen?**

Löpande journalföring  Ingen journalföring  Annan dokumentation

Ange vilken.....

.....

**24. Registreras klienten som söker hjälp i socialregistret?**

Ja, alltid  Nej, aldrig  Ja, i vissa fall

Om Ja, i vissa fall – När registreras klienten i socialregistret?.....

.....

**Bilaga 1**

6(8)

**25.** Hur stor andel av de klienter som under 2001 fick insatser inom öppna missbruksvården var ej registrerade i socialregistret?

.....%

**26.** Hur stor andel av nya klienter blir aktuella på följande sätt:

.....% söker själva eller kommer genom anhöriga

.....% remitteras från socialtjänstens övriga enheter

..... % annan remissinstans

**27.** Arbetar ni enligt någon särskild modell?

Nej

Ja

Om Ja – vilken/vilka?:

Jag-stärkande samtal

Social färdighetsträning

Lösningsfokuserad modell

Motivationshöjande samtal

Kognitiv beteendeterapi

Socialpedagogisk ansvarsmodell

Beteendeterapi

Tolvstegsmodell

Psykodynamisk grund

Systemteoretisk modell

Annan  Ange vilken.....

**28.** Går ni ut med någon information till kommuninvånarna om er verksamhet?

Ja

Nej

Om Ja – hur?.....

Om Nej – varför inte?.....

(Finns broschyr/informationsblad om verksamheten vill vi gärna att ni bifogar denna i svarskuvertet)

**29.** Har ni någon uppsökande verksamhet ?

Ja

Nej

Om ja – hur är den uppsökande verksamheten utformad?.....

.....

.....



**30.** Sker någon uppföljning av de individuella behandlingsresultaten? Ja  Nej

Om Ja – Hur sker denna uppföljning? .....

.....

**31.** Sker någon utvärdering av verksamhetens samlade behandlingsresultat?

Ja

Nej

Om Ja – Hur sker denna utvärdering?.....

.....

.....

.....

.....

**32.** Finns det är någon/några samarbetspartners som det är speciellt svårt att samarbeta med?

.....

.....

.....

Vilka svårigheter finns?.....

.....

.....

.....

Ge exempel på vilka konsekvenser detta får för den enskilde klienten:.....

.....

.....

.....

.....

**Bilaga 1**

8(8)

**33.** Vilka förändringar eller vilken utveckling inom den öppna missbruksvården i er kommun/stadsdel skulle vara önskvärd för att förbättra insatserna/behandlingen?

.....

.....

.....

.....

.....

Är det något annat ni vill tillägga rörande enheten/mottagningen eller den öppna missbruksvården i övrigt som inte fångats upp med våra frågor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

STORT TACK FÖR ER MEDVERKAN

**Sammanfattning från möte med representanter för personalgruppen 2002-12-05:**

**Farsta stadsdelsförvaltning                      Vuxensektionen                      45.600 inv**

Farsta är ett tungt missbrukarområde sedan 70-talet. Vuxensektionen har funnits i 15 år. En avdelning inom vuxensektionen arbetar med utredning, råd och stöd och en avdelning arbetar med öppenvård. Inom öppenvården finns bl a möjlighet till arbetsträning, boendestöd, öronakupunktur, kurser i återfallsprevention.

11 socialsekreterare arbetar inom Vuxensektionen med missbrukare över 20 år, 2 socialsekreterare samt 2 arbetsledare arbetar inom öppenvården. Ett garage finns i Bergsundstrand där möjlighet finns till arbetsträning. 23 lägenheter finns på Farsta hotellhem där 2 boendestödare som tillhör vuxensektionen är placerade.

Tisdagar och torsdagar kl. 8.30 – 9.30 erbjuder man "Frukostklubb" för de som är inskrivna inom öppenvården. Ett 15-tal klienter brukar då komma och äta frukost vilket kan vara första steget till en förändring.

Kursen i återfallsprevention är en sluten grupp där äldre missbrukare deltar. Och brukar vara en gång per termin. En motivationskurs planeras.

En av socialsekreterarna har en "Gustav Adolf-grupp" som är en fika/aktivitetsgrupp för äldre, oftast ensamma, klienter.

Arbetsgruppen skulle även vilja starta en hemlöshetsgrupp då antalet hemlösa har ökat, fn ca 90 st (inkl. boende på inack) men resurserna räcker inte till.

Ett regelbundet samarbete sker med de tre kommunala bostadsföretagen som ibland gör anmälningar till vuxensektionen om missbrukare som behöver hjälp.

Det finns även en socialpsykiatrisk grupp bestående av 5 socialsekreterare. Gruppen arbetar bl a med klienter som har dubbeldiagnos, boendestöd finns.

Under 2001 remitterades 17 klienter till extern öppenvård, bl a till Checkpoint, Alfa-gruppen och Rådgivarna. Man uppskattar att ca 10 –15 klienter remitterades till internatbehandling (dygnet-runt-vård) men minst det dubbla skulle behövas. Man placerar på "lite bättre boenden" t ex Kurön, Visättra, Ängsholmen m fl. Handläggarna försöker i första hand tänka i öppen-vårdsalternativ eftersom budgeten är knapp och annars inte skulle räcka till.

Klienter som har §34-placeringar på behandlingshem genom Kriminalvården får max en månads förlängning på placeringen efter det att Kriminalvårdens kostnadsansvar upphört.

Politiskt prioriterade grupper är unga missbrukare och missbrukande föräldrar.

I Farsta finns inte någon integrerad mottagning med Beroendecentrum. Istället samarbetar men med och hänvisar till Maria beroendecentrum AB.

Det finns även möjlighet för boende i Farsta att själva söka sej till Maria utan att ha kontakt med Vuxensektionen.

Klienterna som Vuxensektionen har kontakt med är oftast mer socialt utslagna.

Över 60% av klienterna är över 40 år. 29% är kvinnor och 71% män.

## Bilaga 2

Vid inskrivning frågar man alltid om klienten har barn under 18 år. Ca 30% av klienterna har barn under 18 år. De flesta av dessa barn bor inte hemma hos föräldern som missbrukar utan är sk ”umgängesbarn”. Barnen erbjuds alltid att delta i barngrupper.

Samtliga klienter registreras i socialregistret.

Alkohol är vanligast som huvuddrog (43%) därefter kommer heroin (18%). Det är vanligt att missbrukarna börjar med amfetamin och sedan går över till heroin som har blivit betydligt billigare än tidigare. En annan utveckling är att missbrukarna börjar med tyngre droger tidigare, t ex rökheroin. Socialsekreterarna upplever att många som blir dömda till fängelsestraff inleder sitt heroinmissbruk under fängelsevistelsen. Även blandmissbruk är vanligt (16%).

Socialsekreterarna tycker att avgiftningen som erbjuds inom slutenvården är alldeles för kort med tanke på det omfattande missbruket som klienten ofta har. Man tycker också att unga heroinmissbrukare erbjuds subutex som alternativ till heroinmissbruket alldeles för lätt, utan att först ha prövat behandlingshemsalternativ ordentligt. Risken är att subutex blir ett billigt sätt att slippa ifrån att satsa på kostsamma behandlingar med drogfrihet som mål. Frågan är om detta är för klientens bästa.

Det är också svårt att få in klienter för avgiftning eftersom slutenvården i princip kräver att en behandlingsplanering ska finnas vilket är svårt att åstadkomma med en klient som ständigt är drogpåverkad. Risken för felplanering blir då stor.

När det gäller avgiftningen anser man att det borde finnas särskilda avgiftnings/ motivations-avdelningar för kvinnor. Många missbrukande kvinnor är idag svåra att motivera för att lägga in sej för avgiftning eftersom de då måste blandas med sina förövare och hallickar.

I Farsta är det endast ett fåtal klienter som kan få komma på behandlingshem pga den knappa budgeten. Istället försöker man hitta billigare alternativ. Detta problem finns i många av stadsdelarna – ”Budgetismen” har tagit över. För engagerade och ambitiösa socialsekreterare blir detta också ett arbetsmiljöproblem då man inte känner att man kan erbjuda den vård och behandling som klienten egentligen skulle ha behov av.

Någon generellt uppsökande verksamhet finns inte pga bristande resurser. Däremot söks kända missbrukare upp då tid finns till detta. Farsta samarbetar med den centrala Uppsökarenheten inom staden. Vidare arbetar man på att försöka skapa ”ett bra rykte” så att missbrukarna vågar/vill söka själva istället för att behöva bli uppsökta. Information om verksamheten, förutom hemsidan, går genom ”mun-mot-mun-metoden”. T ex att missbrukaren kan skriva in sej på Vuxensektionen för att få vara med i Frukostklubben eller i någon annan av verksamheterna som erbjuds.

Enheten arbetar inte enligt någon särskild modell, utan arbetar eklektiskt, dvs plockar det som passar ur olika metoder.

Uppföljning av de individuella behandlingsresultaten sker via handlingsplanerna. Däremot sker ingen luffföljning av verksamhetens samlade behandlingsresultat.

En statistiksammanställning samt en verksamhetsberättelse lämnas dock för varje år.

De största samarbetsproblemen finns i arbetet med klienter som har dubbeldiagnos. Psykiatrin vägrar att ta emot patienter som är påverkade och Beroendecentrum tar inte emot patienter

som är svårt psykiskt sjuka. Dessa patienter faller därför mellan stolarna och får inte den vård som de skulle behöva. De använder alkohol och droger som självmedicinering. Arbetsgruppen har även svårt att få hjälp av Landstinget med klienter som behöver en demensutredning. Ibland blir det gränsdragningsproblem gentemot LSS.



***Sammanfattning från träff med representanter för personalgruppen 2002-12-03:*****Haninge kommun Ungdoms- och Beroende enheten 70.000 inv**

Ungdomsenheten (16-23 år) samt Beroendeenheten (24- år) är placerade tillsammans med Beroendecentrum i Kommunhuset i Haninge Centrum och sitter på samma plan. Enheten arbetar både med myndighetsutövning och öppenvård. Sammanlagt arbetar 19 socialsekreterare inom Ungdoms- och Beroendeenheten. På vuxensidan har även två öppenvårdsassistenter som går hem till klienter. Tre behandlare arbetar inom öppenvården på Västergården.

På Landstingets Beroendecentrum arbetar två sjuksköterskor 80%, en läkare 40%, en psykiaterkonsult 4%, en psykolog 20% samt en läkarsekreterare. Beroendecentrum tar mot patienter från 18 år och uppåt.

Under senaste året har det skett stora förändringar i verksamheten. Tidigare öppenvårdsverksamheter har lagts ner t ex aHa- 12stegsprogram och Socialmedicinska mottagningen. Nya verksamheter har startat upp t ex Västergårdens dagverksamhet med individuella program.

För ungdomar 13 – 23 år har det startat en ny mottagning, Hannamottagningen, i anslutning till ungdomsmottagningen. I och med detta har avtalet med Maria Ungdom sagts upp. På Hannamottagningen har man bl a ett haschavvänjningsprogram HAP enligt Uppsalamodellen. Man erbjuder även akupunktur.

Inom Beroendeenheten (24 år och uppåt) arbetar man huvudsakligen med mycket tunga missbrukare som har uttalade missbruksproblem. Personalresurserna, i förhållande till kommunens storlek och graden av problem, är mycket begränsade när det gäller vuxna klienter. Det blir därför sällan fråga om öppenvårdsinsatser. Istället remitterar man till olika behandlingshem. Man uppskattar att ca 70 – 80 klienter beviljats placering på behandlingshem och ca 5 klienter fått extern öppenvård under en ettårsperiod.

Vid inskrivning frågar man alltid om klienten har barn under 20 år. Ca 20 % av klienterna har barn under 18 år.

Majoriteten av personalen har gått en introduktionskurs för ASI och tanken är att man ska börja använda detta instrument för klartläggning/utredning och så småningom även för utvärdering. Några i personalgruppen är även utbildade i ADDIS.

Arbetet dokumenteras genom löpande journalföring och samtliga klienter blir registrerade i socialregistret. Dock inte de klienter som enbart är aktuella på Beroendecentrum.

Drygt 60% av klienterna inom Beroendeenheten är över 40 år och har övervägande alkoholproblem. Personalen menar att de klienter som är motiverade och vill ha hjälp också får hjälp. Däremot medger man att personalresurserna inte räcker till för att även ägna tid till att motivera klienter till att ta emot behandling.

Ett problem både på ungdoms- och vuxensidan är också att slutenvården kräver att klienterna ska vara motiverade till behandling och att en behandlingsplan ska finnas för att slutenvården ska ta emot för avgiftning. Att få in klienter för avgiftning blir därför många gånger omöjligt eftersom det är svårt att motivera och göra upp en behandlingsplan med en klient som ständigt

### Bilaga 3

är drogpåverkad. I de fall placeringar görs riskerar man att göra felbedömningar då planeringen gjorts upp med en klient som varit drogpåverkad.

Mycket få klienter remitteras från familjegruppen och ekonomigruppen. Istället fungerar personalen inom Beroendeenheten som konsulter och socialsekreterarna inom familjegruppen och ekonomigruppen arbetar vidare med missbruket. Klienter kan placeras på behandlingshem för missbruksproblem direkt från familjegruppen eller ekonomigruppen. Dessa enheter står då för kostnaden.

65% av klienterna inom Ungdoms- och Beroendeenheten kommer från annan remissinstans. Det kan vara anmälan från Polisen, remiss från primärvården eller annat sjukhus, psykiatri.

Någon uppsökande verksamhet finns inte pga bristande resurser. I viss mån finns uppsökande verksamhet för ungdomar.

Resurserna inom missbruksvården har minskat kraftigt under de senaste 10 åren.

Uppföljning av de individuella behandlingsresultaten sker endast genom handläggande socialsekreterare. Någon utvärdering av verksamhetens samlade resultat sker ej.

Ungdoms- och Beroendeenheten upplever att det är svårt att samarbeta både med vuxenpsykiatri och ungdomspsykiatri när man t ex behöver hjälp med akuta bedömningar, då klienter har behov av terapi etc. Man tror att samarbetssvårigheterna till stor del beror på bristande resurser, läkare saknas bl a. Konsekvensen för den enskilde klienten blir att det finns risk för felaktiga bedömningar.

Det behövs också en tydligare definition av huvudmännens olika ansvar gentemot klienter som har dubbeldiagnos. Idag blir det ofta långdragna processer när dessa klienter behöver vård och behandling. Ibland lyckas man komma överens och delar på kostnaderna.

Däremot har man ett fungerande samarbete med kontaktpersoner från öppenpsykiatri som regelbundet deltar i behandlingskonferenser var 14:e dag. Man ber då klienten skriva på en medgivandeblankett för att kunna ta upp ärendet/problemet på konferensen och få tips och råd hur man ska komma vidare.

Samarbetet med Beroendecentrum fungerar bra även om det inte är helt gnisselfritt. Det blir ibland kulturkrockar, socialsekreterarna är mer processinriktade och Beroendecentrums personal är mer inriktad på diagnostik. Personalen inom Beroendecentrum har också till stor del bytts ut i samband hopslagningen av Beroendecentrum.



***Sammanfattning från träff med representanter för personalgruppen 2002-12-06:***

**Tyresö kommun**                      **Specialenheten**                      **39.000 inv**  
**Missbruksgruppen, Ungdomsgruppen, Vårdassistenterna**

Missbruksgruppen arbetar med både myndighetsutövning och öppenvård, integrerad mottagning med Beroendecentrum utanför socialkontoret. Två klienter remitterades till extern öppenvård under 2001 och 48 klienter har beviljats hvb-placeringar under året. Under en fyraårsperiod har man haft samma summa pengar för placeringar.

Inga politiska prioriteringar för missbruksvården finns. Det förutsätts dock att man så långt det är möjligt använder de egna, väl utbyggda, resurserna i kommunen i första hand.

Ansvarsfördelningen mellan Beroendecentrum och kommunens öppenvård består i att Beroendecentrum i första hand tar emot narkomanerna. Kommunens öppenvård arbetar i första hand med alkoholmissbrukarna. Det finns dock ingen tydlig uppdelning av ärendena.

Inom kommunens missbruksgrupp arbetar åtta socionomer på heltid, en sjuksköterska 93 procent samt en psykolog på halvtid. Sjuksköterskan arbetar med polikliniska avgiftningar, alkotester samt urinprover. Det finns även en arbetsmarknadssekreterare/socionom på halvtid stationerad på mottagningen. Därutöver finns två vårdassistenter på heltid vilka arbetar i en villa på Njupskärsvägen.

Socialsekreterarna har tre olika roller: utrednings- och handläggansvar, samordnare av olika insatser samt behandlare. Psykologen arbetar 50 procent med vuxna och 50 procent med unga som har missbruksproblem. Psykologen använder till stor del en nätverksinriktad arbetsmodell.

Beroendecentrum har en sjuksköterska på heltid samt en psykiater på halvtid. Primärvården tillskjuter även 6 tim läkare/vecka. Beroendecentrums personal har ”inskrivningsrätt” till avdelning för avgiftning inom slutenvården.

Klienter kan vara anonyma och ändå få rådgörande samtal med socialsekreterare. Vad gäller enbart medicinsk kontakt med läkare eller sjuksköterska sker ingen registrering inom socialtjänsten. Läkarsjournal förs dock som vid besök hos sjukvården. Sekretess föreligger mellan den medicinska personalen och socialtjänsten. I övrigt registreras samtliga som får insatser inom kommunens öppenvård.

De flesta klienterna/patienterna är gemensamma för Socialtjänsten och Beroendecentrum.

37 procent av klienterna är kvinnor och 75 procent av klienterna är under 50 år och 45 procent är under 40 år.

Man frågar alltid om klienten har barn och 25 procent av klienterna har barn under 18 år. Vanligaste huvuddrogen är alkohol 60 procent, Amfetamin 19 procent, heroin 11 procent. Som kartläggnings/utredningsinstrument används dels ASI (25 procent av ärendena) dels ett eget formulär.

Följande insatser kan erbjudas:

- rådgivning
- samtalsbehandling enskilt, i par eller hela familjen
- psykologkontakt
- stödkontakt

## Bilaga 4

- läkarbesök
- poliklinisk avgiftning och provtagning
- antabusbehandling
- drogkontroll genom urinprovsanalys
- för bostadslösa finns olika former av boende med stöd
- arbetsrehabilitering

Även en dagbehandling/gruppverksamhet med åtta platser kan erbjudas. Gruppen leds av två vårdassistenter med vidareutbildning och träffas 5 förmiddagar i veckan. Den består mest av äldre alkoholmissbrukare. Gruppen pågår kontinuerligt och behandlingstiden är individuell, kan vara årslång. Vissa inslag i behandlingen bygger på 12-stepsprogrammet. Varje dag börjar med morgonmöte. I övrigt ingår bl a motivationsgrupp, enskilda samtal, datakurs, studiebesök och matlagning en dag i veckan. Deltagare som uteblir följs upp med hembesök.

Ett stort problem är att hemlösheten i Tyresö har ökat under de senaste åren. Ca 50 personer är hemlösa (då inräknas även inackboende och de som avtjänar fängelsestraff).

En av orsakerna till den ökade hemlösheten är bostadsbristen i Stockholm.

I Tyresö finns särskilda insatser för hemlösa. Frälsningsarmén har ett inackorderingsboende som drivs på entreprenad, Källan 1, med 13 platser. Problemet är att de som bor på inackorderingshemmet blir kvar eftersom det inte finns några lägenheter att flytta till.

Särskilda insatser för klienter som har dubbel diagnos finns också. Källan 2 är ett boende för klienter med dubbel diagnos där det finns 7 lägenheter.

Även denna verksamhet drivs f n av Frälsningsarmén men kommer att föras över till kommunen. Nio platser för klienter med dubbeldiagnos kommer att finnas. De sju lägenheterna som finns på Frälsningsarmén kommer att omvandlas till mellanboende för missbrukare som bor på inackorderingshemmet. Tolv möblerade träningslägenheter finns också. Tidigare har det även funnits sk övergångslägenheter (försökslägenheter) men dessa har blivit allt färre pga att de som bor där oftast blir kvar pga bostadsbristen. Under de senaste tre åren har man fått endast en ny övergångslägenhet per år.

Man har försökt skapa en boendekedja men det tar tyvärr ofta stopp då det är stora problem att få eget kontrakt för klienter som gått igenom boendekedjan och är drogfria.

I Tyresö har man också satsat på att försöka erbjuda klienter arbetsrehabilitering. För detta ändamål har man omvandlat hvb-pengar till mellanvårds-beredskapsarbeten.

Det finns ett arbetscentrum som kan erbjuda olika arbetsplatser som såg, cafeteria och syverkstad. Elektronikåtervinnarna finns också. Denna verksamhet har målgruppen unga vuxna 16-25 år och är en kombinerad arbetsträning/miljöterapeutisk verksamhet.

En arbetskonsulent/socionom arbetar halvtid på mottagningen för att fånga upp klienterna i arbete/arbetsträning som komplement till öppenvårdinsatserna.

I Tyresö har man även en särskild arbetsgrupp med representanter från olika huvudmän, för dubbeldiagnospatienter/klienter. Gruppen träffas en gång i månaden. Sammanlagt finns ett 30-tal personer med dubbeldiagnos i Tyresö. 1998 skrevs ett särskilt dokument för denna samverkan. Innan samverkan hade man tre gemensamma klienter/patienter. Idag har arbetsgruppen 25 gemensamma klienter/patienter. Gruppen har även gemensam handledning. Tyvärr har man inte lyckats få med Beroendecentrum i samarbetet.

Någon generellt uppsökande verksamhet finns inte däremot sker uppsökande verksamhet mot kända missbrukare i Centrum och i boendemiljöerna vid behov. Arbetsgruppen har regelbundna möten med Närpolisen 1 gång/månad.

Någon uppföljning av de individuella behandlingsresultaten eller någon utvärdering av verksamhetens samlade behandlingsresultat sker f n inte. Ett arbete pågår dock för att ta fram ett utvärderingsunderlag för dessa ändamål.



**Sammanfattning från träff med representanter för personalgruppen 2002-11-27:****Östermalms stadsdelsförvaltning Östermalms Vuxenteam 61.500 inv**

På Östermalm har man integrerat mottagning med Beroendecentrum sedan 1997 med gemensamma lokaler, Östermalmsg.39.

Ca 30 procent av vuxenteamets klienter är även aktuella på Beroendecentrums mottagning.

Personal stadsdelens vuxenteam: 1 socionom 75 procent  
1 soc. sekr 100 procent  
1 mentalskötare 100 procent  
1 socialpedagog 100 procent

Personal Beroendecentrum: 2 sjuksköterskor 100 procent  
1 läkare 75 procent  
1 läkarsekreterare 100 procent

Östermalm sdf arbetar efter en utförare och uppdragsmodell. Vuxenteamet arbetar på uppdrag av myndighetsdelen inom missbruk. Organisatoriskt ligger man under avdelningen Arbeta och Bistånd. Inom missbruksenheten (myndighetsdelen) arbetar tre handläggare.

Samtliga klienter som får insatser från Vuxenteamet har beviljats insats i form av öppenvård genom Missbruksenheten och blir därmed registrerade i socialregistret.

Vuxenteamet kan dock initialt ha kontakt med hjälpsökande några ggr utan att de blir registrerade. De flesta klienterna aktualiseras av Missbruksenheten när klienten har blivit aktuell där och behöver insats i form av öppenvård. Under 2001 var 80 klienter aktuella i Vuxenteamet. De flesta klienterna har tung problematik. 63 procent av klienterna är över 40 år. Därav är 33 procent 50-60 år. Andelen kvinnor är 25 procent.

Huvuddrogen är alkohol i ca hälften av fallen. Ca 20 procent av klienterna har heroin som huvuddrog (16 st). De som missbrukar heroin har i allmänhet mycket tungt missbruk och är hemlösa.

Personalen frågar inte om klienten har barn men uppskattar att ca 15 procent av klienterna har barn under 18 år.

Insatserna består av individuella stöd-, motivations- och behandlingskontakter. Många av klienterna är kroniker och det blir i allmänhet mycket långa kontakter.

I de fall där Vuxenteamets insatser inte räcker till remitteras klienter i första hand till extern öppenvård. Ca 45 klienter beviljades extern öppenvård under 2002. Eftersom budgeten är begränsad föreslår missbruksenheten i första hand öppenvård även för de klienter som är hemlösa. Öppenvårdinsatsen kombineras då med boende t ex på Lönnen.

Tre klienter har fått vård enl. LVM under 2002. I ett fall var det en äldre dam som fått levercirros, i ett annat fall en medelålders småbarnsfar som fått delirium. Dessa klienter har inte tidigare varit kända av socialförvaltningen. Personalgruppen tror att detta kan bero på att invånare i stadsdelen drar sej i det längsta för att söka hjälp hos myndigheter. Eftersom många invånare också är ekonomiskt välbeställda kan missbruket fortsätta under mycket lång tid.

## Bilaga 5

Utmärkande för Vuxenteamet är att man har särskilda insatser för hemlösa. Antalet hemlösa som tillhör Östermalms sdf uppgår till ca 30 st. Många hemlösa från andra kommuner samlas också inom stadsdelen.

En handläggare från missbruksenheten arbetar 100 procent och en handläggare (socialpedagogen) från Vuxenteamet arbetar 50 procent med uppsökande verksamhet. Dels söker man upp missbrukare på gator och torg dels vid sk störningsärenden, t ex när grannar ringer och klagar. Uppsökarna är också med vid vräkningar och försöker hjälpa till så klienten ”landar så mjukt som möjligt” genom att försöka hitta olika lösningar tillsammans med klienten. Man söker också upp hemlösa där de bosatt sej t ex i Liliansskogen, Tessinparken, under broar etc. Uppsökarna arbetar långsiktigt. Man försöker möta klienten där den är. Första målet kan vara att få missbrukaren att äta. När man lyckats etablera kontakt kan man t ex ta med missbrukaren till Träfflokal 52:an eller annan verksamhet där han/hon kan få gratis mat. Nästa mål kan vara att försöka förmedla natthärbärke. Nästa mål kan vara att försöka förmedla kontakt med socialförvaltningen där missbrukaren hör hemma osv. Slutmålet för hemlösa missbrukare som missbrukar heroin kan t ex vara att dessa ska komma under metadonbehandling. Vägen dit är dock lång och det kan ta upp till ett år innan klienten är motiverad och i tillräckligt bra form för att orka fullfölja en remiss till metadonbehandlingen.

En personal i Vuxenteamet är särskilt inriktad på att arbeta med klienter som har dubbel- eller trippeldiagnos som behöver särskilda insatser. En metod som man använder är case-management-metoden. Man hjälper även till med boendestöd för klienter som bor i socialförvaltningens tränings- och försökslägenheter.

Vuxenteamet har fn inget kartläggnings/utredningsinstrument men planerar att utbilda sej i ASI-metoden.

Vuxenteamet tycker att det är svårt att samarbeta med öppenpsykiatrin. Man skulle också vilja ha ett närmare med familjeenheten, barn- och ungdomssektionen samt försörjningsstöd. Idag remitteras inga klienter från dessa enheter vilket det borde finnas behov av. Vuxenteamet skulle också vilja ha ökade resurser till missbruksvården. Man bedömer att två till tre personal skulle behöva anställas ytterligare för att utveckla arbetet inom Vuxenteamet. T ex skulle man vilja utveckla gruppverksamheter vilket inte är möjligt med den personalstyrka som finns idag.

## Förklaringar till de kartläggnings- och utredningsinstrument som nämns i undersökningen

**ASI Addiction Severity Index.** Intervjufrågorna i ASI omfattar variablerna kön, ålder, utbildning, arbete/försörjning, somatisk hälsa, alkohol och narkotika, kriminalitet, familj och sociala relationer samt psykisk hälsa. I ASI tas även hänsyn till klientens egen bedömning av problemets svårighetsgrad. ASI kan även användas för uppföljning av behandlingen.

**Addis** Diagnosinstrument vid missbruksutredning. Frågor omkring missbruk/beroende av alkohol och olika droger. Utifrån svaren kan kurvor ritas avseende utvecklingen av missbruket/beroendet för respektive drog. Presentationen av resultatet är ofta motiverande och utgör en grund för fortsatt behandlingsplanering tillsammans med klienten.

**DOK** Dokumentationsformulär innehållande olika problemområden. Flera av frågorna i DOK-formuläret överensstämmer med ASI-frågorna. Kan användas i kartläggnings syfte som grund för problembedömning och behandlingsplanering då missbruk föreligger.

**IDS-100 Inventory of drinking situations.** Används för patienter med alkoholproblem. Ett frågeformulär med 100 frågor. Frågorna i formuläret beskriver olika tänkbara risksituationer och klienten får skatta hur ofta han/hon brukar dricka i en sådan situation. Frågorna är indelade i åtta olika delskalor: obehagliga känslor, fysiskt obehag, behagliga känslor, testande av personlig kontroll, sug/frestelser, konflikter med andra, socialt tryck och behaglig samvaro. Svaren kan sammanställas till en riskprofil. IDS-100 behöver ofta kompletteras med en intervju där man kan få fram mer konkreta detaljer. Man kan även diskutera direkt utifrån frågorna i formuläret utan att sammanställa dem i delskalor. Bearbetning för att anpassa formuläret till narkotikamissbruk pågår.

**MAST** Kort frågeformulär som används för att fånga en risk- eller högkonsumtion av alkohol.

**AIM** Gediget diagnospaket för målinriktad matchning och behandlingsuppföljning inom missbruksvården. Innehåller **IFUSS+AUJ+MCMI**. Den slutliga bedömningen - utlåtandet bygger på att alla dessa delar finns med.

**IFUSS** Intervju Formulär om Uppväxtvillkor och Social Situation.

**AUI** Frågeschema om alkoholvanor enligt AUI-skalan. Sammanlagt 167 frågor som besvaras genom att sätta kryss enl. A, B eller C alternativ.

**MCMI Millon Clinical Multi-axel Inventory** Består av 175 påståenden om hur man kan vara som människa. Klienten tar ställning till om de olika påståendena stämmer eller inte stämmer på honom/henne. MCMI beskriver grundläggande personlighet, eventuell personlighetsstörning och psykiska symtom. MCMI är kopplat till DSM-systemet vad gäller diagnostik. Metoden kräver psykologisk och psykiatrisk kompetens för tolkning.

**Time line follow back (TLFB)** En intervju om klientens alkohol- tablett- och narkotikakonsumtion dag för dag, bakåt i tiden, under en överenskommen tidsperiod.

## **Bilaga 6**

**SADD** Mäter graden av beroende i form av en skala lågt beroende, medium beroende och högt beroende.

**Drinc** Formulär som används för att få fram konsekvenser av drickandet inom olika konsekvensområden.

**SCL 90 Symtom Check List –90** Självskattningsinstrument för psykiska symtom. Innehåller 90 frågor som besvaras längs en femgradig skala från ”inte alls” till ”väldigt mycket”. Det ger ett mått på klientens upplevda besvär och problem av psykisk art.





## Tidigare rapporter under 2003

---

1. Integration i kommunerna - en mångfald av arbetssätt och förutsättningar, *socialavdelningen*
2. Förorenade områden Färgindustri - en inventering av potentiellt förorenade områden i Stockholms län, *miljö- och planeringsavdelningen*
3. Luftföroreningar i Stockholms län - resultat till och med september 2001 (finns endast som pdf), *miljö- och planeringsavdelningen*
4. Bostadssubventioner - volymer och bidragsunderlag, helårsöversikt 2002, *socialavdelningen*
5. Skyddsvärda grundområden i Svealands skärgårdar, *miljö- och planeringsavdelningen*
6. Förorenade områden - Bekämpningsmedelstillverkare och sprängämnestillverkare. En inventering av potentiellt förorenade områden i Stockholms län, *miljö- och planeringsavdelningen*
7. Samlad redovisning av förslagen till infrastrukturplaner för Stockholm – Mälarenregionen, *avdelningen för regional utveckling*
8. Förorenade områden - Träimpregneringsbranschen. En inventering av potentiellt förorenade områden i Stockholms län, *miljö- och planeringsavdelningen*