

Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling

- Behovsanalys kopplad till arbetet i Gävleborgs län mot missbruk
och beroende i åldersgruppen 13 – 29 år



Kaj Gustafsson

Sammanfattning

Åldersgruppen 13 – 29 år som har alkohol- eller drogrelaterad problematik är föremål för nationellt intresse. 2018 kom en nationell handlingsplan för arbete mot missbruk och beroende inom den aktuella målgruppen. Under hösten 2020 har det genomförts en behovsanalys inom ramen för det arbete som utförs i Gävleborgs län med personer i det aktuella åldersintervallet. Analysen bygger på intervjuer av nyckelpersoner från kommuner, Region Gävleborg och ideella verksamheter. Materialet från intervjuerna har kompletterats med statistik som har bäring på missbruk, beroende och psykisk ohälsa. Syftet med analysen är att ta fram ett kunskapsunderlag som kan användas i det framtida utvecklingsarbetet med att stärka resurskedjan, samarbetet och insatserna som riktas mot personer i åldern 13 – 29 år. Behovsanalysen visar att det pågår flera intressanta utvecklingsprocesser men ännu råder angelägna utvecklingsbehov inom ett antal områden. Det som behöver utvecklas inom den samlade resurskedjan i Gävleborgs län är kopplat till nedanstående områden:

- Synsätt, värderingar och språk kring missbruk och beroende behöver reflekteras inom de involverade organisationerna som ett led i minskad stigmatisering av den aktuella brukar/patientgruppen.
- Diagnoserna inom missbruks- och beroendeområdet behöver stärkt status och legitimitet som psykiatriska diagnoser.
- Arbetet med tidig upptäckt och tidiga insatser är ett angeläget utvecklingsområde när det gäller unga och unga vuxna som riskerar att påbörja en missbrukskarriär. Skolan och arenor där unga vuxna rör sig är områden som bör ägnas uppmärksamhet när det gäller kunskaper kring riskfaktorer och tecken på missbruk bland unga.
- Stöd- och behandlingsinsatser kring ungdomar och unga vuxna är utvecklingsområden som framträder i Gävleborg. Det inbegriper kunskaper och kompetens inom den utredande delen av IFO och öppenvården. Målet bör vara att etablera kontakt med de unga och vidmakthålla stöd- och behandlingsprocesser inom ramen för frivilliga insatser.
- Vården enligt LVM och placeringar av unga i HVB är även områden som kan utvecklas i riktning mot högre kvalitet och ”mjukare” utslussningar.
- Ungdomsmottagningarnas verksamhet behöver ett tydligare uppdrag kring missbruk och beroende samt uppdraget som första linjens psykiatri kring unga med samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa.
- Tillgängligheten av stöd- och behandlingsinsatser behöver stärkas genom ökad flexibilitet och arbetsformer anpassade för unga och unga vuxna.
- Samarbetet mellan socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri kring personer med samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa har utvecklats under senare år men behöver ta ytterligare steg. Det handlar då om att i ökad utsträckning bedriva samtidiga psykiatriska insatser under pågående missbruksvård.
- Polisens narkotika- och ungdomsinriktade arbete samt samarbetet med socialtjänsten har försvagats sedan polisens omorganisation 2015 och behöver stärkas.
- Utvecklingen av former för individbaserad systematisk uppföljning av brukare inom missbruks- och beroendeområdet har påbörjats men behöver fortsätta utvecklas i riktning mot långsiktigt hållbara arbetsformer.
- Det finns en stor potential i att öka brukarinflytandet som en kunskapskälla vid utformning av insatser och arbetsformer.
- Det råder behov av att öka inslaget av processtöd kopplat till det regionala utvecklingsarbetet inom missbruks- och beroendeområdet samt ökad uppföljning av beslutade utvecklingsspår.

Innehåll

Inledning.....	6
Uppdraget till FoU Välfärd.....	6
Den regionala behovsanalysens inriktning och metod	7
Datainsamling.....	7
Intervjuer och fokusgrupper	7
Statistik.....	8
Avgränsningar och urval	8
Diskussion kring målgruppen i den nationella handlingsplanen.....	9
Centrala begrepp.....	9
Läsanvisning.....	10
Resultat.....	11
Synen på missbruk och beroende	11
Tidig upptäckt.....	12
Tidig upptäckt med skolan som plattform	13
Anmälningar och annan rapportering till socialtjänsten.....	16
Ungdomsmottagningarnas som arena för tidig upptäckt	16
Fält- och uppsökande verksamhet	16
Polisens verksamhet.....	18
Tidiga insatser.....	22
Insatser och arbetsformer i förhållande till olika målgruppers behov.....	23
Unga i åldern 13 – 18 år	23
Unga vuxna (18 – 29 år) som inte fått så hårda konsekvenser av missbruket.....	25
Utrikes födda unga män	25
Frivilliga placeringar och tvångsvård	26
Livet i övrigt vid sidan om behandlingen.....	26
Stöd- och behandlingsinsatsers tillgänglighet.....	27
Samverkan och samordning	29
Ungdomar under 18 år med psykisk ohälsa eller neuropsykiatriska tillstånd i kombination med alkohol- eller drogproblematik.....	30
Unga vuxna 18-29 år med psykisk ohälsa eller neuropsykiatriska tillstånd i kombination med alkohol- eller drogproblematik.....	32
Polisen	34
Särskilda samarbetsmodeller	35
Samarbete med ideella.....	36
Länsövergripande samarbete och samordning.....	36

Delaktighet och brukarinflytande.....	37
Uppföljning och kunskapsstyrning	37
Analys	39
Fördjupad analys kring respektive område (bättre rubrik)	41
Synen på missbruk och beroende	41
Tidig upptäckt	42
Tidiga insatser samt insatser i förhållande till olika målgruppers behov	43
Stöd och behandlingsinsatsers tillgänglighet	45
Samverkan och samordning	45
Delaktighet och brukarinflytande.....	46
Uppföljning och kunskapsstyrning	47
Avslutande diskussion	50
Referenser	52
Bilaga 1: Statistik kring målgruppen 13 – 29 år	55
Aktualiseringar av barn och unga inom Individ- och familjeomsorgen.....	55
Aktualiseringar av vuxna 21 -29 år inom Individ- och familjeomsorgen.....	58
Frivillig institutionsvård för vuxna	59
Vård enligt LVM	61
Skolelevers drogvanor	62
Psykisk ohälsa och neuropsykiatriska diagnoser	63
Bilaga 2: Samtliga identifierade utvecklingsbehov.....	65

Inledning

Styrelsen för Sveriges kommuner och regioner¹ (SKR) beslutade den 14 december 2018 att anta en handlingsplan mot missbruk och beroende för åldersgruppen 13-29. Handlingsplanen tar sin utgångspunkt i en inventering SKR genomförde av nationella utvecklingsbehov. Utifrån inventeringens resultat framhåller handlingsplanen ett antal områden där utvecklingsbehoven bedöms vara störst. Handlingsplanen inrymmer åtgärdsförslag som riktar sig till kommuner, regioner, regionala samverkans- och stödstrukturer samt staten. (SKL, 2018a). Kopplat till handlingsplanen finns två kunskapsunderlag: Så vänder vi utvecklingen (SKR, 2018b)) och Nya psykoaktiva substanser (SKR, 2018c).

Den nationella handlingsplanen har fått titeln: *Handlingsplan mot missbruk och beroende - tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år.*

Handlingsplanens syfte (SKR, 2018, s. 6) är tredelat:

- Bidra till att minska missbruket bland barn, unga och unga vuxna genom att utgöra underlag för att stödja ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete som bygger på bättre samverkan och samordning mellan aktörerna .
- Tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän och tydliggöra gränssnittet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt
- Tydliggöra behovet av åtgärder som kan minska missbruket bland barn och unga.

Uppdraget till FoU Välfärd

Under våren 2020 kom en förfrågan från socialchefsgruppen i länet om FoU Välfärd kunde göra en GAP-analys gällande arbetet med riskbruk, missbruk och beroende inom gruppen 13 – 29 år i Gävleborgs län. FoU Välfärd åtog sig uppdraget och presenterade ett förslag på metodologisk utformning och inriktning som förankrades. Under framarbetandet av en plan för analysen kom den att benämnas *behovsanalys*. I slutet av februari 2020 hölls en länsdialog kring den nya nationella handlingsplanen i Gävleborg där företrädare för SKR, profession och politik från kommuner, regionen och ideella organisationer medverkade. Det blev startskottet för behovsanalysen som presenteras i denna rapport.

¹ Vid det tillfället hette organisationen Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Den regionala behovsanalysens inriktning och metod

Syftet med behovsanalysen i Gävleborgs län är att identifiera och beskriva de centrala utvecklingsbehoven i Gävleborgs samlade resurskedja² för åldersgruppen 13-29 år med alkohol- eller drogrelaterad problematik som ett underlag för utvecklingsarbete.

Behovsanalysen är strukturerad i enlighet med de områden som den nationella handlingsplanen framhåller som mest angelägna att utveckla (SKR, 2018a) :

- Synen på missbruk och beroende
- Tidig upptäckt
- Tidiga insatser samt stöd och behandling i förhållande till olika målgrupper
- Stöd- och behandlingsinsatser tillgänglighet
- Samverkan och samordning
- Uppföljning och kunskapsstyrning
- Delaktighet och brukarinflytande

Datainsamling

Behovsanalysens datainsamling har genomförts genom olika former av intervjuer samt inhämtande av relevant statistik. Nationella och regionala styrdokument samt andra skrivelser av bedömd betydelse har utgjort ett referensmaterial. I det följande avsnittet beskrivs datainsamlingen mer ingående:

Intervjuer och fokusgrupper

Intervjuerna har genomförts med ett strategiskt urval av professionella från offentliga och ideella verksamheter som bedöms ha god inblick i och kunskaper om behoven i arbetet med målgruppen. Inriktningen har varit att identifiera angelägna utvecklingsbehov. De intervjuade har i stor utsträckning varit verksamhetsnära chefer eller personer med strategiska eller utvecklande funktioner. Under intervjuerna har det använts en semistrukturerad intervjuguide konstruerad utifrån de generella utvecklingsområden som identifierats av SKR. Intervjuerna har anpassats efter informanternas verksamhet samt varit öppna för att även ta tillvara sidoinformation av värde för den sammantagna analysen. Formerna för intervjuerna har varit enskilt, i grupp, på telefon och via videolänk. Under gruppintervjuerna kom det att uppstå diskussioner och samspel mellan informanterna som ökade flödet av information utifrån olika perspektiv. De enskilda intervjuernas värde låg i möjligheten att fokusera och hålla kvar ett ämne i taget till det bedömdes uttömt. För dokumentationen har det använts en digital recorder samt tagits anteckningar. Efter genomförda intervjuer har det vid flera tillfällen förekommit mailkorrespondens i syfte att ställa följdfrågor, inhämta material och komplettera insamlad information. Sammantaget har 49 informanter intervjuats. Ytterligare en handfull har lämnat information via mailkorrespondens.

Under intervjuerna har företrädare för följande verksamheter deltagit:

- IFO (vuxen-, barn- och ungdomsenheter, öppenvård för unga och vuxna., uppsökande verksamhet, familjehem, beroendemottagning)
- Utrednings- och utvecklingsverksamheter inom IFO
- Företrädare för pågående utvecklingsprojekt inom socialtjänsten

² Med samlade resurskedja menas resurser inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, regionens beroendevård, polis samt ideella organisationer.

- Socialpsykiatri/boendestöd
- HVB för vuxna
- Våld i nära relation
- Regionens beroendevård
- Ungdomsmottagningar
- Barn- och familjhälsa
- Vuxenpsykiatri
- Barn- och ungdomspsykiatri
- Ideella organisationer
- Polisen
- Skola och elevhälsa
- ANDT-verksamheter
- Länsstyrelsen

Statistik

Insamlingen av statistik har haft inriktningen att inkludera sådan statistik som bedöms vara relevant i den aktuella behovsanalysen och kan komplettera det kvalitativa materialet från intervjuerna. Statistiken som redovisas i bilaga 1 är inom följande områden:

- Aktualiseringar av barn och unga inom individ- och familjeomsorgen
- Aktualiseringar av vuxna 21 -29 år inom individ- och familjeomsorgen
- Frivillig institutionsvård för vuxna
- Vård enligt LVM
- Skolelevers drogvanor
- Psykisk ohälsa och neuropsykiatriska diagnoser

Avgränsningar och urval

Av resursmässiga skäl har informanter från ett urval av kommuner inkluderats under intervjuerna. Efter metodologiska överväganden kring kommunstorlek och geografiska aspekter valdes tre Gästrikerekommuner ut: Gävle, Sandviken och Ockelbo. I Hälsingland inkluderades Hudiksvall, Nordanstig och Söderhamn. Strategin var att få med informanter från stora, medelstora och små kommuner i de olika länsdelarna. De avgränsningar som gjorts kring urvalet av kommuner innebär sannolikt att det pågår verksamheter och aktiviteter i länet som inte fångats under analysen. Det görs därför inga anspråk på att datainsamlingen ska utgöra en heltäckande kartläggning. Förhoppningen är emellertid att det insamlade dataunderlaget ska vara tillräckligt för att identifiera länsövergripande utvecklingsbehov.

När det gäller hälso- och sjukvården har vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, barn- och familjhälsa, ungdomsmottagningar och elevhälsa omfattats av datainsamlingen. Däremot inte övrig hälso- och sjukvård, exempelvis hälsocentralernas verksamhet.

Behovsanalysens inriktning är att utreda hur verksamheten i Gävleborg fungerar på *selektiv- och indikerad preventionsnivå*, dvs. gentemot riskgrupper eller de individer som utvecklat en missbruks- eller beroendeproblematik kopplad till alkohol, narkotika eller läkemedel (inte spel). Arbetet på *universell preventionsnivå*, dvs. det allmänt förebyggande och främjande arbetet, omfattas inte (för utförligare beskrivning av preventionsnivåer, se exempelvis Folkhälsomyndigheten, 2014).

Slutligen kan nämnas att brukare från målgruppen inom olika verksamheter inte primärt ingår som informationskällor. I stället har brukarorganisationer vidtalats (IOGT-NTO, FMN, Junis och RFHL).

Diskussion kring målgruppen i den nationella handlingsplanen

Den målgrupp SKR valt i handlingsplanen är inte vanligt förekommande i övrigt, exempelvis i verksamheters avgränsningar, då den innehåller såväl unga tonåringar som vuxna. Arbetet med personer i åldersintervallet 13 – 29 år inrymmer även olika lagstiftningar som reglerar förutsättningar och aktiviteter. Under behovsanalysens datainsamling och analyser har det därför gjorts en uppdelning av målgruppen i två undergrupper: 13 – 17 år respektive 18 – 29 år. Det förekommer dock i den statistiska delen av rapporten att den yngre gruppen utgörs av personer i åldern 13 – 20 år då statistiken är indelad så (aktualiseringsstatistik inom IFO). De två undergruppernas behov, problematik och situation överlappar sannolikt varandra, särskilt i skarven mellan åldersgrupperna. Det föreligger dock viktiga skillnader när det gäller möjligheten för föräldrar att medverka samt ta del av information från myndigheter och behandlingsverksamheter. Personer i den yngre och äldre ålderskategorin kommer också i kontakt med delvis olika verksamheter, exempelvis inom IFO, tvångsvård och psykiatri. Ett generellt mönster måste även antas vara att individer i de det äldre åldersintervallet potentiellt sett har utvecklat en mer omfattande problematik än de yngre. En 28-åring kan exempelvis ha levt med ett tungt narkotikamissbruk i mer än 10 år.

Centrala begrepp

Det används två typer av klassificeringssystem för att ställa diagnoser inom beroende- och missbruksområdet: ICD-10 samt DSM-IV och DSM-V. Under författandet av den här rapporten framstår det tydligt att det är en mängd begrepp som florerar inom missbruks- och beroendområdet, både i dagligt tal och i form av diagnoser. De vanligaste begreppen är *riskbruk*, *missbruk*, *beroende*, *skadligt bruk*, och det i DSM nyligen tillförda begreppet *substanssyndrom*³. Andra språkliga variationer är *drogmissbruk*, *alkohol- och drogmissbruk* samt *narkotikamissbruk* mm. I den här rapporten används begreppet drogmissbruk ofta för att beteckna ett problematiskt förhållande till alkohol, narkotika, läkemedel eller en kombination av dessa preparat.

Begreppet *psykisk ohälsa* tillämpas i den här rapporten som ett samlingsbegrepp för ett brett spektrum av tillstånd med olika allvarlighetsgrad.

Första linjens psykiatri utgörs av verksamheter inom primärvård, exempelvis barn- och familjeohälsa, ungdomsmottagning eller hälsocentralernas verksamhet. Första linjens psykiatri ska arbeta med lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Avgränsningen görs mot *specialistpsykiatri* (vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri) som har i uppdrag att arbeta med allvarlig psykisk ohälsa..

³ I tidigare versioner av DSM fanns diagnoserna missbruk och beroende, men i den senaste upplagan har de ersatts av diagnosen substansbrukssyndrom. Ett av motiven till sammanslagningen av diagnoserna var bedömningen att missbruk och beroende inte är helt fristående från varandra.

Begreppen *unga och ungdomar* används för att beteckna personer i ålder från 13 – 17 år. Benämningen *Unga vuxna* avser personer från 18 – 29 år, för enkelhets skull då detta åldersintervall är i fokus för behovsanalysen.

Läsanvisning

I den följande framställningen redovisas resultatet av intervjuerna vilket utgör ett relativt omfattande material i syfte att ta tillvara utsagorna från de som har goda inblickar i det arbete som utförs.

Rapporten övergår därefter i ett analysavsnitt där det inledningsvis görs en bedömning av vilka identifierade utvecklingsbehov som bör prioriteras. Dessa presenteras i en tablå och kopplas till förslag på ägare av utvecklingsarbetet.

Därefter följer en fördjupad analys kring identifierade utvecklingsbehov inom respektive analysområde. Den statistik som används i analyserna finns i rapportens bilaga 1. Inriktningen på analysen är att visa ”hela bilden” och underlaget till bedömningen av vilka utvecklingsbehov som bör prioriteras i det inledande utvecklingsarbetet. Samtliga identifierade utvecklingsbehov finns sammanställda i rapportens bilaga 2.

Avslutningsvis förs en diskussion där behovsanalysen i Gävleborgs sätts in i en nationell och regional kontext

Tanken med rapportens struktur är att läsare om de önskar kan gå direkt till analysen av vilka utvecklingsbehov som bör prioriteras på s. 40 eller läsa bilaga 2 för att få en överblick av samtliga utvecklingsbehov som identifierats.

Resultat

I det här avsnittet redovisas resultaten från intervjuerna och den insamlade statistiken. Det förekommer en viss överlappning mellan de områden inom vilka materialet redovisas. De områden som används är de tidigare beskrivna i SKR:s handlingsplan (SKR, 2018a).

Synen på missbruk och beroende

Intervjuerna ger en bild av att synen på missbruk och beroende inom socialtjänsten och beroendevården är relativt reflekterad och förankrad i rådande kunskapsläge samt intentioner att undvika stigmatisering. Begreppen *missbruk* respektive *beroende* har av vissa informanter ersatts av substansbruk eller *substanssyndrom* i tal och skrift i enlighet med DSM V⁴. Flera av informanterna framhåller att det nya begreppet är mindre stigmatiserande än de tidigare. De äldre begreppen missbruk och beroende används dock av stora merparten informanter liksom av de nationella myndigheterna. Begreppen riskbruk och skadligt bruk, som återfinns i diagnossystemet ICD 10⁵, används också av informanterna i denna utredning, i synnerhet med koppling till yngre personer.

Det framstår emellertid utifrån informanternas utsagor som om verksamheter inom länets hälso- och sjukvård, exempelvis akutsjukvård, vuxenpsykiatri samt primärvård, i viss utsträckning ännu inrymmer synsätt på missbruk och beroende, som kan leda till stigmatisering av patienter. De komponenter i synen på missbruk och beroende som enligt många av de intervjuade leder till stigmatisering av patienterna är synen på den här typen av problematiken som självförvållad, vilket kan ge den enskilde känslor av skam och skuld. Oförmågan att kontrollera sitt intag av droger eller alkohol kopplas, sannolikt mer eller mindre omedvetet till brister i karaktären snarare än att det är frågan om ett sjukdomstillstånd. Det här stigmatiserande synsättet finns enligt flera informanter även påtagligt inom polisens verksamhet. Exempel på stigmatiserande sätt att prata är benämningar som *missbrukare*, *heroinist*, *alkoholist*, *narkoman*, eller *en knarkare*.

Många av informanterna som arbetar med missbruks- och beroendevård inom kommuner och regionen pratar i termer av att dessa tillstånd borde ses som vilken annan psykiatrisk diagnos som helst, exempelvis depression eller bipolär sjukdom. Den samlade bilden som framträder är att specialistområdet beroendevård har svårt att hävda sin status bland övrig hälso- och sjukvård.

En av informanterna från beroendevården uttrycker:

Det är alldeles för lite resurser inom regionens beroendevård i jämförelse med andra vårdområden, exempelvis psykiatrin. Missbruk och beroendesjukdomen är ännu en främmande fågel inom sjukvården, det ses som en "kommunal sjukdom".

En av informanterna från regionens beroendevård menar att gruppen personer med missbruk och beroende i stor utsträckning betraktas som en homogen grupp och säger i det sammanhanget:

Det är den inte och behöver ses över utifrån vem som ska göra vad och vilka resurser som krävs och bäst möter olika behov hos individerna. Riskbruk ska exempelvis ligga inom

⁴ DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition).

⁵ ICD 10 (International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision).

primärvård. Uppbyggandet av beroendevården kräver olika vårdnivåer för att möta olika behov inom vårdgruppen.

Förutsättningarna för samtidiga insatser från socialtjänsten och psykiatrin till människor med samsjuklighet mellan psykisk ohälsa och missbruk/beroende tycks även påverkas starkt av synen på den senare problematiken. Merparten av informanterna inom socialtjänsten upplever att det ännu i stor utsträckning råder ett synsätt inom psykiatrin att missbruket ska vara åtgärdat före psykiatriska insatser, exempelvis utredning eller behandling. De menar att det präglar både vuxenpsykiatrin samt barn- och ungdomspsykiatrin.

En av informanterna från vuxenpsykiatrin säger:

Patienterna möter många ur personalen... Det är olika hur de tagit till sig de nyare synsätten på missbruk och samtidiga insatser. Patienter med beroendesjukdomar har symtom som de inte är vana vid... De upplevs också som en komplicerad målgrupp som är skönt att lämna över till någon annan.

Angående stigmatiserande förhållningssätt säger en av informanterna från psykiatrin:

Chefer måste sätta ned foten – säga att så här pratar vi inte om missbruk.

Informanter från ledningen inom vuxenpsykiatrin ser det som viktigt att arbeta med synsätt, värdegrund och språket som verktyg i att förändra synen på missbruk och beroende inom vården. Det senare, språket, menar särskilt en av informanterna, är bärare av värderingar och kan synliggöra rådande synsätt som underlag för ett utvecklingsarbete. Den här informanten diskuterar även kring synsätt och strukturer som stödjer respektive motverkar återhämtning från exempelvis psykisk ohälsa eller en beroendeproblematik. Motverkande strukturer stärker känslan av utanförskap och stigmatisering medan de främjande löper i riktning mot normalisering, inkludering och egenmakt. Informanten menar i det här sammanhanget att det krävs ett stort mått etisk reflektion och medvetenhet i förändringsarbetet.

Tidig upptäckt

Det finns en grundläggande inställning bland informanterna att tidig upptäckt är samhällsekonomiskt strategiskt i arbetet med att motverka utvecklandet av alkohol- och drogproblematik bland unga.

En av informanterna säger:

Ofta räcker en kort intervention vid tidig upptäckt.

Det förmedlades mycket information och tankar under intervjuerna som gör att detta avsnitt blivit relativt omfattande. Flera informanter pratar om vikten av att arbetet med tidig upptäckt bedrivs kommunövergripande, dvs. involverar alla berörda nämnder och förvaltningar inom kommunen liksom andra verksamheter, exempelvis polis samt hälso- och sjukvård. Informanterna som medverkat i denna behovsanalys har under intervjuerna lagt merparten av sitt fokus på att prata om hur framför allt ungdomar som börjat använda narkotika ska fångas upp tidigt och få stöd i att bryta en negativ utveckling. Utifrån det som framkommit under intervjuerna tycks det finnas några framträdande strategier i arbetet med tidig upptäckt. De presenteras nedan under ett antal rubriker.

Tidig upptäckt med skolan som plattform

Det stora flertalet informanter som intervjuats anser att skolan är en av de viktigaste arenorna för tidig upptäckt av unga som använder droger eller i övrigt påbörjat en destruktiv utveckling. Anledningen som framförs är att alla ungdomar ska gå i skolan och att det är i den miljön som beteendemönster, samspel med övriga barn/ungdomar, riskfaktorer och andra tecken på negativ utveckling kan uppmärksammas. I skolmiljön framträder även grupperingar av ungdomar och eventuella motsättningar mellan olika grupper. Närvaron och skolprestationerna i sig är även en indikator på den unges utveckling.

En av de intervjuade som arbetar som chef vid en barn- och ungdomsenhet inom IFO:s myndighetsutövning sammanfattar många andras utsagor på följande sätt:

Det finns skolproblematik i alla ärenden kring unga och missbruk...ofta i kombo med neuropsykiatri... Området som rör missbruk uppvisar stort behov av insatser och kunskaps- och kompetensutveckling inom skolan.

En annan chef inom IFO säger:

Tidig upptäckt – det gör man där barnen är.

Under intervjuerna framkommer att skolans agerande vid misstanke om att unga drogar varierar. En av informanterna säger:

Det finns två spår - att skolan bara gör en anmälan till socialtjänsten och inget mer eller att de engagerar sig mer och pratar med föräldrarna.

Flera av informanterna menar att vi bör vara uppmärksamma även på att barn i 10-12 årsåldern kan ha börjat använda alkohol, cannabis eller lever med psykisk ohälsa. De pratar i termer av att det inte är ovanligt med alkohol- eller drogdebut i denna ålder för de som sedan utvecklar en svår problematik.

Frågan som reser sig är hur arbetet med tidig upptäckt med skolan som arena bedrivs i Gävleborg? Det har under denna behovsanalys inte har gjorts en systematisk inventering men utifrån vad som framkommit under intervjuerna verkar det pågå riktade aktiviteter i flera kommuner, även om vissa är relativt nystartade. Den arbetsmodell som funnits längst och är mest inarbetad är konceptet *Drogfri skola*. Denna verksamhet har funnits i Gävle de senaste tio åren och spänner över alla grundskolor från åk 7, gymnasier inklusive friskolor i kommunen. Verksamheten består av två socialsekreterare som är anställda vid IFO:s förebyggande enhet i Gävle men finansieras av skolan.

Drogfri skola i Gävle presenterar sin verksamhet på följande sätt:

Till oss kan du som skolpersonal, förälder eller vän vända dig för att få hjälp då du misstänker att någon i din närhet har testat narkotika. Vi finns tillgängliga för rådgivning, orossamtal på skolan utifrån misstanke om narkotikabruk/missbruk. Vi kan ta drogtest, men det är frivilligt.

Verksamheten är inriktad på att i ett tidigt skede upptäcka unga som använder narkotika och kopplas på när det finns misstanke om drogproblematik kring en elev. Det kan vara både eget bruk och att den unge umgås i kamratkretsar där det förekommer droger.

En av medarbetarna inom Drogfri skola säger:

Det gäller att göra oron talbar så tidigt som möjligt... Frågor att ställa är vilka behöver som behöver ta del av oron, föräldrar och andra viktiga personer som kan ta ansvar.”

Verksamheten besöker också skolor och arbetar med utbildning i tidig upptäckt. Finns särskilda informations- eller utbildningsbehov vid någon enskild skola arbetar de med det. Uppvisar ungdomar behov av fortsatt stöd och behandling slussas de vidare till öppenvård eller andra resurser. Verksamheten kan beskrivas vila på tre ben:

1. Merparten av arbetstiden används till samtal med elever som misstänks använda droger. Är de under 18 år sker samtalen alltid i målsmans sällskap – oftast på skolan på exempelvis rektorns kontor. Drogtester genomförs i skolans lokaler.
2. Det andra benet är att utbilda lärare och skolpersonal i hur de ska upptäcka och hantera elever som de misstänker använder narkotika. Det är lärare som oftast tar kontakt med Drogfri skola.
3. Det tredje benet är informera föräldrar om hur de kan se tecken på att deras barn drogat samt hur de ska diskutera kring detta på ett lämpligt sätt.

De intervjuade inom verksamheten berättar att nyckeln i arbetet är ett välfungerande samarbete med skolornas rektorer och övrig personal som hela tiden behöver underhållas.

En av informanterna säger:

Skolan är den viktigaste arenan för tidig upptäckt. Skolpersonal kan dock ha svårt att prata om narkotika, likaså att göra orosanmälningar till socialtjänsten... Det är olika kulturer på skolorna i fråga om tröskeln för att reagera... Friskolor är inte mindre benägna att reagera.

Personalen inom Drogfri skola i Gävle berättar att 60 procent av de elever som drogtestas är tidiga upptäckter, dvs. ungdomar som nyss börjat testa droger. Resterande 40 procent har längre drogerfarenhet. Fördelningen av de ungdomar som Drogfri skola arbetar med är 70 procent pojkar och 30 procent flickor. De vanligaste drogerna i nuläget är cannabis, tramadol, ecstasy och kokain

Söderhamn har också en modell av Drogfri skola sedan 2016 där en tjänst vid IFO är avsatt för att arbeta en förmiddag per vecka vid ortens gymnasium.

Även den så kallade Skottlandsmodellen tillämpas i Söderhamn inom för- och grundskolan. Skottlandsmodellen bygger på ett strukturerat samarbete mellan elever, vårdnadshavare och personer inom skola, socialtjänst, polis, sjukvård och ideella organisationer. En bärande komponent är att vårdnadshavare till barn ska veta till vem de kan vända sig för att få råd eller stöd gällande barnet och känna sig trygga i den kontakten, därför utses en *named person* (ofta rektor) vid varje skola. Vid behov sammankallar den personen till ett möte kring barnet och utser en "lead professional", en person med samordningsansvar för insatser i de fall en elev har behov av insatser från flera verksamheter. Modellen syftar till att tidigt kunna erbjuda stöd till elever som behöver det och slå vakt om att samhällets skyddsnet fungerar kring dem.

SSPF är ett forum för informationsutbyte där personal från skola, socialtjänst, polis och fritid samarbetar med vårdnadshavare och ungdom. Syftet är att tidigt fånga upp barn och unga i riskzon för kriminalitet och annat socialt nedbrytande beteende. Av de kommuner som vidtalats under behovsanalysen är det Hudiksvall och Ovanåker som arbetar med metoden. SSPF-verksamheten leds av en samordnare som upprättar samtycke till informationsutbyte och organiserar möten kring ungdomarna.

I övrigt framkommer att vissa kommuner arbetar med s.k. spindelmöten där framför allt personal från IFO, skola/elevhälsa, polis och fritid träffas regelbundet i syfte att identifiera ungdomar i riskzon för droger och annan problematik. Grupperna verkar dock brottas med en del problem, exempelvis att komma runt sekretessen och att deltagarna byts ut.

En av informanterna uttrycker sig så här:

Det finns spindelgrupper men det är alltid någon ny personal med och blir en presentationsrunda varje gång.... Det blir mycket briefing – lärare vill prata av sig.

I en av länets mindre kommuner finns en plan (som ännu inte gått i lås) att IFO-personal ska vara med på skolans APT som ett led i att stärka samarbetet och främja tidig upptäckt av ungdomar i riskzon. Flera kommuner arbetar också i nära samverkan mellan skola och socialtjänst kring ungdomar som ingår i det kommunala aktivitetsansvaret, KAA⁶. Nämnas kan att det under två förstudier kring psykisk ohälsa FoU Välfärd genomförde framkom att en stor del av ungdomarna inom KAA-verksamheten är i riskzon för psykisk ohälsa och andra typer av utanförskap vilket också inkluderar alkohol- och drogproblematik (Gustafsson, 2020a; 2020b). I en annan mindre kommun fanns planer (innan Covid 19) att IFO och elevhälsan skulle åka i väg på ett internat tillsammans med en moderator och arbeta fram en modell för samarbete och tidig upptäckt.

Företrädare för elevhälsan har vidtalats under utredningen då denna verksamhet måste anses vara av stor betydelse i arbetet med tidigt upptäckt av ungdomar som använder droger. Elevhälsan omfattar elever i förskoleklass, grundskola och gymnasium samt omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. De professioner som arbetar i de s.k. elevhälsoteamen är kurator, psykolog, läkare, sjuksköterska och specialpedagog. Den stipulerade inriktningen enligt skollagen är hälsofrämjande och förebyggande verksamhet men innehåller också riktade/åtgärdande inslag. Den grundläggande målsättningen är att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (Skollag, 2010:800). Elevhälsan arbetar bland annat med hälsosamtal och hälsokontroller (längd, vikt, hörsel, syn) samt ska bidra med kompetens på skolan kring hälsa, ANDT och sexualitet mm. Det genomförs hälsosamtal enligt följande: förskola, åk 4, åk 7, gymnasiet, åk 1.

En av informanterna med arbetsledande funktion för elevhälsan menar att hälsosamtalen, hälsokontrollerna samt framför allt lärarnas uppmärksamhet på mönster i elevers beteende, är en källa till tidig upptäckt av drogmissbruk. Elevernas bristande närvaro i skolan och försämrade prestationer är även en indikator på att det kan finnas någon form av problematik. Informanten säger att det framför allt är lärare som följt eleven över tid, exempelvis under åk 7-9, som kan se tecken på att något inte står rätt till. Under intervjuerna med företrädare för elevhälsa framkommer att många elever som uppmärksammas i drogsammanhang även uppvisar andra riskfaktorer, exempelvis neuropsykiatriska diagnoser, psykisk ohälsa eller lever under socioekonomiskt utsatta förhållanden.

Informanten från elevhälsan säger:

Drogerna kan vara en självmedicinering eller flykt.

⁶ KAA omfattar ungdomar under 20 år som inte genomför eller har fullföljt utbildning på nationella program i gymnasieskolan, gymnasiesärskolan eller motsvarande utbildning.

Anmälningar och annan rapportering till socialtjänsten

Orosanmälningar enligt Socialtjänstlagen kap 14 1§ är en viktig källa till tidig upptäckt av barn och unga som riskerar att fara illa. Rapportering från polisen av personer som omhändertagits enligt Lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) samt unga lagöverträdare, är också information som kan användas i arbetet med tidig upptäckt av alkohol- eller drogrelaterad problematik. När det gäller personer över 18 år som lagförts för narkotikabrott, exempelvis eget bruk eller innehav, tycks det enligt informanterna från socialtjänsten vara oklart i vilken utsträckning rapportering sker från polisen till socialtjänsten. (Polisens medverkan i arbetet med tidig upptäckt redovisas närmare i nästkommande avsnitt).

Informanterna från individ- och familjeomsorgen ger en bild av att anmälningarna kring ungdomar med alkohol- eller drogrelaterad problematik ökar i takt med deras ålder fram tills de lämnar gymnasieåldern.

I fråga om barn med tidig drogdebut säger en av informanterna:

Skolan vill inte tro att så unga, exempelvis en 10-åring, dricker eller röker hasch.

När det gäller unga vuxna mellan 18 – 25 år är det ovanligt med anmälningar kring drogrelaterad problematik.

En av de intervjuade från en vuxenhet konstaterar:

Vi är dåliga på tidig upptäckt av 18-22 åringar...de försvinner.

Vid intervjuerna diskuteras att unga vuxna inte vistas inom skolvärlden längre och har uppnått myndig ålder med resultat att deras föräldrar får minskad insyn i deras livsföring. Kanske bor de också i eget boende. Sammantaget leder det till att de inte ”markerar sig” på samma sätt. ”De flyger under radarn”, som någon av informanterna uttryckte det. Arenor där unga vuxna med alkohol- eller drogrelaterad problematik borde kunna upptäckas är enligt den samlade bilden under intervjuerna: Försörjningsstöd, AME-verksamheter, arbetsförmedling och polisens verksamhet. I fråga om hälso- och sjukvården verkar det i första hand anmälningar om behov av LVM-vård som inkommer till IFO.

Ungdomsmottagningarnas som arena för tidig upptäckt

Informanterna från ungdomsmottagning beskriver att denna verksamhet är inriktad på förebyggande och hälsofrämjande arbete kopplat till levnadsvanor, sexualitet, relationer, preventivmedel och könssjukdomar mm. Unga som behöver prata med någon om exempelvis stress, oro, ångest och prestationskrav kommer också till mottagningarna. Fördelningen av besökarna är ca 80 procent flickor och 20 procent pojkar. Företrädarna för ungdomsmottagning berättar att de inte genomför några drogtester och arbetar utifrån frivillighetsbasis mycket på de ungas eget uppdrag. Vid misstanke om alkohol- eller drogrelaterad problematik görs en orosanmälan till socialtjänsten. Det förekommer inte, enligt informanter från denna verksamhet, särskilt ofta att mottagningarna upptäcker ungdomar med missbruksrelaterad problematik.

Fält- och uppsökande verksamhet

Fältverksamhet är traditionellt sett inriktad på att genom uppsökande verksamhet skapa kontaktytor som kan ge kunskap om enskilda individer i riskzonen samt grupperingar av ungdomar och tendenser i lokalsamhället. På det sättet är fältverksamheten ett verktyg i arbetet med tidig upptäckt av olika destruktiva beteenden bland unga.

Efter att ha varit relativt nedtonat som arbetsmetod i socialt arbete under många år har fältverksamhet med inriktning på unga börjat återkomma i Gävleborgs kommuner. Det tycks som om fältverksamhet också kommit tillbaka i en ny form med stabilare organisering, ökade personella resurser och en inriktning som tar avstamp i aktuell forskning. Inom ramen för de vidtalade kommunerna i denna utredning framkommer att Söderhamn, Hudiksvall och Sandviken är inne i sådana utvecklingsprocesser. I dessa kommuner byggs det upp verksamheter med fyra-fem ”fältare” i respektive kommun och det pågår ett arbete för att utveckla arbetsmetoder och samverkansformer. Nämnas bör att Gävle har en inarbetad fältverksamhet sedan många år tillbaka vars inriktning och utformning inte närmare undersökts. I andra kommuner, särskilt de mindre, är fältverksamhet mer en punktinsats som mobiliseras av befintlig personal (ofta från IFO) under särskilda festhelger, exempelvis skolavslutningar, festivaler och liknande arrangemang.

Sandvikens satsning utgör ett intressant exempel på den nya skepnaden av fältverksamhet. Kommunen har anställt fyra ”fältsamordnare.” Den traditionella benämningen fältassistent används inte för att markera att det är en utvecklad inriktning på fältverksamhet. Som ett led i utvecklingsarbetet har fältsamordnarna genomgått en systemteoretisk utbildning via Nätverkskompaniet⁷. Fältsamordnarna ska förebygga, fånga upp, se och ringa in destruktiva grupperingar av ungdomar. Den primära inriktningen på arbetet är att engagera vuxna och mobilisera resurser i den unges nätverk. Detta bryter av mot den traditionella inriktningen på fältarbete som ofta är att ”fältaren” ska bli en viktig person för den unge. Under organisering och utformning av fältverksamheten har det skett ett utbyte med Högskolan i Gävle och en forskare som forskat kring fältverksamhet, empowerment och samarbete mm. Kommunen har också haft handledning från högskolan under första året. Företrädaren för fältverksamheten anser att stödet från högskolan varit avgörande för utvecklingsarbetet.

Hon säger:

Fältverksamhet ska vara ett kvalificerat socialt arbete.

Nödstopp är en metod som används inom fältverksamheten i Sandviken. Nödstopp innebär att föräldrar till ungdomar kring vilka det kommit signaler att de är i riskzon kallas in till ett gemensamt möte. Signalerna kan handla om att fritidsverksamheter eller skola larmar om att det är ”rörigt” kring den unge, att han eller hon vistas i riskmiljöer för droger eller kriminalitet, umgås med personer som drogar eller liknande. Det kan också handla om problematik relaterad till hederskontext. Syftet med nödstopp är att det ska vara en väckarklocka för föräldrarna. Vid ett Nödstopp ges tillfälle för föräldrarna att få information om oron och möta andra föräldrar i samma situation i syfte att kunna knyta kontakter och stärka samarbetet med barnen/ungdomarna. Informanten berättar att metodiken under mötet inriktas på att motverka skuld och skam. Föräldrarna ska stärkas i att de är viktiga, att relationen mellan vuxen och barn är central.

Det finns många gemensamma drag mellan den beskrivna verksamheten i Sandviken och de andra vidtalade kommuners fältverksamhet. Det gäller framför allt inriktningen på att kartlägga vilka ungdomar och grupperingar som befinner sig i riskzonen för negativ utveckling samt att bygga nätverk, tillit och kontakter. Likheter finns också kring arbetet med riktade satsningar

⁷ <https://natverkskompaniet.se/>

mot särskilda problembilder. Det tycks dock även finnas skillnader, kanske främst kring hur central relationen mellan fältarbetaren och den unge anses vara och hur information om ungdomarnas situation kan utvinnas.

I en av Hälsingekommunerna säger den intervjuade företrädaren så här:

Fältarna arbetar med att nå, fånga upp och bygga relationer med ungdomarna. De spelar brännboll och fotboll med dem. Alla fältarna är erfarna, från orten och har god personkänedom.

Andra utsagor går i den här riktningen:

Relationer är grunden, det är ett stort steg att komma till socialtjänsten /.../ Ungdomarna berättar sådant för fältarna som de inte gör för lärarna.

Polisens verksamhet

Polisens verksamhet, särskilt den inriktad mot narkotika och unga lagöverträdare, är naturligtvis intressant i diskussionen kring tidig upptäckt av ungdomar i riskzon för en drogrelaterad problematik eller utveckling i riktning mot kriminalitet som livsstil.

Det har därför gjorts intervjuer med företrädare för polisens verksamhet i Gästrikland och Hälsingland. Inledningsvis relateras vad som framkom under dessa intervjuer, därefter hur utredningens övriga informanter tänker och resonerar kring den polisiära verksamheten.

De intervjuade från polisen är gruppchefer och medarbetare inom den narkotikainriktade verksamheten i Gästrikland respektive Hälsingland. Informanterna beskriver att polisens omorganisation där de 21 polismyndigheterna och Rikspolisstyrelsen ska ombildades till en riksmyndighet under 2015 i stor utsträckning påverkat arbetet med narkotika, ungdomar och samarbetet med socialtjänst samt skola mm. Informanterna beskriver att det efter omorganisationen beslutades att det narkotikainriktade arbetet skulle skötas inom ramen för övrig polisverksamhet och inte i form av specialiserade narkotikagrupper. Arbetet med ungdomar (unga lagöverträdare mm) kom också att få starkt utredningsfokus. Den tidigare utåtriktade verksamheten med information på skolor, fasta samarbetsstrukturer med socialtjänsten, fältinriktad verksamhet i ungdomsmiljöer mm. kom att prioriteras bort enligt direktiv från nationell och regional ledning. En aspekt är också att många av ungdomsutredarna numer är civilanställda och saknar de polisbefogenheter som krävs för operativt arbete ute i samhället. I samband med omorganisationen tillkom kommunpoliser med uppgiften att vara en länk till kommunerna och arbeta med brottsförebyggande och trygghetsskapande arbete.

Trots de förändringar som beskrivits ovan har både polisen i Gästrikland och Hälsingland startat upp narkotikainriktade grupper under de senaste två åren. Verksamheten i Hälsingland består av åtta poliser plus en gruppchef. Poliserna kommer från Hälsinglands lokala polisområden, två från varje område så att de kan bilda patrull på orten. Vid ingripanden som kräver större personell styrka eller vid särskilda evenemang mobiliseras hela gruppen. Narkotikagruppen i Hälsingland är sammansatt av poliser med utredartjänster inriktade på ungdomsbrott. Enligt gruppchefen bedöms det vara strategiskt då de inte riskerar att tas i anspråk för att täcka akuta personalbrister inom ingripandeverksamheten, IGV8 (radiobilarna). I Hälsingland utreder den särskilda narkotikagruppen själva de ärenden de genererar. Det finns fördelar genom att känna

⁸ Ingripandeverksamheten, IGV, motsvarar det som tidigare kallades ordningspolisen. Verksamheten styrs av de uppdrag som inkommer från ledningscentralen.

till ärendet och ha sakkunskapen men nackdelar genom att bli bunden inne med utredningsarbetet, säger gruppchefen. Gästriklands narkotikagrupp består vid full bemanning av sex poliser samt en gruppchef. Poliserna är rekryterade från områdespolisen⁹. Efter ingripande lämnar de över ärendet till utredning vid en annan enhet. Vid brister i bemanningen av radiobilarna måste narkotikapoliserna ibland täcka upp.

En av de intervjuade poliserna säger:

Det är helt avhängigt hur det är på IGV – det styr då skift som inte är tillsatta måste täckas.

Narkotikagrupperna i Gästrikland och Hälsingland arbetar på ett snarlikt sätt, dvs. underrättelsebaserat (tips, information), korta spaningsinsatser och ingripandefokus. De arbetar också med *fokusområden* och *fokuspersoner* som meddelas av ledningen. ”Nio av tio fokuspersoner sysslar med narkotika”, uttrycker en av informanterna. Ibland genomförs även riktade insatser.

Företrädaren för narkotikagruppen i Hälsingland resonerar kring riktade insatser mot särskilda evenemang på följande sätt:

Vi kan jobba med särskilda insatser men de som missbrukar narkotika gör det även på en tisdag förmiddag.

Gruppen i Gästrikland arbetar med så kallade ”hot spots”, dvs. platser framför allt i Gävle som är kända för narkotikahantering. I Hälsingland verkar det inte finnas någon utpräglad handel av narkotika i offentliga miljöer utan den sker företrädesvis i bostäder. De intervjuade poliserna beskriver att amfetamin tidigare var en vanlig drog men verkar ha minskat, tycks det i alla fall som utifrån de beslag som görs. Den vanligaste drogen polisen kommer i kontakt med är cannabis. De syntetiska varianterna (spice) har minskat kraftigt. Sannolikt med anledning av dåligt rykte och svårigheten att handskas med pga. varierande styrka och sammansättning. Ett tydligt mönster polisen ser är att kokain som tidigare var en inredning på krogar i storstäderna får allt starkare fäste i Gävleborg.

En av poliserna i Gästrikland säger:

Det har blivit normaliserat att dra en lina på fest /.../ även bland relativt vanliga ungdomar i 20 årsåldern. Kokain är också kopplat till vissa krogar där ägaren har en liberal inställning och kanske också använder själv

Tramadol var enligt polisen i Gävle mycket vanligt tidigare men verkar ha minskat något. Utifrån polisens horisont tycks inte heroin vara en särskilt vanligt förekommande drog i Gävleborg¹⁰. När det gäller förekomsten av läkemedel som används vid laro-mottagningarna säger en av poliserna i Gävle att de inte sett några tecken på läckage och uttrycker:

De är så nedgångna och behöver det mesta själv. Det kan vara att de fått något som inte fungerar och säljer det vidare.

⁹ Områdespolisen är skild från IGV, arbetar med veckoplaneringar och planlagt arbete kring lokala problembilder.

¹⁰ Det stora beslag brunt heroin (rökheroin) som gjordes under hösten 2020 i Gävle bedöms inte vara inte ämnat för Gävleborg utan sannolik på väg till Stockholm eller Uppsala.

Under intervjuerna med polisen diskuteras samarbetet med socialtjänst, skola och andra kommunala verksamheter.

En av de intervjuade poliserna säger:

Det har skalats bort på grund av brist på resurser. Polisen har tagit ett principbeslut att inte prioritera besök på skolor /.../ Besöks en skola måste alla besökas.

En informant från polisen i Hälsingland säger:

Gruppen lägger resurserna på operativt arbete med narkotika. Vi ska nyttja att vi är en operativ resurs som kan jobba med narkotika /.../ Det är det som resursen ska användas till. Vi prioriterar bort kontakter med socialtjänst i form av återkommande möten som inte brukar ge så mycket. Det är bättre med enskilda kontakter. Vill socialtjänsten ha mer information så berättar vi.

De intervjuade poliserna från både Gästrikland och Hälsingland berättar att de skriver en orosanmälan vid ingripanden där det förekommer barn. De skriver också på unga som vistas i riskmiljöer för droger, kriminalitet eller andra destruktiva beteenden.

Under intervjuerna diskuteras förekomsten av organiserad kriminalitet i Gävleborg. Den sammantagna bilden som växer fram tyder på att det främst är i Gävle som sådan verksamhet har identifierats. Det finns även viss gängbildning, framför allt två löst sammansatta grupperingar som är i konflikt med varandra kring narkotikahandeln vilket leder till våld och hämndaktioner fram och tillbaka. I Hälsingland ser inte polisen liknande mönster.

Den intervjuade polisen beskriver situationen påföljande sätt:

Det finns egentligen inte organiserad kriminalitet i Hälsingland /.../ I Gävle börjar det märkas. Den organiserade kriminaliteten i Uppsala har tentakler till Gävle. Söderhamn och Ljusne utmärker sig som problemorter kring narkotika i Hälsingland. I Söderhamn har det nått en nivå till /.../ Det syns på gator och torg i form av öppen droghandel.

I samband med att denna utredning initierades ställdes frågor från några socialchefer kring förekomsten av *unga drogkurirer* i Gävleborg. Dvs. inte straffmyndiga som på uppdrag av äldre transporterat narkotika. Under intervjuerna med polisen framkommer att det uppmärksammats en handfull fall i Gävle särskilt med koppling till segregerade stadsdelar. Förekomsten av unga drogkurirer i Gävle bekräftas även av företrädare för Drogfri skola och ANDT-verksamheten.

En av poliserna förklarar fenomenet så här:

De lockar med snabba pengar. Ingjuter i dem att de inte får några straff. De blir inlurade av någon i närheten. De söker de som är snett ute /.../ Potenta våldsinslag gör att de inte vågar säga något om de åker fast.

Unga drogkurirer har inte uppmärksammats av narkotikapolisen i Hälsingland.

På frågor om vilka utvecklingsbehov polisen ser i sin verksamhet framkommer en rad olika förslag.

En utsaga som sammanfattar de intervjuade polisernas uppfattning är den nedanstående:

Polisen behöver rena, specialiserade narkotikagrupper... De togs bort 2015 vid omorganisationen. Det är det sämsta man gjort. Det är helt fel att IGV ska jobba med knark. Det är viktigt med personkännedom.. att skapa relationer, exempelvis med ungdomar i utsatta

områden... Det kräver tid och personkontinuitet. IGV åker hela tiden på uppdrag... kan inte arbeta sammanhängande över tid med något.

En annan polis säger på samma tema:

Man skrotade gatulangningsgruppen och skulle bekämpa narkotika i uniform... det går inte. Det är viktigt att arbeta över tid /.../ Det krävs en särskild narkotikagrupp, en katalysator...

Angående resurser säger en av poliserna:

Det skulle behöva vara en fördubbling av resursen i Gästrikland /.../ finnas en lika stor narkotikagrupp i Sandviken också som arbetade med Västra Gästrikland.

En utsaga som sammanfattar synen på ungdomspolisernas utveckling efter omorganisationen:

Ungdomspolisen skulle behöva vara operativ /.../ vara ute i skolor och samarbeta med socialtjänsten.

Ett problem som framträder tydligt i intervjuerna med företrädare för båda narkotikagrupperna är svårigheten att uppnå långsiktig stabilitet i arbetet.

En av gruppcheferna beskriver problematiken så här:

Många drar i knarkgruppen. Behövs resurser tas narkotikautredarna bort, exempelvis när personer sitter frihetsberövade, vid barnärenden och radiobilarna är alltid prio. Narkotika kommer sent i prio /.../ Vi måste få jobba i lugn och ro.

Utsagorna från intervjuer med personal inom socialtjänst, beroendevård, skola och beroendevård mm. speglar väl de utvecklingsbehov polisen uttrycker. Ett observandum är att utformningen av polisens narkotikainriktade verksamhet tycks vara relativt okänd bland företrädare för socialtjänst och andra verksamheter som kommit till tals i denna utredning.

Röster från socialtjänst, skola, ANDT-verksamheter och beroendevård mm.

Den allmänna uppfattningen bland informanterna från dessa verksamheter är att samarbetet med polisen försämrats avsevärt sedan myndighetens omorganisering 2015. Det tar sig uttryck i att tidigare fasta samarbetsstrukturer inte längre fungerar. Polisens närvaro på skolor, ungdomspolisernas utåtriktade verksamhet och samarbetet med socialtjänsten på fältet saknas nu i stor utsträckning. Många av informanterna från socialtjänsten, ANDT och regionens beroendevård lyfter polisens viktiga roll i att begränsa tillgången på droger i samhället och bidra till tidig upptäckt av unga på väg in i ett narkotikamissbruk. Den allmänna uppfattningen tycks även vara att polisen inte bedriver någon kontinuerlig verksamhet mot narkotika utan endast enstaka tillslag per år.

En av de intervjuade från socialtjänsten i Gävle säger:

Det finns grov kriminalitet bland unga i Gävle. Polisen har ingen gatulangningsverksamhet, bara tillfälliga insatser. De gör ett tillslag och det blir lugnt en tid /.../ återgår sedan till samma läge.

Andra informanter diskuterar kring polisens roll i att påverka attityder till narkotika och liberaliseringstrenden som upplevs i samhället. Uppfattningen som framförs är att en

effektiv polisiär narkotikabekämpning kan föra med sig att ungdomar ändrar synsätt på droger.

En av informanterna i Gävle säger på detta tema:

Olagligheten struntar ungdomarna i /.../ Det finns inga poliser. Man ska känna sig jagad när man knarkar. Det ska pratas om razzior. Det är helt sjukt att de inte har en gatulangningsgrupp.

Tidiga insatser

Tidiga insatser är nära kopplat till tidig upptäck, dvs. insatserna måste komma i nära anslutning till att drogproblematiken börjat utvecklas för att kunna anses vara tidiga. En relativt samstämmig uppfattning som förmedlas är att drogproblematiken ofta pågått och fått utvecklas alltför länge innan insatser kommer till stånd.

En av informanterna från en vuxenhet säger:

Det räcker inte med tidig upptäckt /.../ agerande krävs också. Det är viktigt med en handlingsplan och strategi. Lätt att bara fastna i pratet om tidig upptäckt... När de är 18 år är många grava narkomaner. Missbruket missas i utredningsmodellen BBIC. Det behövs något mer /.../ Vi måste hitta en bättre arbetsmodell.

Flera av informanterna från IFO:s myndighetsutövande verksamhet för barn och ungdomar frågar sig vilket stöd som finns tillgängligt för de som börjat missbruka?

En av informanterna från socialtjänsten resonerar kring förutsättningarna på det här sättet.

Vi tar urinprov och säger: Du får inte knarka och erbjuder föräldrarna stöd /.../ Vi erbjuder stöd till ungdomarna om de tackar ja /.../ de vill ofta inte medverka. Dessa ärenden avslutas ofta utan åtgärd. Ungdomarna dyker sedan upp på vuxenheten /.../ Skulle vi ha gjort mer eller annat?

En IFO-chef ramar in svårigheterna så här:

Alla har varit ute för sent hela tiden , väntar för länge (förskola, grundskola, socialtjänst). På högstadiet kommer problemen. Då är det för sent och går inte att kontrollera – endast LVU finns som verktyg. Det mellantvång som finns är att öppna utredning enligt 11:1, 2 SoL. Det går dock att tacka nej till insatser. Är de 16-17 år kan vi inte kontrollera dem /.../ de hamnar på SIS.

Under diskussionen kring tidiga insatser pratar flera av informanterna om värdet av tidig föräldrautbildning men problematiserar det också utifrån att det ofta kan vara svårt att nå de föräldrar som är i störst behov av föräldrautbildning. Flera informanter anser att familjecentralerna borde utöka åldersgruppen till föräldrar med barn upp till 18 år. En av dem säger så här.

Utbildning till tonårsföräldrar kan vara bra för enskilda familjer men har liten effekt på grupp- och populationsnivå om tonåringarna redan utvecklat problematik. Det borde finnas ett utbud av generella och spetsade föräldrautbildningar vid familjecentraler. När ett ungt par ska ha barn är den första frågan vilken barnvagn ska vi köpa? Det borde vara vilken föräldrautbildning ska vi gå på familjecentralen.

En av informanterna från elevhälsan, som har arbetsledande funktion, är övertygad om att skolan utgör en strategisk arena för tidiga insatser, exempelvis föräldrastöd och tidiga insatser

gentemot ungdomar som är i riskzon för eller har börjat använda droger. Utgångspunkten är att de unga finns på skolan och att den är en normaliserande miljö i jämförelse med myndighetsutövande verksamheter.

Informanten beskriver sina tankar så här:

Lägg över resurser på skolan för tidiga insatser. Skolan kan erbjuda insatser som inte är hotande. Insatserna kan bli en del i det dagliga, där relationerna finns.

Insatser och arbetsformer i förhållande till olika målgruppers behov

Under intervjuerna diskuterades hur befintliga insatser och arbetsformer överensstämmer med behoven hos olika grupper av personer inom ramen för åldersintervallet 13-29 år. Gruppen med samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa diskuteras specifikt i det nästkommande avsnittet om samverkan och samordning.

Unga i åldern 13 – 18 år

Informanter från flera kommuner berättar att det pågår eller planeras ett utvecklingsarbete för att höja kompetensen kring missbruk och beroende vid kommunens öppenvård och den myndighetsutövande delen för unga. Inslag i det arbetet är även implementering av evidensbaserade metoder¹¹. En vanligt förekommande uppfattning bland informanterna är emellertid att det i nuläget fortfarande finns stora utvecklingsbehov inom såväl IFO:s utredande som behandlande verksamheter för unga. Bilden som växer fram är att det i många kommuner inte systematiskt genomförs en kartläggning av eventuellt missbruk/beroende vid utredningar av unga som underlag för att kunna sätta in rätt insats. Flera informanter berättar att utredningsbilden kompliceras av att det ofta förekommer en sammansatt problematik kring missbrukande ungdomar som även inrymmer psykisk ohälsa, familjeproblematik och skolproblematik mm.

En av informanterna som är enhetschef inom IFO säger:

Det finns kompetens kring ADAD¹² men det instrumentet tillämpas sparsamt.

En annan fortsätter på samma tema:

Det är stort fokus på omsorgssvikt kopplat till föräldrarna /.../ Använder man inte instrument som ADAD eller ADDIS¹³ missar man mycket.

I fråga om beroendemottagningarnas roll i att utreda ungas alkohol- och drogstatus framkommer att socialtjänsten sällan slussar ungdomar till mottagningarna. Orsakerna till det tycks handla om olika saker, bland annat att det fortfarande tycks råda osäkerhet inom IFO huruvida länets beroendemottagningar har unga under 18 år som målgrupp. Likaså att mottagningarna upplevs förutsätta att det ska finnas en motivation hos individen, vilket ofta

¹¹ Exempelvis Community Reinforcement Approach (CRA och A-CRA) samt Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) som är behandlingsprogram för ungdomar, unga vuxna och familjer.

¹² ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är ett bedömningsmetod för unga med missbruks- och social problematik.

¹³ ADDIS- ung är en bedömningsmetod som används för att diagnostisera skadligt bruk, missbruk och beroende av alkohol och andra droger för ungdomar upp till 20 år.

inte är fallet med ungdomar. Informanter inom regionens beroendevård menar å sin sida att IFO säger att de har många ungdomar med drogproblematik men trots det inte aktualiserar dem vid beroendemottagningarna. I anslutning till diskussionen om beroendemottagningarna kan nämnas att det numer finns rutiner för ineliggande abstinensbehandling av unga under 18 år som genomförs vid privata vårdgivare eller på den vuxenpsykiatriska avdelningen vid Gävle Sjukhus.

Flera informanter inom IFO verkar anse att beroendemottagningar inte är utformade för arbete med unga och skulle vilja ha mottagningar särskilt inriktade på denna grupp (jfr. Mini-Mariamodellen). Andra informanter tycker att det vid tidig upptäckt av unga med drogrelaterad problematik alltid borde göras en utredning (droganamnes och abstinensbedömning) vid ortens beroendemottagning.

I fråga om öppenvård för unga framkommer det en allmän uppfattning från flera kommuner att den egna kommunens öppenvård för unga i stor utsträckning är inriktad på att stödja föräldrar och arbeta med föräldraskap.

En chef vid öppenvården för unga i en kommun uttrycker:

Föräldrarna sviktar i sitt skydd /.../ därför behövs tillförsel av kompetens kring alkohol och droger /.../ Vi är proffs på det relationella, inte missbruk.

En annan av informanterna fortsätter på samma linje med dessa ord:.

Socialtjänsten inte har redskapen för att arbeta med drogproblematik hos unga. Arbetet är inriktat på att stödja föräldrar och jobba med föräldraskap i allmänhet. Det är bra och ett viktigt verktyg då föräldrarna är den viktigaste resursen. Det saknas dock kompetens, professioner och metoder för att arbeta med ungdomarna. Det är därför diskussionen om att starta en Mini-Mariamottagning kommit upp.

Ytterligare en informant från IFO uttrycker de upplevda bristerna så här:

Du knarkar – vi gör inget? Vad har vi för metoder? Föräldrastöd? Familjeteamet? Om en ungdom inte har förtroende för sina föräldrar /.../ de kanske är orsaken till den unges problematik, hjälper det då att stödja föräldrarna? Droger fyller en funktion...ger grupptillhörighet, öppnar upp för att kunna prata om känslor, mående och sexualitet. De har också något hemligt tillsammans.

En informant diskuterar kring att kompetensen kring unga och missbruk är alltför smal för att ha i mindre kommuner.

Han säger:

Den är svår att hitta vid rekrytering. Däremot kan man ”klä” på befintlig personal den kompetensen.

Flera informanter menar att det ofta blir placering av unga som börjat tidigt med droger då den negativa utvecklingen inte kunnat brytas genom öppenvårdsinsatser på frivillig basis. En av informanterna uttrycker:.

Det är långt till tvång och ofta svårt att få till frivillig behandling.

LVU-vården och HVB-placeringar diskuteras av informanterna från både beroendevård och socialtjänst. Den allmänna uppfattningen är att det inte sällan är svårt med utslussningen av den unge till ett ”normalt liv”

En IFO-chef säger så här:

LVU-vård kräver mycket av socialsekreteraren: De måste planera för utslussning och en mjuk övergång till vuxenlivet. Ofta väntas och väntas det, den unge fyller 18 år och föräldrarna får inte längre vara med /.../ Ofta brister det i planeringen, IFO jobbar reaktivt.

Unga vuxna (18 – 29 år) som inte fått så hårda konsekvenser av missbruket

Informanterna från flera olika verksamheter ger en samstämmig bild av att denna grupp är en av de svåraste att få in i stabila behandlingsprocesser. Som tidigare diskuterats har personer ur den här åldersgruppen ofta börjat med droger långt tidigare. När blir aktuella på en vuxenhet har de inte sällan ett utvecklat missbruk/beroende.

En av de intervjuade enhetscheferna säger:

14- till 17- åringar är lättare då de inte helt ut bestämmer själv. Hur ska vi kunna möta det här åldersspannet? Vi ska bjuda in brukare och fråga /.../ Det är lätt att tappa bort dem... kompisarna är viktigare /.../ De är osynliga några år.

Den allmänna uppfattningen som förmedlas under intervjuerna är att det finns en rad försvårande omständigheter i arbetet med unga vuxna. De mest påtagliga är att de inte fått så hårda konsekvenser av missbruket, att föräldrar inte kan involveras på samma sätt, att de inte vill medverka i insatser, samt att kamrater och drogen i sig utgör starka drivkrafter att fortsätta med missbruket.

En av enhetscheferna vid en vuxenhet säger:

De är svåra att få grepp om /.../ men man skulle kunna göra mer även om de inte vill medverka, exempelvis inleda LVM-utredningar även om inte avsikten är sådan vård. LVM är det sämsta man kan göra. SIS-hemmen är som ett fängelse.

Flera informanter som arbetar med behandlingsinsatser för unga vuxna beskriver att det ofta finns behov av att stödja dem genom basal ADL-träning och utbildning i ”normal” livsföring. Många unga vuxna som levt ett liv med droger, haft en marginaliserad uppväxt och varit placerade mycket, uppvisar stora brister i kunskaper kring hur samhället fungerar. En av informanterna säger att de ofta utöver behandlingen behöver en sorts livs- och boendeskola. Områden som de behöver stödjas i är exempelvis att öppna bankkonto, betala räkningar, städa, handla, laga mat och sköta boendet.

Informanten säger:

Samtal är vi bra på men inte att stödja personer praktisk.

Utrikes födda unga män

En grupp som framför allt diskuteras i Gävle som problematisk att nå fram till med stöd- och behandlingsinsatser är unga utrikes födda killar med missbruks- eller beroendeproblematik. Det tycks även förekomma en del våld inom denna grupp. Informanterna i Gävle menar att de här unga männen saknar nätverk i stor utsträckning och därför har ingen slagit larm i ett tidigare skede. Det upplevs finnas otydligheter kring gränsdragningar, ansvar och roller i arbetet med gruppen. Boendepersonalen på HVB för ensamkommande över 18 år menar att det är IFO som

har ansvaret att hantera missbruket. IFO anser att det är boendepersonalen som har relationen till den unge och därför bör agera med ett föräldraliknande ansvar. Ibland hänvisas också till traumaenheten. Det behövs enligt informanterna utbildning och klarläggande av ansvarsområden kring den här gruppen.

En av informanterna från vuxenenheten i Gävle uttrycker:

De far illa – in och ut i alla system /.../ psykiatri, avd. 25, försörjningsstöd, beroendevård. De vill inte utredas /.../ De är som ping pongbollar – vi får inget grepp om dem. Det saknas något strukturellt kring dem. Vissa är papperslösa, de håller ibland till på centralen.

Frivilliga placeringar och tvångsvård

Många informanter uttrycker att de är besvikna på resultaten av den externa slutenvården.

En av dem säger:

Målet är att utveckla behandlingskompetens på hemmaplan. Stöd hemma är bättre än placering då missbruket är symtom på annan problematik. Vid placeringar kvarstår ofta alla problem på hemmaplan när individen kommer hem.

Liknande upplevelser förmedlas av många informanter kring placeringar av ungdomar. En av de intervjuade enhetscheferna vid IFO frågar sig följande.

Hur jobbar man med familjen under placeringar, exempelvis LVU? Barnet kommer ofta hem till samma läge som innan placeringen.

Bilden som förmedlas under intervjuerna är att det är vanligt med tungt narkotikamissbruk bland personer under 30 år. Det visar också nationell och regional LVM-statistik (Gustafsson, 2017). LVM-vården diskuterades flitigt under intervjuerna. Den allmänt rådande uppfattningen bland informanterna är att LVM-vården inte fungerar bra utan ses som ett nödvändigt ont.

En av informanterna från regionens beroendevård säger:

LVM har dåliga resultat /.../ Det är en föräldrad lagstiftning för alkoholmissbrukare som behöver sex månader för att torka upp. Mycket har förändrats i samhället sedan lagstiftningen kom till. §27 som är till för att överflytta vården till öppna former fungerar inte. SiS bestämmer när det är aktuellt, LVM-vården borde omprövas under vårdtiden på samma sätt som vård enligt LPT.

Livet i övrigt vid sidan om behandlingen

Under arbetet med att redovisa resultatet av intervjuerna utifrån hur insatser och arbetsformer möter olika målgruppers behov har det framkommit några gemensamma utvecklingsbehov som skär genom hela gruppen individer. Dessa behov är kopplade till *sysselsättning, boende och psykosocial situation*.

En av de intervjuade socialsekreterarna sammanfattar behoven efter behandling så här:

Bostad och sysselsättning vid utslussning är viktiga komponenter, behandling utgör bara fem procent av livet.

Det diskuteras under intervjuerna att upprätthållande insatser efter uppnådd nykterhet generellt sett behöva stärkas. I det ingår att skapa ökade möjligheter för sysselsättning, boendestabilitet och andra insatser som kan ge en meningsfull vardag. Det här framförs även som angelägna utvecklingsområden av informanter från IOGT-NTO, Föräldraföreningen mot narkotika (FMN)

och Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- & narkotikabrukare (RFHL). De ideella föreningarna beskriver ett flertal exempel på personer som efter behandling återgått till missbruk då det saknats stödinsatser inom nämnda områden.

En informant från de ideella verksamheterna säger:

Det svårt att sitta själv i en lägenhet och hålla sig ren om de enda kompisarna drogar, de måste få ett sammanhang.

Informanten vid RFHL betonar också vikten av insatser som kan bryta ensamhet och isolering då det är en stor riskfaktor för utvecklandet av drogproblematik liksom återfall efter behandling. RFHL:s bild är att samhällets resurser har blivit alltmer specialiserade, att det är bra med spetskunskaper, men också kan leda till en bristande helhetssyn.

Den intervjuade vid RFHL säger:

Det är svårt att stycka människor i olika delar /.../ Lösningen är inte att gå ifrån specialisering, utan att utveckla samarbetet mellan olika resurser.

Flera informanter från IFO upplever att det behöver utformas boendestödande insatser för individer som genomför eller har genomgått behandling. I nuläget upplever informanter från IFO i flera kommuner att insatsen boendestöd enligt SoL kan vara svår att få del av för personer med missbruksproblematik. Insatsen upplevs också alltför ”fyrkantig” för målgruppen.

En av informanterna säger:

När de fått boende avslutas allt stöd...Det krävs någon form av läkarintyg som stödjer att det finns stödbehov /.../ De blir ensamma i boendet utan stöd eller bor kringflackande hos kompisar.

Något som diskuteras i samband med boendefrågan är kraven på nykterhet som råder inom flera boendeverksamheter. Det tycks finnas en stor öppenhet bland informanterna att arbeta mer i riktningen mot Bostad först konceptet, dvs. att boendet i första hand ska klaras enligt reglerna i hyreslagen.

I fråga om sysselsättning och arbete berättar några informanter från socialtjänsten att Arbetsförmedlingen kräver att behandlingen ska vara genomförd innan personen i fråga kan skrivas in som arbetssökande. Det medför svårigheter att arbeta med framförhållning och utslusningsplaneringar.

Stöd- och behandlingsinsatsers tillgänglighet

När det gäller ungdomar och unga vuxna framhåller många av informanterna att tillgänglighetsaspekten är särskilt viktig. Det som antas främja tillgängligheten är flexibla arbetsformer som kan anpassas efter den unges nulägesituation och insatser som kan sättas in snabbt utan omfattande utredning samt biståndsbeslut, exempelvis abstinensbehandling eller öppenvård. Många av informanterna menar att arbetsformer enligt Mini-Mariamodell är att föredra. Den tongivande uppfattningen är att sådana mottagningar måste organiseras utifrån principer om geografisk närhet, dvs. att undvika för stora geografiska upptagningsområden.

En av enhetscheferna vid IFO säger:

Tillgängligheten är viktig för ungdomar, det får inte vara för svårt att ta sig dit.

I diskussionen kring tillgänglighet använder flera av informanterna begreppet *motivationsfönster* för att beteckna att unga med drogrelaterad problematik oftast har instabil motivation som snabbt kan ändra sig i samklang med yttre omständigheter.

En av dem säger på detta tema:

Ungas motivation är en färskvara, motivationsfönstret är öppet korta stunder.

Flera informanter från den myndighetsutövande sidan av IFO betonar att ökad tillgänglighet genom snabbare beslutsgång villkoras av att det också verkligen finns lättillgängliga resurser på verkställighetssidan. En av informanterna från en ungdomsinriktad verksamhet inom IFO uttrycker denna premiss på följande sätt:

Skrubar man på en ratt måste man skruva på andra också /.../ Ska det fungera med lättillgängliga insatser måste verkställighetssidan stärkas.

En vanligt framförd synpunkt bland informanterna är att brukarnas upplevelse av tillgänglighet hänger samman med hur resurskedjan är sammanfogad och i vilken utsträckning de olika insatserna länkar i varandra på ett begripligt sätt eller om det finns organisatoriska glapp. Motstridiga budskap från olika verksamheter till brukare, exempelvis socialtjänst, psykiatri, arbetsförmedling och behandlingsverksamheter, inverkar menligt på upplevelsen av tillgänglighet. När det gäller unga personer lyfter flera informanter värdet av det finns en person som följer med från den ena resursen till den andra. Drogfri skola i Gävle är ett exempel på det arbetssättet då de följer med på första mötet vid behandlingsresursen. De arbetar också med uppföljningar för att stärka behandlingsprocessen och motverka avbrott. Flera informanter, särskilt från IFO, pratar om värdet av *en ingång* och att resurser i större utsträckning ska organisera sig runt individens behov snarare än att denne ska behöva leta och springa runt hos flera verksamheter. Nämnas i sammanhanget bör att principen en ingång också problematiseras av ett par informanter. De resonerar kring att alla nu ska vända sig till en funktion och därför inte kan ringa direkt, exempelvis öppenvården för unga, där de tidigare haft en bra kontakt.

En tillgänglighetsfråga som blir föremål för diskussioner under intervjuerna är möjligheten för ungdomar och vuxna personer med missbruks- och beroendeproblematik att få genomgå psykiatriska utredningar och ta del av sådan specialistvård i övrigt. Det här behovsområdet diskuteras utförligare under avsnittet om samverkan och samordning.

I det tidigare avsnittet om tidig upptäckt har det beskrivits att det verkar växa fram alltmer fältinriktade insatser inriktade på arbete med ungdomar, vilket får anses stärka tillgängligheten av socialt arbetet. När det gäller uppsökande verksamhet inriktad mot vuxna med drogrelaterad problematik finns ett intressant exempel i Gävle som startat ett ambulerande team inriktat på uppsökande arbete med personer som löper risk att bli föremål för vård enligt LVM. Många av de personer som blir föremål för insatser är under 30 år. De höga kostnaderna för tvångsvård i kombination med mänskliga vinster motiverar satsningen. Under intervjuerna framför emellertid flera informanter från vuxeninriktade verksamheter att de känner av sparkrav och därför är begränsade i sin verksamhetsutveckling.

En av dem säger:

Det råder tuff ekonomi, det görs ofta besparingar på vuxensidan då barn och unga prioriteras, samtidigt är de vuxna föräldrar.

Några av informanterna berättar att det med hjälp av digital teknik finns möjligheter att utveckla beroende- och missbruksvården, exempelvis genom appar som gör det möjligt att kontrollera nykterhet i hemmet.

Vid flera intervjuer framhålls organiseringens betydelse för insatsers tillgänglighet. Den bärande uppfattningen är att tillgängligheten (och samarbetet) gynnas av att samla resurser som riktar sig till samma målgrupp, exempelvis unga och unga vuxna, under samma tak.

Under intervjun med företrädare för FMN framförs också att det inte sällan upplevs svårt att få hjälp som avser abstinensbehandling, uppkomna hotbilder, boende och ekonomi för personer som är inne i ett aktivt missbruk. Det får till följd att föräldrar ofta får ta ett stort ansvar och hamnar i svåra situationer.

Informanten säger:

Det är anhöriga som får ta det /.../ soc. är en kontorsverksamhet under dagtid.

De berättelser som illustrerar den upplevda bristen på stöd handlar till stor del om personer som sökt hjälp vid olika resurser, slussats runt mellan beroendemottagning, akutmottagning, socialtjänst, familjeläkarjour osv. utan att få den eftersökta hjälpen. Företrädaren för FMN beskriver att denna verksamhet kan vara ett viktigt stöd för anhöriga men upplever att socialtjänst, polis och sjukvård skulle kunna bli bättre på att informera anhöriga om FMN:s verksamhet. Informanten menar att offentliga verksamhetens stöd till anhöriga kan vara ett viktigt komplement till de offentliga resurserna för anhörigstöd.

Frågan kring tillgänglighet av stöd och insatser för de mest marginaliserade personerna diskuteras även under intervjuerna. Merparten av informanterna ser positivt på regionens pågående organisering av en lågtröskelverksamhet.

En företrädare för denna verksamhet beskriver inriktningen på följande sätt:

Det saknas en resurs för de mest marginaliserade personerna med injicerande missbruk, de som inte så lätt kommer i kontakt med vård. Verksamheten ska inrymma kompetenser som sjuksköterska, kurator, infektionsläkare och helst en socialsekreterare på plats...ska vara ett snabbspår till laro. Verksamheten ska arbeta med sprutbyte, motivationsarbete, slussningar till insatser, såromläggning mm.

Ytterligare en verksamhet som efterfrågas av många informanter med koppling till tillgänglighet är en tillnyktringsenhet (TNE) som kan arbeta med akut omhändertagande, abstinensbehandling och motivationsarbete.

Samverkan och samordning

Samverkan och samordning mellan olika resurser kring individer med sammansatta behov är ett stort analysområde. Det har under föregående resultatredovisning framkommit en del information kring samverkan och samordning som i viss utsträckning överlappar detta avsnitt. Inriktningen i det här avsnittet är att samla i hop och i viss mån fördjupa beskrivningen av identifierade utvecklingsbehov avseende samverkan och samordning kring den aktuella målgruppen. Det insamlade materialet under behovsanalysen ger en bild av ett antal områden där det finns behov av att utveckla formerna för och kvaliteten i samspelet mellan olika verksamheter och insatser. I den nedanstående framställningen utvecklas det under ett antal rubriker.

Ungdomar under 18 år med psykisk ohälsa eller neuropsykiatriska tillstånd i kombination med alkohol- eller drogproblematik

Den sammantagna uppfattning som förmedlas av intervjuad personal från IFO:s ungdomsinriktade verksamheter är att det finns påtagliga utvecklingsbehov i samarbetet runt unga som förutom missbruksorienterad problematik även har behov av psykiatrisk expertis.

Det framförs ett flertal utsagor av denna typ:

Det är svårt att få kontakt med BUP. BUP gör orosanmälningar vid drogproblematik /.../ släpper sedan.

En tonåring röker hasch. BUP kräver drogfrihet /.../ den unge röker som självmedicinering. BUP hänvisar ofta till bristande föräldraansvar, vilket är socialtjänstens bord att hantera.

Vi får inte tillgång till barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens vid missbruk.

Det är lång väntetid till utredning, ibland två år.

Det förekommer dock röster bland IFO:s personal i Norra Hälsingland som tycker att samarbetet fungerar bra genom särskilda samarbetsstrukturer för socialtjänst, BUP, Barn- och familjehälsa) m.fl. som finns upprättade i länsdelarna. Likaså upplevs samarbetet gynnas av att parterna sitter i den operativa välfärdsgruppen.

En av informanterna säger:

Samarbetet med BUP fungerar väl. Vi träffas en gång i månaden och diskuterar ärenden, ibland är det akuta ärenden... Vi har fått en ökad förståelse för BUP:s arbete.

En av enhetscheferna inom IFO diskuterar i termer av att de önskar mer flexibla samarbetsformer med BUP kring drogande ungdomar men också förstår att BUP har ett specialistuppdrag som begränsar handlingsutrymmet.

En IFO-chef formulerar det så här:

BUP har ett uppdrag och styrning regionalt och nationellt. De har sina direktiv, kan göra det de är satta till att göra och sitter i en kniptång.

Under intervjuer och andra kontakter med företrädare för elevhälsa förmedlas en bild av samarbetet med BUP som liknar den IFO tecknar. En av informanterna från elevhälsa berättar att det för ett par år sedan arrangerades ett möte mellan företrädare för elevhälsan i länets kommuner och representanter för BUP. Orsaken var att kommunernas elevhälsa upplevde att de inte fick rimliga svar på sina remisser till BUP och att samarbetet överlag var bristande. Remisserna sändes tillbaka med olika direktiv eller avvisades och bedömdes inte. BUP å sin sida menade att remisserna var dåligt skrivna (tunna). En av informanterna från elevhälsan säger att hon även fått argumentet från BUP att de fått direktiv att minska antalet diagnosticeringar kring neuropsykiatri samt medicinering av denna grupp. Mötet verkar ha resulterat i förbättringar av samarbetet, bland annat genom att mallar för remisser och remissvar har arbetats fram.

Under intervjuer med en företrädare för elevhälsan kommer begreppet *första linjens psykiatri* upp, vilket är centralt i gränsdragningarna mellan specialistverksamheter och övriga resurser. Informanten säger att begreppet första linjens psykiatri är regionens och framför allt syftar till att ange vilken verksamhet specialistpsykiatrin ska kunna skicka tillbaka ärendet till.

Elevhälsan är enligt informanten att jämföra med en företagshälsovård och kan inte anses utgöra första linjens psykiatri för unga. Det bör vara barn- och familjehälsa, ungdomsmottagning eller hälsocentralen. När det gäller samtidiga insatser kring unga med missbruk och kombination med psykisk ohälsa säger ovan nämnd informant från elevhälsan att det är svårt att få till trots att all forskning visar att det är effektivt.

Informanten säger:

I kristider drar man sig i sitt eget skal. Det som stressar inom den egna verksamheten ska lösas, och budgeten /.../ man blir fyrkantig.

Informanterna som intervjuats inom BUP:s verksamhet diskuterar kring rutiner och arbetsätt när det framkommer att den unge drogar. Det framkommer att ungdomar som identifieras använda droger får sina mediciner utsatta (ex. för ADHD eller SSRI-preparat¹⁴). Det är läkaren som gör bedömningen och sätter ut medicinen på ett säkert sätt, ibland genom nedtrappning.

En informant säger i sammanhanget:

Det är osäkert hur droger samverkar med medicineringen /.../ det kan vara farligt för hälsan.

Pågående utredningsinsatser avbryts också då utredningen inte bedöms bli valid under drogmissbruk. Efter ett positivt drogtest eller annan information som påvisar drogande bokas nytt drogtest i samarbete med socialtjänst samt ibland beroendemottagningen. Det upprättas en individuell planering för ungdomen som kan ta olika vägar: Antingen fortsatt utredning eller behandling på BUP om drogsituationen förändras till det bättre, eller ett avbrott i BUP:s aktiviteter om situationen kvarstår. I anslutning till rutinen vid BUP att avbryta medicineringen vid sidointag av droger diskuterar några informanter från socialtjänsten att de skulle vilja få förklarat den medicinska och vetenskapliga grund det vilar på att sätta ut medicinerna. En av informanterna menar att det skulle vara bra att få en ökad förståelse för de vetenskapliga argumenten som ett led i att acceptera arbetssättet.

På frågan hur vanligt det är med alkohol- eller drogproblematik bland ungdomar aktuella vid BUP säger en av cheferna inom verksamheten:

Det framkommer inte särskilt ofta att ungdomar använder droger. Det är vanligare att de berättar om alkohol. Det pågår implementering av ett vårdprogram vid utredning av ADHD och vilka aktiviteter som ska ingå vid start av en sådan utredning. Det skickas ut ett frågeformulär innan start. Där ingår frågor om droger och våld /.../ det finns också beslut om att alla ska genomgå drogtest, det gäller alla från 12 år.

Övriga barn och unga som är aktuella för insatser vid BUP utöver utredning drogtestas inte systematiskt utan endast vid misstanke om drogande, exempelvis om det inkommer information via remisser, föräldrar eller samarbetskontakter. Det kan också vara att den unge ingår i en sådan kontext, exempelvis umgås med personer som drogar, att drogtest är motiverat. Informanterna från BUP diskuterar i det här sammanhanget att det krävs kompetensutveckling inom verksamheten för att kunna arbeta med drogtest. Flera informanter från IFO har uppfattningen att det är vanligt med drogproblematik bland ungdomar aktuella på BUP men inte upptäcks i så stor utsträckning. Informanter från BUP resonerar också i termer av att det är svårt att detektera de nya drogerna (s.k. smartdrugs) då de inte upptäcks i befintliga drogtest.

¹⁴ Läkemedel mot depressiva tillstånd.

Ett återkommande tema under intervjuerna är gränsdragningen mellan specialistverksamheter, exempelvis BUP, och första linjens psykiatri. När det gäller yngre barn upp till 12 år tycks det vara barn- och familjehälsa som utgör första linjens psykiatri. I fråga om ungdomar från 13-17 år har ungdomsmottagningarna fått ett uppdrag att utgöra första linjens psykiatri.¹⁵ Det mönster som växer fram under intervjuerna med personal från både ungdomsmottagning och socialtjänst är att den förstnämnda verksamheten dock inte har något uppdrag, eller alternativt ett ottydligt sådant kring riskbruk, missbruk och beroende.

En av enhetscheferna inom socialtjänstens ungdomsinriktade verksamhet formulerar de upplevda utvecklingsbehoven på följande sätt:

Det är underligt att barn- och familjehälsan och ungdomsmottagningarna inte kuggar i varandra bättre. BFH arbetar med barn från 0-12 år – UM med gruppen 13 till ca 20 år. Ungdomsmottagningarnas uppdrag är ottydligt vilket gör att arbetet med eventuell missbruksproblematik som kräver samarbete med första linjens psykiatri blir eftersatt.

Samma informant diskuterar att det i fråga om tidigt stöd från hälso- och sjukvård för unga och deras familjer inte alltid behöver krävas en specialistverksamhet. Informanten menar att det i ett tidigt skede ofta handlar om screening kring vilken problematik som föreligger, exempelvis, depression, ångest, neuropsykiatriska tillstånd. Det kan göras av första linjen. ”Däremot ska det finnas en snabb lina in till BUP”, säger den intervjuade.

Under intervjuerna kring samarbete mellan BUP, första linjens psykiatri och socialtjänst kommer begreppet gränssnitt och vårdnivåer ofta upp. En av arbetsledarna inom BUP uttryckte i det sammanhanget något som får avsluta det här avsnittet:

Vi utreder vad olika verksamheter ska arbeta med, gränssnitt, men inte hur de ska arbeta med det /.../ gränsen är intressantare än hur:et.

Unga vuxna 18-29 år med psykisk ohälsa eller neuropsykiatriska tillstånd i kombination med alkohol- eller drogproblematik

Utifrån intervjuerna råder det blandade uppfattningar kring hur väl samarbetet fungerar mellan vuxenpsykiatrin och socialtjänsten. Det finns särskilda team för samverkan mellan socialtjänst beroendevård och vuxenpsykiatri i de olika länsdelarna. Det har inte klarlagts under denna utredning hur de är sammansatta eller organiserade. Flera enhetschefer från IFO:s vuxenverksamheter tycker att samarbetet gynnats av teamen men behöver utvecklas ytterligare.

En av dessa resonerar på följande sätt:

Det har blivit bättre /.../ samverkan fungerar bra kring klienter som har svåra diagnoser men sämre kring personer som inte är utredda, exempelvis 18-25 åringar och de med neuropsykiatriska tillstånd. Dessa befinner sig ännu i en gråzon gällande samarbetet. De med psykosdiagnoser och missbruk är inte den stora massan – det är NPK som är den stora massan.. Det är många av de unga som är på väg in i en psykisk ohälsa /.../ håller på med olika preparat. Det finns mycket att göra i samarbetet med psykiatrin kring den gruppen.

¹⁵ Uppdraget gäller inte unga i åldern 18 – 23 år vilka också ingår i ungdomsmottagningarnas målgrupp.

En annan enhetschef säger:

Socialtjänsten har fått en ökad förståelse för vad psykiatrin kan göra. Ibland har vi orimliga förväntningar och klienterna kan ha gett en ensidig bild...Individen måste vilja /.../ göra en vårdbegäran /.../ Vi förstår bättre varandras handlingsutrymme.

Som kontrast till de positiva utsagorna beskriver många informanter från socialtjänstens verksamheter att de upplever samarbetet med vuxenpsykiatrin fungerar dåligt. En återkommande uppfattning är svårigheten att få till samtida insatser då psykiatrin menar att den psykiska problematiken är drogutlöst. Ofta bryts också kontakter med samsjukliga pga. av att de uteblir från besök eller bedöms sakna motivation för psykiatrisk behandling/utredning. Flera informanter säger att det inte sällan slutar det med vård enligt LVM eller LPT.

Exempel på kritiska röster från IFO är de nedanstående:

Vuxenpsykiatrin säger att missbruket ska åtgärdas först och kliver ur helt om sådan problematik existerar. Klienterna blir exempelvis avstängda från ADHD-medicin vid missbruk.

Det är bekymmer med psykiatrin i länet... det behövs någon form av omorganisation.

Angående samverkansteamerna säger en informant:

Det är ändå den enskilda läkaren som bestämmer och gör sin egen bedömning.

En diskussion som kommer upp under intervjuerna är vikten av att ”rätt” personer ingår i samverkansteamerna, dvs. personer som har mandat att påverka den egna verksamheten.

En av informanterna från regionens beroendevård säger:

Teamerna fungerar olika väl beroende på hur de är sammansatta och vilka beslutsmandat representanterna har /.../ i Gävle är det chefer i teamerna men i andra kommuners team kan chefer och operativ personal blandas. Exempelvis chef från psykiatrin men en socialsekreterare från socialtjänsten. Synen på samtida insatser måste utvecklas...det behöver finnas uppdragsbeskrivningar för att trygga samtida insatser. Nu finns en massa regler och gränser som går emot nationella riktlinjer och forskning kring effektiva arbetssätt.

Många informanter från IFO tar upp behovet att få till stånd psykiatriska utredningar av personer de upplever har aktuell samsjuklighet som ett led i att de ska ”kvalificera” sig och få rätt psykiatrisk vård.

En av informanterna uttrycker:

Psykiatrin kan inte göra utredningar /.../. personen klarar inte att hålla sig nykter /.../ utan behandling av de psykiska problemen är det oftast inte heller är möjligt att hitta tillräcklig hjälp och behandling för missbruket.

Flera informanter diskuterar att det krävs en diagnos av tillräcklig svårighetsgrad för att få stöd av vuxenpsykiatrin. Allt för ofta uppstår ett moment 22 då det är så svårt att få till stånd psykiatriska utredningar. Upplevelsen bland informanterna från IFO är att psykiatrin verkar sakna tillräckliga personella resurser med långa väntetider som följd. En annan försvårande omständighet är att personer med missbruks- och beroendeproblematik ofta är instabila i sin nykterhet och inte sällan missar bokade tider och andra aktiviteter kopplade till utredningen.

Ett fenomen flera informanter från IFO tar upp är att klienter som missar besök inom psykiatrin skrivs av.

Informanter från psykiatrin menar att en god strategi är att genomföra utredningar när individen genomgår öppen eller sluten behandling. Det lyfts dock exempel från IFO när väntetiden varit så lång till utredning att behandlingen hunnit avslutas.

En informant från Vuxenpsykiatrins ledning beskriver att en fråga som behöver ställas i samarbetet kring samsjukliga är vilken vårdnivå som är lämplig, specialistvård eller primärvård? Det är svåra och medelsvåra tillstånd psykiatrin ska arbeta med.

Informanten konstaterar:

Vi skulle inte kunna arbeta med de svårast sjuka om vi tog emot alla.

Under intervjun med ledningspersonal inom vuxenpsykiatrin förmedlas tankar om hur samarbetet runt samsjukliga kan förbättras. De utvecklingsvägar som lyfts fram är att fortsätta utveckla samverkansteam i länsdelarna och med hjälp av dem kraftsamla samt koordinera insatser runt patienter som har stora eller akuta behov av samtida psykiatriska insatser. Informanten från psykiatrins ledning beskriver att det exempelvis kan handla om att försöka motivera patienter till missbruksvård, samköra planeringar, behålla patienten på avdelningen innan ett besök på beroendemottagningen och liknande för att undvika ”skarvar”. Det är enligt informantens uppfattning viktigt att representanterna i samverkansteam har beslutsmandat.

Under intervjuerna framfördes sammantaget två olika typer av utvecklingsförslag i arbetet med samsjukliga.

- Det ena är att fortsätta utveckla samverkansteam i länsdelarna i enlighet med ovanstående beskrivning.
- Det andra att organisera fasta integrerade behandlingsteam av typen Team Douglas¹⁶ som inrymmer alla nödvändiga professioner.

Argumenten för fasta integrerade team är att de medger en samlad kompetens som inom ramen för en verksamhet bygger upp välfungerande arbetsformer över tid. Samarbetet mellan professionerna upplevs också främjas av en fast verksamhet (jfr. arbeta under samma tak). De informanter, bland annat från psykiatrin, som inte tror på idén om fasta integrerade team menar att erfarenheterna från Team Douglas är att patienterna blev kvar inom verksamheten, kanske 10-15 år och ”korkade igen” den. Därför blev väntelistan mycket lång.

Polisen

Som beskrivits under avsnittet om tidig upptäckt framstår polisens verksamhet som ett påtagligt område för utvecklingsarbete. Trots de narkotikainriktade verksamheter som pågår i Hälsingland och Gästrikland är den sammantagna upplevelsen bland informanter från socialtjänst, beroendevård och ANDT-verksamhet att det saknas polisiära aktiviteter. Det som efterfrågas är nedanstående aktiviteter:

- Ökad narkotikabekämpning genom särskilda narkotikagrupper som bedriver kontinuerlig verksamhet i samverkan med socialtjänsten i syfte att ge effekter på tillgången av droger, tidig upptäckt och ungas attityder till narkotika.

¹⁶ Team Douglas var en verksamhet för samsjukliga som fanns i Gävle under många år.

- Fasta samverkansstrukturer med socialtjänst och skola samt gemensamma aktiviteter på fältet vid särskilda evenemang för ungdomar.
- Ungdomspoliser som arbetar utåtriktat och brottsförebyggande i samverkan med socialtjänst, skola och fritidsverksamheter mm.

Många informanter uttrycker att det tidigare fanns ett samarbete med polisen som verkar ha raserats efter polisens omorganisation 2015. Den uppfattningen delas också av informanterna inom polisen.

Särskilda samarbetsmodeller

Under denna utredning har det diskuterats kring några särskilda samverkansmodeller som förekommer, framför allt SIP och CM/RACT, som är tänkta att användas i samverkan runt personer med sammansatta behov.

Utifrån utsagorna under intervjuerna verkar det råda utmaningar att få till bra SIP-möten som också leder framåt för personer med missbruksrelaterad problematik. Ett återkommande problem som informanterna lyfter är att representanter från verksamheter som behöver vara med, exempelvis vuxenpsykiatri och BUP, inte kan komma till SIP-möten. Det gäller i synnerhet läkare. ”Skulle läkarna gå på alla möten hann de inte träffa patienter” uttrycker en av informanterna från socialtjänsten. En utmaning avseende läkarna verkar också vara stor personalomsättning.

Så här uttrycker sig en handläggare vid IFO:s vuxenenhet:

Det är problem att få med vuxenpsykiatri på möten. De skickar ”proffssipare” som inte är insatta i ärendet.

Trots genomförda SIP-möten och uppgjorda planeringar händer det ofta att den aktuella klienten uteblir från aktiviteter och bryter vårdplanen.

En enhetschef inom IFO diskuterar också kring förutsättningarna att ha SIP runt personer med missbruksproblematik:

Personer med missbruksproblematik och samsjuklighet är oberäkneliga. SIP är inte ett optimalt verktyg för dem /.../ Personer som blir föremål för SIP behöver också förstå arbetsformen och meningen med mötet, vilket ofta inte är fallet, även brukarorganisationer har påpekat det. SIP fick sitt genomslag i början, nu har man gått ifrån SIP mer och mer.

I den modell av RACT (Assertive Community Treatment) eller på svenska resursgrupps-ACT, som tillämpas i Gävleborg medverkar personal från både psykiatri och socialtjänsten i resursgruppen alltefter som behoven skiftar. RACT kännetecknas av att det i resursgruppen inte endast ingår professionella utan också brukaren och hans/hennes närstående. Den som arbetar utifrån RACT kallas Case Manager (CM).¹⁷ Avsikten har varit att implementera RACT som arbetsmodell i Gävleborg då den vunnit evidens framför allt för personer med svåra psykiska besvär oberoende av medicinsk diagnos (Nordén et al. 2012a; 2012b). Under denna behovsanalys har det inte gjorts någon utredning av hur spridd metoden är och hur väl den fungerar men har framkommit att den används i några kommuner, exempelvis för alla brukare inom boendestöd i Söderhamn.

¹⁷ <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/vuxna/ract/>

Samarbete med ideella

Det framkommer mycket lite information under intervjuerna med personal från offentliga verksamheter angående samarbetet med ideella organisationer, exempelvis, IOGT-NTO, Junis, Kamratstödjare, KRIS, Verdandi, RFHL, Bilda, föräldrar på stan osv. Bilden som ges under intervjuerna med företrädare för den typen av organisationer är också att de önskar mer samarbete med framför allt kommunerna. Det som efterfrågas från ideella verksamheter är att ingå i tydligare samsamarbetsstrukturer gentemot förvaltning och politik, att det slussas fler individer till deras aktiviteter och att reglerna för föreningsstöd ses över och uppdateras då de inte stämmer så väl med de aktiviteter som bedrivs i nuläget.

I Gävle finns ett föreningsnätverk som träffar personal från socialtjänsten och diskuterar kring vilka utvecklingsbehov föreningarna ser i arbetet med exempelvis missbruksrelaterad problematik. Det upplevs som ett givande utbyte av erfarenheter. Under intervjuerna med personal inom socialtjänsten framkommer att det i några kommuner finns föreningsamordnare eller motsvarande. Det tycks dock vara relativt okänt för socialtjänsten vilka processer som pågår inom det området.

Länsövergripande samarbete och samordning

Samarbetet mellan kommunerna och Region Gävleborg är på länsnivå organiserat med Länsledning Vårld som plattform. Länsledning Vårld består av socialchefer, skolchefer och regionens biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörer. Länsledningens representanter är även indelade i tre utskott som svarar för olika sakområden: Utskott Barn och unga, utskott vuxna samt utskott psykisk hälsa. Kopplat till denna samverkansstruktur finns en politisk organisation, nätverk Vårld, och operativa vårldgrupper sammansatta av verksamhetsnära chefer från kommun och region ute i länsdelarna. Denna regionala samverkans- och stödstruktur (RSS) har på en övergripande nivå ansvar för att identifiera, initiera, leda och utvärdera samt utveckla gemensamma samverkansfrågor i Gävleborgs län.

En verksamhetsnära regional samverkansstruktur inom missbruks- och beroendområdet är BIRK¹⁸ X nätverket som är sammansatt av enhetschefer och utvecklare inom socialtjänsten, vårdenhetschefen för regionens beroendevård, en utredare från FoU Vårld samt länsstyrelsens ANDT-samordnare. Det regionala nätverket är kopplat till en nationellt BIRK- nätverk som administreras av SKR. Ett utvecklingsbehov inom BIRK X som framkommer under utredningen är att nätverket har stort socialtjänstfokus och borde kompletteras med fler representant från hälso- och sjukvården, inte minst vuxenpsykiatrien.

Flera informanter i ledande befattningar inom socialtjänst samt hälso- och sjukvård diskuterar svårigheterna att bedriva strategisk styrning och ledning av utvecklingsarbetet inom missbruks- och beroendområdet på regional nivå.

En av de intervjuade arbetsledarna inom IFO säger:

Det viktigaste är att ha tydliga strukturer för samarbetet mellan region och kommun. Likaså för styrning av arbetet /.../ Det krävs en funktion som samordnar ledning och styrning på länsnivå. Det fattas också processtöd. Någon måste peka med hela handen angående

¹⁸ BIRK är ett nationellt nätverk för kommuners och regioners arbete med missbruk och beroende. BIRK X kallas nätverket i Gävleborg.

samarbetet mellan region och kommun. Det går att skapa strukturer om man avsätter resurser långsiktigt /.../ inte bildar sub-grupper som försvinner.

En annan informant pratar kring vikten av att ta tillvara engagemang och beskriver det så här:

Det gäller att ta tillvara människor som har framtidsvisioner och vågar ta tag i arbetet.

Goda exempel på det regionala utvecklingsarbetet som nämns under intervjuerna är Kunskap till praktik som enligt flera informanter kopplade samman socialtjänst samt hälso- och sjukvård. ”En sådan satsning behövs igen.”, säger en av informanterna. Samma informant nämner också aktualiseringsnätverket som är unikt i landet och har fungerat länge liksom det tidigare SBG-nätverket.

Även informanter från hälso- och sjukvård är kritiska till styrning och ledning av utvecklingsprocesser på länsnivå. En av dem tar beslutet om att implementera ASI som exempel, men efterfrågar en plan för vilka resurser som krävs och hur implementeringen ska följas upp.

Informanten säger på detta tema:

Det upprättas styrdokument, ingen följer upp om de efterlevs. Ingen har implementeringsansvaret.

Delaktighet och brukarinflytande

Den här utredningen gör inte anspråk på att förfoga över en komplett bild av i vilken utsträckning det arbetas med brukarinflytande inom missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län. Det har dock inte framkommit särskilt många exempel på delaktighet och brukarinflytande under intervjuerna. Det som nämns under intervjuerna är att det i vissa kommuner genomförs brukarenkäter där klienter har möjlighet att besvara hur de upplever insatser och bemötande mm. I någon kommun arrangeras också som tidigare nämnts träffar med föreningar inom missbruksområdet och socialtjänsten i syfte att ta tillvara synpunkter och förslag från de ideella verksamheterna och upprätthålla ett samarbete.

I övrigt resonerar många av informanterna i termer av att de under kontakterna med klienter eftersträvar att ta tillvara deras synpunkter och göra dem delaktiga i största möjliga utsträckning. Ett område som flera av informanterna lyfter som angeläget att stärka brukarinflytandet inom är arbetet med unga vuxna. En drivande orsak är att det med nuvarande arbetsformer upplevs svårt att etablera kontakt med denna grupp och vidmakthålla behandlingsprocesser över tid.

En av informanterna säger:

Vi har tänkt bjuda in unga vuxna och fråga hur vi ska arbeta.

Uppföljning och kunskapsstyrning

Informanterna från de verksamheter som kommit till tals under denna behovsanalys ger en samstämmig bild av att det generellt sett saknas systematisk uppföljning av vilka utfall de insatser som utförs inom socialtjänsten och regionens beroendevård får för den enskilde (jfr. individbaserad systematisk uppföljning). De data som insamlas och sammanställs är oftast verksamhetsstatistik kring flöden, exempelvis hur många individer som varit aktuella inom olika insatser.

En av enhetscheferna inom IFO i en kommun säger på det här temat:

Arbetar vi kunskapsbaserat? Vi jobbar på som vi alltid har gjort /.../ ingen har det övergripande ansvaret för kunskapsstyrning och metoder. Systematisk uppföljning behövs /.../ vilka insatser har hjälpt – vad har fungerat? Vi har dåligt med tid och energi och trampar på som vanligt.

En chef inom IFO i Gävle uttrycker sig på ett liknande sätt:

Insatser utifrån behov, inte insatser utifrån vad som finns. Det här hänger samman med ökad uppföljning och utvärdering.

Ett område med stort behov av bättre uppföljning som påtalas är HVB-placerade barn och unga. Flera av informanterna från socialtjänsten ger uttryck för att HVB-placeringar alltför sällan leder till de förväntade resultaten. Inte sällan får de placerade unga tas över av vuxnenheten då problematiken kvarstår eller har eskalerat. Flera av de intervjuade från IFO menar att det borde göras s.k. aktstudier, vilket knappt förekommer idag¹⁹ kring resultaten av HVB-placeringar.

När det gäller vuxna med beroende- och missbruksproblematik framförs av flera informanter att ASI och det tillhörande uppföljningsstödet UBÅT²⁰ skulle kunna användas i större utsträckning som ett led i både utrednings- och uppföljningsarbetet. I fråga om mer systematisk utredning och bedömning av ungdomar förespråkar flera informanter implementering av ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis). ADAD är uppbyggt på intervjuer med ungdomar före samt efter insats och ger därför ett mått på hur insatsen påverkat den unges problematik och situation. Utifrån de informanter som medverkat under behovsanalysen tycks användandet av både ASI och ADAD vara instabilt och ojämnt fördelat i länet.

Flera av de vidtalade under behovsanalysen säger att de ser det som ett viktigt inslag i kunskapsutvecklingen att kommunerna i samverkan med FoU Valfärd löpande insamlar och sammanställer statistik kring aktualiseringar av barn och unga samt vuxna. Detsamma gäller det pågående FoU-projektet med att ta fram indikatorer som kan användas för systematisk, individbaserad uppföljning inom socialtjänstens öppenvård för barn och unga.

¹⁹ I Gävle har sådana aktstudier genomförts men det framkommer inte att någon av de övriga kommunerna arbetar med den typen av uppföljningar.

²⁰ ASI (Addiction Severity Index) är en standardiserad och strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. UBÅT är ett uppföljningsinstrument kopplat till ASI-databasen (Net-Klient) som visar på både förändring och effekt i förhållande till de åtgärder klienterna erhåller.

Analys

Redovisningen av intervjuer och statistik visar att det finns en mängd utvecklingsbehov inom länets arbete med riskbruk, missbruk och beroende inom målgruppen 13 – 29 år. De identifierade utvecklingsbehoven återfinns inom alla områden i den nationella *handlingsplanen mot missbruk och beroende - Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år* (SKR, 2018a). Det är emellertid inte möjligt eller ens realistiskt att arbeta med alla utvecklingsbehov samtidigt. För att ge det framtida utvecklingsarbetet nödvändig kraft och rimlig avgränsning krävs en prioritering av vilka utvecklingsbehov som förefaller mest angelägna. Utifrån en sammantagen analys och strategiska överväganden kring vad som bör ge bäst utväxling presenteras på nästa sida ett förslag på en sådan prioritering inom respektive analysområde. I den högra kolumnen anges ett förslag på ägarskapet av utvecklingsarbetet inom varje område.

Analysområde	Förslag på prioritering av utvecklingsbehov	Ägarskap av utvecklingsarbetet
<i>Synen på missbruk och beroende</i>	- Strategier för minskad stigmatisering av människor med alkohol- och drogproblematik.	Länsledning Valfärd.
<i>Tidig upptäckt</i>	- Utveckling av skolan som plattform för tidig upptäckt av ungdomar som riskerar att eller har påbörjat en missbrukskarriär. - Utveckling av arbetsformer och samarbetsarenor som leder till ökad upptäckt av unga vuxna som riskerar att eller har påbörjat en missbrukskarriär.	Förvaltningschefer med ansvar för IFO, grundskola och gymnasium. Förvaltningschefer med ansvar för IFO.
<i>Tidiga insatser samt insatser i förhållande till olika målgruppers behov</i>	- Utveckling av utredningsmetoder inom IFO för kartläggning av alkohol- och drogproblematik bland ungdomar under 18 år. - Kunskaps- och kompetensutveckling kring ungas eget missbruk inom kommunernas öppenvård för unga och unga vuxna. - Metodutveckling samt organisering av insatser och arbetsformer som i högre utsträckning kan fånga upp och behålla unga och unga vuxna i stöd- och behandlingsprocesser.	Förvaltningschefer med ansvar för IFO. Förvaltningschefer med ansvar för IFO och VEC för regionens beroendevård.
<i>Stöd- och behandlingsinsatser tillgänglighet</i>	- Utveckling av ett ökat utbud av flexibla och snabbt tillgängliga insatser för unga och unga vuxna som erbjuds på ett för målgruppen anpassat sätt.	Förvaltningschefer med ansvar för IFO och VEC för regionens beroendevård.
<i>Samverkan och samordning</i>	- Utveckling samverkan som främjar förutsättningarna för samtidiga insatser från BUP och vuxenpsykiatri i arbetet med brukare som uppvisar samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa/neuropsykiatriska tillstånd. - Utveckling av samarbetet mellan polisens narkotika- samt ungdomsinriktade verksamhet och kommunala resurser (socialtjänst, skola, fritidsgårdar). - Utveckling av en plattform för ökat erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling i arbetet med unga & unga vuxna. - Ökat processtöd och uppföljning kopplat till regionala utvecklingsprocesser.	Förvaltningschefer med ansvar för IFO och verksamhetschefer för BUP och VUP. Kommunchefer och strategisk ledning för LPO Gästrikland & Hälsingland. Länsledning Valfärd.
<i>Delaktighet och brukarinflytande</i>	- Ökad involvering av unga och unga vuxna i arbetet med att utforma insatser och samarbetsformer inom missbruks- och beroendområdet.	Förvaltningschefer med ansvar för IFO och VEC för regionens beroendevård.
<i>Uppföljning och kunskapsstyrning</i>	- Fortsatt utveckling av former för systematisk individbaserad uppföljning.	Förvaltningschefer med ansvar för IFO samt avdelningschef vid FoU Valfärd.

För att utvecklingsprocessen ska kunna drivas på ett hållbart sätt inom respektive område, där både lokala och regionala perspektiv vägs samman, samt olika huvudmän och verksamheter samspelar, krävs en ändamålsenlig organisering.

Frågor som behöver ställas är:

- Vilka mål har utvecklingsarbetet (gärna mätbara)?
- Hur ska ägarskapet av utvecklingsarbetet formeras och stärkas?
- Hur ska utvecklingsarbetet organiseras utifrån ansvar, befogenheter, roller och uppdrag?
- Hur ska processer stödjas och hållas samman över tid?
- Hur ska uppföljningen av utvecklingsarbetet ske och till vem ska det rapporteras?

Fördjupad analys inom respektive område

I det här avsnittet analyseras resultaten från intervjuer, sammanställd statistik samt övrig datainsamling med fokus på att beskriva de utvecklingsbehov som identifierats på bred front inom respektive analysområde. Inriktningen är att visa ”hela bilden” och underlaget till bedömningen av vilka utvecklingsbehov som bör prioriteras. Samtliga utvecklingsbehov som identifierats är sammanställda i bilaga 1.

Synen på missbruk och beroende

Synen på missbruk och beroende formas av värderingar, synsätt och de förklaringsmodeller som används. Det påverkar hur vi tänker kring problematikens orsaker, hur den bör behandlas, av vem samt hur gränssnitten mellan olika verksamheters ska se ut. Synen på missbruk och beroende påverkar också verksamhetsområdes status och legitimitet, vilket i sin tur inverkar på fördelningen av offentliga resurser. Sätten att se på missbruk och beroende tycks röra sig på en skala med två ytterlägen enligt nedanstående figur.



Figur 1: Synen på orsaker till missbruk och beroende.

Under denna behovsanalys framkommer att det pågår en utvecklingsprocess kring synen på missbruk/beroende såväl i Gävleborg som nationellt. SKR driver arbete i denna riktning som ett led i handlingsplanen kring unga med missbruk och beroende (SKR, 2028a). Flera av informanterna i denna utredning reflekterar också kring hur synsätten på missbruk och beroende påverkar samarbete mellan verksamheter, möten med brukare och i vilken uträkning de stigmatiseras som ett resultat av sin problematik. Språket tycks vara viktigt som markör för värderingar och synsätt. Begrepp som alkoholist, missbrukare och knarkare verkar i en objektifierande riktning och gör individen likställd med sin med sin problematik. Det skapar

också föreställningar om en homogen grupp som kan behandlas på ett likartat sätt. En jämförelse kan göras med psykisk ohälsa där synsättet bygger på att denna grupp individer är heterogen med mångfacetterade behov. När det gäller individer med psykisk ohälsa ser de flesta också rimligheten i att en ”grupp” individer med allt från lättare besvär av ångest till allvarliga psykossjukdomar kräver olika typer av insatser.

Det som tidigare betraktas som en ”kommunal sjukdom” verkar alltmer vinna mark inom hälso- och sjukvården. Att regionens beroendevård nu är organiserad under psykiatrin kan sannolikt också stärka den aktuella brukargruppens legitimitet inom denna verksamhet. Det framstår dock utifrån intervjuerna som om det ännu råder utvecklingsbehov i Gävleborg kring att uppnå gemensamma synsätt på missbruk/beroende. Utvecklingsbehoven handlar också om att höja statusen på kunskapsområdet missbruk och beroende inom hälso- och sjukvården. Sannolikt skulle fler involverade medicinska specialister och ökad forskning inom beroendemedicin, gärna i Gävleborg, kunna bidra till det.

Arbetet med synsätt på missbruk och beroende behöver göras på nationell, regional och lokal nivå. I stora avseenden handlar det sannolikt om värdegrundsfrågor. En av de stora vinster som kan göras med minskad stigmatisering av personer med missbruks- eller beroendeproblematik är att en normalisering sannolikt skulle leda till att fler sökte hjälp för sin problematik. Jämförelser kan i det avseendet göras med psykisk ohälsa som blivit alltmer normaliserat i samhället.

Tidig upptäckt

Statistik över aktualiseringar inom socialtjänsten i Gävleborg visar att flest anmälningar kring missbruk kommer in när ungdomarna är runt 16 år. Därefter minskar frekvensen av anmälningar kraftigt för att vara relativt få som avser personer äldre än 18 år. Någon uttryckte att unga vuxna som missbrukar ”flyger under radarn.” De har heller inte så ofta fått direkta konsekvenser av sitt drogande och söker därför inte själv kontakt med socialtjänsten eller andra resurser. När det gäller anmälningar till socialtjänsten rörande unga i åldern 13 – 20 år avser endast 9 % missbruk under 2019. Sannolikt finns ett stort mörkertal, både gällande de som inte anmäls och de som anmäls och registreras under andra orsaker, exempelvis skol- eller beteendeproblem.

CAN:s drogvanundersökningar i Gävleborg ger bilden av att andelen elever i gymnasiet år 2 som testat narkotika ligger relativt stabilt sedan 2004 och under genomsnittet för riket. Andelen som intensivt konsumerar alkohol eller röker dagligen har däremot minskat kraftigt sedan 2004 i enlighet med den nationella trenden. Frågan är emellertid i vilken utsträckning totalundersökningar på gymnasiet kan säga något om drogvanorna bland socialt marginaliserade ungdomar eller om hur läget är bland unga vuxna?

Skolan, där de flesta unga exponerar sig dagligen, är en central arena för tidig upptäckt av ungdomar med drogrelaterad problematik. Det finns skillnader i hur kommunerna arbetar utifrån skolan som arena för tidig upptäckt. Vissa kommuner har inarbetade modeller som exempelvis drogfri skola i Gävle, andra använder Skottlandsmodellen och SSPF eller egna modeller. Det verkar finnas ett behov av att arbeta fram grundstenar med stöd i forskning och beprövad erfarenhet för arbetet med tidig upptäckt i skolan som kan kvalitetssäkra arbetet i länets kommuner. På samma sätt, finns ett betydande behov av kunskapsutveckling i Gävleborg kring hur unga vuxna som använder droger kan upptäckas. Flera kommuner i länet är inne i utvecklingsprocesser kring fält- och uppsökande verksamhet med inriktning mot unga. Det utgör en potential för att öka kontaktytorna och möjligheterna till tidig upptäckt. Arbetet med

tidig upptäckt av unga och unga vuxna skulle främjas av ökat erfarenhetsutbyte mellan kommunerna, inte minst kring vilka arenor och samverkanspartners som är intressanta. Kanske kan strukturer för sådant erfarenhetsutbyte byggas upp i länet?

En slutsats som kan dras är att verksamheten vid ungdomsmottagningarna behöver ett tydligare uppdrag kring missbruk och beroende som ett led i tidig upptäckt. Det framkommer även vid SKR:s kartläggning (SKR, 2018a).

Polisen efterfrågas starkt som en aktör i arbetet med tidig upptäckt under denna utredning. En iakttagelse är att polisens narkotikainriktade verksamhet verkar vara relativt okänd inom exempelvis socialtjänsten. Det talar för att det behövs mer information och utbyte. Polisens verksamhet är statlig och tycks leva sitt eget liv utanför den regionala samverkansstrukturen Länsledning. Det verkar därför angeläget att föra samtal mellan polisens och kommunernas ledning kring hur den polisiära verksamheten kring narkotika och unga kan utvecklas utifrån rådande förutsättningar. De behöver också upprättas strukturer för samarbetet på strategisk nivå mellan polisen och länsledning välfärd.

Tidiga insatser samt insatser i förhållande till olika målgruppers behov

I det här avsnittet analyseras inte utvecklingsbehoven kring personer med missbruks- och beroendeproblematik samt samtidig psykisk ohälsa. Det görs under analysavsnittet kring samverkan och samordning.

Behovsanalysen visar att det finns påtagliga behov att utveckla tidiga insatser för ungdomar under 18 år med missbruksproblematik. Det här utvecklingsområdet är nära kopplat till kunskaper om ungas missbruk, metoder för utredning och behandling samt rutiner för hur arbetet ska bedrivas och vilka som behöver samarbeta. Det kräver också arbetsformer som klarar att behålla unga och deras nära i stöd- och behandlingsprocesser över tid. Det här utvecklingsarbetet bör ta sikte på att uppnå resultat inom ramen för frivilliga insatser då det oftast inte finns underlag för vård enligt LVU. Bilden som växer fram är att många ungdomar varit inne i en missbrukskarriär alltför länge innan insatser kommer till stånd och då ofta i form av placeringar. En reflektion sammanhanget är i vilken utsträckning en normaliserande strävan kan vara effektiv i arbetet, dvs. att arrangera insatser så att de minskar graden av stigmatisering i största möjliga utsträckning? Inte minst då socialtjänst och beroendevård i sin traditionella tappning många gånger tycks ha en skrämmande effekt på unga.

Öppenvården för unga verkar i stor utsträckning vara uppbyggd kring en föräldrastärkande tradition och ha behov av att utveckla kunskaper och kompetens i arbetet med ungas eget missbruk. Utifrån diskussionerna under intervjuerna tycks det som att de specifika drivkrafter som är kopplade till ungas drogmissbruk, exempelvis kamrater, drogens funktion och beroendemekanismer riskerar att missas i den ”traditionella” öppenvården för unga.

Under senaste året har det förts en diskussion om att organisera en öppenvård enligt Mini Maria-modellen där olika kompetenser från socialtjänst samt hälso- och sjukvård sammanförs under ett tak (oftast familjebehandlare med kompetens inom missbruk/beroende, socialekreterare, sjuksköterska, läkare med barnpsykiatrisk kompetens och psykolog). Mini-Mariamotningar finns på flera platser i landet, bland annat i Motala, Mjölby och Göteborg. En fråga som anmäler sig är hur många sådana mottagningar som krävs för att täcka Gävleborgs kommuner med ett upprätthållande av tillgänglighet utifrån geografiska avstånd? Det är sannolikt de större

kommunerna som resursmässigt klarar av att organisera sådana mottagningar. Principerna och de grundläggande arbetsmetoderna bör dock kunna överföras även till mindre kommuner

Unga vuxna som missbrukar är en svår grupp att få kontakt med och kvarhålla i behandlingsprocesser. Det framkommer i Gävleborg i denna utredning och en tidigare FoU-utredning av öppenvården i Gävleborg (Lyrberg, 2017) samt i nationella utredningar (Vårdanalys, 2016; Bringlöv, 2016). Arbetet behöver alltså fortsätta med att utveckla former för arbete med unga vuxna. Antagligen är de normaliserande aspekterna viktiga även här. Ökad omvärldsbevakning kring välfungerande arbetsformer för målgruppen och brukarinflytande är också vägar framåt.

Som framgick i statistikavsnittet har Gävleborgs län en hög frekvens av LVM-vård i jämförelse med andra svenska län. Den frekventa LVM-vården i Gävleborg väcker frågor kring orsakerna. Det som behöver reflekteras är hur resurskedjor och samarbetsformer fungerar för gruppen med tungt missbruk? Ett annat område som behöver diskuteras är varför vård enligt §27²¹ LVM tillämpas i så liten utsträckning som ett led i en mjuk utslussning. Det pågår ett intressant utvecklingsarbete i Gävle med inriktning att söka upp och motivera personer i riskzon för LVM-vård till vård i frivilliga former²². En utvärdering av denna verksamhet skulle kunna bidra till ett värdefullt lärande på länsnivå inom ett angeläget utvecklingsområde.

Statistiken kring frivillig institutionsvård för vuxna visar att det skett en viss minskning i Gävleborg sedan 2015. En reflektion är att en sådan utveckling ställer ökade krav på öppenvården.

Stöd- och behandlingsinsatser som möter behoven hos flickor/kvinnor samt personer som samtidigt har en problematik relaterad till våld i nära relation, var överraskande inget som kom upp under intervjuerna. Sannolikt behöver detta område diskuteras mer.

Boendestabilitet, sysselsättning/arbete, social gemenskap och upprätthållande insatser under och efter genomförd behandling är ett utvecklingsområde som framträder tydligt i denna utredning. Det lyfts också i nationella utredningar (se exempelvis Vårdanalys, 2016). Det tycks vara lätt att lägga de mesta av resurserna på själva behandlingen men mindre på individens behov inom övriga livsområden. En tanke är att IPS-verksamhet²³ kan vara en bra koppling till de stödjande och behandlande verksamheterna då arbete och att kunna vara självförsörjande är starka drivkrafter för många människor. Detsamma gäller Bostad Först vilket är en arbetsform som fått allt starkare fäste i Sverige under senare år. Inte minst då forskning visat att det är effektivare att ge en bostad med kontrakt direkt och erbjuda stöd än så kallade boendetrappor (se exempelvis Kristiansen, 2013). En bred implementering av Bostad Först skulle sannolikt tillföra en kvalitetshöjande dimension inom Gävleborgs missbruks- och beroendevård²⁴.

²¹ Vård utanför LVM-hemmet.

²² Ambulerande teamet i Gävle.

²³ Individual Placement and Support (IPS) är en verksamhet inom Supported employment som syftar till att uppnå anställningar med individuellt utformat stöd. Arbetsformen har god evidens och rekommenderas i nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (socialstyrelsen, 2019b) samt det nya nationella vård- och insatsprogrammet kring missbruk och beroende.

²⁴ Enligt vad som framkommit under denna utredning är det endast Ljusdals kommun som implementerat Bostad Först.

Vid utveckling av tjänster²⁵ som ska möta behoven hos unga och unga vuxna med problematik relaterad till missbruk och beroende är metoden tjänstedesign ett användbart arbetssätt. Tjänstedesign utgår ifrån att skapa en förståelse för användarens verkliga behov och upplevelser men lyfter också fram utförarnas perspektiv på utmaningarna. Tjänstedesign involverar de tänkta brukarna i utvecklingsprocessen och har inriktningen att fokusera på att lösa ”rätt” problem och sluta göra det som inte efterfrågas. *Innovationsguiden* som arbetats fram av SKR är ett metodstöd för att utveckla innovativa lösningar utifrån tjänstedesign (se, <https://innovationsguiden.se/>).

Stöd och behandlingsinsatsers tillgänglighet

Det som antas främja tillgängligheten för unga personer är flexibla arbetsformer och insatser som kan sättas in snabbt utan omfattande utredning. Det handlar också om en smidig slussning mellan olika resurser, exempelvis inom socialtjänst, psykiatri eller sysselsättningsverksamheter. Kanske kan det uttryckas som att den unge ska uppleva en god känsla av sammanhang (KASAM²⁶) i sin kontakt med samhällets resurskedja. Insatserna och organiseringen av dem ska vara *begriplig*, *hanterbar* och upplevas *meningsfull*. Organisatoriska glapp och motstridiga budskap från olika verksamheter verkar i motsatt riktning.

Ett område som förefaller relativt outvecklat i arbetet med missbruk och beroende är digital teknik som däremot verkar komma med stormsteg inom äldreomsorgen. Det är därför intressant att utforska i vilken utsträckning digital teknik kan bidra till att öka tillgängligheten för brukare i 13-29 årsåldern. En främjande faktor bör vara att denna åldersgrupp har stor vana att kommunicera över nätet. Den påverkan av samhället som skett under Covid 19-pandemin verkar också ha främjat användandet av digital teknik överlag. Kanske kan inledande kontakter med yngre personer som funderar på att söka stöd och behandling även underlättas om de sker via chatt eller liknande kommunikationssätt?

En tillgänglighetsaspekt som framträder under denna analys är möjligheten till akuta insatser under påverkan av alkohol och droger. I det sammanhanget lyfter många av de vidtalade under utredningen värdet av tillnyktringsverksamheter av typen TNE som kan bedriva motivationsarbete och slussa till abstinensbehandling samt olika typer av behandling. Under LOB-projektet som pågick i Gävleborg under åren 2014 – 2016, och utvärderades av FoU Välfärd, var det också en bärande tanke (Lyrberg, 2018).

Samverkan och samordning

De mest framträdande utvecklingsbehoven som kan identifieras kring samverkan och samordning i Gävleborg är samspelet mellan socialtjänsten/beroendevården och psykiatrin. Det avser både samverkan med BUP och vuxenpsykiatrin. Utvecklingsbehoven handlar om att i ökad utsträckning kunna organisera samtidiga insatser för missbruk/beroende och psykisk ohälsa. Det som efterfrågas av socialtjänsten och beroendevården från psykiatrin är såväl utredningar som psykiatrisk behandling. Det pågår utvecklingsprocesser inom dessa områden

²⁵ Inom tjänsteforskningen har det utvecklats begrepp och modeller för att beskriva och utveckla tjänster. Begreppet tjänst definieras något förenklat som handlingar eller aktiviteter som bildar en process i syfte att uppnå ett visst resultat. De flesta inom socialtjänst, behandling, vård och omsorg är nog mer vana att tala om olika typer av tjänster som insatser. För en fördjupad beskrivning av tjänsteforskningens utgångspunkter, se exempelvis Messing och Westlund, 2004.

²⁶ Se Antonovski, 2005.

både avseende unga och vuxna men råder enligt den här utredningens resultat ännu påtagliga utvecklingsbehov. En aspekt som bör vägas in i det framtida utvecklingsarbetet är att specialistvården, dvs. vuxenpsykiatri och BUP har uppdrag att arbeta med medelsvåra till svåra tillstånd som regleras i ett gränssnittsavtal gentemot första linjen psykiatri²⁷ som ska arbeta med övriga patienter. Det finns därför stora behov av att klargöra hur samarbetsformerna ska se ut med första linjen när brukare inte bedöms vara i behov av specialistvård, men ändå uppvisar psykisk ohälsa som påverkar förutsättningarna för missbruks- och beroendevård. Utifrån den här utredningens resultat verkar det som om samarbetet fungerar bäst kring individer som har allvarliga psykiska sjukdomar, exempelvis psykossjukdomar, men sämre kring andra mindre allvarliga tillstånd och neuropsykiatriska syndrom. Mycket tyder emellertid på att personer inom den senare kategorin utgör merparten av socialtjänstens klienter.

Samarbetet med polisen är också ett angeläget utvecklingsområde som uppstått sedan denna myndighets omorganisation 2015. Här handlar det om att återupprätta de strukturerade samarbetsformer som tidigare fanns mellan polis socialtjänst, skola och fritid. På samma sätt som diskuterats under avsnittet kring tidig upptäckt behöver det här föras samtal mellan högre ledningsnivåer inom polis och parterna inom Länsledning Valfärd.

Ett genomgående resultat under den här behovsanalysen påvisar de svårigheter som är rådande i arbetet med att implementera olika arbets- och samarbetsformer inom missbruks- och beroendevården på länsnivå, exempelvis användandet av ASI. Den analys som kan göras är att det den regionala samverkansstrukturen har svårt att driva och hålla ihop utvecklingsprocesser över tid. Det fattas beslut i Länsledning kring strategier och ingås överenskommelser om samarbetet mellan Regionen och kommunerna men saknas processstöd och uppföljning i stor utsträckning. Det får ofta till följd att endast strukturkvalitet uppnås, dvs. olika styrdokument upprättas, men process- och resultat kvaliteten eftersätts. Det tycks vara nödvändigt att tillföra resurser som kan stödja utvecklingsprocesser över tid och hålla ihop arbetet (processledare). Nämnas bör att en sådan resurs tillskapats under hösten 2020, en processledare inom området unga och missbruk. Det finns sannolikt behov av ytterligare processledare inom det vidsträckta fältet missbruk och beroende, inte minst då det angränsar så nära till området psykisk ohälsa.

Ideella verksamheter kan arbeta utifrån friare ramar än de offentliga organisationerna och har ofta empowerment²⁸ som utgångspunkt. Utredningens resultat visar att det finns en stor potential i att utveckla samarbetet mellan offentliga och ideella resurser i Gävleborg.

Delaktighet och brukarinflytande

Brukarna har ofta ett annat fokus på förbättringar som kan komplettera verksamheternas egna förbättringsförslag. Det finns en rad olika möjligheter att involvera brukare i förbättringsarbetet. Särskilt viktigt är att hitta former för att barn och unga ska vara delaktiga då de generellt sett inte är vana att göra sin röst hörd och bli lyssnade till. I Barnkonventionen som sedan januari 2020 har status som svensk lag framhålls att barn så långt som möjligt ska delaktiga i frågor som rör dem. Tanken med att göra Barnkonventionen till lag är att den ska få ett större genomslag i praktiken och att barns rättigheter tydligare ska genomsyra all offentlig verksamhet. Brukarmedverkan/delaktighet kan ske både på individ- och gruppnivå (råd etc.). Det är viktigt med ett arbetssätt som hela tiden gör den enskilde delaktig – men också ett mer strukturerat förhållningssätt som involverar en större grupp i utformningen av arbetssätt och

²⁷ Första linjens psykiatri utgörs för målgruppen 13 – 29 år av ungdomsmottagningarna och hälsocentralerna.

²⁸ Empowerment handlar om att den enskilde eller en grupp i samhället ska uppnå egenmakt.

insatser. Brukar- och patientinflytande leder med största sannolikhet till förbättrad kvalitet och effektivitet i det arbete som utförs (SKR, 2018a).

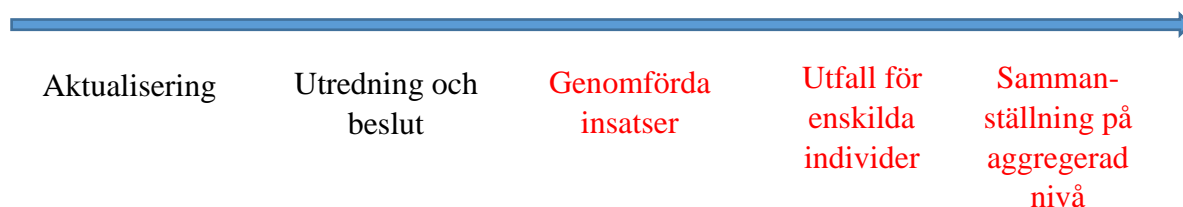
I den här behovsanalysen kan konstateras att det finns ett påtagligt behov av att involvera unga och unga vuxna i arbetet med att utforma insatser inom missbruks- och beroendevård. Kanske kan unga intervjuas eller involveras i ett arbete enligt modellen tjänstedesign. Inriktningen bör vara att få ökade kunskaper kring hur insatser och arbetsformer bör se ut för att upplevas tillgängliga och bra utifrån de ungas perspektiv?

Socialstyrelsen (2013) diskuterar i rapporten *Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård* att synen på brukare och patienter som ”mottagare” av vård och stöd behöver förändras i riktning mot ett tydligare medskapandeperspektiv. Brukarinflytande kan inte stanna vid en engångsföreteelse, utan är en process som innehåller planering, genomförande och uppföljning. Det tar tid, kräver uthållighet och ett långsiktigt perspektiv på samarbete och utveckling. Socialstyrelsen (ibid) betonar att det behövs en hållbar struktur för arbetet med brukarinflytande. Det krävs även politisk förankring och ett tydligt mandat från verksamhetsledningen att bedriva verksamhet med brukarinflytande. Slutligen måste det finnas en tydlig mottagare av den information som genereras och en strategi för att använda den i verksamhetsutveckling.

En viktig aspekt i arbetet med brukarinflytande är att synliggöra maktrelationer och diskutera dem då maktrelationer mellan professionen och brukare är ojämlika både på individnivå och på mer övergripande nivåer. Att analysera maktrelationer innebär att såväl språkbruk, information och kommunikation samt mötesformer behöver ses över (ibid).

Uppföljning och kunskapsstyrning

Aktualiseringsstatistiken inom socialtjänsten som redovisats i statistikavsnittet ger värdefull data kring vilka som aktualiseras utifrån ålder, kön och orsak samt är första ledet i en uppföljningskedja enligt nedanstående figur.



Figur 2: Uppföljningskedjan.

Det pågår nu utvecklingsprocesser i länet kring individbaserad systematisk uppföljning som inbegriper de rödmarkerade delarna i figuren.

Individbaserad systematisk uppföljning är värdefull för att de professionella ska kunna följa om klienters situation förändrats från den första kontakten till att den avslutats. Vidare är det möjligt att få kunskap om huruvida insatserna svarar mot de behov som finns och hur klienterna uppfattar insatserna. Sammanställs statistiken på aggregerad nivå utgör den ett bra underlag för verksamhetsutveckling (Socialstyrelsen, 2014). På många sätt är det underligt att socialtjänsten och många andra människovårdande organisationer inte följer upp vilka effekter insatserna har. Det skulle vara främmande för de flesta privata företag som erbjuder en tjänst eller produkt att blunda för hur den fungerar i förhållande till kundernas behov. Risker är stora att det skulle leda till konkurs.

FoU Vårld genomförde under hösten 2018 en kartläggning bland länets kommuner i syfte att få en bild av vilken statistik kring behovsbilder, beslut och öppenvårdsinsatser som finns eller enkelt skulle gå att få fram inom området barn och unga. Syftet var att identifiera vilken kunskap som de professionella själva efterfrågar. Med utgångspunkt i resultaten av kartläggningen har en arbetsgrupp bildats som arbetar med inriktningen att ta fram en hållbar modell för individbaserad systematisk uppföljning inom öppenvården för barn och unga. Ett liknande arbete pågår för att arbeta fram former för individbaserad systematisk uppföljning av vuxna klienter inom kommunernas beroende- och missbruksvård. Att använda ASI som instrument vid datainsamling före och efter insats har varit en bärande tanke. Det har emellertid visat sig under arbetet med individbaserad systematisk uppföljning inom socialtjänstens öppenvård för barn och unga att det är en framgångsfaktor att begränsa antalet variabler som ska följas upp för att få arbetet långsiktigt hållbart. Systematisk individbaserad uppföljning med ASI som instrument innebär att över 100 frågor ska besvaras före och efter insats, vilket kräver relativt mycket arbete. Det kan också konstateras att det under många år visat sig vara svårt att uppnå en bred implementering av ASI i länet, vilket bör vägas in.

I Gävle kommun pågår en form av individbaserad systematisk uppföljning av klienter inom kommunens öppna beroende- och missbruksvård. Uppföljningen sker genom en särskild dokumentationsmall som samlar in data kring individens grundproblematik, vilken insats som varit aktuell, under hur lång tid, utförare av insatsen samt utfallet utifrån variablerna "Genomfört insatsen" (mål uppfyllda) eller "Avbrutit insatsen" fördelat på ett flertal avbrottsorsaker.

I nuläget bedrivs uppföljningsarbetet i Gävleborg med särskilda dokumentationsmallar utanför de reguljära verksamhetssystemen inom socialtjänsten (Treserva och Procapita). Det allra bästa vore sannolikt om de reguljära verksamhetssystemen utvecklades så att det blev möjligt att samla in och ta ut data kring utfallet av olika insatser för enskilda individer. Sammantaget kan konstateras att det är viktigt att det påbörjade arbetet med individbaserad systematisk uppföljning utformas och implementeras utifrån en rimlig *programlogik*²⁹ som granskas och reflekteras utifrån förutsättningarna för långsiktig hållbarhet.

Trots de aktiviteter som bedrivs kring individbaserad systematisk uppföljning är ännu kunskapen om olika insatserns effektivitet begränsad. Arbetet med uppföljning behöver implementeras brett för att ge resultat på lärandet om hur det går för klienterna och hur verksamheternas insatser svarar upp mot deras behov.

Inom Regionens beroendevård bedrivs ännu inte någon form av individbaserad systematisk uppföljning, exempelvis kopplat till beroende- eller laro-mottagningarna. Det finns dock ett nationellt kvalitetsregister, SBR³⁰, dit beroendevård inom hälso- och sjukvården rapporterar in data.

²⁹ Med programlogik menas den "tankemässiga ryggraden" för hur det ska fungera i olika led och vilka resultat som förväntas. Se exempelvis Vedung, 2009.

³⁰ SBR är ett nationellt kvalitetsregister för personer i behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och läkemedel inom psykiatrisk sjukvård. Registrets syfte är att stödja utvecklingen av en bättre vård och hälsa för dessa patienter i Sverige.

<https://kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/beroendevard.2319.html>

Ett område där det framstår som angeläget med riktade uppföljningsarbete är HVB-placeringar av barn och unga. Inte minst då placeringarnas kvalitet och utfall är så viktiga för de ungas fortsatta utveckling. Sådana uppföljningar kan göras genom aktstudier där ett formulär med ett antal intressanta variabler och frågeställningar arbetas fram och utgör underlag vid genomgången av dokumentationen kring de unga. Om aktstudier görs på ett större antal under en viss tidsperiod kan mönster urskiljas, exempelvis hur olika behov hos de unga tillgodosätts under placeringarna. Sådan information är värdefull för lärandet och som underlag vid utformning av framtida placeringar. Det är även värdefullt och kvalitetssäkrande att göra intervjuer av placerade ungdomar före, under och efter avslutad placering.

Avslutande diskussion

Stöd- och behandlingsinsatser till människor med olika former av missbruks- och beroendeproblematik utspelar sig på ett fält där flertalet verksamheter, professioner och kulturer möts. På den aktuella arenan finns socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola, polis, privata aktörer inom behandling, ideella verksamheter och i förlängningen civilsamhället. Det förutsätter samarbete, koordination och någon form av samförstånd i utvecklingsarbetet. Förklaringarna kring missbruk, beroende och orsakerna till denna problematik, har historiskt gått från en tanke om moraliska och karaktärsmissigheter hos individen, till att alltmer ses som multifaktoriella tillstånd orsakade av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Synen på missbruk och beroende verkar vara under en ljuskägla nu. Det tar sig uttryck i att riskerna för stigmatisering och tillståndens låga status som psykiatriska diagnoser diskuteras allt mer.

Det pågår flera nationella processer inom området missbruk och beroende. I början av december 2020 presenterades det nationella vård och insatsprogrammet för missbruk och beroende³¹. Parallellt pågår en process att arbeta fram ett regionalt vård- och insatsprogram för Gävleborgs län. Sveriges kommuner och regioner driver utvecklingen av insatser och arbetsformer för målgruppen 13 – 29 år genom förslagen i handlingsplanen som riktar sig till stat, region och kommun (SKR, 2018a). Det nationella BIRK-nätverket med regionala utlöpare är också forum för utvecklingsarbetet. I form av kunskapsunderlag kan nämnas nationella riktlinjer, Socialstyrelsens kunskapsguide samt det nationella vård- och insatsprogrammets sammanställning av kunskap och rekommendationer. På länsnivå finns talrika styrdokument kring strategier, samverkan och gränssnitt.

Det har skett stora förbättringar under de senaste tio åren inom missbruks- och beroendevården – det är helt klart. Verksamhetsområdet har blivit mer kunskapsstyrkt och de nationella riktlinjerna riktar sig sedan 2007 till både socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Inom vissa områden har utvecklingsbehoven emellertid kvarstått i stor utsträckning. Exempel är svårigheten kring samtidiga insatser till personer med samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa. Utvecklingen av insatser och arbetsformer för unga som når fram och vidmakthåller behandlingsprocesser är också ett område som ännu behöver utvecklas. Detsamma gäller insatser till personer med ett tungt narkotikamissbruk. Det kan också konstateras att det kvarstår mycket att göra när det gäller upprätthållande insatser efter behandling och stöd som väger in boende, sysselsättning, gemenskap och individernas samhällsanknytning. Bristen på individbaserad systematisk uppföljning av arbetet som kan ge kunskap om insatsernas effektivitet löper som en röd tråd genom alla utvecklingsområden (Vårdanalys, 2016; Bringlöv, 2016; Lyrberg, 2017). Mot bakgrund av ovanstående väcks frågan i vilken utsträckning det behövs nya tanke- och synsätt än de som hittills varit tongivande för att hitta lösningarna. Fokus tycks i stor utsträckning varit på *vad* som ska göras men inte så mycket på *hur* det ska genomföras. Det har också lagts stor tonvikt på vilka enskilda metoder som vunnit evidens i forskningen.

³¹ Se, <https://www.vardochinsats.se/missbruk-och-beroende/>

Utmaningen i allt utvecklingsarbete är att genomföra steget från kunskapsunderlag och strategidokument till organisering av verksamheter, samarbetsformer och insatser som verkligen möter brukarnas behov enligt de fastställda intentionerna. Kanske behöver nu ökat fokus läggas på styrning, organisering och uppföljning av arbetet?

Förhoppningen är att denna behovsanalys ska komma till användning under utvecklingsarbetet i Gävleborg samt samspela med andra pågående processer, exempelvis det regionala vård- och insatsprogrammet som är under utveckling och arbetet med kunskapsstyrningen inom psykiatrin.

Referenser

- Antonovski, A (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bringlöv, Å. (2016). *Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av Mångbesökarkartläggningar i sex län*. Rapport: nr 145/16. Stockholm: FoU Södertörn.
- DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*).
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd. Uppdrag att fördela stimulansmedel till utvärdering och utveckling av föräldrastöd*.
- Gustafsson, K. (2020). *Förstudie kring psykisk ohälsa i Gävle*. FoU Välfärd. FoU rapport 2020:3.
- Gustafsson, K. (2020). *Förstudie kring psykisk ohälsa i Ljusdal*. FoU Välfärd. FoU rapport 2020:1.
- Gustafsson, K (2017). *Kartläggning av LVM-vården i Gävleborgs län*. Arbetsrapport 2017:5 FoU Välfärd, Region Gävleborg.
- ICD 10 (*International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision*).
- Kristiansen, A. (2013). *Utvärdering av Bostad först-projektet i Helsingborg*. Slutrapport. Helsingborg. 2013.
- Lyrberg, A (2018). *Förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande av berusade personer i Gävleborg Utvärdering av ett nationellt finansierat utvecklingsarbete 2014–2016*. FoU rapport 2018:3. FoU Välfärd, Region Gävleborg.
- Lyrberg, A (2017). *Öppenvård i Gävleborg. En genomlysning av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet*. FoU rapport 2017:3. FoU Välfärd, Region Gävleborg.
- Messing, J & Westlund, P (2004) *Klienten som medproducent. Tjänsteperspektiv på den sociala barnvården*. Dalarnas forskningsråd, rapport 2004:3.
- Myndigheten för vårdanalys. (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Rapport 2016:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Nordén, T., Eriksson, A., Kjellgren, A., & Norlander, T. (2012a). *Involving clients and their relatives and friends in the psychiatric care: Case managers' experiences of training in Resource group Assertive Community Treatment*. *PsyCh Journal*, 2012, 1, 15-27.
- Nordén, T., Malm., U och Norlander, T (2012b). *Resource group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: A meta-analysis*. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2012, 8, 144-151).

Sveriges kommuner och landsting (2018a). *Handlingsplan mot missbruk och beroende. Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år.* Stockholm: SKR.

Sveriges kommuner och landsting (2018b). *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år. Så här vänder vi utvecklingen.* Stockholm: SKR.

Sveriges kommuner och landsting (2018c). *Nya psykoaktiva substanser Det vi kallar nätdroger.* Stockholm: SKR.

Sveriges kommuner och regioner. *Innovationsguiden.* <https://innovationsguiden.se/>

SBR - Nationellt kvalitetsregister för personer i behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och läkemedel inom psykiatrisk sjukvård.

<https://kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/beroendevard.2319.html>

Skollag (2010:800). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Socialstyrelsen, (2019a). *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018.*

Socialstyrelsen (2019b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende Stöd för styrning och ledning.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2016.* Stockholm: Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel.* Falun: Edita Bobergs.

Socialstyrelsen (2013). *Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser.

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx

Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel.

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande.*

UNICEF (2009). *Barnkonventionen.* Stockholm: UNICEF, Sverige.

Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning.* Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, S. (2006). *Den kommunala barnvården – om anmälningar, organisation och utfall.* Avhandling. Stockholm: Stockholms universitet, institutionen för socialt arbete. Edsbruk: Akademitryck AB.

Wiklund, S. (2008). *Individ- och familjeomsorgens barnvårdsarbete, i Bergmark, Lundström, Minas & Wiklund (red.). Socialtjänsten i blickfånget. Organisation, resurser och insatser. Exempel från arbete med barn och ungdom, försörjningsstöd, missbruk.* Stockholm: Natur och Kultur.

Åsbrink, P (2020a). *Att dokumentera socialtjänstens insatser för Barn och Unga. Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2019 i jämförelse med perioden 2011–2018.* FoU Välfärd FoU rapport 2020:2.

Åsbrink, P (2020b). *Att dokumentera socialtjänstens insatser för vuxna Aktualiseringar till socialtjänsten i Gävleborg 2019.* FoU Välfärd. FoU rapport 2020:4.

Bilaga 1: Statistik kring målgruppen 13 – 29 år

I bilagan redovisas statistik som bedöms vara av värde för analysen kring utvecklingsbehov i arbetet med gruppen 13 – 29 år inom fältet riskbruk, missbruk och beroende.

Aktualiseringar av barn och unga inom Individ- och familjeomsorgen

FoU Välfärd samlar sedan 2009 in statistik från socialtjänsten i kommunerna kring aktualiseringar av barn och unga 0 – 20 år. 2017 startades ett motsvarande arbete avseende aktualiseringar av vuxna från 21 år och äldre. Statistiken både gällande unga och vuxna bygger på att aktualiseringar³² registreras enligt överenskomna koder och en beskrivning i vilka situationer dessa ska användas (se Åsbrink, 2020a).

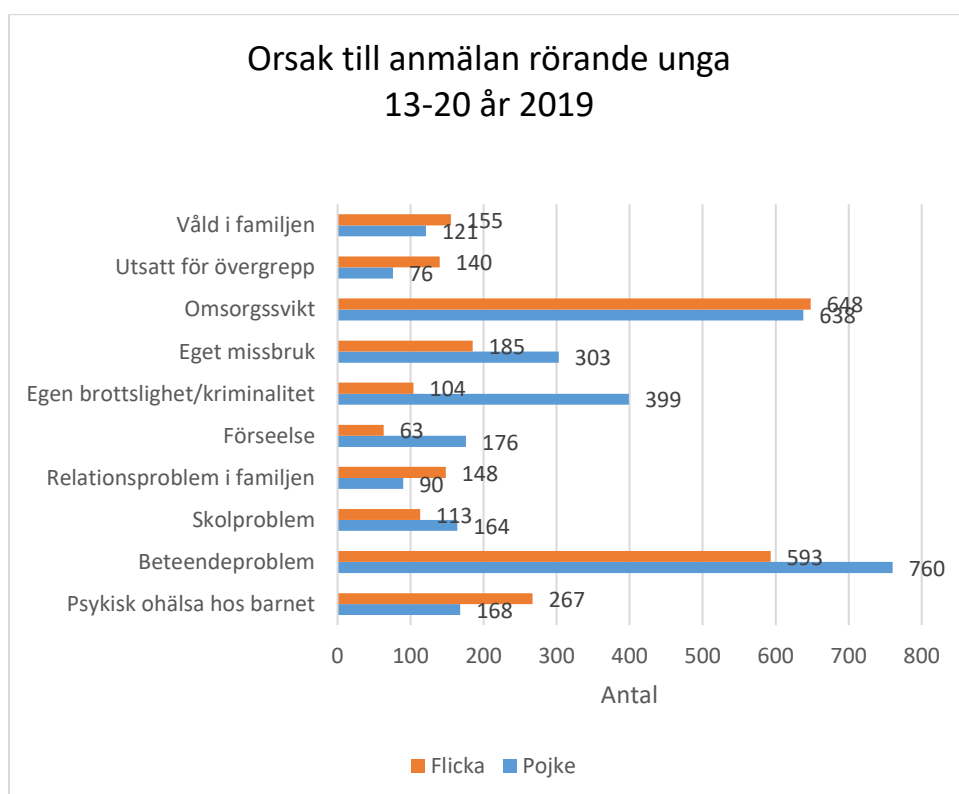


Diagram 1: Antal anmälningar utifrån orsak under 2019. Källa: FoU Välfärd, Region Gävleborg.

³² Aktualiseringar inom socialtjänsten görs vid anmälningar, ansökningar, begäran om yttrande samt överflyttning av ärenden från annan kommun. I redovisningen anges i diagrammen om statistiken avser alla ingångarna eller endast anmälningar.

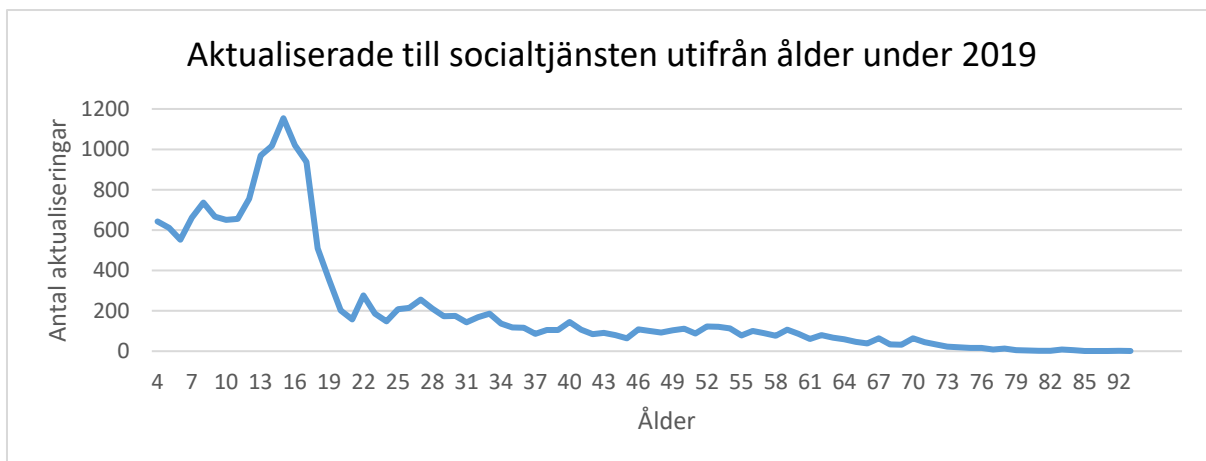


Diagram 2: Antal aktualiseringar utifrån ålder under 2019. Källa: FoU Välfärd, Region Gävleborg.

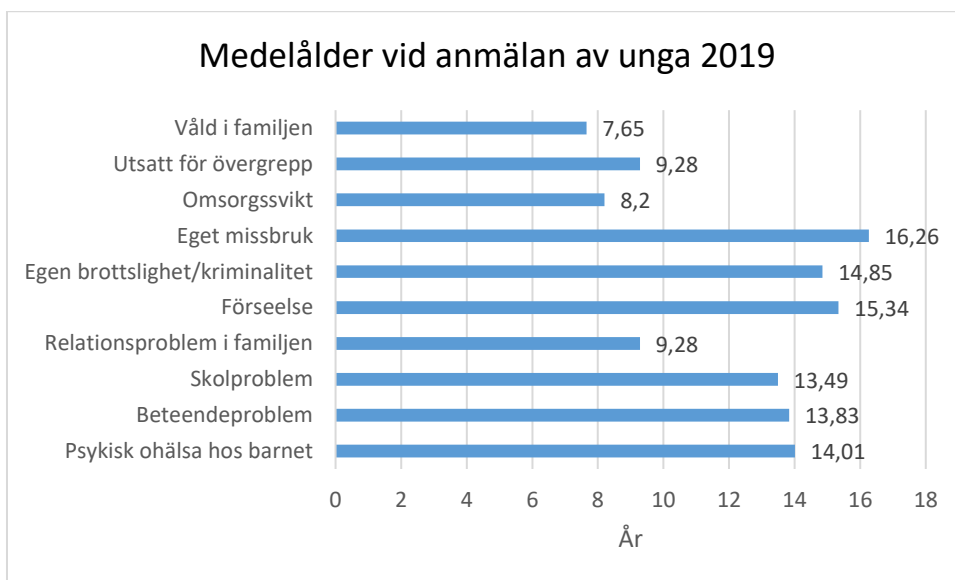


Diagram 3: Medelålder vid anmälan under 2019. Källa: FoU Välfärd, Region Gävleborg.

Vem gör anmälan om missbrukande ungdomar i åldern 13-20 år under 2019

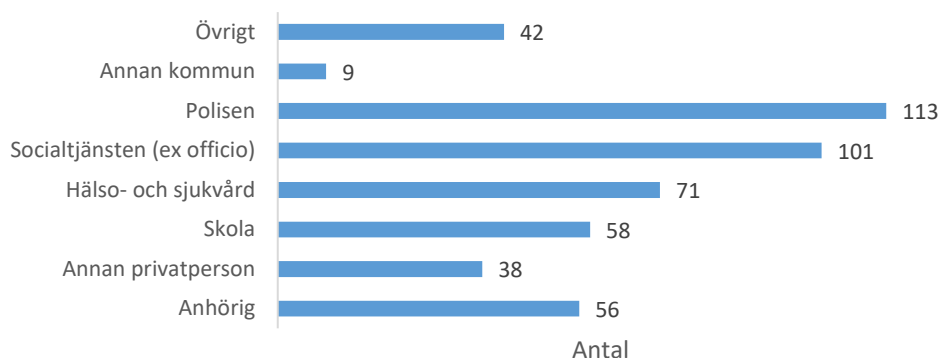


Diagram 4: Anmälare avseende missbruk under 2019. Källa: FoU Välfärd, Region Gävleborg.

Tabell 1. Totalt antal aktualiserade unika barn och unga (0–20 år). Antal samt procentuell förändring mellan 2018 – 2019 och 2011 – 2019³³.

	Period helår									18–19 %	11–19 %
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Sandviken	457	485	503	549	594	756	768	742	900	+21	+97
Gävle	1373	1274	1500	1663	1924	2213	2227	2334	2666	+14	+94
Söderhamn	436	422	469	535	551	562	626	540	591	+9	+35
Bollnäs	287	283	286	335	384	442	500	446	622	+39	+117
Ovanåker	99	94	83	108	144	167	173	201	214	+6	+115
Ljusdal	263	321	347	400	412	472	422	406	432	+6	+64
Hudiksvall	552	609	681	798	842	836	796	835	842	+1	+53
Hofors	111	116	116	152	169	154	160	198	281	+42	+152
Ockelbo	88	100	88	85	109	94	111	95	117	+23	+34
Nordanstig	121	115	128	117	160	178	196	257	202	-21	+68
Länet	3787	3821	4201	4742	5290	5874	5979	6055	6866	+13	+81

³³ Omfattar alla aktualiseringar (ansökan, anmälan, yttranden, överflyttning). Särskilda beräkningar har gjorts för att beräkna antalet unika barn (se Åsbrink, 2020a).

Aktualiseringar av vuxna 21 -29 år inom Individ- och familjeomsorgen

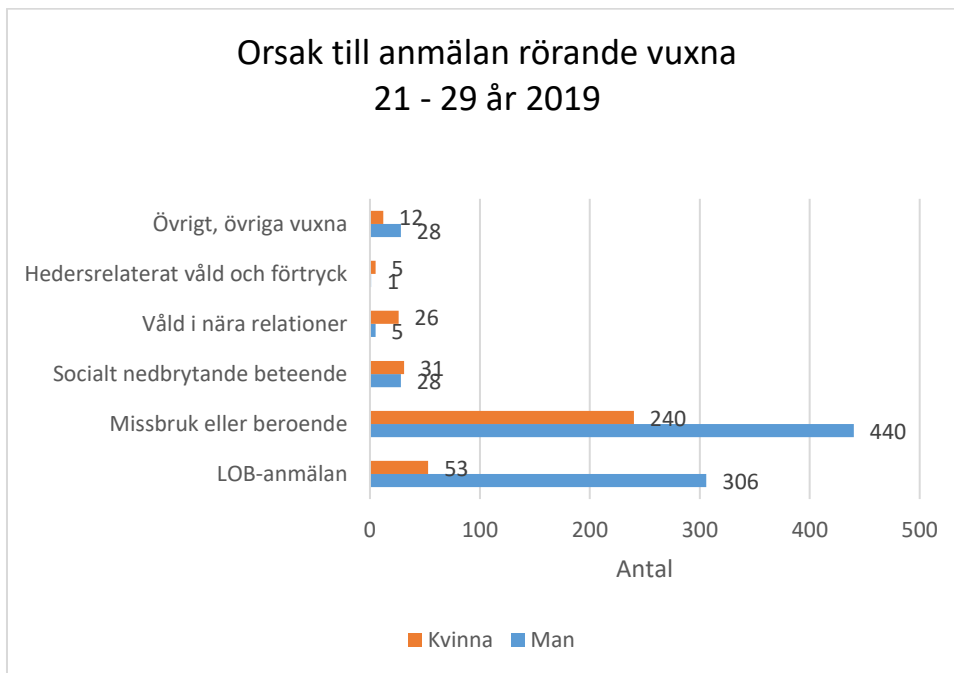


Diagram 5: Antal anmälningar utifrån orsak under 2019. Källa: FoU Välfärd, Region Gävleborg.

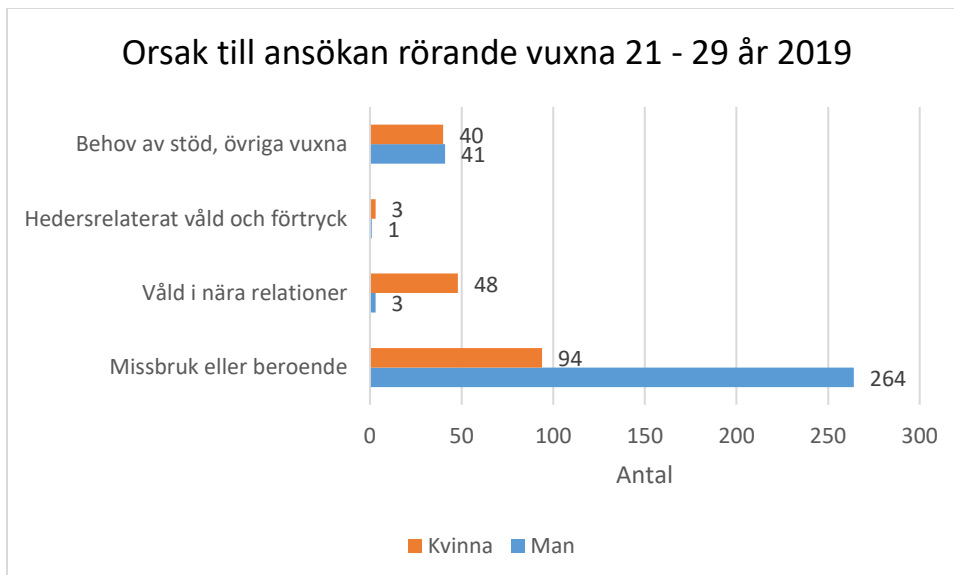


Diagram 6: Antal ansökningar utifrån orsak under 2019. Källa: FoU Välfärd, Region Gävleborg.

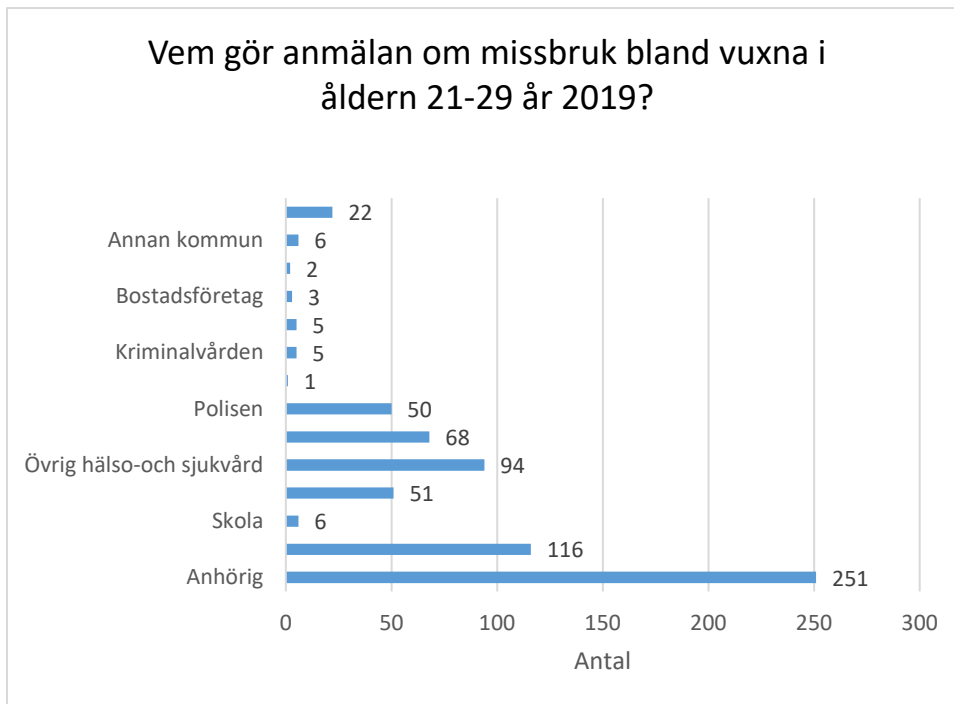


Diagram 7: Anmälare avseende missbruk under 2019. Källa: FoU Välfärd, Region Gävleborg.

Frivillig institutionsvård för vuxna

Statistiken kring frivillig institutionsvård för vuxna avser personer 18 år eller äldre då det inte går att bryta ur något åldersintervall i Socialstyrelsens offentliga statistik.

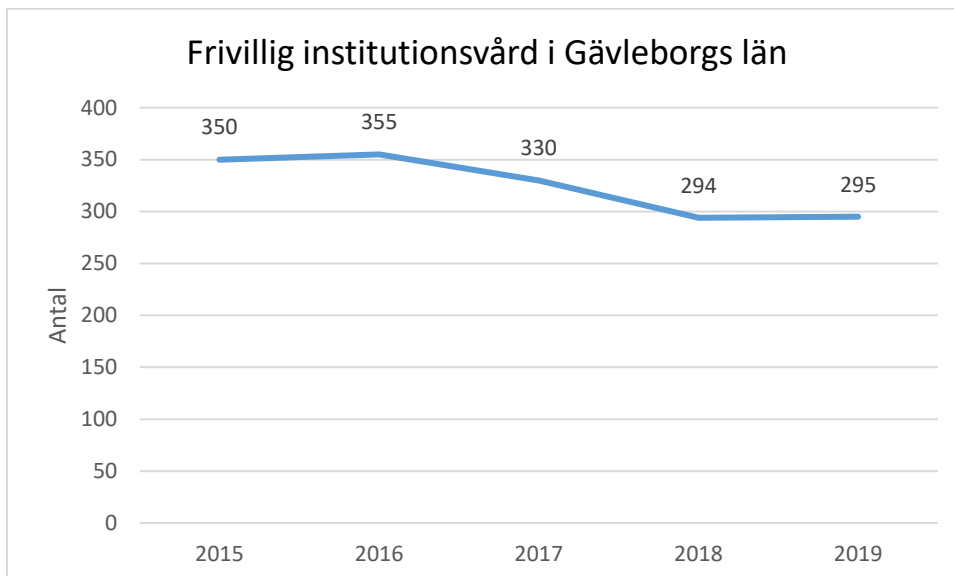


Diagram 8: Antal personer i frivillig institutionsvård respektive år i Gävleborgs län. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas om vuxna personer med missbruk och beroende.

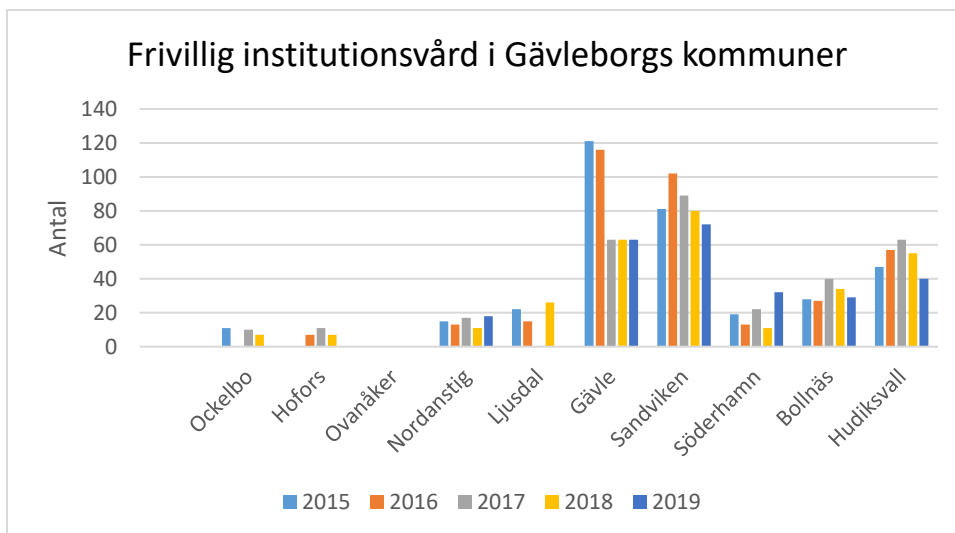


Diagram 9: Antal personer i frivillig institutionsvård respektive år i Gävleborg kommuner. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas om vuxna personer med missbruk och beroende.

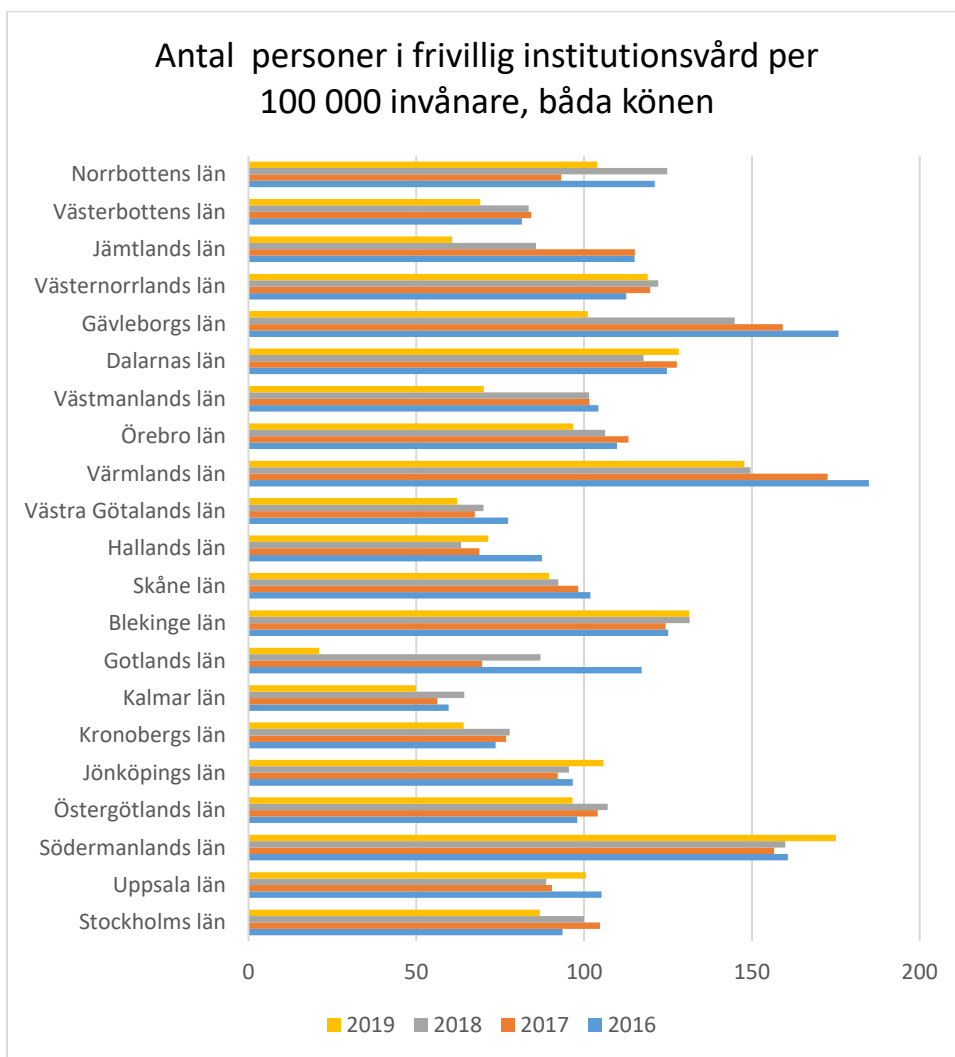


Diagram 10: Antal personer per 100 000 invånare i frivillig institutionsvård respektive år per län. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas om vuxna personer med missbruk och beroende.

Vård enligt LVM

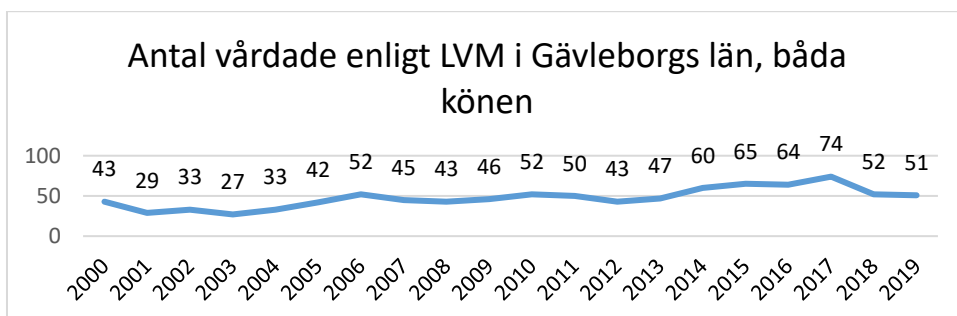


Diagram 11: Antal personer vårdade enligt LVM över tid. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas om vuxna personer med missbruk och beroende.

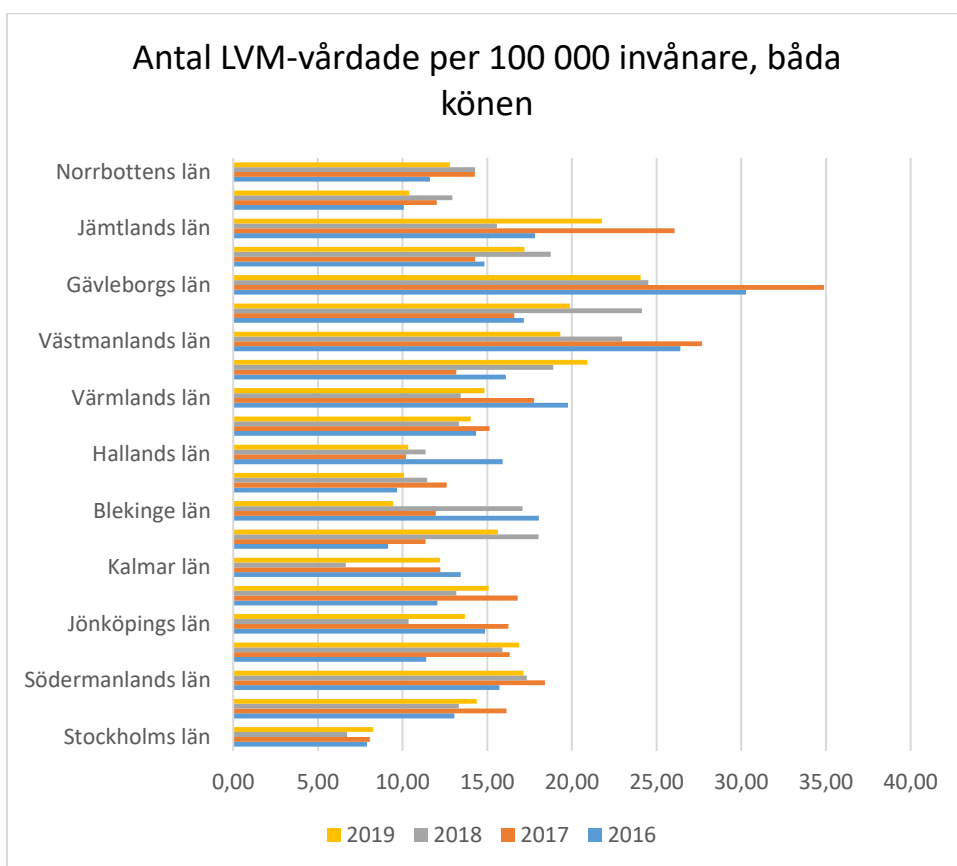


Diagram 12: Antal personer vårdade enligt LVM per 100 000 invånare i svenska län. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas om vuxna personer med missbruk och beroende.

Skolelevers drogvanor

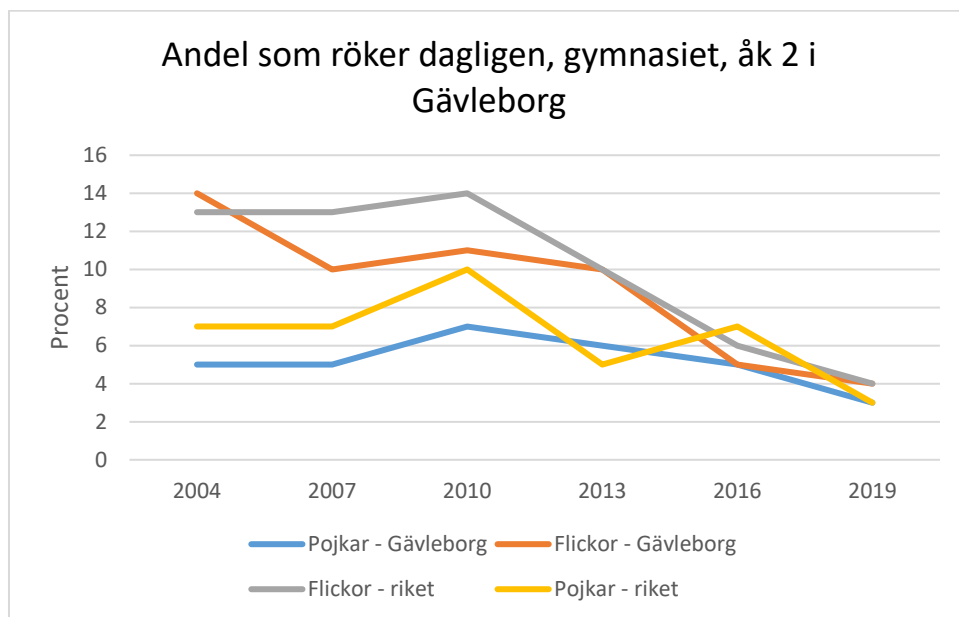


Diagram 13: Dagligrökare bland elever i åk 2 på gymnasiet. Källa: Samhällsmedicin, Region Gävleborg.

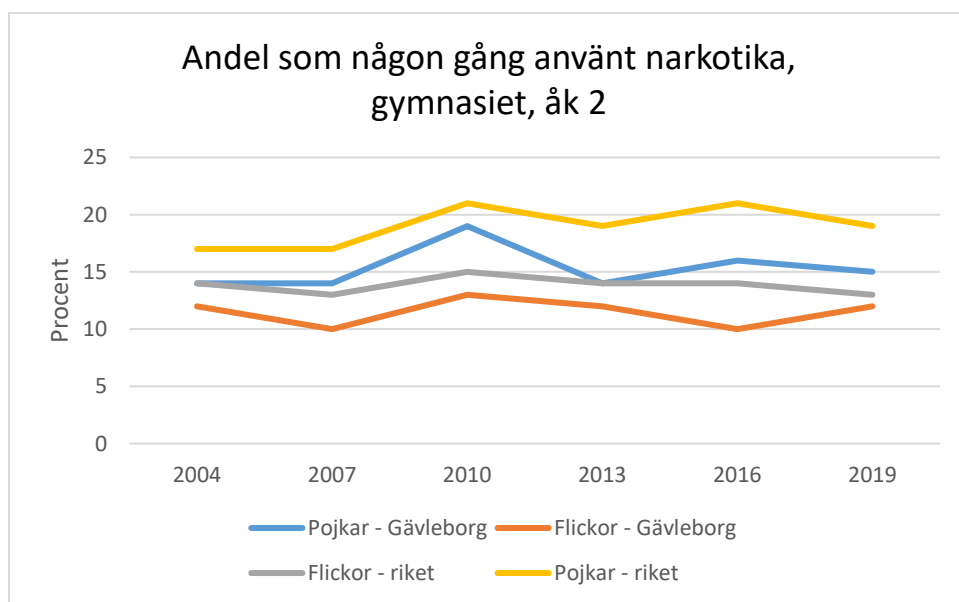


Diagram 14: Andel elever i åk 2 på gymnasiet som använt narkotika. Källa: Samhällsmedicin, Region Gävleborg.

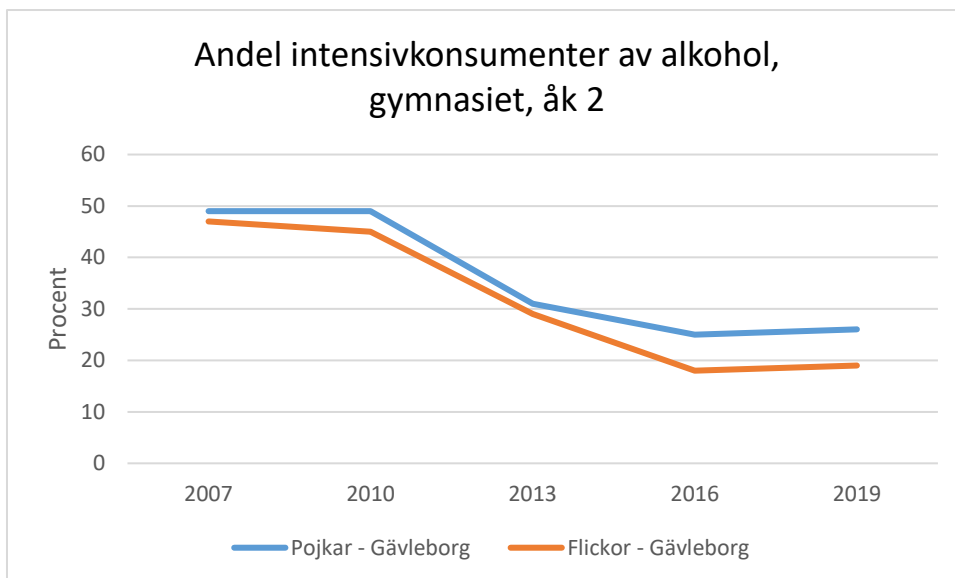


Diagram 15: Andel intensivkonsumenter av alkohol bland elever i åk 2 på gymnasiet. Källa: Samhällsmedicin, Region Gävleborg.

Psykisk ohälsa och neuropsykiatriska diagnoser

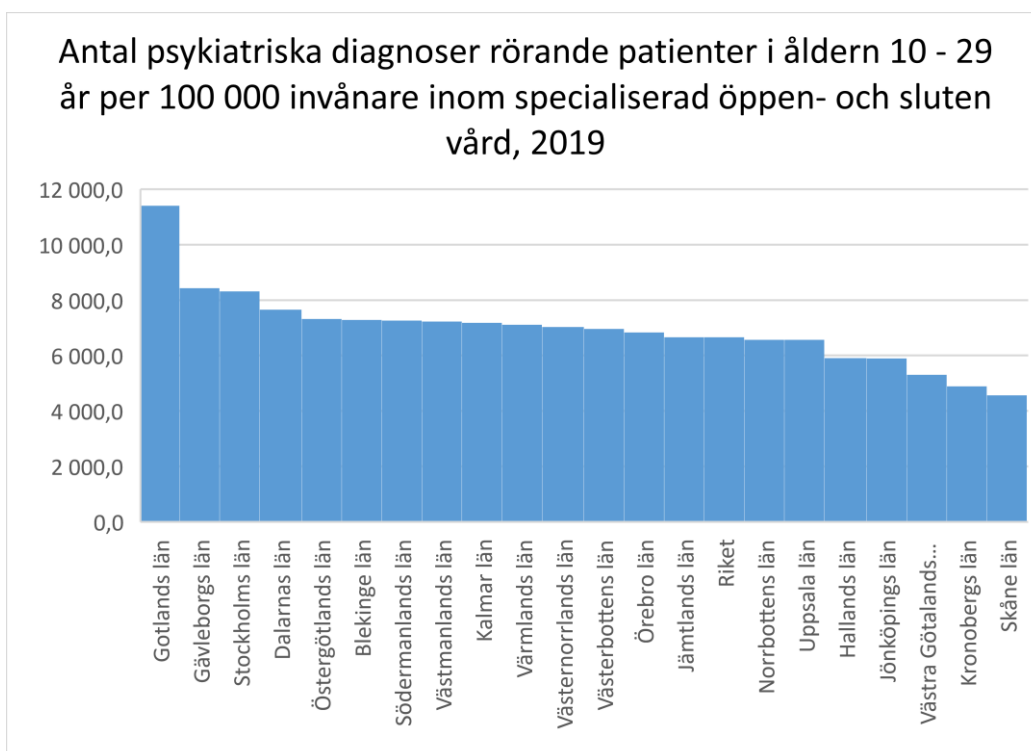


Diagram 16: Antal psykiatriska diagnoser bland individer 10- 29 år per 100 000 invånare i Sveriges län.. Källa: Socialstyrelsens Statistikdatabas för diagnoser.

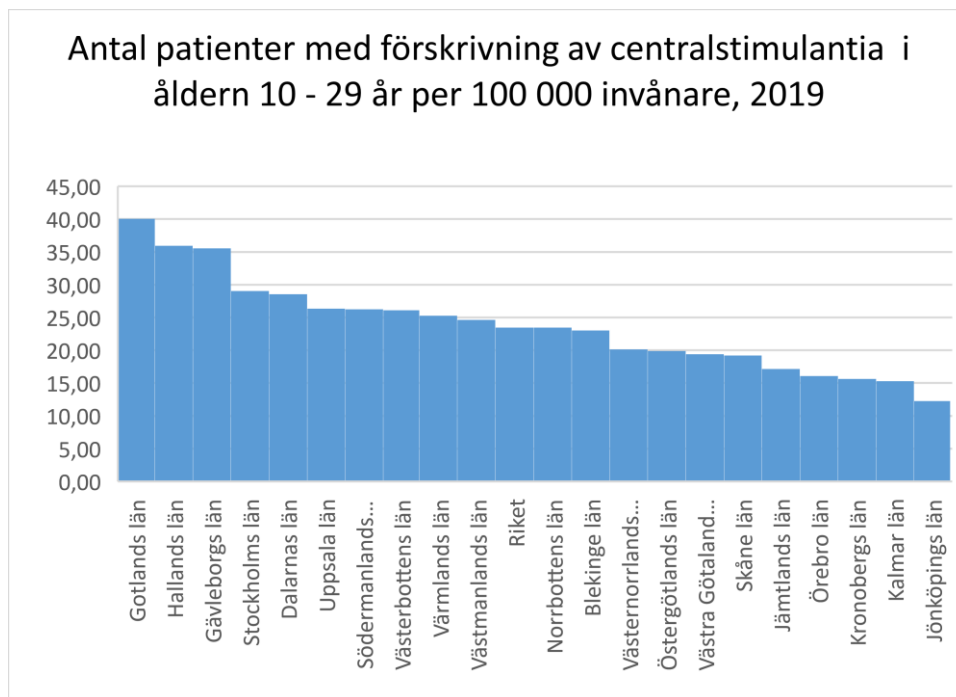


Diagram 17: Antal förskrivningar av centralstimulantia till individer 10- 29 år per 100 000 invånare i Sveriges län. Källa: Socialstyrelsens Statistikdatabas för läkemedel.

Bilaga 2: Samtliga identifierade utvecklingsbehov

Tablåerna visar samtliga identifierade utvecklingsbehov inom respektive analysområde som utgjort underlag för bedömningen av vilka som bör prioriteras i det inledande utvecklingsarbetet.

SYNEN PÅ MISSBRUK OCH BEROENDE - IDENTIFIERADE UTVECKLINGSBEHOV

- ARBETE MED SYNSÄTT, VÄRDERINGAR OCH SPRÅK KOPPLADE TILL ALKOHOL- OCH DROGPROBLEMATIK SOM FRÄMJAR SAMARBETE OCH SAMTIDIGA INSATSER MELLAN OLIKA VERKSAMHETER INOM SOCIALTJÄNST SAMT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
- STRATEGIER FÖR MINSKAD STIGMATISERING AV MÄNNISKOR MED ALKOHOL- OCH DROGPROBLEMATIK
- HÖJANDE AV STATUSEN PÅ SPECIALISTOMRÅDET BEROENDEMEDICIN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

TIDIG UPPTÄCKT - IDENTIFIERADE UTVECKLINGSBEHOV

- UTVECKLING AV SKOLAN SOM PLATTFORM FÖR TIDIG UPPTÄCKT
- UTVECKLING AV INFORMATION, UTBILDNING OCH SAMVERKAN SOM FRÄMJAR FREKVENSEN AV OROANMÄLNINGAR KRING UNGA MED ALKOHOL- ELLER DROGRELATERAD PROBLEMATIK
- UTVECKLING AV ARBETSFORMER OCH SAMARBETSARENOR SOM LEDER TILL ÖKAD UPPTÄCKT AV UNGA VUXNA SOM RISKERAR ATT ELLER HAR PÅBÖRJAT EN MISSBRUKSKARRIÄR
- UTVECKLING AV POLISENS NARKOTIKA- OCH UNGDOMSINRIKTADE VERKSAMHET
- UTVECKLING AV UNGDOMSMOTTAGNINGARNAS UPPDRAG I ARBETET MED TIDIG UPPTÄCKT AV UNGA OCH UNGA VUXNA MED ALKOHOL- ELLER DROGRELATERAD PROBLEMATIK

TIDIGA INSATSER SAMT INSATSER I FÖRHÅLLANDE TILL OLIKA MÅLGRUPPERS BEHOV – IDENTIFIERADE UTVECKLINGSBEHOV

- UTVECKLING AV UTREDNINGSMETODER INOM IFO FÖR KARTLÄGGNING AV ALKOHOL- OCH DROGPROBLEMATIK BLAND UNGDOMAR UNDER 18 ÅR SOM UNDERLAG FÖR PLANERING AV TIDIGA INSATSER
- KUNSKAPS- OCH KOMPETENSUTVECKLING KRING UNGAS EGET MISSBRUK INOM KOMMUNERNAS ÖPPENVÅRD FÖR BARN, UNGA OCH FAMILJER
- METODUTVECKLING SAMT ORGANISERING AV INSATSER OCH ARBETSFORMER KRING UNGDOMAR UNDER 18 ÅR
- METODUTVECKLING SAMT ORGANISERING AV INSATSER OCH ARBETSFORMER SOM I HÖGRE UTSTRÄCKNING KAN FÅNGA UPP OCH BEHÅLLA UNGA VUXNA I STÖD- OCH BEHANDLINGSPROCESSER
- UTVECKLING AV INSATSER SOM FÖREBYGGER VÅRD ENLIGT LVM SAMT FRÄMJAR ÖVERGÅNG TILL §27 OCH UTSLUSSNING
- UTVECKLINGSARBETE INOM OMRÅDET BOENDE, SYSSELSÄTTNING OCH UPPRÄTTHÅLLANDE ARBETSFORMER

STÖD- OCH BEHANDLINGSINSATSERS TILLGÄNGLIGHET - IDENTIFIERADE UTVECKLINGSBEHOV

- UTVECKLING AV ETT ÖKAT UTBUD AV FLEXIBLA OCH SNABBT TILLGÄNGLIGA INSATSER FÖR UNGA OCH UNGA VUXNA SOM INTE KRÄVER BISTÅNDSBESLUT OCH ERBJUDS PÅ ETT FÖR MÅLGRUPPEN ANPASSAT SÄTT
- ORGANISERING AV ARBETSFORMER FÖR UNGA OCH UNGA VUXNA ENLIGT PRINCIPER SOM UNDERLÄTTAR KONTAKTEN MED OCH ÖVERGÅNGEN MELLAN OLIKA RESURSER
- UTVECKLING AV TNE-VERKSAMHET FÖR ATT I ÖKAD UTSTRÄCKNING FÅNGA UPP, ERBJUDA ABSTINENSBEHANDLING OCH MOTIVERA INDIVIDER TILL BEHANDLING
- UTVECKLING INSATSERS TILLGÄNGLIGHET GENOM DIGITAL TEKNIK.

SAMVERKAN OCH SAMORDNING - IDENTIFIERADE UTVECKLINGSBEHOV

- UTVECKLING AV DEN REGIONALA STÖD- OCH SAMVERKANSTUKTUREN GENOM ÖKAT PROCESSTÖD OCH UPPFÖLJNING KOPPLAT TILL BESLUTADE AKTIVITETER
- UTVECKLING AV ARBETSFORMER OCH SAMVERKAN SOM FRÄMJAR FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR SAMTIDIGA INSATSER FRÅN BUP OCH FÖRSTA LINJENS PSYKIATRI I ARBETET MED UNGDOMAR UNDER 18 ÅR SOM UPPVISAR SAMSJUKLIGHET MELLAN MISSBRUK/BEROENDE OCH PSYKISK OHÄLSA
- UTVECKLING AV ARBETSFORMER OCH SAMVERKAN SOM FRÄMJAR FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR SAMTIDIGA INSATSER SOM INVOLVERAR VUXENPSYKIATRIN OCH FÖRSTA LINJENS PSYKIATRI MER I ARBETET MED UNGA VUXNA (18-29 ÅR) SOM UPPVISAR SAMSJUKLIGHET MELLAN MISSBRUK/BEROENDE OCH PSYKISK OHÄLSA
- UTVECKLING AV SAMARBETET MELLAN POLISENS NARKOTIKA- SAMT UNGDOMSINRIKTADE VERKSAMHET OCH KOMMUNALA RESURSER (SOCIALTJÄNST, SKOLA, FRITIDSGÅRDAR)
- UTVECKLADE FORMER FÖR SAMSPEL MELLAN OFFENTLIGA OCH IDEELLA VERKSAMHETER INOM DET AKTUELLA OMRÅDET

DELAKTIGHET OCH BRUKARINFLYTANDE - IDENTIFIERADE UTVECKLINGSBEHOV

- ÖKAD INVOLVERING AV UNGA OCH UNGA VUXNA I ARBETET MED ATT UTFORMA INSATSER OCH SAMARBETSFORMER INOM MISSBRUKS- OCH BEROENDEOMRÅDET SOM ETT LED I VERKSAMHETSUTVECKLING

UPPFÖLJNING OCH KUNSKAPSTYRNING - IDENTIFIERADE UTVECKLINGSBEHOV

- FORTSATT UTVECKLING AV FORMER FÖR SYSTEMATISK INDIVIDBASERAD UPPFÖLJNING
- RIKTADE UPPFÖLJNINGSSATSER KRING HVB-PLACERADE BARN OCH UNGA

UTVECKLING AV ÖKADE KUNSKAPER KRING VILKA ARBETSSÄTT OCH METODER SOM
ÄR EFFEKTIVA I ARBETET MED UNGA OCH UNGA VUXNA UTIFRÅN:

- BÄSTA TILLGÄNGLIGA KUNSKAP FRÅN FORSKNING
- BRUKARNAS ERFARENHETER
- PRAKTIKERNAS ERFARENHETER
- KONTEXTUELLA OMSTÄNDIGHETER

Behovsanalys kopplad till arbetet i Gävleborgs län mot missbruk och beroende i åldersgruppen 13 – 29 år

Under 2018 kom en nationell handlingsplan inriktad på att stärka arbetet med unga och unga vuxna inom området riskbruk, missbruk och beroende. Tidig upptäckt, tidiga insatser samt stöd och behandling som kan bryta unga människors alkohol- eller drogproblematik är centrala strävanden från nationellt håll.

Under hösten 2020 genomfördes en behovsanalys i Gävleborgs län med inriktningen att identifiera utvecklingsbehov i arbetet med alkohol- och drogproblematik bland unga och unga vuxna. Behovsanalysen bygger på intervjuer med nyckelpersoner från socialtjänst, beroendevård, polis, hälso- och sjukvård och ideella verksamheter samt statistik inom det aktuella området.

Den här rapporten presenterar och diskuterar de utvecklingsbehov som identifierats i Gävleborgs län samt ger förslag på vilka som bör prioriteras och hur det kommande utvecklingsarbetet kan organiseras.

Beställ rapporten från:
fou.valfard@regiongavleborg.se
Region Gävleborg, FoU Välfärd
Gävle sjukhus, hus 17, ingång 9 a

FoU rapport 2021:1
ISSN: 1654-8272

