

# En förstudie gällande integrerade beroendemottagningar - vuxna 25 år och äldre

Från delar till helhet – en beroendevård som hänger ihop genom samarbete och samverkan.



|   |  |
|---|--|
| Ansvarig verksamhet                                 | Linda Svensson, Processledare integrerade beroendemottagningar |
| Kontakt   |  |
| Datum   | 2022-04-20   |
| Diarienummer  | HSN/223926   |
| Region Värmland<br>Regionens hus<br>651 82 Karlstad |  |

# Innehåll

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Innehåll .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Sammanfattning .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Inledning.....</b>   | <b>5</b>  |
| Syfte och mål.....  | 5         |
| Metod.....  | 5         |
| Begreppsförklaring .....  | 6         |
| <b>Bakgrund.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>Skadligt bruk och beroende i Sverige .....</b>                             | <b>13</b> |
| Narkotika .....   | 13        |
| Alkohol.....  | 15        |
| Spel .....  | 17        |
| <b>Skadligt bruk och beroende i Värmland.....</b>                             | <b>18</b> |
| Nuläge i Värmland. Flera dörrar in - på olika sätt.....                       | 19        |
| <b>Integrerade mottagningar i Värmland .....</b>                              | <b>26</b> |
| Vad innebär integrerade mottagningar?.....                                    | 26        |
| Förslag på modellbeskrivning integrerade beroendemottagningar för vuxna ..... | 27        |
| Befolkningsunderlag Värmland .....  | 29        |
| Basfaktorer för de integrerade beroendemottagningarna .....                   | 31        |
| Vårdkedjor och samverkan.....   | 31        |
| Vårdnivåer och stegvis vård. ....   | 32        |
| Pågående utvecklingsarbete och processer i Värmland .....                     | 33        |
| Möjliga utvecklingsområden i Värmland.....                                    | 34        |
| <b>Källförteckning .....</b>  | <b>36</b> |

# Sammanfattning

Denna rapport syftar till att ge förslag på hur integrerade beroendemottagningar för vuxna från 25 år kan se ut i Värmland. Den ger också en beskrivning av det befintliga läget gällande riskbruk, skadligt bruk, beroende och samsjuklighet både på en nationell nivå och här i Värmland. I mitt uppdrag som processledare för de integrerade beroendemottagningarna i Värmland ingår att utgå från det delbetänkande som samsjuklighetsutredningen kom med i november 2021. Ett slutbetänkande förväntas komma runt årsskiftet 2022/2023. Genom att skapa en gemensam bild av hur det ser ut kan vi sedan påbörja en process framåt gällande den målgrupp som beskrivs i samsjuklighetsutredningen. Det är först när vi tillsammans får en bild av hur vi jobbar i hela länet, både i kommunerna och inom regionen som vi tillsammans kan skapa integrerade beroendemottagningar för målgruppen.

Den ekonomiska aspekten i att skapa integrerade beroendemottagningar är svår att beräkna i dagsläget då vi fortsatt inte vet vad som händer år 2025 med slutbetänkandet i samsjuklighetsutredningen. Om betänkandet går igenom innebär det att allt ansvar för vård och behandling för skadligt bruk och beroende övergår till regionernas hälso- och sjukvård. Då påbörjar en omställning redan nästa år 2023 och två år framåt innan förslaget träder i kraft januari 2025. Men det hindrar oss inte att tillsammans i Värmland ta ett krafttag och påbörja denna resa framåt redan idag. Vi kommer att behöva kompetensutveckla i verksamheterna både inom kommun och regionens verksamheter på flera nivåer. Vi behöver skapa bra vårdkedjor som hänger ihop för en helhet för de personer som är i behov av vård, behandling och stöd för sitt riskbruk, skadliga bruk, beroende och samsjuklighet. Dessa vårdkedjor och vårdnivåer blir särskilt viktiga utifrån de fallbeskrivningar som finns med i rapporten. Vi behöver rusta Värmland för att ta emot dessa personer på alla nivåer, för bästa effektiva omhändertagande. En del kommer att få fortsatt hjälp via sin kommun, via sin vårdcentral, via specialistpsykiatri, beroendevården samt via integrerad beroendemottagning där samverkan och samarbete mellan de olika professionerna och resurserna kommer att finnas.

Det finns många frågor i nuläget om hur det kommer att bli framöver med huvudmannaskapsfrågan och de ekonomiska förutsättningarna. Men precis som både samsjuklighetsutredningen och God och nära vård och den omställningen som sker just nu säger, så är det nu dags för en fokusflyttning. Från organisationsperspektiv till en personcentrerad vård för oss alla.

I samsjuklighetsutredningens arbete fick Värmland delta som pilotlän. Det innebar flera workshops och dialoger där företrädare för länets kommuner och Region Värmland deltog. Resultatet av denna process blev till synpunkter som sedan har tagits med i betänkandet – *”Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet SOU 2021:93”*. Men också brister som kunde identifieras i Värmlands egen process när det gäller vård, behandling och stödinsatser för den beskrivna målgruppen i betänkandet utifrån nuvarande strukturer. De systemhinder/brister som har identifierats är följande:

- Brist i förmåga att skapa relevanta lösningar för målgruppen.
- Brist i förmåga att koordinera insatser
- Brist i förmåga att skapa kontinuitet
- Brist i förmåga till tidiga upptäckter
- Brist i förmåga att stötta i helheten
- Brist i förmåga att agera förebyggande och främjande
- Brist i förmåga att förstå målgruppen.

I denna rapport ges förslag på andra arbetssätt som kan möta upp dessas brister. De förslag som presenteras kan genomföras redan nu, utan att invänta beslut på nationell nivå, då det är en fråga för Värmland som helhet.

# Inledning

I oktober 2021 påbörjades en kartläggning av den befintliga vården och stödet som erbjuds inom skadligt bruk och beroende i Värmlands kommuner och inom Region Värmland. Genomläsning av fattade beslut inom skadligt bruk och beroende gjordes och samverkan med styrningen för missbruk och beroende i Värmland inleddes under hösten. Den samlade bilden från både kommunernas socialtjänster och Region Värmlands verksamheter som möter personer med riskbruk, skadligt bruk och beroende med eller utan samtidig psykisk sjukdom/tillstånd, är att det finns ett stort behov av verksamheter som är integrerade i den mening att de två huvudmännen arbetar tillsammans för den specifika målgruppen.

Genom att läsa in nuvarande riktlinjer och rekommendationer inom området och att ha kontinuerliga dialoger med verksamheterna i länet har denna rapport arbetats fram. Rapporten presenterar en bakgrundsbeskrivning inom området både på nationellt och regional nivå, samt beskriver det behov av integrerade verksamheter som finns i länet för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan samsjuklighet. Rapporten vill också belysa det viktiga arbetet som behöver ske med att upptäcka och ge behandling för lindriga till måttliga problem inom området på andra nivåer än på en integrerad beroendemottagning.

Utgångsläget var att arbeta fram ett förslag på en modell för integrerade beroendemottagningar, men under tiden har det också framkommit många frågor kring fortsatt utveckling och brister i vårdkedjan inom området skadligt bruk och beroende i Värmland. Rapporten har därför formats på så sätt att förutom förslaget på modell för integrerade mottagningar i länet, så beskrivs och ges förslag på utvecklingsområden inom beroendevården i Värmlands län.

I rapporten beskrivs samtidigt parallella processer som pågår på nationell nivå, exempelvis omställningen till nära vård som på många sätt går hand i hand med det som samsjuklighetsutredningens förslag på reform föreslår. Grunden i förslagen som beskrivs i denna rapport är utifrån det aktuella delbetänkandet som kom i november 2021 gällande samsjuklighetsutredningen.

## Syfte och mål

Uppdragets syfte är att ta fram ett förslag på en gemensam modellbeskrivning för lokala beroendemottagningar för vuxna från 25 år. Mottagningarna ska erbjuda integrerade insatser för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykiatriska diagnoser eller andra psykiatriska tillstånd. Huvudmännen kommun och Region Värmland ska tillsammans arbeta i multidisciplinära team utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Målet är att skapa verksamheter med en hög grad av kompetenser, oavsett huvudman, som jobbar tillsammans för patienter med skadligt bruk och beroende med eller utan psykiatrisk sjukdom där samverkan och samordning är tydliga ledord och samsjuklighetsutredningens förslag ligger till grund.

## Avgrensningar gällande åldersspann för målgruppen

I februari 2020 togs beslut i HSN (Hälso- och sjukvårdsnämnden) och i Värmlands kommuner att inrätta en länsmottagning och lokala mottagningar där målgruppen är ungdomar och unga vuxna 13–25 år som är i riskzonen för eller har utvecklat ett risk- eller skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopning eller spel om pengar med eller utan tillhörande psykiatrisk eller social problematik, samt deras närstående. Huvudmannaskapet ska vara delat mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Individer som tillhör denna beskrivna målgrupp kommer således att få hjälp och stöd med sin problematik på någon av dessa mottagningar.

## Metod

Inläsning har skett av nationella riktlinjer inom skadligt bruk och beroende, lagtexter, rapporter, regionala styrdokument och samsjuklighetsutredningens förslag – *”Från delar till helhet. En reform för*

*samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.” SOU 2021:93.*

Statistik har granskats på nationell och regional nivå. Under våren 2022 har det skett dialogmöten kring samsjuklighetsutredningen, samt diskussioner om framtidens beroendevård i Värmland med verksamheter i kommun och inom Region Värmland som är berörda av arbete med målgruppen. En enkätundersökning gjordes också i december 2021 gällande beroendevård i Värmland där en av frågorna var kring hur verksamheterna önskar att en beroendemottagning ska utformas (bilaga 1).

Utöver det har dialoger skett kontinuerligt med de lokala styrgrupperna för missbruk och beroende i Värmland, samt med olika verksamheter i länet som anses vara berörda av lokala beroendemottagningar. Beskrivning av kommunernas verksamhet för målgruppen har inhämtats i direktkontakt med kommunrepresentanter via e-post. En arbetsgrupp med representanter från kommun och Region Värmland har tillsammans jobbat fram ett förslag på en modell för integrerade beroendemottagningar i Värmland.

## Begreppsförklaring

I denna rapport kommer en del begrepp användas återkommande. För att tydliggöra innebörden av de olika begreppen kommer här en begreppsförklaring i korthet. Begreppet *missbruk* är till stor del ersatt av benämningen *skadligt bruk*.

### Samsjuklighet

I denna rapport beskrivs samsjuklighet som skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser. Sådana tillstånd kan påverka och förstärka varandra på olika sätt, och det finns flera förklaringar till hur de hänger ihop med varandra.

*The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* beskriver fyra olika förklaringsmodeller för samsjuklighet som överlappar varandra;

- Att tillstånden förekommer oberoende av varandra.
- Att det skadliga bruket och beroendet orsakas av det andra psykiatriska tillståndet.
- Att det skadliga bruket och beroendet leder till att ett annat långvarigt psykiatrisk tillstånd utvecklas.
- Att rus eller abstinens utlöser tillfälliga psykiatriska tillstånd<sup>1</sup>.

### Riskbruk, skadligt bruk eller beroende

Skadligt bruk och beroende är psykiatriska diagnoser och det finns två olika diagnossystem som beskriver kriterierna för diagnoserna.

*ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems)* är det system som används i Sverige. Här används diagnoserna skadligt bruk och beroende. Termen *”missbruk”* är inte längre en medicinsk diagnos.

*DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)* är ett diagnossystem som utvecklats i USA som idag används som ett verktyg inom psykiatri även i Sverige.

*Riskbruk* – är ingen diagnos utan en beskrivning som används för att beskriva ett bruk av alkohol som medför en förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser utan att det föreligger ett beroende eller skadligt bruk av alkohol.

*Skadligt bruk* – när en person använder alkohol, droger eller läkemedel som skadar individen fysisk eller psykiskt.

---

<sup>1</sup> [Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet - Regeringen.se](#)

*Beroende* – när en person inte längre genom den fria viljan kan styra intaget av en drog eller impuls, gällande exempelvis spel, shopping, sex, vilket innebär en försämrad funktion fysiskt, psykiskt och socialt.

### **Andra begrepp**

*ANDTS* – Alkohol, narkotika, doping, tobak och spel.

### **Samverkan/samarbete**

Genom att skapa dessa integrerade mottagningar för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykisk sjukdom, skapar vi samverkan för den enskilde individen. Det underlättar i samarbete och leder till en mer nära vård. Men vad betyder det att samverka? I en avhandling som heter "*Utveckling av samverkan*" vid Linköpings universitet skriven av Ingela Furenbäck<sup>2</sup> beskriver hon begreppen samexistens, samverkan, samordning och samarbete på följande sätt:

*Samexistens* innebär att organisationer verkar parallellt utan att ta hänsyn till andras agerande.

*Samverkan* innebär att aktörerna handlar gemensamt men med tydliga gränser.

*Samordning* innebär att aktörerna gör saker gemensamt genom att gränserna suddats ut mer. Genom samordning skapar man mer gemensamma projekt.

*Samarbete* innebär att aktörerna nu genomför uppgifterna gemensamt. Genom att upprätthålla och vidmakthålla goda relationer skapas ett gott samarbete.

---

<sup>2</sup> <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:787204/FULLTEXT01.pdf>

# Bakgrund

I Sverige har det skett utveckling framåt under de senaste åren för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan samsjuklighet. Här följer en kortfattad beskrivning av de utvecklingsområden som nu är pågående, och de riktlinjer som finns inom området som fortsatt är aktuella. Kommande förslag på utveckling i Värmland av integrerade beroendemottagningar kommer att utgå från den aktuella statusen och de reformer som är pågående i Sverige idag.

Under december 2019 togs beslut i den politiska styrgruppen för missbruk och beroende i Värmland att regionen fick uppdraget att utreda förutsättningar för integrerade beroendemottagningar för vuxna 25 år och äldre. I oktober 2021 anställdes en processledare för detta uppdrag. Processledarens primära uppgift har varit att kartlägga det aktuella läget gällande missbruk och beroende i Värmlands län samt fortsätta dialoger med ledning och styrning för missbruk och beroende i Värmland om behov av lokala beroendemottagningar för vuxna. En rapport med förslag på hur dessa verksamheter kan byggas upp skulle arbetas fram för presentation för ledningen inom missbruk och beroende i länet.

Socialstyrelsen (2019) beskriver i sin kartläggning av samsjuklighet att det sedan länge är välkänt att personer med skadligt bruk och beroende har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa<sup>3</sup>. Dessa personer löper större risk och uppvisar oftare än personer med endast ett tillstånd, en svårare sjukdomsbild. Det ökar risken för följsjukdomar, en högre förekomst av riskfyllt beteende, kriminalitet samt sociala problem som exempelvis ensamhet, arbetslöshet och hemlöshet. Dessa risker gäller både vid substansberoende och spelberoende. Att ha en kombination av skadligt bruk och/eller beroende och psykisk ohälsa eller andra psykiatriska diagnoser ökar risken för försämring och upprepade återfall. Det ökar samtidigt risken för att personen inte är följsam i sin behandling eller avhopp från behandling och sämre behandlingsresultat<sup>4</sup>. Personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser löper således en större risk för att utveckla skadligt bruk och beroende. Därav är det viktigt att det sker behandling, vård och stöd för både den psykiska ohälsan och skadligt bruk och beroende parallellt, då man bör betrakta dessa två tillstånd som en given del i hos dom som idag söker vård och stöd för sitt skadliga bruk och/eller beroende.

Förekomsten av samsjuklighet bland personer som har skadligt bruk eller beroende varierar, beroende på om man undersöker förekomsten i befolkningen eller om man undersöker förekomsten bland personer som vårdats inom hälso- och sjukvården eller socialtjänst. Enligt studier som redovisas i samsjuklighetsutredningen har man sett att samsjukligheten är lägre vid skadligt bruk eller beroende av alkohol jämfört med narkotika. Den är generellt lägre vid cannabisbruk än för opiater/opioider. En kartläggning som genomförts av Socialstyrelsen visade att omkring 52 000 personer 10 år och äldre (varav omkring 1 800 var under 18 år) vårdades inom hälso- och sjukvården för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Av dessa 52 000 hade 64 procent av kvinnorna och 52 procent av männen också vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser 2016–2018.

Bland de personer som söker stöd hos socialtjänsten för skadligt bruk/beroende har ca 50 procent fått sluten psykiatrisk vård och ca 30 procent vård inom psykiatrisk öppenvård utöver sitt skadliga bruk eller beroende enligt Socialstyrelsen senaste kartläggning<sup>5</sup>.

Det finns en stor variation i förekomsten av samsjuklighet hos personer med skadligt bruk eller beroende. Variationen beror på substans, diagnos och tidsperiod. Vanligast är samsjuklighet i form av depressioner, ångest, ADHD och personlighetsstörningar enligt rapport från Socialstyrelsen 2021<sup>6</sup>. Rapporten visar också att substansrelaterade problem är en riskfaktor för suicid. Det är vanligt att de som fått vård för narkotikarelaterad diagnos också fått vård för suicidförsök inom ett år (kvinnor 16

<sup>3</sup> Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019

<sup>4</sup> [Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet - Regeringen.se](#)

<sup>5</sup> [Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik \(socialstyrelsen.se\)](#)

<sup>6</sup> [Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT arbetet och spel om pengar \(socialstyrelsen.se\)](#)



procent och män 8 procent). Motsvarande siffror för de som fått vård för alkoholrelaterad diagnos var drygt 8 procent kvinnor och 4 procent män.

De nuvarande *nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende* (2019) är gemensamma för både socialtjänst och hälso- och sjukvården, med ett tydligt fokus på samverkan mellan de två huvudmännen<sup>7</sup>. Riktlinjerna beskriver vård och stöd för missbruk och beroende av alkohol och substansberoende, och innehåller rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska tester, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser samt behandling vid samsjuklighet.

Utöver de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (2019) har man på nationell nivå även tagit fram vård- och insatsprogram för missbruk och beroende<sup>8</sup> som bygger på de riktlinjerna. Syftet med vård och insatsprogrammet är att sammanställa och tillgängliggöra olika kunskapsunderlag som beskrivs i de nationella riktlinjerna för målgruppen, på en gemensam plats för specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola för att öka förutsättningarna för likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn.

I juni 2020 tillsattes samsjuklighetsutredningen med uppdraget att utredningen skulle föreslå hur samordnade insatser kan ske, när det gäller vård, behandling och stöd för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. I december 2021 gick samsjuklighetsutredningen ut med ett delbetänkande på remiss – [\*”Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet SOU 2021:93”\*](#). Utredningen ansåg att det fanns ett behov av en reform inom området då nuvarande ansvarsfördelning gällande vård och behandling för målgruppen är otydlig. Ytterligare anledningar var att personer som är i behov av vissa insatser hänvisas mellan olika instanser och att de även ofta blir avvisade på grund av att de inte är nyktra eller drogfria. Målgruppen som de beskriver har också en svag ställning i samhället och är därmed en utsatt grupp. Man såg också att det idag är ett för stort fokus på organisationer i stället för på personerna som är i behov av vård och stöd.

I samsjuklighetsutredningen lyfter man fram denna grupp av individer som lider av både skadligt bruk och beroende och annan psykisk ohälsa. Samsjuklighetsutredningens definition av samsjuklighet är; *”Samsjuklighet innebär att ha flera diagnoser samtidigt. I den här utredningen handlar det om skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser. Sådana tillstånd kan påverka och förstärka varandra på olika sätt, och det finns flera förklaringar till hur de hänger ihop med varandra”*. I denna rapport använder vi samma definition när samsjuklighetsbegreppet används. Reformen som föreslås ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering och består av tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>7</sup> Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019

<sup>8</sup> Nationella vård- och insatsprogram (vardochinsats.se)

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörig-organisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys som utredningen presenterar i betänkandet.

Dessa tio bärande delarna är resultatet av det som framkommit i samsjuklighetsutredningen och i den finns målbilder som är framtagna i samverkan med brukare, anhöriga och intresseorganisationer. Dessa målbilder har varit en del av arbetsgruppens grund att stå på vid framtagande av förslag på hur integrerade beroendemottagningar i Värmland kan formas och byggas upp.

*De målbilder som tagits fram är:*

- Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk.
- Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.
- Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.
- Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.
- Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.
- Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.
- Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.
- En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.
- En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.
- Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk



Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk



Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra



Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den



Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg



Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig



En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang



Stöd och vård som hänger ihop som en helhet



En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen



Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa



Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

I Värmland finns idag många vägar och dörrar in till vård och stöd för en person som har riskbruk, skadligt bruk och beroende med eller utan samsjuklighet. Vägarna in till hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser ser olika ut, beroende på vart i länet som personen söker vård och stöd för sin

problematik. I kommande förslag som presenteras på integrerade beroendemottagningar så ligger fokus på **en** väg in, för en likvärdig, inkluderande och tillgänglig vård.

Att skapa integrerade beroendemottagningar med fokus på personcentrering, samordnad och tillgänglig vård utifrån **samsjuklighetsutredningens** förslag ligger i linje med det arbete som idag görs med omställningen till **nära vård**. I Värmland finns en målbild<sup>9</sup> kopplad till det arbetet där målbilderna ovan är centrala. Sveriges kommuner och regioner (SKR)<sup>10</sup> beskriver ett antal framgångsfaktorer i omställningen till nära vård där några exempel är;

- Samverkan mellan kommuner och regioner.
- Användning av ny teknik för att utveckla arbetsätten i hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom.
- Att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt.
- Att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetsätt i organisationen.
- Satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar.

Dessa framgångsfaktorer kan även användas i kommande arbete med att utveckla integrerade beroendemottagningar för vuxna i länet och i den kommande processen att påbörja uppstart och implementering av ett nytt arbetsätt på dessa mottagningar eller enheter. Precis som nära vård beskriver sin fokusflyttning genom att hitta andra arbetsätt, kan detta appliceras på arbetet och tankesättet kring de integrerade beroendemottagningarna. Genom att fokusera på personerna vi är till för och samordna insatser på ett proaktivt och hälsofrämjande sätt kan vi skapa bästa förutsättningarna för en högkvalitativ beroendevård tillsammans i Värmland. Detta gör vi genom att lyssna på dom vi är till för och utgå från samsjuklighetsutredningen som har sin grund i de tio målbilderna.



Både samsjuklighetsutredningen och nära vård har målet att skapa en tillgänglig, sammanhållen och nära vård för medborgarna som är i behov av hälso- och sjukvård och stöd från kommunerna. Dessa mål faller väl in med *Agenda 2030*, som är gemensamma globala mål i hela världen<sup>11</sup>. Denna Agenda 2030 består av 17 mål och 169 delmål. Det tredje målet är: *God hälsa och välbefinnande*, och under

<sup>9</sup> [Värmlands målbild - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](https://regionvarmland.se)

<sup>10</sup> [Omställning till Nära vård | SKR](#)

<sup>11</sup> [Agenda 2030 - globala mål för hållbar utveckling - Svenska FN-förbundet](#)

det målet finns ett antal delmål. Genom att skapa integrerade beroendemottagningar för vuxna och fortsätta utveckla beroendevården i länet, så bidrar Värmland till delmål 3.4 samt 3.5.



### MÅL 3: GOD HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar.



**3.4** Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.



**3.5** Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk.

Källa: [SFN Informationsmaterial Agenda2030 2018 korr3.pdf](#)

Ytterligare en omvärldsfaktor som kan komma att påverka framför allt det psykosociala stödet för målgruppen är den utredning som pågår gällande **socialtjänstlagen**<sup>12</sup>. Utredningen har varit ute på remiss men inget slutbetänkande har kommit och ingen tidplan för detta finns i nuläget. Den del som kan tänkas påverka stödet är förslaget om tidigt förebyggande insatser utan en behovsprövning som krävs idag för att få en insats via socialtjänsten. Utredningen är uppdelad i flera förslag, där de större förslagen handlar om förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, övergripande planering och planering av insatser, kunskapsbaserad socialtjänst och möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning.

<sup>12</sup> [Hållbar socialtjänst En ny socialtjänstlag Del 1 SOU 2020 47 \(regeringen.se\)](#)

# Skadligt bruk och beroende i Sverige

## Narkotika

Folkhälsomyndigheten ger varje år ut en rapport gällande den svenska narkotikasituationen i Sverige, nu senast gällande 2021<sup>13</sup>. De rapporterna bygger på den data som rapporteras till EU:s narkotikabyrå, European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA). Generellt såg Folkhälsomyndigheten att det narkotikaförebyggande arbetet minskat mellan 2011 och 2021, exempelvis genom att den kommunala arbetstiden för planering och samordning av ANDTS-förebyggande arbete minskat.

På den svenska drogmarknaden finns idag både traditionella illegala droger, nya psykoaktiva substanser och icke-förskriven användning av narkotikaklassade läkemedel. Narkotikabeslagen via tullen ökade med 12 procent 2020 jämfört med 2019. Även narkotikabrotten ökade med 10 procent jämfört med 2019. Majoriteten av inrapporterade narkotikabrott gällde eget bruk och innehav. Polisens och tullens sammanslagna statistik visar en ökning av antal beslag av marijuana och amfetamin under 2020, medan antal beslag av hasch, heroin, kokain och ecstasy minskade 2020 jämfört med 2019.

Under de senaste tio åren är det fler som vårdats i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för problem som är orsakade av narkotika, och det är fler som får läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Av de som sökt vård för skadligt bruk och beroende av narkotika under 2020 har majoriteten ett blandmissbruk där det är svårt att identifiera en primärdrog. Vid de tillfällen när en primärdrog kunde identifieras vid vård inom slutenvården så var opioider vanligast, följt av gruppen hypnotika och lugnande medel och cannabis. Vid vård enligt LVM var den vanligaste primärdrogen opioider, följt av stimulantia (amfetamin vanligast), hypnotika och lugnande medel. De som fått behandling för narkotikaproblematik inom Kriminalvården hade som regel ett cannabismissbruk, följt av stimulantia (amfetamin) och därefter opioider.



(Källa: Den svenska narkotikasituationen 2021 — Folkhälsomyndigheten)

<sup>13</sup> [Den svenska narkotikasituationen 2021 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se)

En positiv trend som man ser är att de narkotikarelaterade dödsfallen fortsätter att minska i Sverige. Under 2020 inträffade 524 narkotikarelaterade dödsfall, vilket är 24 färre dödsfall jämfört med föregående år 2019. Den vanligaste dödsorsaken för narkotikarelaterade dödsfall var överdos både för män och kvinnor. I de fall som man kände till substansen så stod opioider för närmare 90 procent av alla dödsfall.

I delbetänkandet av samsjuklighetsutredningen beskrivs siffror från 2019 som visar antal patienter med substansrelaterade diagnoser i patientregister. Se tabell nedan.

**Tabell 4.1 Antal individer med olika substansrelaterade diagnoser i patientregistret 2019**

|   | Totalt | Kvinnor | Män    |
|---|--------|---------|--------|
| Flera substanser i kombination och andra psykoaktiva substanser (F19) | 17 883 | 5 422   | 12 461 |
| Opioider (F11)  | 9 705  | 3 196   | 6 509  |
| Sedativa/hypnotika (F13)  | 5 915  | 2 674   | 3 241  |
| Cannabis (F12)  | 5 694  | 1 304   | 4 390  |
| Annan stimulantia (F15)   | 3 083  | 945     | 2 138  |
| Kokain (F14)  | 1 049  | 218     | 831    |
| Hallucinogener (F16)  | 375    | 116     | 259    |
| Flyktiga lösningsmedel (F18)  | 139    | 51      | 88     |

Egen redigering av tabell i Socialstyrelsen 2021, *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.*

Källa: [Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet - Regeringen.se](#)

Där kan man se att det vanligaste skadliga bruket och beroendet är att individer har ett blandmissbruk, följt av opiater. Det är också tydligt att det är fler män än kvinnor som har skadligt bruk eller beroende enligt dessa siffror.

Nedan följer statistik på antal unika patienter (både män och kvinnor) åren 2019–2021 som finns i patientregister från Cosmic gällande de psykiatriska mottagningarna och vårdcentralerna i Värmland.

### Psykiatriska mottagningar

#### Unika patienter

| Kolumn1                                 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|------|------|------|
| F11 Opioider                            | 68   | 63   | 46   |
| F12 Cannabis                            | 49   | 26   | 32   |
| F13 Sedativa/hypnotika                  | 31   | 30   | 29   |
| F14 Kokain                              | 2    | 1    | 1    |
| F15 Stimulantia/koffein                 | 20   | 24   | 17   |
| F16 Hallucinogener                      | 5    | 7    | 2    |
| F19 Flera droger/psykoaktiva substanser | 234  | 265  | 244  |
| Totalt                                  | 409  | 416  | 371  |



## Vårdcentraler Värmland

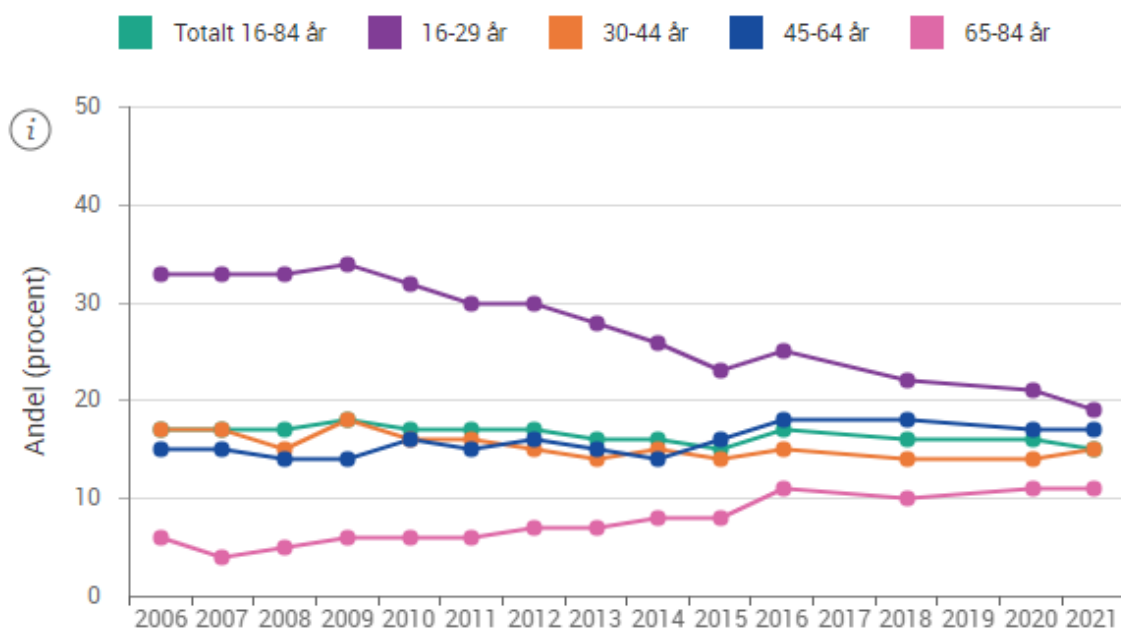
### Antal patienter

| Kolumn1                                 | 2019       | 2020       | 2021       |
|---|------------|------------|------------|
| F11 Opioider                            | 41         | 31         | 40         |
| F12 Cannabis                            | 19         | 8          | 10         |
| F13 Sedativa/hypnotika                  | 44         | 28         | 27         |
| F14 Kokain                              | 1          | 3          | 3          |
| F15 Stimulantia/koffein                 | 16         | 13         | 7          |
| F16 Hallucinogener                      | 3          | 1          | 2          |
| F19 Flera droger/psykoaktiva substanser | 107        | 119        | 71         |
| <b>Totalt</b>                           | <b>231</b> | <b>203</b> | <b>160</b> |

Både inom vårdcentraler och de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna i Värmland så följer det den data som är utplocka på nationell nivå som Socialstyrelsen redovisar. Att skadligt bruk och beroende av flera substanser samtidigt och opiater är vanligast bland de personer som sökt vård i verksamheterna

## Alkohol

Enligt statistik från Folkhälsomyndigheten 2021, så uppgav 15 procent av befolkningen mellan 16–84 år att de hade en riskkonsumtion av alkohol. Det var fler män än kvinnor som uppgav ett riskbruk av alkohol, och det var högre bland unga än äldre (<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/>). Omräknat i Värmland skulle det innebära att det finns ca 34 000 personer med ett riskbruk av alkohol. Den åldersgrupp som hade störst procent av riskbruk var 16–29 år som stod för 19 procent, följt av gruppen 45–64 åringar. Se tabell nedan.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Under 2020 var det totalt 2058 personer som avled med en alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Dödligheten var tre gånger så högre för män än kvinnor. Mellan åren 2006–2020 har man konstaterat en minskning av alkoholrelaterade dödsfall.

I samsjuklighetsutredningen redovisar man data från 2020 där 16 procent av befolkningen mellan 16–84 år har ett riskbruk. Det var högre andel män (20 procent) än kvinnor (12 procent) som uppgav ett riskbruk av alkohol och högre bland åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år jämfört med övriga åldersgrupper. Det finns däremot inga uppgifter om hur stor andel av befolkningen som har ett skadligt bruk av alkohol, däremot redovisas alkoholberoende. Enligt undersökningar hade 4,8 procent män och 3,1 procent kvinnor i åldersgruppen 17–84 år ett alkoholberoende<sup>14</sup>.

Nedan följer statistik på antal unika patienter (både män och kvinnor) åren 2019–2021 som finns i patientregister från Cosmic gällande de psykiatriska mottagningarna och vårdcentralerna i Värmland.

### Psykiatriska mottagningar 2019-2021

#### Unika patienter

| Kolumn1     | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------|------|------|------|
| F10 Alkohol | 306  | 326  | 271  |

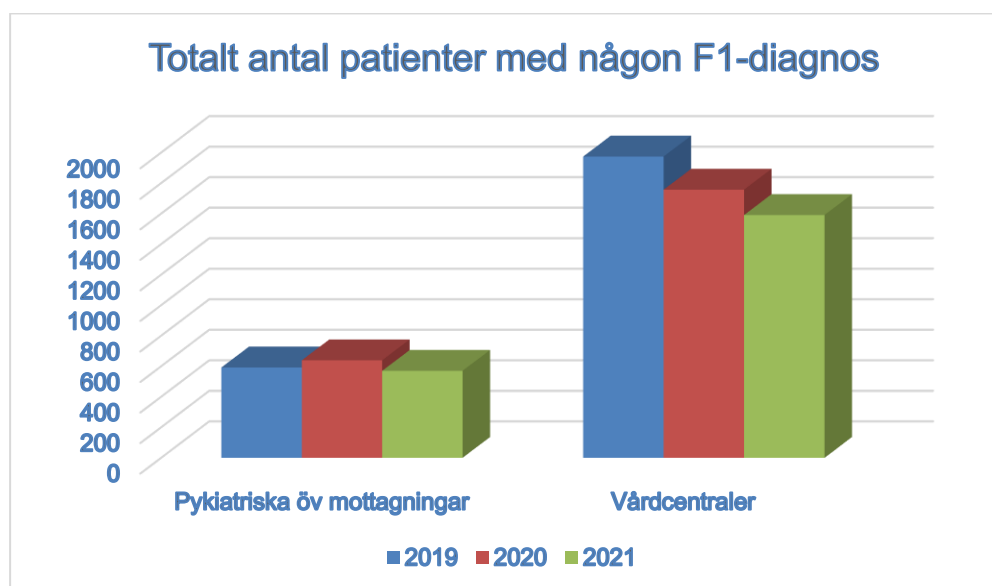
#### Vårdcentraler Värmland

#### Antal patienter

| Kolumn1     | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------|------|------|------|
| F10 Alkohol | 1039 | 1031 | 948  |

### Totalt antal patienter med någon form av F1 diagnos som sökt vård i Värmland på vårdcentral eller psykiatrisk mottagning

| Verksamhet             | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------|------|------|------|
| Psykiatrisk mottagning | 592  | 639  | 570  |
| Vårdcentraler          | 1974 | 1757 | 1591 |



<sup>14</sup> [Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet - Regeringen.se](https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/04/fran-delar-till-helhet-en-reform-for-samordnade-behovsanpassade-och-personcentrerade-insatser-till-personer-med-samsjuklighet/)



Även i rapporten som Socialstyrelsen redovisar 2021<sup>15</sup> gällande deras tematiska uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar, redovisar dom att det är vanligast att söka vård för diagnoser relaterade till alkohol, flera substanser i kombination och opioider.

## Spel

Även om andelen i befolkningen som spelar om pengar har minskat de senaste åren så uppger Swelog (Swedish longitudinal gambling study) uppger att det är drygt 4 procent av befolkningen mellan 16–84 år som har någon form av spelproblematik<sup>16</sup>. Swelog är en av världens mest omfattande långtidsstudie när det gäller relationen mellan spel om pengar och hälsa. Data från 2021 visar att 0,5 procent (40 000 personer) har spelproblem idag.

Det finns ett tydligt samband mellan alkohol och spel om pengar. Man ser att när spelproblemen ökar så tenderar även alkoholproblemet att öka. Man har sett att av de som har spelproblem så har ca 32 procent även en riskkonsumtion av alkohol, jämför med de som inte spelar om pengar eller har ett spelproblem där andelen är 10 procent. Forskning har påvisat att 17 procent av de med diagnosen spelproblem också har ett alkoholproblem. På samma sätt som spelproblem har ett samband med alkohol så gäller det sambandet även för psykisk ohälsa. Personer med någon grad av spelproblem uppger att de har psykiska besvär i högre grad än de som inte har spelproblem.



Källa: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/om-spelproblem/>

<sup>15</sup> Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT arbetet och spel om pengar ([socialstyrelsen.se](https://socialstyrelsen.se))

<sup>16</sup> Statistik - spelprevention.se ([folkhalsomyndigheten.se](https://www.folkhalsomyndigheten.se))

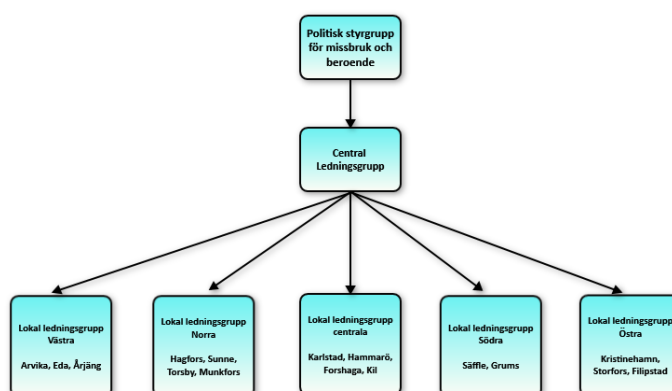
# Skadligt bruk och beroende i Värmland

I Värmland finns sedan 2010 en gemensam länsöverenskommelse för vård och stöd vid missbruk och beroende<sup>17</sup>. Överenskommelsen syftar till att Region Värmland och de 16 kommunerna i länet ska tillgodose den enskildes behov av vård och stöd vid missbruk och beroende, samt att det tydliggörs vem som gör vad för den enskilde. Utgångspunkten för länsöverenskommelsen är Socialstyrelsens nationella riktlinjer "Vård och stöd vid missbruk och beroende" som reviderades 2019. Utöver dessa riktlinjer från Socialstyrelsen har även ett nationellt vård- och insatsprogram för missbruk och beroende tagits fram som bygger på dessa riktlinjer.

*"För att tillgodose den enskildes behov av långsiktig förändring av sin livssituation ska Region Värmland och Värmlands kommuner i samverkan erbjuda vård och behandlingsinsatser för personer i Värmland med missbruks- och beroendeproblematik. Samverkan bedrivs både på länsövergripande nivå och på lokal nivå. Länsöverenskommelsen har tillkommit på uppdrag av tidigare Landstingsstyrelsen och av Värmlands läns Vårdförbund där samtliga kommuner i länet är representerade."* (Länsöverenskommelse – Vuxna)

## Ledningsstruktur

I Värmland finns en ledningsstruktur inom missbruk och beroendevården där representanter från både Region Värmland och länets kommuner finns representerade.



### Politisk styrgrupp

Representation från Region Värmland och från Värmlands länsvårdförbund. Ordförandeskapet roterar i två-årsperioder. Styrgruppens uppgift är övergripande lednings, styrning och utveckling av den samlade missbruks- och beroendevården i Värmland i enlighet med överenskommelserna.

### Central ledningsgrupp (CLG)

CLG består av tjänstepersoner/chefer: två socialchefer, förbundschef Värmlands länsvårdförbund och regionens områdeschef för öppenvård. Vidare ingår för närvarande skolhälsovårdsöverläkare Karlstads kommun, regionens utvecklingsledare barn och unga, utvecklingsledare beroendecentrum, verksamhetschefer för rättspsykiatri, psykiatrisk öppenvård, psykiatrisk slutenvård och en verksamhetschef från vårdcentralområdena samt sekreterare. Ledningsgruppens uppgifter kan i huvudsak beskrivas enligt följande:

- Operativt och strategiskt övergripande ansvar enligt styrgruppens inriktningsbeslut
- Årlig genomförandeplan och uppföljning.

<sup>17</sup>[Länsöverenskommelse-vuxna-200401-KLAR-1.pdf \(varmlandsvardforbund.se\)](#)

- Övergripande analys av avvikelser.
- Kvalitetssäkring mot nationella riktlinjer (Kunskapsstyrning).
- Uppföljning mot lokala ledningsgrupper.

### **Lokala ledningsgrupper**

Det finns fem lokala ledningsgrupper i länet som består av första linjens chefer från lokala aktörer inom Region Värmland och kommunerna. Lokala ledningsgrupper har ett tydligt uppdrag utifrån länsöverenskommelsen och ansvarar för att de lokala överenskommelserna implementeras och revideras. På lokal nivå innebär detta att de lokala ledningsgrupperna i länet ansvarar för att revidera sina lokala överenskommelser, vilket innebär:

- Att samverkan inom olika åtgärder/insatser tydliggörs i lokal överenskommelse
- Att de metoder som beskrivs i länsöverenskommelsen även finns på lokal nivå
- Att ansvariga chefer ansvarar för att kompetens höja medarbetare/verksamheter där det behövs
- Att ansvara för att metoder och samverkan som beskrivs på lokal nivå implementeras
- Att den lokala överenskommelsen implementeras inom respektive område

## **Nuläge i Värmland. Flera dörrar in - på olika sätt**

### **Region Värmland**

Område öppenvård omfattar flera olika verksamhetsområden i dag. Personer med riskbruk, skadligt bruk och beroende och samsjuklighet finns inom alla delar i hälso- och sjukvården då de söker vård. De verksamhetsområden inom Region Värmland som idag möter dessa personer är som sagt de flesta delar, dock behandlas de flesta på vårdcentraler, psykiatrisk öppenvård samt psykiatrisk slutenvård för denna typ av problematik.

#### **Vårdcentraler:**

Enligt ansvars- och arbetsfördelningen mellan psykiatri och allmänmedicin vid vård av vuxna patienter med missbruk så ansvarar vårdcentralerna för personer med alkoholproblematik. Deras uppdrag är att diagnosticera och erbjuda behandling för problematiken. Vårdcentralerna har också ett ansvar gällande spelmissbruk och spelberoende där behandling och hjälp ska erbjudas för de patienter som söker vård på vårdcentralerna som inte har någon annan kontakt gällande problematiken. Gällande doping finns ansvar att upptäcka och att motivera personen till att ta emot hjälp. Det ska tas ett ställningstagande om eventuell remiss till internmedicin eller specialistpsykiatri. Gällande narkotika och läkemedelsberoende så är uppdraget att upptäcka och bedöma för ställningstagande till specialistpsykiatri.

#### **Öppenvård psykiatri/slutenvård psykiatri:**

Öppenvårdsmottagningarna i Värmland har det övergripande ansvaret gällande skadligt bruk och beroende av narkotika, läkemedel och andra beroendeframkallande medel. Mottagningarna ska ansvara för att upptäcka, utreda och erbjuda behandling. Vid abstinens och svåra komplikationer är psykiatri ytterst ansvarig. De handhar även individer med alkoholproblematik om det är ett skadligt bruk och/eller beroende i kombination med psykisk sjukdom. Individer som har en pågående kontakt med psykiatri och har ett spelmissbruk ska få hjälp för sin problematik inom psykiatri. När det gäller doping har psykiatri samma ansvar som vårdcentralerna när det gäller att upptäcka, men också att utföra en psykiatrisk bedömning och behandling.

### *Körkortsärenden – alkohol*

Ansvaret ligger på vårdcentralerna för riskbruk, skadligt bruk och beroende. Provtagning och intyg enligt Transportstyrelsens föreskrifter. Om det finns en samtidig psykiatrisk sjukdom som sköts eller bör skötas av psykiatrin ska psykiatrin ansvara för behandlingen.

### *Körkortsärenden – narkotika*

Psykiatrin är ansvarig för all handläggning av körkortsärende när det handlar om narkotikabruk.

## **Nuläge befintlig beroendevård inom Region Värmland för vuxna**

### **Tillnyktringsenheten - TNE**

Tillnyktringsenheten erbjuder vistelse för personer från 18 år som är i behov av tillnyktring under medicinsk bevakning i max 24 timmar. Den som tas om hand på enheten är berusad eller påverkad av alkohol eller andra berusningsmedel och har behov av tillsyn i samband med tillnyktring. Vistelsen är frivillig. Personer kan komma till enheten med ambulans eller från somatisk akutmottagning, från polisen eller från kommunernas socialtjänst. Personer kan själv eller med anhöriga uppsöka psykiatriska akutmottagningen för bedömning om vistelse på tillnyktringsenheten är aktuell. Följande tillstånd är aktuellt för vistelse på TNE:

- Personer som omhändertagits av polisen enligt LOB och som inte är aggressiva och våldsamma. När personen inkommer överlämnas ansvaret till hälso- och sjukvården.
- Personer med missbruks- eller beroendeproblematik som är i behov av vård eller stöd och som i kontakt med myndigheter vill ha hjälp med vård eller behandling.
- Påverkade personer som kommer till akutsjukvården och som är i behov av övervakad tillnyktring.

Personalen på TNE arbetar för att motivera personer som vistas på TNE att själva söka stöd och hjälp för vidare vårdinsatser. Om personen själv önskar och ger sitt samtycke, kan personalen på TNE vara ett stöd och behjälplig med kontakten till socialtjänsten eller vårdcentralen. Syftet med kontakten är att informera om patientens vistelse på TNE, aktuellt hälsotillstånd och vad som ligger till grund för att kontakten har initierats. Om personalen inte kommer i kontakt med socialtjänsten eller vårdcentralen under tiden personen vistas på TNE, får personen själv ta kontakt.

### **Sprututbytesmottagningen**

Sprututbytesprogrammets mål är förbättrad hälsa och livskvalitet för deltagaren samt prevention och kontroll av infektionssjukdomar hos personer som injicerar droger. Sprututbytesmottagningen är en del av infektionskliniken och bemannas av läkare och sjuksköterska från infektionskliniken, sjuksköterska. Mottagningen är öppen två eftermiddagar per vecka.

### **Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende - LARO**

LARO är länsgemensam verksamhet belägen i Karlstad, som har uppdrag att utreda och behandla personer i Värmlands län som har mer än ett års dokumenterat beroende av opioider. Mottagningen har samarbete med andra psykiatriska öppenvårdsmottagningar som fungerar som satellitmottagningar. Att vara satellitmottagning innebär att individer som har larobehandling kan få gå till sin psykiatriska öppenvårdsmottagning för behandling i stället för att åka till Karlstad.

### **Beroendecentrum Värmland**

Beroendecentrum Värmland är ett integrerat HVB-hem med psykiatrisk slutenvård med dygnet runt-bemanning, beläget i psykiatrihuset i Karlstad. Verksamhetens inriktning är medicinsk abstinensbehandling samt psykiatriska och psykosociala bedömningar. Patienters vårtid är oftast ca 3 veckor. Verksamheten bedrivs gemensamt av Värmlands länsvårdförbund och Region Värmland.

### **RACT-teamet (Integrerad verksamhet)**

RACT-teamet är en integrerad verksamhet med samverkansavtal mellan huvudmännen Region Värmland och Karlstads kommun. Verksamheten riktar sig till personer med samsjuklighetsproblematik (skadlig bruk/beroendeproblematik och samtidig psykiatrisk problematik) som har kontakt med Karlstads kommuns socialtjänst, ASF, Vuxenavdelningen och den psykiatriska öppenvården i Karlstad. I RACT-teamet jobbar tre vård- och stödsamordnare, där två är anställda av Region Värmland och en av Karlstads kommun. Till RACT-teamet finns det också andra professioner knutna såsom läkare, sjuksköterskor och socialsekreterare. Teamet arbetar utifrån modellen med ett multidisciplinärt team och den evidensbaserade metoden RACT (Resursgrupps ACT). Syftet med verksamheten är att försöka säkerställa att de insatser som är nödvändiga för den enskilde personen sker parallellt och samordnat från respektive huvudman och övriga verksamheter för personens bästa. Deltagandet är frivilligt och inget biståndsbeslut krävs, men förutsätter personens egen motivation och vilja till att försöka ändra sin livssituation. Vård och stödsamordning som metod hjälper till att skapa goda förutsättningar för samverkan mellan huvudmän och andra aktörer, samtidigt som det ger personen större möjlighet att få inflytande över sin vård/behandling och rehabilitering vilket ger en effektivare rehabilitering och återhämtning. Vård och stödsamordnarna har en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med brukaren och patienten. Arbetet sker både enskilt med personen, och i multidisciplinära team i olika former, skapade tillsammans med personen som stöd till återhämtningsprocessen.

## **Socialtjänsten Värmland**

### **Grums Kommun**

Kommunen har två socialsekreterare som jobbar med myndighetsutövning för personer med skadligt bruk och beroende. I kommunen finns ett stödboende för målgruppen med fyra platser. Öppenvården erbjuder gruppverksamheter, enskilda samtal som leds av beteendeterapeut och behandlingskonsulent som jobbar med ett familjeorienterat arbetssätt. I kommunen finns också ett boendestöd och fältverksamhet. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 70–80 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Arvika kommun**

Kommunen har fem socialsekreterare som jobbar med myndighetsutövning inom området skadligt bruk och beroende. I kommunen finns ett lågtröskelboende med sex platser. Utöver detta boende finns fem träningslägenheter för personer som går i behandling på hemmaplan som är i behov av ett tryggt boende. Inom öppenvården jobbar två beroendeterapeuter och två behandlingsassistenter som ger stöd och behandling till personer med skadligt bruk och beroende och deras anhöriga. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 20 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Säffle kommun**

Kommunen har två socialsekreterare som jobbar med myndighetsutövning och behandling inom skadligt bruk och beroende. Boendestödsinsatser erbjuds i samverkan med kommunens socialpsykiatri. Kommunen har inget specifikt boende för målgruppen, men socialt kontrakt kan erbjudas i kombination med andra insatser för sitt skadliga bruk och/eller beroende. Öppenvården erbjuder samtal med behandlare. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 35 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Hagfors kommun**

I kommunen finns en vuxengrupp om åtta handläggare som handlägger ekonomiskt bistånd, bostäder, våld, integration mm samt missbruk från 21 år. Inom öppenvården finns två socialpedagoger som arbetar efter de beslut som tagits av vuxengruppen. Insatser som erbjuds är psykosociala insatser, exempelvis återfallsprevention, CRA, MET med mera. Insatserna erbjuds som och enskilda samtal med individerna, då det är för dåligt underlag till gruppverksamheter. Det finns inget specifikt boende

för målgruppen. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 55 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Forshaga kommun**

Det är individ och familjeomsorgens vuxengrupp som utreder och fattar beslut för målgruppen. Gruppen omfattar tio tjänster. Inom kommunens öppenvårdsverksamhet finns beroendemottagningen Trappan. Trappan verkställer biståndsbedömda öppenvårdsinsatser men erbjuder också rådgivning och anhörigstöd. Insatserna ges i huvudsak av beroendeterapeut. Praktiskt och psykosocialt stöd ges av behandlingsassistent. Trappan omfattar tre behandlartjänster. Forshaga kommun har inget eget boende som riktar sig till målgruppen. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 36 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Filipstad kommun**

Kommunen har två socialsekreterare som handhar myndighetsutövningen för målgruppen. Deras öppenvård består av fyra öppenvårdsbehandlare och en sjuksköterska/rehab-handläggare. De erbjuder insatser enligt de nationella riktlinjerna. Metoder de erbjuder är bland annat MI, MET, tolvstegsbehandling och CRA. De erbjuder även KBT-behandling. Det finns både gruppbehandlingar och enskilda samtal med personer som får stöd. I kommunen finns ett stödboende för personer med skadligt bruk och beroende, till det finns boendestödare. I samband med stödboendet finns också utslussningslägenheter. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 70 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Storfors kommun**

Kommunen har två socialsekreterare som utreder och beslutar inom hela området som gäller vuxna. Det innefattar både skadligt bruk och beroende samt socialpsykiatri. Öppenvården i kommunen består av stödsamtal med stöd av motiverande samtal. Det finns även möjligheter att erbjuda återfallsprevention vid behov. Vid mer omfattande insatser finns ett samarbete med Kristinehamns kommun. Inom kommunen finns inget särskilt boende för personer med skadligt bruk och beroende. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 6–7 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Kristinehamn kommun**

I kommunen finns fyra handläggare som utreder skadligt bruk och beroendeproblematik. Missbruk och beroendeenhetens (MBE) öppenvård har tre behandlare. Öppenvården erbjuder enskilda samtal samt gruppbehandling. Gruppbehandling är en 12 stegsbehandling. Samtlig personal på MBE är utbildade i Återfallsprevention och motiverande samtal. Insatser till anhöriga via enskilda samtal och grupputbildningar. Kommunen har ett stödboende för målgruppen, där de boende kan bo och samtidigt delta i öppenvårdens verksamhet. Kommunen erbjuder även kommuninvånare råd och stödsamtal som ej är biståndsbedömda. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 60–70 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Karlstad kommun**

Inom vuxenavdelningen i kommunen finns en utredningsenhet som har hand om myndighetsutövningen gällande personer med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet. Öppenvården består av tre alkohol- och drogterapeut och fem behandlingsspecialister, där det erbjuds gruppbehandling och enskilda behandlingssamtal utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Kommunen erbjuder olika typer av kategoriboende för personer med missbruks- och beroendeproblematik så som boendeplatser med personal dygnet runt och jourplatser. Om man bor i det egna hemmet och tillhör målgrupperna psykiskt funktionsnedsättning och, eller personer med missbruksproblematik finns möjlighet att ansöka om boendestöd. Inom vuxenavdelningen finns tre satellitlägenheter som kan vara aktuella till exempel om man kommer från ett HVB och ska få insatser på hemmaplan. Det finns även möjlighet att fatta beslut om hjälp med bostadsanskaffning. Kommunen har också anhörigkonsulenter som arbetar med stöd till anhöriga. Det finns idag en integrerad verksamhet, ett samarbete mellan Region Värmland och Karlstads kommun, som heter RACT. Se tidigare beskrivning av RACT-teamet. Målgruppen är personer med en samsjuklighet som behöver insatser från båda huvudmännen, där behovet av stöd

är komplext och där inte sedvanlig samverkan räcker till. Målet är att tillse att insatserna sker parallellt och i samverkan mellan de två huvudmännen för individens bästa. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 380 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Eda kommun**

Myndighetsutövningen består av två socialsekreterare som handlägger missbruksärenden och biståndsinsatser inom socialpsykiatri. Socialsekreterarna arbetar med utredning och bedömning av biståndsbehov samt utför vissa insatser och arbetar med råd- och stödinsatser till målgruppen. Öppenvården består av en alkohol- och drogterapeut och en behandlingspedagog, där det erbjuds gruppbehandling och enskilda samtal. För deltagare i öppenvården kan träningslägenheter erbjudas. Kommunen har inget särskilt boende för målgruppen. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 15 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Årjängs kommun**

I kommunen finns en socialsekreterare som jobbar med myndighetsutövningen för målgruppen. Inom kommunens öppenvård finns ett öppenvårdsteam där sju behandlare arbetar med beviljade insatser samt råd och stöd till barn/unga, familjer samt vuxna. Det finns en riktad tjänst i kommunen på halvtid som arbetar med stöd till personer med samsjuklighet. Det finns inget specifikt boende för målgruppen med det finns sociala kontrakt som kan beviljas vid behov. Insatsen Case management finns i kommunen och erbjuds till personer med samsjuklighet utan att ett biståndsbeslut krävs. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 40 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Torsby kommun**

Myndighetsutövningen för målgruppen består av 1,5 tjänst socialsekreterare i kommunen. Öppenvården består av en behandlingsenhet som bemannas av bland annat av två beroendeterapeuter och två anhörigterapeuter som utför behandling i grupp och enskilda samtal för brukare och anhöriga. Via enheten finns också fyra boendestödare som utför insatser till målgruppen. Socialtjänsten har tillgång till tre lägenheter i ett akutskede. Jourlägenheterna kan användas som ett tillfälligt boende i avvaktan på att den enskilde finner annan boendelösning. I vissa fall finns det, via behandlingsenheten, möjlighet att initialt under öppenvårdsbehandling låna en av kommunens lägenhet. Krav om drogfrihet och nykterhet samt aktivt deltagande i behandling gäller. Arbetsmarknadsåtgärd är verksamheten Slussen som är en verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik och/eller psykisk ohälsa. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 70 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Munkfors kommun**

I kommunen finns en socialsekreterare som jobbar med myndighetsutövningen för målgruppen. I kommunens öppenvård finns en behandlare, tre familjebehandlare och en boendestödare. Inom öppenvården erbjuds insatser som enskilda samtal med KBT som grund och gruppinsatser så som återfallsprevention och andra psykosociala insatser som riktar sig till personer med skadligt bruk och beroende. Boende för målgruppen saknas i kommunen. Då kommunen är liten så samverkar man mycket inom sysselsättning och andra sociala aktiviteter i samarbete med exempelvis AME och andra delar av socialtjänsten. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 20 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Sunne kommun**

I kommunen arbetar två socialsekreterare på halvtid vardera med myndighetsutövning för målgruppen. Öppenvården i kommunen erbjuder psykosocialbehandling i form av enskilda samtal eller i grupp om det finns underlag. Behandlingar som kan erbjudas är exempelvis återfallsprevention, CRA, MI, MET med mera. Det finns stöd att erbjuda vid mer intensiva insatser i form av en resursperson. Det finns inget specifikt boende för personer med skadligt bruk och beroende. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 25 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Kils kommun**

I kommunen finns en utredningsgrupp som arbetar med målgruppen barn/unga, missbruk och våld i nära relation. En socialsekreterare arbetar specifikt mot vuxna med missbruksproblematik och våld i nära relation. Två socialsekreterare arbetar med att ta emot anmälningar och ansökningar och de förhands bedömer även vuxna där vi inte har pågående kontakt. Kommunens öppenvård erbjuder psykosocial behandling och återfallsprevention både i grupp och enskilt, även tolvstegsbehandling erbjuds vid behov. Det finns inget specifikt boende i kommunen för målgruppen. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 25 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

### **Hammarö kommun**

Kommunen har två handläggare som arbetar med myndighetsutövning för målgruppen. Kommunens öppenvård erbjuder psykosocial behandling i form av samtalsbehandling med alkohol- och drogterapeut. Boendestödjare finns som utför provtagningar samt jobbar med motiverande insatser till målgruppen. Det finns ett boende i kommunen för personer med skadligt bruk och beroende samt boendecoacher som stöttar klienterna i sin vardag. I enkäten som skickades ut i december 2021 uppgav kommunen att de har ca 40 personer ur målgruppen med pågående kontakt.

## **Insatser som ofta erbjuds inom kommunernas öppenvård för vuxna**

### **Kognitiv beteendeterapi (KBT)**

KBT är en strukturerad och avgränsad psykoterapiform där fokus ligger på tankar, känslor och beteenden där syftet är att de problembeteenden som finns ska minska eller upphöra.

### **Återfallsprevention (ÅP)**

ÅP är en manualbaserad metod som har sin grund i KBT. Den kan erbjudas enskilt eller i grupp, och fokuserar på att förändra individens tankar och beteenden i risksituationer för återfall. Mycket handlar om att kunna hantera de olika sociala situationerna som en individ med ett skadligt bruk eller beroende kan hamna i. Under behandlingen får individen:

- Identifiera sina egna högrisksituationer
- Lära sig att hantera sug
- Öva på att tacka nej
- Uppmärksamma sina tidiga varningssignaler
- Träna sig i problemlösning
- Upprätta sin egen nödplan

### **Community reinforcement approach (CRA)**

CRA är en manualbaserad metod som bygger på tekniker från KBT. Inom CRA så fokuserar man mycket på det sociala nätverkets betydelse och är en kombination av psykosociala behandlingsmetoder och psykosociala stödinsatser. En utgångspunkt är kartläggningen och färdighetsträning. Behandlingen sker under en ganska så lång tidsperiod (16–20 träffar) samt upprätthållande insatser, så kallade boostersessioner. Det finns vissa moment som ska ingå i en CRA behandling, men den kan dock variera något. Delar som ska ingå, eller åtminstone flera av dem är:

- Funktionell analys
- Färdighetsträning
- Återfallsprevention
- Jobbcoachning
- Familjerådgivning
- Motiverande samtal.



### **Haschavvänjningsprogrammet (HAP)**

HAP är en manualbaserad metod som används vid abstinens och skadligt bruk av cannabis. Metoden är psykoedukativ och har inslag av KBT, återfallsprevention och motiverande samtal. Programmet pågår ca 6–8 veckor med minst 18 sessioner.

### **Motivationshöjande behandling (MET)**

MET är en manualbaserad metod som är kort och kostnadseffektiv. Den består av fem samtalstillfällen med motiverande samtalsteknik som grund. Delarna i består i kartläggning av det skadliga bruket eller beroendet, kartläggning av den fysiska och psykiska hälsan, återkoppling av resultatet samt tre MI samtal.

- Att ge återkoppling på det skadliga bruket eller beroendets fysiska och psykiska konsekvenser
- Betona det egna ansvaret
- Erbjuder råd och stöd
- Alternativa strategier för förändring
- Upprätthålla ett empatiskt förhållningssätt gentemot individen
- Uppmuntra till individens tilltro till egen förmåga att genomföra en förändring.

### **Tolvstegsbehandling**

Är en gruppbehandling som utgår från Anonyma Alkoholisters (AA) grundprinciper. Målet är nykterhet och drogfrihet. Behandlingsprogrammet är omfattande och utgår mycket från att kunna identifiera sig med andra som har liknande problematik och hämta kraft från det. I tolvstegsbehandlingen så betraktas beroendet som en kronisk sjukdom och målet är därför total avhållsamhet och nykterhet.

### **Familjeorienterat arbetssätt**

Genom att arbeta familjeorienterat i arbetet med familjer där det förekommer missbruk eller beroende utreder, bedömer och beviljar man insatser samordnat mellan olika verksamheter i socialtjänsten. Insatserna följs sedan upp. Syftet med arbetssättet är att minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer i familjen.

### **Case management (CM)**

En Case manager arbetar med att hjälpa individen att samordna vård- och stödinsatser från flera aktörer. Genom individens nätverk kan man öka självständigheten och minska behovet av vård. Case manager kan också benämnas som vård- och stödsamordnare och stöttar individen i att skaffa sig färdigheter och att hämta kraft för att kunna möta, hantera och lösa problem som uppstår i dennes vardag. Utgångspunkt och syftet med en Case manager är att skapa stabilitet i individens dagliga liv som arbete, bostad, familj och fritid.

### **Motiverande samtal (MI)**

MI är en kommunikationsmetod där behandlaren med hjälp av målinriktade samtal ökar individens motivation till att åstadkomma en förändring. Genom samtalsmetoden använder man olika strategier för att få individen till att själv formulera en egen förståelse för sin egen problematik och hitta egna argument för en förändring till det bättre. Behandlaren utgår från att det är individen själv som har störst kunskap om sin livssituation och sina egna önskemål och ansvaret och förmågan till förändring ligger hos den enskilde individen.

*Källa: Vård och insatsprogram för missbruk och beroende*

# Integrerade mottagningar i Värmland

Enligt de lokala ledningsgrupperna för missbruk och beroende är samtliga eniga om att det behövs mer samverkan kring gruppen med missbruk och beroende samt att mottagningar placeras på flera platser i länet för målgruppen.

## Vad innebär integrerade mottagningar?

EMCDDA har tre olika modeller för hur vården bedrivs idag vid samsjuklighet – den sekventiella, parallella och den integrerade.

*Sekventiella* – de olika tillstånden behandlas efter varandra med begränsad kommunikation mellan de verksamheter som behandlar dem.

*Parallella* – tillstånden behandlas samtidigt med viss samordning mellan verksamheterna.

*Integrerade* – de olika tillstånden behandlas inom samma verksamhet.

Enligt EMCDDA konstaterades att den sekventiella modellen ökade risken för återfall då personen skickas mellan olika verksamheter. Den parallella metoden visade att det oftast saknade en gemensam planering och risk för återfall och försämrat mående ökade naturligtvis. Den integrerade modellen har bäst förutsättningar för att lyckas med en bra vård och behandling för personen då den minskar risken för dubbelarbete, fragmentisering och att personer faller mellan stolarna<sup>18</sup>.

Arbetsgruppen beskriver därför de integrerade beroendemottagningarna som beskrivningen ovan, det vill säga att de som söker vård och stöd på en integrerad beroendemottagning kommer att få den vård och stöd som behövs i första hand där.

## Målgrupp

Målgruppen för de integrerade beroendemottagningarna är personer från 25 år med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, med eller utan samtidig psykiatrisk sjukdom eller annat psykiatriskt tillstånd.

## Avgränsningar i målgruppen

Skadligt bruk eller beroende gällande mat, sex eller shopping beskrivs inte i denna rapport med anledning av att fokus ligger på skadligt bruk och beroende av alkohol, substanser och spel med anledning av samsjuklighetsutredningens förslag och delbetänkande.

*Vad det gäller vuxna som bor utanför länet och söker hjälp och stöd på de integrerade beroendemottagningarna så gäller hälso- och sjukvårdens praxis som ger alla patienter rätten att söka vilken offentligt finansierad vårdgivare som helst och få vården betald av sin hemregion. För de integrerade beroendemottagningarnas kommunala del gäller inte detta, utan mottagningens kommunala del ska serva länets kommuninnevånare. Dock kan i vissa fall undantag göras, i detta ska ett ekonomisk avtal tas fram mellan den vuxnes hemkommun och mottagningen.*

*Samtidigt ska den vuxne som söker hjälp även fritt kunna söka hjälp där den finner det lämpligt, vilket kan innebära att den unge söker sig till en mottagning som inte ligger i sin hemkommun. Detta får inte vara ett hinder för att få hjälp och stöd.*

## Arbetsgrupp

I februari 2022 startade processledaren en arbetsgrupp med syfte att utreda och lämna förslag på utformning, resursbehov, innehåll och finansiering av integrerade beroendemottagningar för vuxna. Arbetsgruppen består av fem representanter från Region Värmland och fyra representanter från kommunerna. Arbetsgruppen har träffats vid 4 tillfällen under våren 2022 där vi gemensamt arbetat

<sup>18</sup> [Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet - Regeringen.se](#)

fram ett förslag på hur de integrerade beroendemottagningarna kan byggas upp i Värmland och hur dess inriktning kan vara.

Utgångspunkten i arbetet har varit att föreslå hur integrerade beroendemottagningar kan organiseras utifrån delbetänkandet i Samsjuklighetsutredningen. Det förslag som presenteras bygger på den reform som föreslås utifrån det personcentrerade förhållningssättet som beskrivs i utredningen. Arbetsgruppen har i detta läge inte tagit hänsyn till eventuella kommande ansvarsförflyttningar mellan huvudmännen kommun och region, utan utgår från nuvarande organisation i länet, dock finns kommentarer om ett eventuellt ansvarsförflyttande till en huvudman. Därför är det svårt att i dagsläget göra en specifik kostnadsberäkning för de lokala mottagningarna. Vårt förslag är att jobba med kompetensutveckling inför slutbetänkandet som förväntas komma vid årsskiftet 22/23. Därefter får en ny planering göras efter det beslut som kommer när det gäller de ekonomiska fördelningsnycklarna. Vi ger därför endast ett förslag på hur den ekonomiska fördelningen kan göras i dagsläget.

## Förslag på modellbeskrivning integrerade beroendemottagningar för vuxna

Arbetsgruppen föreslår att de integrerade beroendemottagningarna för vuxna bör lokaliseras på flera ställen i Värmland för tillgänglighet och likvärdig vård. Det bör finnas sex lokala huvudmottagningar med tillhörande satellitmottagningar för att täcka hela länets behov av integrerade beroendemottagningar. Verksamhetsinnehåll och resursfördelning bör vara gemensam för de integrerade beroendemottagningarna.

### Uppdrag

#### a. **Huvudmannaskap**

Region Värmland och kommunerna föreslås att ha ett delat huvudmannaskap för de integrerade beroendemottagningarna för vuxna från 25 år. Det kan dock komma att förändras om slutbetänkandet för samsjuklighetsutredningen resulterar i att all behandling för målgruppen ska ansvaras av regionerna. Vid ett sådant beslut så är Region Värmland huvudman och samverkar med kommunerna gällande det psykosociala stödet kring patienterna för en lättillgänglig vård och stöd.

#### **Ledning**

Arbetsgruppen föreslår att den eller de som är huvudman har ledningsansvaret. Se ovan angående huvudmannaskapet.

#### **Ekonomi**

Utifrån nuvarande organisation ska kostnaderna fördelas 50/50 gällande övriga kostnader, exempelvis lokalhyra, inventarier mm. Personalkostnaden fördelas genom att region betalar hälso- och sjukvårdspersonal och kommunerna står för deras personal.

All personal från kommun anställs partiellt av Region Värmland för att underlätta gemensam dokumentation. Samverkansavtal bör skrivas vid samtliga lokala mottagningar på samma sätt som är gjort för den integrerade enheten RACT-teamet, genom fördelningsnycklar utifrån befolkningsunderlag för respektive kommun. Dessa samverkansavtal kan se olika ut beroende på det resultat som kommer från slutbetänkandet i samsjuklighetsutredningen. Vi i arbetsgruppen rekommenderar därför att det finns klausuler i samverkansavtalen som avtalar kring det slutbetänkande som kommer utifrån huvudmannaskapsfrågan.

### Organisation

Genom att förslå att personal på de integrerade mottagningarna ska anställas helt eller partiellt av Region Värmland så underlättar det i dokumentationen.

#### a. **Målgrupp**

Personer från 25 år med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, med eller utan samtidig psykiatrisk sjukdom eller annat psykiatriskt tillstånd.

#### b. **Samlokalisering**

Att verksamheterna samlokaliseras är en förutsättning för att bedriva integrerad vård och behandling. Mottagningarnas placeringar bör vara på platser som är lättillgängliga för individer att ta sig till.

**c. Kompetens och resursnivå**

Baskompetenserna arbetsterapeut, socionom eller likvärdigt, sjuksköterskor, läkare, kurator, psykolog och vård- och stödsamordnare. Utifrån dessa baskompetenser kan sedan vissa specialinriktningar/kompetenser komplettera ytterligare utifrån de insatser som ska erbjudas i verksamheterna. Exempelvis KBT-terapeut, specialistsjuksköterska, alkohol- och drogterapeuter med flera.

Genom att bemanna mottagningarna med bred kompetens med olika yrkesgrupper möjliggörs behovet av personcentrerade insatser och ett brett utbud av insatser att välja på utifrån individens individuella behov.

Arbetet som bedrivs på dessa mottagningar ska präglas av ett **teambaserat arbetssätt** där fokus ligger på en personcentrerad och sammanhållen vård för den enskilde.

## Verksamhetsinnehåll

Mottagningarna bör ha en hög tillgänglighet med öppettider dagtid, eventuellt någon kvällstid per vecka. Digitala lösningar ska erbjudas på bred front och samverkan mellan de olika mottagningarna bör ske i hög utsträckning, exempelvis genom gemensamma gruppverksamheter oberoende på vart man som individ bor i länet.

Mottagningarna behöver ha ett brett utbud av insatser att erbjuda gällande behandling för:

- Behandling riskbruk/skadligt bruk/beroende
- Behandling psykisk sjukdom
- Psykosociala stödåtgärder
- Information och preventivt arbete
- Anhörigstöd och familjeinriktade behandling
- 

Mottagningarna kan också utgöra ett stöd för andra verksamheter i länet genom exempelvis föreläsningar inom området, gemensamma utbildningsinsatser, handledning med mera.

Vid situationer där vård, behandling och stöd inte ger önskad effekt utan att det finns underlag för en eventuell extern behandling på exempelvis ett HVB ska beslutet ske i samråd med patient och de två huvudmännen på den integrerade beroendemottagningen. Innan beslut tas om en extern behandling skall vårdplan och överenskommelse om fortsatt ansvar i behandlingsprocessen upprättas mellan de två huvudmännen. Överenskommelsen bör innehålla information om stöd, behandling och uppföljningsansvar både under och efter placeringen.

## Gemensamma strukturer inom mottagningarna

För en likvärdig och tillgänglig vård bör det finnas ett grundutbud och ett arbetssätt som är gemensamt mellan de olika mottagningarna i länet. Då det kommer att vara olika förutsättningar beroende på vart i länet mottagningarna är föreslår vi att ledningsstrukturen bör vara en chef för att underlätta, och att det finns vissa behandlingar som sker gemensamt i länet oberoende vart den enskilde har sin hemmottagning.

Ett exempel är gruppbehandlingar som kan ske digitalt. Då behövs inte alla kompetens finnas på varje specifik mottagning.

## Geografiska placeringar av mottagningarna:

Arbetsgruppen föreslår att de lokala beroendemottagningarna placering i enlighet med den geografiska spridning som nuvarande psykiatriska mottagningar har. Förslaget innebär att det öppnas sex huvudmottagningar med tillhörande satellitmottagningar. Se figur nedan.



Genom att ha sex huvudmottagningar kan resurserna fördelas på ett likvärdigt sätt då organisationen i framför allt kommunerna ser olika ut. Från huvudmottagningen åker personal ut till de satelliter som tillhör mottagningen efter överenskommelse och samverkansavtal inom området.

Genom att arbeta mer mobilt skapar vi mer tillgänglighet och flexibilitet i verksamheterna samt att det följer de riktlinjer som beskrivs i både samsjuklighetsutredningen och nära vård.

Storleken på mottagningen är beroende av antal invånare och utifrån behov. Här kan man således tänka att mottagningen i Karlstad blir den största, och Hagforsmottagningen blir den minsta i förhållande till invånarantal.

## Befolkningsunderlag Värmland

I Värmland bor det totalt 283 196 personer (SCB). För att beräkna och fördela kostnader för de sex huvudmottagningarna är förslaget att utgå från denna befolkningsstatistik.

### Mottagning Karlstad

En huvudmottagning i Karlstad skulle utgöra ett upptagningsområde av befolkning på 48 procent av hela Värmland. Andelen procent som är angiven är baserad utifrån hela Värmland.

| Kommun        | Antal invånare | %         | Kostnader (tkr) |
|---------------|----------------|-----------|-----------------|
| Karlstad      | 95 408         | 34        |                 |
| Hammarö       | 16 765         | 6         |                 |
| Forshaga      | 11 606         | 4         |                 |
| Kil           | 12 134         | 4         |                 |
| <b>Totalt</b> | <b>135 913</b> | <b>48</b> |                 |

Till denna mottagning kopplar man R-ACT teamet som jobbar med målgruppen, fast med dem som har störst behov av samordning i samhället. Idag har teamet ca 30 klienter som har bostadsort Karlstad. Denna koppling kan ses som en förberedelse inför samordnade vård- och stödverksamheter som föreslås i samsjuklighetsutredningen.

Vi föreslår att denna mottagning startas upp först, då den kan fungera som ett kunskapsnav till resterande lokala mottagningar i länet. Här samlar man en stor del av kompetenserna som kan

användas i resterande lokala mottagningar genom exempelvis digitala lösningar och tjänster. Personal på mottagningen i Karlstad kan sen vara behjälplig i att implementera och starta de andra lokala mottagningarna genom deras erfarenheter och sätta rutiner och riktlinjer.

#### Mottagning Arvika

| Kommun        | Antal invånare | %         | Kostnader (tkr) |
|---------------|----------------|-----------|-----------------|
| Arvika        | 25 854         | 9         |                 |
| Eda           | 8 490          | 3         |                 |
| Årjäng        | 9 942          | 4         |                 |
| <b>Totalt</b> | <b>44 286</b>  | <b>16</b> |                 |

#### Mottagning Kristinehamn

| Kommun        | Antal invånare | %         | Kostnader (tkr) |
|---------------|----------------|-----------|-----------------|
| Kristinehamn  | 24 099         | 9         |                 |
| Storfors      | 3 948          | 1         |                 |
| Filipstad     | 10 403         | 4         |                 |
| <b>Totalt</b> | <b>38 450</b>  | <b>14</b> |                 |

#### Mottagning Torsby

| Kommun        | Antal invånare | %        | Kostnader (tkr) |
|---------------|----------------|----------|-----------------|
| Torsby        | 11 472         | 4        |                 |
| Sunne         | 13 355         | 5        |                 |
| <b>Totalt</b> | <b>24 827</b>  | <b>9</b> |                 |

#### Mottagning Säffle

| Kommun        | Antal invånare | %        | Kostnader (tkr) |
|---------------|----------------|----------|-----------------|
| Säffle        | 15 396         | 5        |                 |
| Grums         | 9 091          | 3        |                 |
| <b>Totalt</b> | <b>24 487</b>  | <b>8</b> |                 |

#### Mottagning Hagfors

| Kommun        | Antal invånare | %        | Kostnader (tkr) |
|---------------|----------------|----------|-----------------|
| Hagfors       | 11 553         | 4        |                 |
| Munkfors      | 3 680          | 1        |                 |
| <b>Totalt</b> | <b>15 233</b>  | <b>5</b> |                 |

## Basfaktorer för de integrerade beroendemottagningarna

### Tillgänglighet

En hög tillgänglighet för alla personer i samhället som behöver hjälp med skadligt bruk och beroende är en förutsättning för att utveckla vård och behandling för målgruppen.

I "Överenskommelsen om en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården" beskrivs att samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänsten och andra relevanta aktörer behöver fungera mer effektivt<sup>19</sup>. Genom de integrerade mottagningarna kan vi skapa mer effektivitet och tillgänglighet genom samverkan och samarbete. Det är ett sätt att motverka att de som har stora behov eller samsjuklighet i beroendesjukdomar och annan psykisk ohälsa faller mellan stolarna i samhället. Det innebär att hälso- och sjukvården samt kommunerna måste förändra sitt arbetssätt och utveckla sina organisationer för att skapa kostnadseffektiva verksamheter. Ett sätt är att skapa denna tillgänglighet genom att utnyttja teknik och digitala tjänster, samt att vi är lokaliserade i hela länet.

### Brukarinflytande

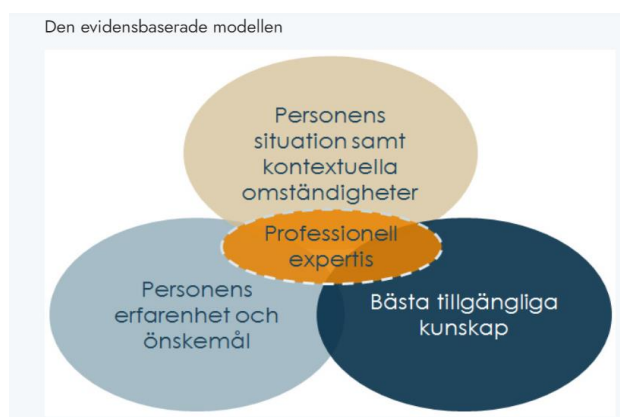
Genom en personcentrerad vård och stöd till personer med skadligt bruk och beroende med eller utan samsjuklighet skapar vi också verksamheter med ett brukarinflytande. Inom hälso- och sjukvården har den personcentrerade vården utvecklats under åren och samsjuklighetsutredningens beskrivning av begreppet är: "att vården ges med hänsyn inte bara till den enskildes behov, utan också med beaktande av resurser och individuella mål som kan beröra olika livsområden".

### Kunskapsnav

Genom att samla kompetens inom skadligt bruk och beroende på enheterna så skapar vi synergieffekter i form av handledning, föreläsare, kunskapsbärare utåt i både kommun och region.

### Evidens

På de integrerade beroendemottagningarna ska man utgå från den evidensbaserade modellen som finns beskriven på SKR:s hemsida. Det innebär en medveten och systematisk användning av kunskapskällor för beslut om insatser för den enskilde individen. Här finns de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende och vård- och insatsprogrammen som en god grund för de insatser vi erbjuder.



Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/>

## Vårdkedjor och samverkan

Att samverka och ha tydliga vårdkedjor är en viktig och betydande faktor för att lyckas med ett bra stöd och behandling för individer med skadligt bruk och beroende, oavsett samsjuklighet eller inte.

<sup>19</sup> [https://skr.se/download/18.5627773817e39e979efc64f7/1643380073131/Overenskommelse-Okad-tillgangligheten-i-halso-och-sjukvarden\\_2022.pdf](https://skr.se/download/18.5627773817e39e979efc64f7/1643380073131/Overenskommelse-Okad-tillgangligheten-i-halso-och-sjukvarden_2022.pdf)

Den beroendevård som idag bedrivs i Värmland är många gånger enskilda öar där samverkan inte alltid fungerar helt tillfredställande. Genom att skapa tydliga vårdkedjor och samverkansarenor genom integrerade beroendemottagningar skapas bättre förutsättningar för den enskilde individen att lyckas bli av med sitt skadliga bruk eller beroende. Samverkan mellan **alla** samhällsaktörer kring en person och dennes behov, för bästa möjliga behandling, vård och stöd har betydelse och krävs för en personcentrerad vård. Exempel på andra aktörer kan vara Kriminalvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, brukarföreningar, anhörigorganisationer, privata aktörer, företagshälsovård med flera.

## Vårdnivåer och stegvis vård.

Både nära vård och samsjuklighetsutredningen beskriver att regionerna behöver ta ansvar för att utveckla en stegvis vård där både primärvård, psykiatri och specialiserad beroendevård ingår. Det beskrivs även att mobila verksamheter kan behöva ses över för att säkerställa tillgängligheten. Genom att organisera omhändertagandet av målgruppen som beskrivs i denna rapport, skapar man en sömlös vård med tydliga beskrivningar av insatser på olika nivåer.

I utredningen God och nära vård har man gett förslag på primärvårdens ansvar vid lättare psykisk ohälsa hos vuxna. Vi tänker att även inom beroendevården bör eller kan primärvården vara en första instans för personer med riskbruk, skadligt bruk och beroende. Samsjuklighetsutredningen menar att både primärvården och den specialiserade psykiatriska vården behöver bli bättre på att upptäcka och uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk och beroende hos patienter som de möter. Ett exempel är att studier har påvisat att det är omkring 20–30 procent av patienterna inom den psykiatriska öppenvården som har ett riskbruk av alkohol<sup>20</sup>.

De beskrivna integrerade beroendemottagningarna blir därför en viktig del i den stegvisa vården mellan primärvård, specialistpsykiatri och beroendevård i Värmland. Vi föreslår därför att de integrerade beroendemottagningarna för vuxna blir en del av den stegvisa vården i Värmland för personer med riskbruk, skadligt bruk, beroende och/eller samsjuklighet.

### Fallbeskrivningar från riskbruk till beroende med eller utan samsjuklighet – En heterogen grupp

Nedan följer några fiktiva exempel på personer som har ett riskbruk, skadligt bruk, beroende och samsjuklighet för att tydliggöra att det finns ett behov av att alla nivåer inom primärvård och psykiatri bör vara duktiga på att identifiera och fånga upp dessa personer på ett effektivt sätt för bästa möjliga vård och behandling på olika nivåer i samhället. Deras gemensamma faktor är att de har problem med alkohol och/eller andra droger. Personerna beskrivna nedan kan vara aktuella och i behov av vård och stöd på en vårdcentral, psykiatri eller inom socialtjänst i kommun. Därav blir det viktigt att föra diskussioner om de olika behoven och på vilken nivå inom hälso- och sjukvård och kommunen som de behöver insatser från.

#### **Medelålders kvinna – Riskbruk**

En kvinna 51 år med ett eget företag, fränksild med barn i tonåren. Hon har ett rikt socialt liv där hon ofta umgås med väninnor, tar gärna ett glas vin till maten eller varvar ner med en drink på kvällskvisten. På helgen går hon gärna ut på krogen med sina vänner och dricker relativt mycket, ca två vinflaskor. Söker till vårdcentral pga. hjärtklappning och trötthet. Svårt att sova och känner ofta oro/stress. Vid besök på vårdcentral gör läkare en kartläggning av levnadsvanor där Audit ingår som frågeformulär.

#### **Yngre man – skadligt bruk**

En man på 22 år som är arbetssökande som tidigare jobbat periodvis i byggbranschen som ofta umgås med sina vänner och spelar tv-spel på nätterna. Upplevs av sina föräldrar som att han inte är engagerad och vill inget med sitt liv. Anhöriga upplever honom som slö och hopplös att få ur sängen. Vi anamnes uppger han att han röker lite cannabis ibland men tycker inte att det är något speciellt

---

<sup>20</sup>[Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet - Regeringen.se](#)



konstigt då andra också gör det. Tycker att han känner sig avslappnad och upplever att det känns bra att röka på lite då och då. Någon gång har han också blivit erbjuden amfetamin som han testat, men det gillade han inte. Tyckte att han blev för stressad av amfetamin, och föredrar därför cannabisen då han blir avslappnad av det. Dricker alkohol lite då och då, inga större mängder.

**Man – skadligt bruk/beroende (ADHD/Kriminalitet) RACT?**

Man 30 år som under många år haft kontakt med psykiatrisk öppenvård, flera inläggningar inom psykiatrisk slutenvård, samt två tidigare LVM-vistelser. Har flertalet inläggningar på MAVA/kirurg pga. olika anledningar kopplade till hans levnadsvanor. Har en diagnostiserad ADHD sedan tidig tonår. Återkommande på TNE via LOB. Har boendestödsinsatser via kommunen. Kommer aldrig på bokade tider, utan kommer lite som han tycker och vill både hos kommun och psykiatrisk öppenvård. Kan uppvisa tendenser på aggressivt beteende och vistas i kriminella kretsar. Mannen har ett omfattande blandmissbruk som han ofta injicerar. Kommun och psykiatri har försökt att boka in SIP men han kommer aldrig på möten.

**Äldre man – skadligt bruk med psykiatrisk diagnos**

Man på 58 år som är diagnostiserad med Schizofreni sedan 27 års ålder, bor ensam med en katt. Han har ett litet socialt nätverk, ingen sysselsättning, hel sjukersättning. Har boendestöd ett par gånger i veckan för inköp och städ. Han önskar ingen mer kontakt. Har som rutin att gå till närbutiken en gång per dag och köper ett sex-pack med folköl. Dessa dricker han varje kväll vid teven innan läggdags. Personal inom psykiatri har under många år försökt att arbeta med mannens levnadsvanor och vardagliga struktur.

**Kvinna – skadligt bruk/beroende alkohol (GBP)**

Kvinna på 37 år som för två år sedan gjort en gastric bypass som bor tillsammans med sin familj som består av två barn på sju och tio år och sin man. Har under det senaste året börjat sjukskriva sig ofta från sitt arbete och hennes arbetsgivare har börjat ställa frågor kring hennes mående då arbetskamraterna uppfattar henne som trött och sliten. Dricker ofta alkohol och blir fort berusad och tappar då kontrollen och kommer sällan ihåg gårdagens kväll. Hennes man har börjat tröttna på hennes beteende då han och barnen påverkas mycket negativt av hennes drickande.

## Pågående utvecklingsarbete och processer i Värmland

Under de senaste åren har en utveckling påbörjats i Värmland gällande vård och behandling för målgruppen som beskrivs i denna rapport. Nedan listas beslut och utveckling som skett från 2019.

Beslut fattade i Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Värmland

- Beslut taget gällande Tillnyktringsenhet. *Invigning av enheten 2020-10-12.*
- Beslut taget 2020-03-24 om inrättande av en central körkortsmottagning i Värmland. Mottagningen är ännu inte uppstartad.
- Beslut taget gällande regionalt utrednings- och behandlingshem för unga med missbruksproblematik upp till 20 år, samt akutavdelning för unga upp till 18 år. *HVB Riddarnäset uppstartat i februari 2022 med samarbete mellan länets kommuner och Region Värmland.*
- Beslut taget gällande läns- och lokala beroendemottagningar för unga 13–25 år. *Pågående process där Värmlands läns vårdförbund har ansvaret.*

### Övriga pågående utvecklingsarbeten i Region Värmland

- Utvecklingsarbete är pågående inom primärvården på vårdcentralerna i Värmland. Det pågår utbildning till personal på vårdcentralerna gällande hur man kan identifiera riskbruk/skadligt bruk och beroende samt rutiner och behandlingsmetoder för patienter med alkoholproblematik. Ett antal utbildningar har utförts samt pågår. De metoder som utbildas inom är MET samt KBT-inriktade samtalsmetoder exempelvis 15-metoden för målgruppen<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> <http://canea.liv.se/Document/Document?DocumentNumber=23552>

- Utvecklingsledare inom region Värmland arbetar med att se över och tydliggöra den ansvarsfördelning som idag finns mellan allmänmedicin och psykiatri.

## Möjliga utvecklingsområden i Värmland

Under framtagandet av denna rapport har många möten skett med de olika verksamheterna inom beroendevården i Region Värmland. Den gemensamma nämnaren på dessa dialogmöten har varit en vilja att utveckla den befintliga beroendevården i Värmland. Nedan följer några exempel på fortsatta utvecklingsområden i länet förutom inrättande av integrerade beroendemottagningar.

- Efter att processledare suttit med i de lokala ledningsgrupperna och i andra möten med verksamheter runt om i länet så har en reflektion varit att det ofta är en hög personalomsättning i verksamheterna. Därför är det av vikt att de överenskommelser som finns i länet gällande skadligt bruk och beroende ingår i introduktion av nya medarbetare och att de repeteras med jämna mellanrum för att de ska hållas aktuella.
- Det framkommer också att det finns ett önskemål mellan de två huvudmännen om mer utbildningar gemensamt inom området skadligt bruk och beroende. Ett förslag är att inrätta en gemensam konferens med olika teman varje år där medarbetare som jobbar med målgruppen bjuds in som ett sätt att sprida ny kunskap och kompetens inom området.
- Vid ett införande av integrerade beroendemottagningar för vuxna är det viktigt att arbeta fram bra arenor för samarbete med andra verksamheter som också möter målgruppen. Ett exempel kan vara att på vårdcentraler och inom psykiatriska mottagningar skapas team med några medarbetare som riktar in sig på att jobba med målgruppen. Då skapar vi kontinuitet och goda relationer för samverkan mellan de olika verksamheterna inom regionen. Att skapa tydliga vårdkedjor och stabila broar för de integrerade beroendemottagningarna som kunskapsnav.
- Under dialoger har det framkommit att det saknas ett kunskapscentrum för området skadligt bruk och beroende. Ett förslag är att skapa ett kunskapscentrum som är uppdaterat inom det aktuella området och kan vara stöd för övriga verksamheter såväl inom regionen som kommunerna som möter målgruppen. Stödet skulle kunna bestå av handledning, föreläsningar, fortbildningar med mera.
- Mer kompetensutveckling behövs i hela länet gällande att upptäcka och utreda skadligt bruk och beroende. Detta gäller både på primärvårdsnivå inom region och kommun men också inom psykiatri. Uppfattningen är att inom Region Värmland finns få medarbetare som har kompetens att arbeta med metoder som är riktade för målgruppen. En inventering av befintlig kompetens behöver göras inom både Region Värmland och kommunernas verksamheter som möter målgruppen.
- Det har också uppkommit diskussioner kring att utveckla slutenvårdsplatser inom psykiatri för målgruppen. Då kan abstinensbehandling vara en del i den vården och större möjligheter att skapa en stabilitet i deras liv för patienterna innan de ska tillbaka till sin vardag igen.
- Att satsa på mobila lösningar kan vara en del av den framtida vård som erbjuds inom skadligt bruk och beroende i Värmland. Att skapa möjligheter för en hög tillgänglighet genom mobila enheter där exempelvis LARO och sprututbytesverksamheten åker ut till olika ställen i länet. Detta för att ge information och träffa individer som har en pågående kontakt med någon av verksamheterna eller i bästa fall så ett frö hos någon som skulle vara i behov av hälso- och sjukvård.
- Att möta personer via digitala plattformar är också ett område som vi kan utveckla i länet. Många andra regioner erbjuder idag olika former av behandlingar via digitala lösningar, exempelvis KBT-e eller andra behandlingsmetoder för målgruppen.

**Arbetsgruppen sammansättning**

Linda Svensson, processledare Region Värmland

Leif Martinsson, utvecklingsledare Värmlands länsvårdförbund/Region Värmland

Mimmi Asplund Carlsson, enhetschef Vårdcentralen Molkom

Lars Sperling, enhetschef Psykiatrisk mottagning Säffle/Grums

Niklas Dannberg, enhetschef Laro/RACT-teamet

Helena Lindström, verksamhetsutvecklare psykiatrisk öppenvård

Linnea Widmark, vård- och stödsamordnare/kurator Kristinehamn kommun

Lisa Ivarsson, enhetschef IFO Arvika kommun

Anette Tallberg, enhetschef vuxenavdelningen Karlstad kommun

Annica Lövgren, verksamhetschef IFO Hagfors kommun

# Källförteckning

Webbsidor:

Nära Vård Värmland - [Värmlands målbild - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](#)

Samsjuklighetsutredningens delbetänkande - [Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet - Regeringen.se](#)

[ICD-10](#)

[Skadligt bruk/Beroende - Praktisk Medicin](#)

Avhandling "Utveckling av samverkan" av Ingela Furenbäck - [Samverkansprocesser inom \(diva-portal.org\)](#)

Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen (2019) - [Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik \(socialstyrelsen.se\)](#)

Nationella riktlinjer för vård och stöd för missbruk och beroende, Socialstyrelsen (2019) - [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende \(socialstyrelsen.se\)](#)

Nationella vård- och insatsprogram missbruk och beroende - [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](#)

Omställning till Nära vård, SKR (2022) - [Omställning till Nära vård | SKR](#)

Agenda 2030, Svenska FN-förbundet Globala mål - [Agenda 2030 - globala mål för hållbar utveckling - Svenska FN-förbundet](#)

Agenda 2030, Mål 3 - [SFN Informationsmaterial Agenda2030\\_2018\\_korr3.pdf](#)

Den svenska narkotikasituationen 2021, Folkhälsomyndigheten (2022) - [Den svenska narkotikasituationen 2021 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

[Alkohol, riskkonsumtion — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

[Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT arbetet och spel om pengar \(socialstyrelsen.se\)](#)

SWELOG, Folkhälsomyndigheten - [Om spelproblem - spelprevention.se \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

Länsöverenskommelsen Vuxna Värmland - [Länsöverenskommelse-vuxna-200401-KLAR-1.pdf \(varmlandsvardforbund.se\)](#)

[Att arbeta evidensbaserat - Socialstyrelsen](#)

RUT-23 552. *Riskbruk och beroendeproblematik av alkohol, behandlingar och samtalsstöd på vårdcentral*

**Enkätsammanfattning december 2021 till verksamheter i Värmland**

<https://forms.office.com/Pages/AnalysisPage.aspx?id=2v3ao7lo90OpT29IIKxgJJKjtgeqc99IIWLMGxCvqmVUN1hPMFZYMEUzMU4xQjNBMFNXTTZNQkRTUCQIQCN0PWcu&AnalyzerToken=Vp7QV6KUC7S2QzdY4Jr3lphHPGwNcnQF>

## Bilaga 1.

### Önskeläge beroendemottagningar för vuxna, dec 2021

Under december gick en enkät ut till vårdcentraler, psykiatriska öppenvårdsmottagningar samt socialtjänster där de fick svara på frågan: *”Beskriv ert önskeläge/drömläge gällande de lokala beroendemottagningarna”*. Totalt svarade samtliga 16 kommuner, fem psykiatriska öppenvårdsmottagningar och 11 vårdcentraler på enkäten. Här kommer en sammanställning av dessa frisvar, som är en av utgångspunkterna i processen för de lokala beroendemottagningarna för vuxna i Värmland.

*”Samlokaliserat med alla kompetenser som behövs”*

*”Att de integrerade mottagningarna skall ha kunskap om och kunna tillgodose individens behov av både sjuk och hälsovård samt psykosocialt. Så att människorna inte faller mellan stolarna.”*

*”Att region och kommunal verksamhet arbetar tillsammans, för att hjälpa människor med skadligt bruk.”*

*”En mottagning som består av ett sammansatt team av olika specialiteter samt myndigheter där man jobba tillsammans för patientens bästa.”*

*”Att Region (VC och öppenpsyk med mera) samverkar och tar ansvar för personer med riskbruk, missbruk och beroende. Att kunskap om detta även är integrerat inom sjukvården. Att vi tillsammans har en gemensam mottagning 1–2 dagar i veckan och att man kan remittera personer dit. Även att bedömningar inför abstinensbehandlingar kan ske inom denna ram.”*

*”Jag skulle önska att vi hade en ”Riddargatan 1” alkohelmottagning med att kunna erbjuda flera olika behandlingsmetoder och där även socialtjänsten och öppenvårdspsykiatri finns under samma tak när det finns samsjuklighet vid missbruk och beroende.”*

*”Samlokaliserade vissa tider där man lär känna varandra, dra nytta av varandras kompetens samt boka in till varandra för att få rätt bedömning/behandling.”*

*”att patienter inte hamnar mellan stolarna utan de har någonstans dit de kan adressera att få hjälp med sitt mående eftersom det är omöjligt för en patient att veta hur den ska driva sin egen vård med tre aktörer inblandade”*

*”En fysisk plats där människor kan arbeta ihop och där Region och kommun kan mötas”*

*”En väg in för den patientgruppen. Tydlighet vad vi kan hjälpa till med. Fast vårdkontakt. Engagerad personal som har utrymme att jobba både stödjande, förebyggande och behandlande.”*

*”Läkare, sjuksköterskor, skötare, vårdadministratörer med rätt utbildning och intresse för denna målgrupp.”*

*”Allt arbete och ansvar kan samlas under en och samma huvudman och att det kan avsättas särskilda resurser för att finansiera en sådan organisatorisk form.”*

*”Att det blir ngt överhuvudtaget.....”*

*”lång beskrivning orkar inte skriva den här”*

*”Stor samverkan och mycket kunskap. Bra bemanning. Preventivt arbete.”*

*"Att ungdomar och andra inte ska behöva vänta som idag i kö för att få hjälp/utredning vid behov. Snabba insatser!"*

*"Lokal anpassning utifrån geografiskt läge."*

*"Drömläget vore en fysisk gemensam mottagning där man har tillgång till yrkesgrupper som läkare, sjuksköterska och socionom (eller motsvarande). Alla ska vara utbildade i beroendelära/beroendetillstånd. Allt verksamhetsinnehåll skall utgå från den "nationella riktlinjerna". Det gäller såväl den medicinska vården som den psykologiska/psykosociala behandlingen."*

*"En fungerande samverkan med psykiatri, både slutenvård och öppenvård."*

*"Jag hänvisar till det förslag som Hagfors kommun och regionen har lämnat in i ett tidigare skede. Om du inte har tillgång till det får du höra av dig."*

*"en mottagning där det är låga trösklar, hög tillgänglighet och en tydlig ansvarsfördelning/förväntningar"*

*"Att personer får rätt stöd och hjälp på en och samma plats. Att samverkan blir lättare och bättre, så att vi kan ha en god och nära vård. Risker för att personer faller mellan stolarna minskar."*

*"En (fysisk) kontaktyta där regelbunden direkt samverkan sker mellan parterna och den enskilde individen. Större möjligheter för individen att få samordnade insatser i stället för att bollas mellan parter. I dagsläget träffar den enskilde alla var för sig och får motstridiga besked. Integrerad mottagning gör att både planering och vissa insatser kan göras i samverkan mellan de olika verksamheterna under samma tak."*

*"Ha en samlad integrerad mottagning på få ställen, för att blir så duktiga som möjligt på det man gör."*

*"Att få rätt kompetenser på en och samma plats som kan hjälpa och stötta våra patienter till ett drägligt liv."*

*"Ta del av goda exempel som finns och fungerar runt om i Sverige, gör eventuella lokala anpassningar, implementera."*

*"Önskeläget är att det ska vara enkelt att komma i kontakt med mottagningen och få hjälp i ett tidigt skede. Att vi får en mottagning som har både den sociala och medicinska kompetensen där man kan se hela individen. En vårdkedja som blir alltmer komplett från tidigt processen till att vi har ett eget HVB-hem egen regi i Värmland."*

*"Önskeläget vore att det fanns en snabb väg in för samtliga klienter med skadligt bruk/missbruk, beroende och psykisk ohälsa. Att det redan initialt skulle kunna uppföras en gemensam vårdplan för hur vårdtiden skulle se ut och kombinera samtliga kompetenser för att erbjuda största möjliga chans till tillnyktring och goda livsförutsättningar."*

*"En lättillgänglig verksamhet där individen upplever en väg in till ett samlat stöd och behandling. Det finns en tydlig förankring till samverkanspartners utanför mottagningen som finns med under hela processen vid behov. Det finns även ett fokus på individens nätverk och att de får adekvat stöd och information."*

*"En integrerad mottagning är en mottagning med alla typer av professioner. Att kunden endast behöver gå till en lokal där möten/SIP kan hållas och vård kan ges. Kunden kan snabbt få svar på sina frågor. Även sprututbytet skulle befinna sig i samma lokaler."*

*"Drömscenariot är att representanter från socialtjänsten, psykiatrin, FSK, AF och frivården kan befinna sig under samma tak."*

*"Att vi har ett bra samarbete, och att vi får ta del/följer upp hur ert/vårt arbete med gemensamma klienter fortskrider."*

*"Att vi hittar ett gemensamt samverkansforum, ex återkommande regelbundna möten. Kanske är det bra med en särskilt utsedd kontaktperson både i socialtjänsten och hos er. "*

*"En regelbunden samverkan med gemensamma sittningar och mål. Fokus ska vara på individens vård- och behandlingsbehov. Önskvärt är att vi vågar använda varandra som resurser, tex konsultation."*

*"En mottagning som kan erbjuda skademinimering ex i form av naloxonebehandling, Psykoedukation etcetera"*

Sammanställt av:

Linda Svensson,

Processledare för beroendemottagningar Vuxna

Region Värmland

