

– FoUI RAPPORT 95:2023 –

Kommer regionen och kommunerna klara av att ta sig an sina nya ansvarsområden?

**En kartläggning av Norrbottens kommuners
insatser i missbruks- och beroendevården**

Ludvig Svensson, Alva Persson
och Amanda Söderbäck



FoUI
**NORRBOTTENS
KOMMUNER**

Förord

Vi vill tacka våra uppdragsgivare Helena Asklund och Benitha Eliasson för ett bra samarbete. Vi vill även tacka vår handledare Magnus Nygren för bra återkoppling, samt våra opponenter för en god opponering.

Luleå januari 2023

Ludvig Svensson, Alva Persson och Amanda Söderbäck

Sammanfattning

Socialstyrelsen fick den 17 juni 2021 i uppdrag av regeringen att genomföra en särskild utredningen för hur insatser gällande vård, behandling och stöd kan trygghetsförsäkras för barn, unga och vuxna individer som lider av samsjuklighet i form av en kombination mellan missbruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos (SOU 2021:93). Genom en kartläggning av Socialstyrelsen framgår det att ungefär 52 000 personer som är 10 år eller äldre fick vård för narkotika, alkohol och andra beroendeframkallande substanser. Av dem gavs 52% av männen och 65% av kvinnorna även vård och behandling för diagnostiserad psykiatrisk sjukdom minst en gång under perioden 2016–2018 (Socialstyrelsen, 2019). Samsjuklighet definieras i utredningen som en individ som lider av två sjukdomstillstånd samtidigt, i detta fall missbruk och beroende samt annan psykisk diagnos. Med avstamp i regeringens tidigare utredning *Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93) har vi fått i uppdrag av Norrbottens Kommuner med syftet att genomföra en kartläggning av Norrbottens 14 kommuners arbete och resursfördelning rörande beroende- och missbruksvården. Med hänvisning till syftet mynnade utredningsfrågorna ut i; 1. Hur ser insatserna hos kommunerna ut gällande missbruks- och beroendevården inom öppenvården? 2. Hur ser insatserna hos kommunerna ut gällande stöd och behandling i missbruks- och beroendevården? 3. Kan en ansvarsflyttning till en huvudman (regionen) minska riskerna för att medborgare ska falla mellan stolarna?

Det teoretiska ramverket har bestått av Mats Tyrstrups (2014) teoretiska begrepp organisatoriska mellanrum. Det teoretiska ramverket har använts för att belysa hur organisering av välfärden kan vara varför medborgare faller mellan stolarna, och hur de organisatoriska mellanrummen kan nyttjas till något bra istället. För att besvara utredningsfrågorna, producera ett användbart resultat och användbara rekommendationer har utredningen grundats på dels en numerisk kartläggning där statistik över kommunernas antal vårdmottagare och olika behandlingsmetoder samlats in genom en digital enkät. Det har även skett två intervjuer, en intervju med en enskild anställd inom en av de 14 kommunerna, samt en gruppintervju med tre personer som arbetar i kommunens olika verksamheter inom missbruks- och beroendevården. Intervjuerna har lagt grund för den tematiska analys som utgör större delen av analysen och de slutliga rekommendationerna. Under analysen framkom tre teman: bristande ansvar, samverkan och situationsanpassning. De tre teman som framgick har en gemensam nämnare; organisering av verksamheter. Utifrån dessa tre teman, kopplat till organisering, utformades följande rekommendationer:

- En utredning av hur den mest optimala ansvarsfördelningen ska se ut, både inför omorganiseringen samt hur den bör organiseras i den nya verksamheten som kommer utgöra missbruks- och beroendevården. En samordningsgrupp sätts upp med nyckelpersoner både från kommunen och regionen för att underlätta arbetet.
- Att utreda vidare kring omorganisering och främst Tyrstrups (2014) teori om att välfärdssektorn bör ses ur ett arbetsorganisatoriskt perspektiv kan med fördel göras.
- Att regionen kommer behöva anställa vissa av kommunernas socionomer och behandlare har framkommit som en avgörande del inför omorganiseringen. Hur denna resursflyttning i form av personal ska ske bör utredas.
- De anställda hos både region och kommun bör alla informeras vad som kan komma att ske i en snar framtid. Att hitta en kanal eller rätt kommunikationsverktyg mellan kommun och region kan underlätta i omorganiseringen och samverkan som följer.

Innehåll

1. Inledning	1
1.1 Syfte och utredningsfrågor	3
1.2 Tidigare forskning	3
1.3 Avgränsningar	4
2. Samsjuklighetsutredningen	5
2.1 Tio bärande delar	6
2.2 Förändring av ledning	6
2.3 Ansvar	7
3. Teoretisk referensram	8
3.1 Organisatoriska mellanrum	8
4. Gällande rätt	10
4.1 Hälsa- och sjukvård	10
4.2 Socialtjänst	11
4.3 Samverkan vid samsjuklighet	11
5. Handlingsplan	12
5.1 Syfte och mål med handlingsplanen	12
5.2 Organisationsstruktur	12
5.3 Samverkan	13
5.4 Kunskapsstyrning	14
5.4.1 Nationell-, regional- och lokalnivå.....	14
5.4.1.1 Nationellt programområde (NPO).....	15
5.4.1.2 Nationellt programområde psykisk hälsa	15
5.4.1.3 Regionala programområden (RPO)	15
5.4.1.4 Lokala programområden (LPO).....	15
6. Metod	16
6.1 Enkät	16
6.2 Intervjuer.....	16
7. Resultatredovisning	18
7.1 Resultat av den numeriska kartläggningen	18
7.2 Intervjuanalys.....	20
7.2.1 Bristande ansvar	20
7.2.2 Förutsättningar och förhoppningar	21
7.2.3 Situationsanpassning	22
8. Slutsats och rekommendationer	24
9. Referenser	27
Bilaga 1	28
Bilaga 2	30
Bilaga 3	32
Bilaga 4	35

1. Inledning

Sanne är 29 år. Utöver att hon lider av Post Traumatic Stress Syndrome (PTSD) från olika övergrepp och våldtäkter, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), ätstörningar, ångest, psykoser och självmordstankar lider hon även av missbruk. En människa med flera problemområden, som är i akut behov av hjälp. Men Sanne får ingen hjälp, vården och staten har brustit i sina uppdrag och Sanne har fallit mellan stolarna. I ett nyhetsinslag från Aktuellt 2018 visas inledningsvis ett klipp från ett av Uppdrag Granskningens program, som handlar just om Sanne (X, 2018). Därefter får vi se ett samtal mellan Sannes mamma, Eva, och Ing-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare vid Sveriges Kommuner och Regioner SKR. Ing-Marie Wieselgren håller med om att systemet är sönder, men kommer inte med några tydliga förslag som kan lösa problemet. I inslaget får vi även höra Martin Heilig, professor i psykiatri, som menar att systemet är uppbyggt ”perfekt” för att ingen instans ska behöva ta ansvar för människor som Sanne, människor som är bland de som behöver mest hjälp av samhället men olyckligtvis blir lämnade åt sina öden. I vårdkarusellen Sanne kastas runt i, får hon på 12 dagar åka mellan olika instanser med polis totalt 14 gånger, en siffra som borde vara oacceptabel. Sanne blir vidare nekad ADHD-medicin med anledning till att hon tidigare tagit amfetamin, hon blir därmed nekad den vård hon förtjänar i och med sin ADHD-diagnos. Läkarna menar att hon måste klara sig ensam i 3 månader för att få tillgång till medicinen. Än värre får hon höra att hon inte kan få någon psykisk vård förrän hon är drogfri, en process som mer ofta än sällan går hand i hand.

Enligt Socialstyrelsens *”Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik”* (2019, s. 38), som Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen, fastslår de följande: ”Under 2017 fick 51 835 personer, 10 år och äldre, vård för intag av beroendeframkallande substanser. Av dem vårdades 52 % av männen och 64 % av kvinnorna också för någon psykiatrisk diagnos minst en gång under perioden 2016–2018.” En stor andel personer med missbruks- eller beroendeproblematik lider av samsjuklighet i form av beroendeproblematik och psykisk ohälsa. Trots detta är psykisk ohälsa och missbruk sekundärt i samhället, somatisk ohälsa är prioriterat och anses mer skadligt och sanningsenligt. I det ovan nämnda klippet bekräftar Ing-Marie Wieselgren detta, och menar att det är det finns en stigmatisering kring missbruk, beroende och psykisk ohälsa gällande att många i samhället tror att det är ett *val* till skillnad från exempelvis tumörer i kroppen. Wieselgren håller med om att detta inte är fallet utan att missbruk, beroende och psykisk ohälsa är samma ”riktiga” sjukdomar som somatiska sjukdomar, men kan inte ge riktiga svar gällande varför människor med samsjuklighet då inte får någon vård. Realiteten är i många fall att de får klara sig själva eller vara inlagda med liten eller ingen vård, varken somatisk eller psykisk.

Enligt Folkhälsomyndigheten kostade endast narkotikamissbruk samhället *minst* 38 miljarder kronor år 2020. Dessa samhällsekonomiska kostnader kan delas in i tre kategorier: immateriella, direkta och indirekta kostnader. De immateriella kostnaderna är sammankopplade till den förlorade livskvaliteten för medborgare som använder narkotika får samt den förlorade livskvaliteten hos hans närstående. De direkta kostnaderna gäller värdet på vad de statliga instanserna och dess insatser uppgår till gällande exempelvis vård och behandling samt rättsväsendet. Den tredje kategorin, de indirekta kostnaderna, är bland annat kostnader som uppstår som

en konsekvens till produktionsbortfall på grund av arbetslöshet och förtida dödsfall. Kostnaderna för alkoholmissbruk uppgick enligt Folkhälsomyndigheten år 2017 till 60,3 miljarder och kostnaderna för spelmissbruk 2018 uppgick till 10,4 miljarder kronor (FHM, 2022).

Missbruk är bevisligen ett stort samhällsproblem som kostar och berövar vårt samhälle inte endast höga livskvaliteter utan även många miljarder. Att vården, som den ser ut just nu med olika ansvarsområden på olika huvudmän, bidrar ytterligare till stress för medborgarna och dess nära och kära är ett problem för samhället och dess invånare, något som går att utröna i Sannes fall med mamma Eva. I bakgrund till detta gjordes 2021 en samsjuklighetsutredning som fastställer att lagstiftningen bör ändras och visar på olika åtgärder för att ansvaret ska samlas under en huvudman, regionen, för att människor som Sanne inte ska behöva lida på grund av lagstiftarens brist i utformningen av ansvar. I samsjuklighetsutredningen *Från delar till helhet- En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93) beskriver författarna hur samhället bör gå tillväga för att bättre kunna hjälpa personer med samsjuklighet och deras anhöriga. Det innefattar bland annat ”stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den”, ”tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig” och ”stöd och vård som hänger ihop som en helhet” (s. 23).

I och med detta har vi fått i uppdrag av Norrbottens Kommuner att göra en kartläggning av Norrbottens 14 kommuners arbete rörande beroende- och missbruksvården. Som nämnts ovan kommer troligtvis ansvaret för beroende- och missbruksvården förflyttas från kommunerna för att bli ett hälso- och sjukvårdsansvar, så att all vård är under ett och samma tak. Som det ser ut idag drabbas patienter med samsjuklighet i samband med missbruk eller beroende ofta av att inte få den vård de behöver eftersom det idag är ett gemensamt ansvar för huvudmännen. Det resulterar i att medborgaren slussas runt och i slutändan inte får den behandling som hen behöver för att kunna tillfriskna. I uppdraget ingår även att analysera vad för slags problematik som kan uppstå, vid sidan av det praktiska som följer en förflyttning av detta slag. Resurser i form av både monetära och andra gömda behov av resurser kommer att undersökas, för att utreda och kartlägga vilka eventuella problemområden som idag existerar.

Detta eftersom förflyttningen av ansvarsområdet till hälso- och sjukvården ska ske så smärtfritt och med så pass bra underlag att organiseringen av missbruks- och beroendevården resulterar i att systemet fungerar som det bör. Målsättningen är att så få medborgare som möjligt ska falla mellan stolarna både under förflyttningen och efteråt. Uppdraget kommer ske i samarbete med länets socialtjänster och Norrbottens Kommuner. Uppdraget ska redovisas för Norrbottens Kommuner den 30 januari 2023.

Med hänvisning till avsnittet ovan mynnar syfte och utredningsfrågor ut i följande:

1.1 Syfte och utredningsfrågor

Syftet med utredningen är att undersöka Norrbottens kommuners resurser gällande missbruks- och beroendevården.

Utredningsfrågor:

1. Hur ser insatserna hos kommunerna ut gällande missbruks- och beroendevården inom öppenvården?
2. Hur ser insatserna hos kommunerna ut gällande stöd och behandling i missbruks- och beroendevården?
3. Hur bör en ansvarsförflyttning till regionen utformas för att minska riskerna för att medborgare ska falla mellan stolarna?

1.2 Tidigare forskning

Att ”falla mellan stolarna” kan beskrivas som en metafor för ett samhällsfenomen och är något som kan hittas överallt i samhällets mekanismer, men kanske främst när det kommer till ansvarsförhållanden mellan olika instanser och huvudmannaskap.

Det innebär att myndigheter eller företag kan hamna i en svår sits trots att de följer regelverk och lagar, som resulterar i att personer inte får den hjälp de har rätt till och därmed faller mellan stolarna. Det kan även innebära att det inte är tydligt vem som faktiskt har ansvar för individen och därmed behöver ingen ta ansvar, de kommer därmed undan och individen är den som drabbas. När flera verksamheter eller instanser, huvudmän eller personer ska ha ett gemensamt ansvar över en enhet eller dylikt kan det hända att båda parter fransäger sig ansvaret eller hänvisar till den andra parten när problem uppstår (Tyrstrup, 2014). Därmed slipper de ansvariga ta ansvar för sina beslut (SVT Nyheter, 2018). Det kan även vara lagbundet, vilket gör att instansernas händer är bundna, något som skapar ett etiskt dilemma; får man bryta lagen för att hjälpa andra?

Erika Ono, Robin Friedlander och Tamara Salih har skrivit artikeln ”*Falling through the cracks: How service gaps leave children with neurodevelopmental disorders and mental health difficulties without the care they need*” (2019) för den medicinska tidskriften *British Columbia Medical Journal*¹ som illustrerar fenomenet. I artikeln beskriver författarna hur sjukvården saknar kunskap och verktyg när medborgare, barn i detta fall, lider av samsjuklighet bestående av neuropsykiatriska² och psykiska funktionshinder. De olika barnen lider av olika former av samsjuklighet och kan vara berättigade att få viss vård, men i och med att (vård)systemet är splittrat och det inte finns ett effektivt samarbete inom de olika avdelningarna faller många barn genom stolarna.

¹ ”The BC Medical Journal is a general medical journal published by Doctors of BC. It provides continuing medical education with a focus on evidence-based medicine.” (<https://bcmj.org/mission>)

² ”The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)* defines neurodevelopmental disorders as “a group of conditions with onset in the developmental period.”

Ono, Friedlander och Salih (2019) beskriver hur personer som kämpar med en neuropsykiatrisk diagnos och även psykisk ohälsa, inte kan få den sammanhängande behandlingen som de behöver, eftersom systemet inte är organiserat för att behandla samsjuklighet. Att vården är organiserad på det sättet leder till feldiagnostiseringar, olämpliga behandlingar och en alltför stor tillförlitlighet på psykofarmakologiska behandlingar. Vidare förklarar Ono, Friedlander och Salih (2019) att individer som har ett intellektuellt handikapp och samtidigt lider av psykisk ohälsa får uppleva ett dubbelt stigma. Detta eftersom de inte anses vara ”kvalificerade” till att bli traditionellt behandlade för deras intellektuella handikapp på grund av deras psykiska ohälsa, men anses samtidigt vara olämpliga mottagare av den traditionella behandlingen av psykisk ohälsa på grund av deras intellektuella funktionsnedsättningar.

I kapitlet med den teoretiska referensramen introduceras begreppet *organisatoriska mellanrum* (Tyrstrup, 2014), som sätter fenomenet i ett teoretiskt perspektiv och kan hjälpa till att förklara hur det kommer sig att medborgare faller mellan stolarna.

1.3 Avgränsningar

I och med uppdragets korta tidsperiod, har uppdraget begränsats till att intervjua ett fåtal personer med nyckelkunskap. Intervjupersonerna har blivit utvalda av uppdragsgivarna, i och med att tidsutrymmet för uppdraget inte gett möjlighet att själva inhämta all den kunskap om vilken person som besitter mest kunskap och erfarenheter gällande de frågor utredningen söker svar på kring samsjuklighet och samverkan i missbruks- och beroendevården. Uppdraget har även avgränsats till att fokusera på kartläggning och en större analytisk ståndpunkt har inte lagts an, av anledningen att främja användbarhet, så rapporten kan vara till hjälp för kommunerna, regionen och i slutändan även medborgarna.

2. Samsjuklighetsutredningen

”Från delar till helhet- en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.” (SOU 2021:93)

I november 2021 lämnades delbetänkandet *Från delar till helhet- En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* över till regeringen av den tillsatta utredningsgruppen. Utredningens uppdrag var att föreslå hur samordnade insatser gällande vård, behandling och stöd kan säkerställas för individer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Som särskild utredare förordnades jur.kand. Anders Printz. Som sakkunniga i utredningen förordnades tre departementssekreterare.

I detta uppdrag har det bland annat ingått att analysera och lämna förslag för att förbättra samverkan för personer med samsjuklighet mellan huvudmän och verksamheter, samt se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret kan samlas hos en huvudman.

Syftet är att man således kan bidra till att insatserna för de berörda individerna blir mer samordnade, personcentrerade och behovsanpassade (SOU 2021:93).

Datainsamling i utredningen skedde inledningsvis genom intervjuer med personer som har erfarenheter av samsjuklighet. Regeringen utsåg sedan en expertgrupp som löpande lämnade synpunkter till utredningen. Utredarna har därefter på eget initiativ knutit en vetenskaplig referensgrupp till arbetet. Denna grupp har haft i uppgift att bistå med forskningsunderlag och ge ett vetenskapligt perspektiv på analyserna, bedömningarna och förslagen. Dessa grupper har träffats vid sex tillfällen och mellan träffarna lämnat skriftliga synpunkter (SOU 2021:93).

Vissa delar av arbetet är även genomfört i samarbete med Experio Lab, vilket är en samverkan mellan flera regioner och kommuner. Samarbetet har omfattat djupintervjuer och workshops med personer med samsjuklighet och deras anhöriga, reflektion och analys med medarbetare i kommuner och regioner kring vilka förändringar som krävs. Det har även genomförts ett test av ett av förslagen i en workshop med ledningsfunktioner i regioner och kommuner, medarbetare, personer med samsjuklighet och anhöriga. Detta test fokuserade på förslaget om en samordnad vård och stödverksamhet. Genom testet fick utredarna underlag för att kunna bedöma vad som kan vara genomförbart och vilka förarbeten som krävs för att reglerna ska kunna tillämpas (SOU 2021:93).

Utredarna har även sammanställt tidigare utredningar, rapporter och statistik, samt gjort en kartläggning av insatser i kommuner, regioner och privata verksamheter. Syftet med kartläggningen var att få en redovisning av vilka insatser som ges och hur vården samt det sociala stödet organiseras. Det har även gjorts en jämförelse mellan det svenska systemet och de övriga nordiska länderna men även Australien, Kanada och England (SOU 2021:93).

2.1 Tio bärande delar

Utredningens slutsats är att det krävs en genomgripande reform, av insatserna till personer med samsjuklighet. Detta förutsätter även att huvudmannskapet förändras. Denna reform består av tio bärande delar som presenteras nedan. De tio delarna är hämtade från samsjuklighetsutredningen (SOU 2021:93, s.21-22):

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.

2.2 Förändring av ledning

Utredningen fastställer att insatserna för personer med samsjuklighet ges på ett utspritt sätt som många gånger gör att det uppstår mellanrum mellan olika verksamheter. Insatsernas mål utgår ofta från verksamhetens uppdrag och inte från personens samlade behov.

En reformering av detta system förutsätter en förändring i ledning och styrning på alla nivåer och i alla verksamheter. Utredningen visar exempelvis att verksamheterna många gånger endast strävar efter att uppnå drogfrihet och därmed blir de andra målen som verksamheten ska uppnå bortglömda. Därför är det av stor vikt att styrningen i högre grad involverar målgruppen och samtidigt ger utrymme för medarbetarnas engagemang och kunskap.

Utredarna konstaterar även att styrningen inom detta område utgår från uppdrag som är snävt definierade snarare än dem som verksamheten faktiskt är till för. Ett exempel på detta är kraven på drogfrihet under en viss period för att individen ska få vissa insatser (SOU 2021:93).

2.3 Ansvar

Inriktningen i utredningen är att hälso- och sjukvården ska ansvara för medicinsk och psykologisk behandling på alla vårdnivåer för samtliga psykiatriska diagnoser och då även skadligt bruk och beroende. Det ska även vara hälso- och sjukvårdens ansvar att behandla alla psykiatriska sjukdomstillstånd på ett samordnat sätt och inte ställa krav på drogfrihet.

Även skadereducerande insatser för de som brukar narkotika ska erbjudas oftare än idag och ska ses som en del av regionens ansvar. Utredningen föreslår även att hälso- och sjukvårdsinsatser vid vistelse på HVB ska vara ett ansvar för hälso- och sjukvården (SOU 2021:93).

Utredarna föreslår vidare att kommunerna fortfarande ska ha ett ansvar för förebyggande arbete, stärka individens funktionsförmåga och resurser och möjligheter och resurser att kunna stötta individen i sitt självständiga liv. Huvudargumentet för detta förslag är att behandlingen för personer med samsjuklighet måste ges samlad och att uppdelningen mellan olika huvudmäns ansvarsområden motverkar detta (2021:93).

3. Teoretisk referensram

3.1 Organisatoriska mellanrum

Begreppet *organisatoriska mellanrum* är ett begrepp myntat av Mats Tyrstrup, forskare på Handelshögskolan i Stockholm. I rapporten *I välfärdsproduktionens gränsland – Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg* (2014) som är framtagen som en del i forskningsprogrammet Uppdrag Välfärd lyfter han fram begreppet. När de organisatoriska mellanrummen uppstår faller medborgare mellan stolarna och begreppet används i denna rapport för att belysa riskerna – men också möjligheterna som kan komma att uppstå i mellanrummen.

I dagens välfärdssystem (2023) innefattas myndigheter, departement, patientföreningar, enskilda sjukhus, fack- och arbetsgivarorganisationer, och många andra enheter och verksamheter. I och med detta finns regler och lagar samt befogenheter att ta hänsyn till. Dels finns en vertikal ledning som ska samverkas med utifrån ett verksamhetsperspektiv och även tas i beaktning, samt en horisontell ledning och samverkan. I den nuvarande välfärdssektorn är det den vertikala ledningen som sätter gränser och förutsättningar för den horisontella samordningen, när det är i de horisontella verksamheterna som det faktiska arbetet med brukaren – som välfärden finns till för – sker (Tyrstrup, 2014, s. 55).

Tyrstrups (2014, s. 16) ansats i rapporten är att välfärden bör betraktas ur ett arbetsorganisatoriskt perspektiv och menar att *organiseringen* av välfärden måste förändras för att kunna vara den tjänstesektor för medborgaren som den i Sverige bör vara. En organisering som möjliggör att ledningen ska finnas tillgängliga som stöd, inte ensidigt styrande. Till syvende och sist är det i välfärdens vardag som det operativa arbetet utförs, mellan bland annat sjuksköterskor och patienter eller lärare och elever.

I och med att Tyrstrup (2014) i rapporten likställer välfärdssektorns olika verksamheter som arbetskraftsintensiva tjänster, blir därmed organiseringen av välfärdssektorn och utförandet av olika arbetsuppgifter själva värdeskapandet. Dessutom är det vanligt förekommande att olika verksamheter utbyter information och kunskaper sinsemellan, mellan olika professioner och enheter. Detta gör samordning och samverkan till en av nyckelfaktorerna för en lyckad välfärdssektor. Tyrstrup (2014) tar upp två huvudsakliga orsaker till att samverkan inom välfärdssektorn ibland misslyckas: det ena är att stora organisationer såsom sjukhus antas vara stora organisationer i industriell mening men som inte för den sakens skull är det, vilket påverkar sätten att försöka styra och vidare även konsekvenserna som styrningen får. Det andra är att ansvarsgränser och organisationstillhörigheter inte är utformade på det sätt som behövs i det operativa arbetet för den enskilde medborgaren. Det medför att medborgare slussas runt mellan olika instanser, ett exempel är vårdkarusellen. När denna samverkan brister och de värdeskapande tjänsterna uteblir eller fallerar, dels i den vertikala styrningen och ledningen, men även i samverkan i den horisontella strukturen verksamheter sinsemellan, uppstår de organisatoriska mellanrummen. De organisatoriska mellanrummen innebär att välfärdssektorn misslyckas med vad de finns till för – medborgarens bästa.

Det är i det vardagliga livet som välfärden finns, i parkerna vi promenerar genom, i vården som hemtjänsten utgör och i missbruks- och beroendevården som finns för att hjälpa våra

sjuka i samhället. Tyrstrup (2014, s. 31) pekar på det svåra i att finna en balans mellan generella riktlinjer och insatser som behövs vid specifika situationer, eller kanske rutiner som går att använda vid specifika situationer. När detta listats ut finns goda förutsättningar till att bra värdeskapande med hög kvalitet och säkerhet inom välfärdssektorn kan existera. Tyrstrup (2014) poängterar vikten av att välfärdssektorn bör analyseras ur ett tjänsteperspektiv för att detta ska kunna uppstå, eftersom det som är bra förutsättningar för arbetaren kommer att speglas och bli det som är bra för medborgaren.

Som nämnts tidigare så finns *möjligheter* att hitta i de organisatoriska mellanrummen, att kunna omorganisera i välfärdssektorn. Tyrstrup (2014, s. 33) lägger tyngd vid att allt värde inom välfärdssektorn skapas genom integrering, integrering såsom bra samverkan och samordning eftersom värdeskapandet växer när de olika verksamheterna samverkar väl med varandra. Tyrstrup (2014) menar att när fokus läggs på att skapa en bra integrering verksamheter emellan, genom möten, tydlig kommunikation och förmedling kring vad man förväntar sig av den andra parten skapas i slutändan de helheter som välfärdssektorn erbjuder till medborgarna och till de som arbetar inom välfärden. Helheterna som utgörs i bemärkelsen ”de samproducerade tjänsterna och deras resultat och effekter.” (s. 33). För att få till en lyckad integrering, tar Tyrstrup (2014) upp två primära logiker. Den första logiken, som är aktuell och tillämpningsbar både inom den privata och offentliga sektorn, bygger på att *dela upp*. Om människor kan fokusera på ett visst antal uppgifter och bli specialister på dessa, leder det till större effektivitet. Befogenheter och ansvar delas först upp för att sedan kategorisera in olika uppgifter inom varje område. De som arbetar inom respektive område förvärvar mer kunskap och kompetens när de har ett visst antal uppgifter de ska utföra, djup kunskap och kompetens istället för bred, vilket även blir mer tidseffektivt. Personalen behöver, vid omorganiseringar, inte heller förvärva en helt ny kunskap inom ett visst arbetsområde utan kan utbyta erfarenheter och information på ett effektivare sätt när det finns expertkunskap att ta del av. Tyrstrup (2014, s. 34) kallar denna logik för den hierarkiska modellen. Om den hierarkiska modellen tillämpas, kommer uppdelningen att utgöra grunden för organiseringen. Gränsdragningar blir därmed viktigt, vem som ansvarar för vad och att alla är införstådda med det.

Den andra logiken som ska skapa en bra integrering, kan sägas handla om det motsatta. *Att foga samman*. Tyrstrup (2014, s. 35) beskriver att styrkan i denna logik finns i att sammanställa olika specialister med expertkunskaper och olika arbetssätt till en tjänsteleverans. Området, arbetsuppgiften eller enheten blir inte ensam ett starkt fundament till en god integrering, utan det utgörs snarare av relationerna människorna emellan. Ett bra samarbete och förmågan att kunna samverka på ett okomplicerat sätt blir utgångspunkten för hur pass stora värden som skapas och hur pass produktivt det görs. Bra relationer lägger grunden för att samproducera ”helheten”. Tyrstrup (2014, s. 35) menar att denna logik kan kallas för nätverks- och projektmodell.

De olika modellerna kan skapa bättre integrering under vissa förhållanden och mindre bra under andra. Inom välfärdssektorn passar (oftast) nätverks- och projektmodellen bättre, eftersom det operativa arbetet inte sällan är situationsanpassat, och den hierarkiska modellen är konstruerad för verksamheter som till största delen går på rutin.

4. Gällande rätt

Under kommande avsnitt följer en förklaring av den aktuella gällande rätten inom ämnesfären psykisk ohälsa och missbruk- och beroendevård. Gällande rätten redogör för det regelverk omfattat av lagar och bestämmelser gällande vård, behandling, stöd och huvudmannans ansvar vilka styr arbetet med psykisk ohälsa och missbruk- och beroendevård. Avsnittet är fördelat på tre underavsnitt:

- Hälso- och sjukvård
- Socialtjänst
- Samverkan vid samsjuklighet

4.1 Hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, avser hälso- och sjukvården åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § HSL). Det primära målet med hälso- och sjukvården är att ge vård och upprätthålla en god hälsa för hela landets befolkning där alla ställs inför lika villkor, vården ska även ges med hänsyn och respekt för alla människors lika värde och individens värdighet (3 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvården är uppbyggd på sådant sätt att sjukvårdshuvudmännen har som skyldighet att erbjuda vård, och inte som en rättighet för individen att mottaga vård. En individ med behov av missbruks- och beroendevård kan inom hälso- och sjukvården bland annat få insatser i form av somatisk vård, psykiatrisk vård, abstinensvård samt läkemedelsassisterad behandling (Prop. 2012/13:77). Enligt socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, bör det vid vårdhem som ger behandling åt individer med alkohol- och narkotikamissbruk eller andra flyktiga lösningsmedel finnas läkare med områdesspecifika kunskaper till förfogande. Det bör även finnas psykologisk expertis att tillgå med som resurs (2 kap. 6 § SoF).

Hälso- och sjukvård kan erbjudas på två sätt, som öppen eller sluten vård. Sluten vård avser de patienter som vårdas som intagna på en vårdinrättning. Öppen vård skiljer sig från den slutna och är en annan typ av hälso- och sjukvård än den slutna vården (2 kap. 4 & 5 §§ HSL). Hälso- och sjukvården ska vara lätt att nå för samtliga individer som söker hjälp. Med lätt att nå åsyftas särskilt de geografiska förhållandena, men även mottagningarnas öppettider, jourtjänstgöring samt köer inom hälso- och sjukvården (Prop. 1981/82:97). Landstinget har ansvaret att organisera primärvården så att alla individer som är berättigade hälso- och sjukvård kan välja utförare av de erbjudna tjänsterna samt få möjlighet till att välja en bestämd läkarkontakt (7 kap. 3 § HSL).

Landstinget ska tillhandahålla och erbjuda samtliga berättigade medborgare inom sitt geografiska ansvarsområde, vilket i regel avser dem som är bokförda i landstinget, en god hälso- och sjukvård. I somliga fall ska personer som inte är bosatta i landstinget ändå erbjudas hälso- och sjukvård i det landstinget de befinner sig inom, landstinget har en skyldighet att erbjuda öppenvård åt personer som ingår i ett annat landstings ansvarsområde. Ifall landstingen emellan har en överenskommelse, om det gäller akutvård eller i de fall det gäller nationell högspecialiserad vård så ska personer bosatta i ett annat landsting ändå erbjudas vård (8 kap. 1-3, 4 & 5 §§ HSL). Enligt kommunallagen (2017:725) ska landsting inte arbeta eller ta hand om

ärenden som ett annat landsting, en annan kommun, staten eller annan aktör ansvarar för (2 kap 2 § kommunallagen).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommunerna erbjuda god hälso- och sjukvård åt medborgare, efter kommunens egen bedömning och beslut, som bor på speciella hem för äldre eller personer med funktionsvariationer samt för de personer som vistas i dagverksamhet (12 kap 1 § HSL). Viktigt att urskilja i kommunens ansvarsområde är att den inte inkluderar hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap 1-3 §§ HSL). Enligt kommunallagen (2017:725) ska kommuner inte arbeta eller ta hand om ärenden som ett annat landsting, en annan kommun, staten eller annan aktör ansvarar för (2 kap. 2 & 9 §§ Kommunallagen).

4.2 Socialtjänst

I Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår det att socialtjänsten ansvarar för missbruksvården. Socialnämnden som är det politiskt tillsatta organ som ansvarar över kommunens socialtjänst ska förebygga och motarbeta missbruk i sitt dagliga arbete. Socialnämnden ska även vara verksamma och engagerade i omsorgen för att varje enskild individ med missbruks- och beroendeproblem ges den vård och hjälp som hen är i behov av för att ta sig ur missbruks- och beroendeproblemet (3 kap. 7 § & 5 kap. 9 § SoL). De individer som på egen hand inte kan försörja sina enskilda behov eller inte kan få de tillgodosedda på alternativt sätt är berättigade bistånd i form av försörjningsstöd av socialnämnden (4 kap. 1 § SoL).

Ansvaret för vård och behandling för psykisk hälsa i den grad det utgör en sjukdom ligger på hälso- och sjukvården, Socialtjänsten har inget bestämt ansvar för vård och behandling av psykisk hälsa liknande det ansvar som rör vård och behandling av missbruk och beroende (Jfr 2 kap. 1 § HSL). Via socialtjänsten har däremot kommunen det främsta ansvaret för att upprätthålla att individen får den hjälp och stöd som är nödvändigt och som individen behöver, det ska dock inte inskränka på det ansvaret som ligger på andra huvudmän (2 kap. 1 § SoL). Insatser som socialtjänsten bland annat kan bistå med till personer med psykisk ohälsa är boendeinsatser, boendestöd, kontaktpersoner och daglig sysselsättning.

4.3 Samverkan vid samsjuklighet

Vid vård och behandling av individer med samsjuklighet har båda huvudmännen ett ansvar för att i tidigt skede identifiera samsjukligheten, de ska även garantera att behandlingen sker jämlöpande och samordnad. Samsjuklighet får aldrig vara en anledning till att individen inte får vård, rätt vård eller att vård och behandlingen dröjer utom rimlig tid (*Överenskommelse om samarbete för personer med psykisk- och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning samt för individer med missbruk/beroende av alkohol, droger och spel, 2020*). Se vidare avsnitt 4.3 för en utförligare beskrivning av samverkan vid samsjuklighet i Norrbotten.

5. Handlingsplan

Under följande avsnitt kommer Region Norrbotten och Norrbottens Kommuners ”*Handlingsplan för samverkan gällande missbruk och beroendevården i Norrbottens län*” (2021) presenteras och brytas ner för att tydliggöra deras samverkan och arbete för att ingen med samsjuklighet ska falla mellan stolarna. Handlingsplanen fungerar som handledning för en optimal extern och intern samverkan inom huvudmännens ansvarsområden och grundas på ”*Överenskommelsen om samarbete för personer med psykisk- och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning samt för individer med missbruk/beroende av alkohol, droger och spel*” (2020).

Handlingsplanen berör barn, unga och vuxna som lider av missbruks- och beroendeproblematik som är i behov av vård och insatser från hälso- och sjukvård samt socialtjänst, skola och elevhälsa. I kommande avsnitt kommer endast handlingsplanens handledning för vård, behandling, arbete och samverkan gällande vuxna att belysas (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).

5.1 Syfte och mål med handlingsplanen

Enligt gällande rätt inom området för vård och insatser till vuxna, barn och unga med missbruks- och beroendeproblematik är ansvaret fördelat mellan huvudmännen samt internt inom de respektive huvudmännen. Ansvarsfördelningen riskerar att skapa organisatoriska gråzoner där patienten slussas mellan olika huvudmän, inrättningar och insatser.

Syftet med handlingsplanen är att den mellan 2021-06-01 till 2025-06-01 ska fungera som en framarbetad och fungerande vägledning för hur samverkan mellan huvudmännen och deras respektive verksamheter för vård och insatser vid missbruk och beroende bör se ut. Vid behov ska handlingsplanen revideras för att anpassas efter förändrade omständigheter och omgivning (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).

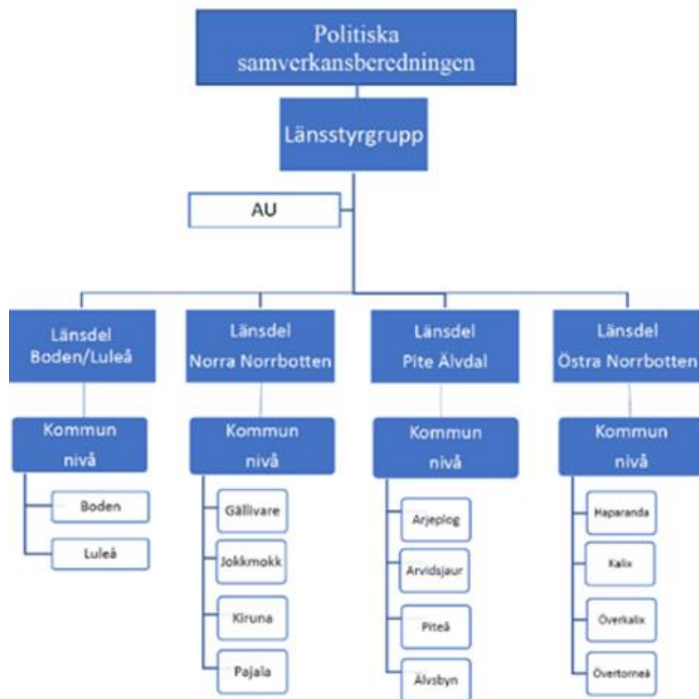
Handlingsplanen (2021) utgörs av två huvudsakliga mål för samverkan mellan huvudmännen, målen är följande:

”Att handlingsplanen utgör ett underlag som stödjer samverkan och samordning mellan aktörerna för att varje patient/brukare (individ) ska få vård och insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap.”

”Att handlingsplanen tydliggör behovet av åtgärder som kan minska missbruk och beroende bland barn, unga och vuxna.”

5.2 Organisationsstruktur

För samverkan i gemensamma frågor och beslut har Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten tillsammans en fastställd struktur, i form av en geografiskt indelad funktionsorganisation, där samverkan sker på politisk- och tjänstemannanivå. Utifrån organisationschemat nedan synliggörs regionernas och kommunernas samordning för samverkan på läns-, regional, länsdels- och lokal nivå (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).



(Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021)

Organisationsstrukturen är geografisk indelad i länsdels- och kommunalnivå för att underlätta och förbättra samverkan mellan samtliga instanser. Länsdelarna och kommunernas förutsättningar i samhällsstruktur, geografiskt läge och demografi varierar stort mellan varandra vilket skapar olika förutsättningar i vård och insatser vilket leder till större krav på samverkan mellan vissa kommuner och länsdelar. I de fall då samverkan brister eller inte går att verkställa enligt plan mellan huvudmännen ska en avvikelserapportering göras. Avvikelserapporteringen ligger även som grund för det kontinuerliga förbättringsarbetet och revisionen av handlingsplanen för att uppnå en så optimal handlingsplan som möjligt utifrån samtliga kommuners förutsättningar (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).

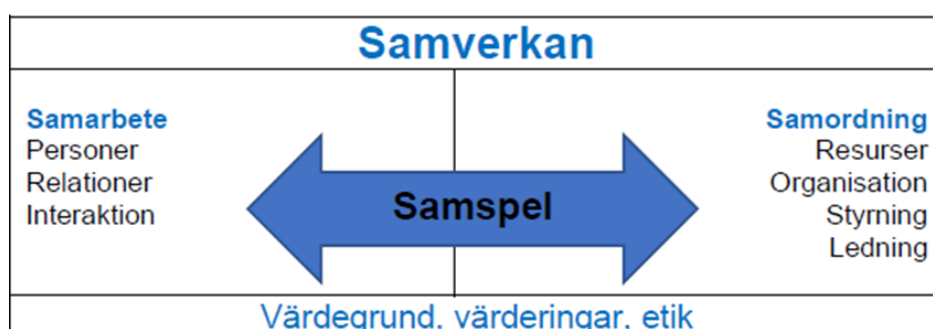
5.3 Samverkan

I den gemensamma handlingsplanen används begreppen *samverkan*, *samarbete* och *samordning* på olika sätt och definieras därmed på olika sätt. *Samarbete* innefattar den mellanmänniska relationen mellan och kring den enskilda individen. *Samordningen* syftar till strukturerna för att upprätthålla ett samarbete, samordningen innefattar bland annat generella rutiner och arbets- och ledningsgrupper för principiella frågor. *Samverkan* fungerar som ett samlingsbegrepp som utgörs av begreppen *samarbete* och *samordning* och, utifrån definition, dess implikation. Utifrån en förstärkt ansvarsfördelning och tydliga uppdrag produceras fungerande förutsättningar för att en god och trygg vård samt stöd och omsorg för individen upprätthålls. Genom samverkan utvecklas även samarbetet mellan aktörerna vilket bidrar till att resursfördelningen effektiviseras och används korrekt. Det huvudsakliga målet med samverkan är att möta och tillfredsställa individens behov av en trygghetskänsla, kontinuitet, koordinering och garanterad säkerhet (Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner, 2020).

Vid samverkan mellan huvudmännen och samverkan mellan verksamheter som arbetar under samma huvudman ska *Lagstiftningen för samordnad individuell planering* (SIP) tillämpas.

SIP är ett arbetssätt vars syfte är att stödja och förstärka individens inflytande, delaktighet och hens rättighet till självbestämmande. För att samverkan ska fungera på bästa och tänkta sätt är det en förutsättning att de olika huvudmännen ömsesidigt litat på att respektive verksamhet prioriterar sitt arbete med att utföra sina tilltänkta åtaganden och arbetet med att åstadkomma bästa potentiella utfall för individen. I de fall det sker en förändring eller omorganisering som kan tänkas påverka samverkan, samverkanspartners verksamhet eller individen har verksamheten som genomgår förändringen eller omorganiseringen en skyldighet att inom skälig tid informera de andra berörda verksamheterna om förändringen eller omorganiseringen (Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner, 2020).

Modellen nedan visualiserar samspelet mellan samarbete och samordning och hur dessa är beroende av varandra för att skapa en optimal samverkan som är framgångsrik på lång sikt.



(Samverkan i re/habilitering – en vägledning, Socialstyrelsen, s. 31)

5.4 Kunskapsstyrning

Handlingsplanen och Norrbottens Kommuner arbetssätt grundar sig i det nationella systemet för kunskapsstyrning som de delar med övriga regioner i Sverige (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021). Staten har tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) signerat en överenskommelse för att arbeta fram personcentrerade och samlade vårdförlopp för ett antal olika sjukdomsområden. Syftet med överenskommelsen är att utforma en jämlik vård som håller hög kvalitet över hela landet. Arbetet med vårdförloppen ska ta avstamp i moderna, evidensbaserade och pålitliga kunskapsstöd samt stödja sig på bästa tillgängliga kunskap (SKR, 2022). Den nationella kunskapsstyrningen bidrar till att kvalitetssäkrad kunskap förmedlas och nyttjas, för att styrningssystemet ska fungera på ett optimalt och effektivt sätt krävs det en samverkan mellan aktörer på alla nivåer samt en växelverkan mellan samtliga av huvudmännen. Det huvudsakliga målet med kunskapsstyrningen är att reducera skillnaderna inom vården och de insatser som erbjuds, både regionalt och nationellt för att vårdsökande individer skall få den vård och insatser som krävs utifrån den lämpligaste kunskapen som är tillgänglig oavsett vilken region den vårdsökande söker vård inom (SKR, 2022).

5.4.1 Nationell-, regional- och lokalnivå

Den nationella kunskapsstyrningen är uppdelad i tre nivåer med programområden inom respektive nivå: *Nationell nivå med nationella programområden (NPO)*, *Sjukvårdsregional nivå med regionala programområden (RPO)* och *Lokal nivå med lokala programområden (LPO)*, även kallad *länsregional nivå*.

5.4.1.1 Nationellt programområde (NPO)

Det finns 26 nationella programområden, förkortat NPO, som vardera styr kunskapsstyrningen inom sitt respektive verksamhetsområde. Varje NPO består av arbetsgrupper, NAG (nationella arbetsgrupper), som utgörs av experter med tillämplig och bred kompetens inom respektive område samt representanter från varje sjukvårdsregion (Kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, 2022). NAG leder kunskapsstyrningen inom respektive område, de ansvarar för att arbeta fram och utveckla de nationella vård- och insatsprogrammen (VIP). Underlaget och kunskapsstoffet som utvecklas och arbetas fram på nationell nivå ska fungera som ett stöd för samverkan samt stärka den mellan regioner och kommuner (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).

5.4.1.2 Nationellt programområde psykisk hälsa

I de 26 nationella programområden återfinns NPO Psykisk hälsa inom vilket både regionerna och kommunerna är delaktiga. Området Psykisk hälsa sträcker sig från främjande och förebyggande insatser till högspecialiserad vård där barn, vuxna och äldre är inkluderade. Den huvudsakliga uppgiften är att tillsammans styra och koordinera kunskapsstyrningen inom området psykisk hälsa vilket innefattar att påbörja behovs- och GAP-analyser samt att analysera behovet av utveckling inom kunskap och kunskapsstöd (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).

5.4.1.3 Regionala programområden (RPO)

Det nationella programområdets system återspeglas i de sex sjukvårdsregionerna som finns i Sverige. På den sjukvårdsregionala nivån är det regionala programområdet, RPO, verksamhetsområde och utgörs av regionala arbetsgrupper, RAG. Inom området Psykisk hälsa samverkar de fyra norra regionerna i ett regionalt programområde där representanter från kommunerna ingår i arbetsgruppen (Norra sjukvårdsregionförbundet, 2022). Det regionala programområdet har i uppgift att utreda och utföra behovsinventeringar samt föra frågor uppåt för den nationella samverkan. De ska likaså utarbeta data och underlag, och ifall nödvändigt anpassa och forma sjukvårdsregionala användningar av frambringade data och underlag samt bistå i arbetet med spridning och implementering (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).

5.4.1.4 Lokala programområden (LPO)

Inom regionerna finns pågående uppbyggnader av kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård med avstamp i det nationella programområdet och dess struktur. I Region Norrbotten pågår uppstarten av ett lokalt programområde, LPO, inom området Psykisk hälsa med en avsedd lokal arbetsgrupp som ska arbeta med vård- och insatsprogram och vårdförlopp. För att den nationella kunskapsstyrningen, de nationella riktlinjerna för vård- och insatsprogram ska nå medarbetarna, samordnas och implementeras i önskad utsträckning och fart har det lagts stor vikt vid samverkan mellan region Norrbotten och länets kommuner. Det lokala programområdet, LPO, med stöd av de lokala arbetsgrupperna, LAG, har engagemang i arbetet med kunskapsstyrningen, de ska vara aktiva i implementeringen av policys, vårdprogram och övriga nationellt utarbetade kunskapsunderlag (Region Norrbotten & Norrbottens Kommuner, 2021).

6. Metod

I denna utredning har dels en kvantitativ metod i form av enkäter, dels en kvalitativ metod-ansats i form av semistrukturerade intervjuer använts. Valet av metoder bestämdes utifrån vad som ansågs vara mest lämpligt. Eftersom uppdraget i stort är en kartläggning ansågs en kvantitativ metod där statistik över samtliga kommuners resurser och antal individer som vårdas och behandlas i deras öppenvård samt på behandlingshem som en lämplig metod att inleda kartläggningen med (Bryman, 2018). Valet att senare i arbetet även inkludera en kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer med en enskild person och en fokusgrupp har haft till syfte att fördjupa undersökningen ytterligare och därmed ta emot åsikter och erfarenheter av samverkan och resursåtgången från anställda med en mellan- och chefsposition i de berörda kommunerna.

6.1 Enkät

För att samla in statistiken som kommunerna själva fört över deras vård och behandling skickades en digital enkät ut till länets individ- och familjeomsorgschefer. Urvalet av de tillfrågade utfördes av våra kontaktpersoner på Norrbottens Kommuner då dessa dels har ett nära samarbete, dels blev de personer som besitter rätt kunskap och underlag tillfrågade för att minimera risken för bortfall bland dem svarande. Trots en kort tidsram var det 8 av 14 kommuner som besvarade enkäten och försedde oss med värdefull statistik till kartläggningens ändamål. Enkäten skapades och distribuerades av oss via det digitala enkätprogrammet EvaSys. Enkäten skickades ut till 14 kommuner. Enkät hade till syfte att samla in den numeriska informationen till kartläggningen som exempelvis hur många personer som sökt hjälp hos kommunen för missbruks-och/eller beroendeproblematik under det gångna året 2022.

6.2 Intervjuer

I samband med avslutningen av planeringen och i uppstarten av kartläggningen insåg vi tillsammans med handledare och kontaktpersoner att endast ett numeriskt underlag i form av statistik inte skulle räcka för att utreda den verkliga resursåtgången och arbetet regionen eventuellt kommer att ta över. Statistik berättar inte alltid hela sanningen utan att riskera att personerna bakom glöms bort (Bryman, 2018). I samband med att den digitala enkäten skickades ut genomfördes även den första semistrukturerade intervjun med hjälp av en intervjuguide. Denna guide framställdes tillsammans med kontaktpersoner på Norrbottens Kommuner. Vid det första tillfället intervjuades en tjänsteperson som besitter en chefsroll i en av de tillfrågade kommunerna. Syftet med denna intervju var att få en uppfattning om i vilken utsträckning samverkan fungerar idag, hur arbetet fortgår samt fånga åsikterna, förväntningarna och kraven på den framtida samverkan med regionen vid en eventuell omorganisering. Den andra intervjun som hölls tog en annan metodansats, vid detta tillfälle hölls intervjun med en fokusgrupp bestående av tre representanter från samma kommun som arbetar med missbruks- och beroendevård på olika nivåer och befattningar. Syftet med att, utöver den enskilda intervjun, hålla en fokusgruppsintervju var att som Alan Bryman (2018) beskriver, att föra och fånga diskussionerna kring ett visst ämnesområde, i detta fall synen på samverkan och förutsättningarna för en

smidig och genomförbar omorganisering. Valet av att använda sig av två metoder i intervjuerna skapade en nyanserad lägesbild över samverkan och resursåtgången samt fångade kommunernas medarbetares förhoppningar inför framtiden.

Samtliga intervjuer genomfördes via den digitala tjänsten Microsoft Teams, detta eftersom det lämpade sig bäst med tanke på avstånd och intervjupersonernas andra åtaganden. Det blev även det naturliga valet eftersom kommunerna idag är vana att kommunicera digitalt, särskilt efter Coronapandemin som tvingade organisationer och verksamheter till en digital anpassning. Under båda intervjuerna hade samtliga deltagare kamera och mikrofon på och intervjuerna i sin helhet spelades in, med samtycke från intervjupersonerna. I viss mån kan en del av det kommunikativa försvinna i en digital intervju då det är svårare att uppmärksamma kroppsspråk, uttryck och dylikt. I och med att kameran alltid var påslagen och intervjuerna fortlöpte utan problem med tekniska hjälpmedel anser vi att intervjupersonerna fick uttrycka sig utan vidare problem (Bryman, 2018).

Intervjuerna transkriberades sedan för att underlätta i analysen och kunna utröna olika teman som framgick under intervjuerna.

Den begränsade tiden och ett antal helgdagar under arbetsperioden ledde till en svårighet att komma i kontakt med fler intervjupersoner. Kartläggningen hade kunnat bli mer övergripande om alla berörda kommuner hade haft möjligheten till att medverka i intervjuerna och delta i enkäten. Att inte alla kommuner hade möjlighet har vi däremot full förståelse för.

7. Resultatredovisning

I kommande avsnitt kommer resultat från det insamlade underlaget att redovisas. Först redovisas den numeriska kartläggningen över Norrbottens kommuners behandlingsmetoder, antal individer som sökt respektive erhållit vård, dokumentation av drogfrihet och behandlingshems placeringar. Efter den statistiska redogörelsen kommer en analys av intervjupersonernas åsikter och perspektiv rörande sitt dagliga arbete samt framtida förhoppningar och utmaningar på den (troligtvis) kommande omorganiseringen att presenteras.

7.1 Resultat av den numeriska kartläggningen

Under tidsperioden 1 januari till 31 oktober 2022 sökte totalt 527 individer vård för missbruk och beroende hos socialtjänsten och kommunens öppenvård i åtta av fjorton av länets kommuner. Av de 527 individer som sökte hjälp hos kommunerna vårdades och behandlades endast 480 individer. Att siffrorna mellan de som sökt hjälp och vård och de som faktiskt mottagit hjälp och vård skiljer sig åt kan bero på flera faktorer, individen kan ha valt att dra tillbaka sin förfrågan om vård, socialtjänsten har beslutat att vård inte anses nödvändigt eller att individen faller under annan huvudmans ansvar.

Tabell 1 redovisar antalet individer som behandlats under evidensbaserade behandlingsmetoder som erbjuds av socialtjänsten. Tabellen synliggör stora skillnader i antalet individer som behandlats med evidensbaserade behandlingsmetoder, de mest förekommande behandlingsmetoderna som flest individer behandlats med är Återfallsprevention, 12-stepsprogrammet, Motiverande samtal och stödsamtal på öppenvård. Utöver de angivna evidensbaserade behandlingsmetoderna som benämns under tabell 1 så har NECT (Narrative enchancement and cognitive therapy) använts i en av de åtta kommunerna där fem individer behandlats med denna typ av evidensbaserad metod. Det förekommer även individbaserad KBT där 30 individer behandlats med samt förstärkt med kontaktperson som åtta individer behandlats med. I en av kommunerna arbetar även två behandlare med intensivt stöd där en av deras arbetsuppgifter är att arbeta med motiverande samtal och uppsökande för individer som kommer till öppenvården för att dokumentera drogfrihet (se vidare Bilaga 1 för begreppsförklaringar).

Tabell 1. Antal individer som behandlats under respektive behandlingsmetod under 2022.

Antalet individer under respektive behandlingsmetod är summerade för samtliga åtta kommuner som medverkat i kartläggningen. Individer kan ha erhållits fler än en behandlingsmetod under given period och enstaka individer som påbörjat en behandlingsmetod under de senare månaderna 2021 kan förekomma i summeringen.

Behandlingsmetod:	Antal individer:
CRA (Community Reinforcement Approach)	71
ÅP (Återfallsprevention)	137
HAP (Haschavvänjningsprogrammet)	4
MET (Motivational Enhancement Therapy)	2
CM (Case Management)	5
ACT (Assertive Community Treatment)	0
12-stepsprogrammet	144
Motiverande samtal (MI)	199
Stöd till närstående (ex. Craft, individuella stödsamtal)	60
Stödsamtal på öppenvård	117
Totalt	739

Under 2022 använde fem kommuner sig av gruppbehandlingsmetoder i öppenvården vid vård och behandling av individer med missbruk- och beroendeproblematik. I två av de åtta kommunerna finns inga gruppbehandlingar i öppenvården, i en kommun köps de in från privata aktörer vid behov och i en förekommer gruppbehandling endast på behandlingshem, då i form av 12-stepsgrupp. Under tabell 3 framgår antalet individer som fått vård på ett behandlingshem för sitt missbruk och beroende.

Tabell 2. Gruppbehandlingsmetoder som erbjuds och används i kommunerna

Tabellen avser de gruppbehandlingsmetoder som var aktuella, erbjudits och används under 2022 i de åtta svarande kommunernas öppenvård. I vissa kommuner har det förekommit mer än en gruppbehandlingsmetod medan de i vissa kommuner inte förekommit alls.

Gruppbehandlingsmetod:	Antal kommuner:
12-stepsgrupp	4
Anhöriggrupp	2
Motivationsgrupp	2
ÅP (Återfallsprevention)	1
CRA (Community Reinforcement Approach)	1

Tabell 3. Antal individer som fått vård på behandlingshem

Tabellen avser det antal individer som fått vård på behandlingshem under 2022, enstaka individer har påbörjat sin vård på behandlingshem under 2021.

Vård på behandlingshem:	Antal individer:
HVB (inklusive familjehemsplacering)	98
LVM (inklusive LVU för personer över 18 år)	10
Totalt:	108

Slutligen har numeriska uppgifter för antalet tillfällen dokumentation av drogfrihet, i form av urin. Saliv- och utandningsprov, samlats in. Materialet ger en uppskattad bild över antal dokumentationer som skett under den givna tidsperioden. Den bör användas som en fingervisande bild då endast fyra av åtta kommuner hade (uppskattade) uppgifter över dokumentationstillfällena. Kommun ett hade noterat 120 dokumentationer av drogfrihet, kommun två 20 stycken, kommun tre 1299 stycken och kommun fyra 1634 stycken. Totalt mellan dessa fyra kommuner har 3073 dokumentationer av drogfrihet gjorts under tidsperioden 31 januari till 31 oktober 2022.

7.2 Intervjuanalys

Under följande avsnitt presenteras olika problemområden som framkommit under intervjuerna angående den eventuella omorganiseringen av missbruks- och beroendevården. Både nutida problem samt framtida problem gällande arbetet i missbruks- och beroendevården presenteras. De problemområden som identifierats kopplas även till det teoretiska ramverket.

7.2.1 Bristande ansvar

I handlingsplanen och överenskommelsen framgår det vilken huvudman som har ansvar över respektive arbetsområde när det kommer till beroende- och missbruksvården samt samsjuklighet. I intervjuerna framgår det att tjänstepersonerna inom kommunerna anser att de gör (för) mycket arbete, och i flera fall får de utföra arbetsuppgifter som regionen egentligen ansvarar för.

IP 1 och 2 förklarar det på följande sätt när de får frågan om huruvida direktiven i handlingsplanen följs:

Jag skulle säga att vi försöker hålla den levande i den övergripande strategiska nivån i samarbete med regionen men där har vi ju problem med att regionen inte följer sina åtaganden, så att vi har handlingsplanen deluxe som det ser ut just nu.

Man kan säkert säga att vi bockar av det som det är sagt men vi gör också lite mer. Eller inte kanske så lite mer. Kommunen gör det kommunen ska göra, men vi gör också saker som redan innan samsjuklighetsutredningen var ett ansvar för regionen, så kan man väl säga.

Om ingen utför arbetsuppgifterna är det i slutändan medborgaren som blir lidande, tjänstepersonerna på kommunerna upplever att de inte har mycket annat till val än att utföra de arbetsuppgifter som egentligen är regionens ansvar, eftersom tjänstepersonerna på kommunerna är på plats vid det operativa arbetet.

IP 3 beskriver följande:

Det blir ju lite grann också när socialtjänsten har ytterst ansvar, så backar regionen bort så blir det naturligt, eller naturligt jag menar vi hjälper ju medborgaren. Så då blir det kanske för mycket för att inte regionen tar sitt ansvar.

Intervjupersonerna anser bevisligen att regionen brister i att utföra de arbetsuppgifter som är inom deras ansvarsområde, vilket innebär att kommunen får ta på sig mer ansvar och arbete eftersom det annars inte blir gjort. Tyrstrup (2014) likställer i sin rapport välfärdssektorns

olika verksamheter med arbetskraftsintensiva tjänster vilket innebär att värdeskapandet bland annat utgörs av hur väl arbetsuppgifterna utförs. Om en huvudman brister i arbetsuppgifterna de ska utföra, är det både den andra huvudmannen och dess anställda samt enskilda medborgare som drabbas. Intervjuperson 3 menar att deras arbete blir för mycket på grund av att regionen inte tar sitt ansvar, vilket är en anledning till att organisatoriska mellanrum uppstår och då faller medborgare mellan stolarna (Tyrstrup, 2014). Att ha en bra samverkan huvudmän emellan kräver att båda tar sitt ansvar för de arbetsuppgifter de ska utföra, för att de organisatoriska mellanrummen ska minska. Vidare tar Tyrstrup (2014) upp att samverkan ofta brister eftersom ansvarsgränser och organisationstillhörigheter inte är uppbyggda på så sätt som behövs i det operativa arbetet för den enskilde medborgaren, något som också går att utträna från intervjuerna. Även om det finns dokument med direktiv om ansvarsområden för kommunerna respektive regionen, framgår det tydligt att de är fel utformade, vilket kan vara en förklaring till att regionen brister i sitt ansvarsområde. Vid en ansvarsförflyttning krävs det att regionen har förmågan och resurserna att utöver deras nuvarande ansvarsområden, ta sig an alla de nya arbetsuppgifterna som medföljer.

IP 3 uttrycker sin oro kring regionens (bristande) ansvarstagande på två sätt;

Vi är positiva till ansvarsflytten men konfunderade kring hur regionen ska klara av att bygga upp en organisation som kan möta det ansvar som åvilar dem enligt det nya så att säga. Det blir inte bara en ansvarsförflyttning.

Jag tänker bara man vet att nån tar över stafettpinnen, jag tänker det här med spelmissbruk det kom ju lite tidigare, där är det tydligt att regionen skulle ta över spelmissbruk men det ligger fortfarande hos oss. Inte bara att det ska finnas snyggt på ett dokument utan vad är det som fungerar i det verkliga livet? Spelmissbruket kom för fyra år sen, vi sitter fortfarande och diskuterar detta, vem som ska ge behandling, eller det är tydligt att det är regionen som ska göra det men de gör inte det.

7.2.2 Förutsättningar och förhoppningar

Nästa problemområde som framkommit under intervjuerna är olika förutsättningar som krävs för att omorganiseringen ska leda till att det blir bättre för den enskilde medborgaren och även för de som arbetar inom de olika verksamheterna, kanske framför allt inom kommunerna. Tyrstrup (2014) understryker vikten av att beskåda välfärdssektorn ur ett tjänsteperspektiv, eftersom bra förutsättningar för den professionella kommer resultera i bra tjänster och väl utfört arbete för medborgaren. Som nämnts i avsnitt 6.2.1 anser kommunerna att regionen brister i sitt ansvarstagande, vilket kan kopplas ihop med brist i kommunikation och tillika bristande samverkan. Intervjupersonerna har flera synpunkter som de känner sig oroade över, och som kommer att vara väsentliga att tänka på för regionen om omorganiseringen sätts i verk. Men de är också mycket positiva till omorganiseringen, och anser att det finns hopp om en förbättrad vård för medborgaren.

IP 2 uttrycker sig som följande:

Jag tänker att det är en from förhoppning, en oro men en from förhoppning, att det här ska bli bra för klientens skull, att man har liksom hela, både det medicinska åtagandet och

behandlingen det kan bli bra men vi ser ju att det är ju ett extremt stort arbete som behöver göras, och det är ju en ganska stor skuta som ska ändra inriktning, det här kommer ta tid. Men om målsättningen nås utifrån de tankegångar som finns så tror vi ytterst att det kan bli bra för patienten eller klienten.

En oro som intervjupersonerna uttrycker är om regionen kommer att (kunna) behandla medborgaren utöver endast i medicinska termer. En oro som blir viktig för regionen att ta hänsyn till.

IP 3 beskriver sin oro på följande sätt:

När regionen tar över, kommer medborgarna få behandling eller kommer fokus vara på medicinering, det tycker jag är lite skrämmande eftersom de kommer behöva anställa sjukt mycket folk om man ska kunna ge behandlingar.

Tyrstrup (2014) menar att integrering är en nyckeldel i organiseringen av en stark välfärdssektor. Eftersom många professionella inom kommunerna besitter en expertkunskap, behöver inte de regionanställda förvärva helt nya kunskaper, utan kan utbyta information och kompetens med dem, vilket även blir mer tidseffektivt (Tyrstrup, 2014). Intervjupersonerna menar att det är en förutsättning för att omorganiseringen ska innebära att den målsättning som satts upp ska uppnås. Eftersom hälso- och sjukvården inte direkt arbetar med psykosociala stödinsatser utan fokus ligger på medicinska behandlingsmetoder besitter de inte den kunskap inom psykosociala stöd- och behandlingsinsatser som krävs för att medborgare som lider av samsjuklighet ska få de breda insatser som behövs. Detta kommer i sin tur resultera i att ansvarsförflyttningen skett i onödan, eftersom den nya organiseringen ändå inte kommer att gynna medborgaren.

IP 2 och 1 beskriver det såsom följande:

Jag har oro kring den sociala omsorgen, med sjukdomsperspektivet och jag tänker att det är nog jätteviktigt att vi hjälps åt att få med båda perspektiven för att får vi bara regionens perspektiv så är det helt och fullt på sjukdom, diagnos, medicin. Så även om vi förlorar personal så tänker jag att det är ett måste, att förmedla den kompetensen och vår erfarenhet av att jobba.

Det är en förutsättning att vi flyttar över en form av socialt perspektiv och kompetens till regionen, det blir en resursförflyttning i form av personalförflyttning så att vi får med oss perspektivet på nåt sätt, och så att man strider hårt för det för att annars så kommer det inte att bli bättre, då kommer det vara exakt likadant och då kommer kommunerna få ännu svårare att tillgodose människors behov att bo nånstans och vara delaktiga och ha makt över sina liv.

7.2.3 Situationsanpassning

Det sista området som kommer att vara av största vikt vid en omorganisering är situationsanpassning. Tyrstrup (2014) tar, som nämnts ovan, upp att integrering (samverkan) är en förutsättning för en lyckad organisering och därmed värdeskapande. Tyrstrup (2014) tar upp två logiker som skapar bra integrering, en logik som bäst används i organisationer som är rutinartade samt en logik som är bäst lämpad för organisationer som ofta kräver situationsanpassning. Den sistnämnda logiken kallar Tyrstrup (2014) för nätverks- och projektmodell. Den

innebär att individer med olika expertkunskaper ska fogas samman. Enheten som kommer ansvara för missbruks- och beroendevården inom regionen kommer inte att ensam bli ett starkt fundament i välfärdssektorn, att använda sig av expertkunskaper som kommunerna besitter blir avgörande. Tyrstrup (2014) menar att relationerna (samverkan) är grunden till värdeskapandet och även hur produktivt det skapas i nätverks- och projektmodellen. För att uppnå en lyckad omorganisering krävs starka relationer med bra kommunikation mellan de olika huvudmännen. Inom kommunen belyser intervjupersonerna hur de har situationsanpassat organiseringen av olika enheter för att gynna medborgaren, samt hur de samverkar i de situationer det behövs, dels med regionen men även med verksamheter inom kommunen.

IP 1 beskriver samverkan och IP 2 beskriver hur de har situationsanpassat sin organisering på följande vis:

Mer regel än undantag att personer med beroendeproblematik har nån form av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Så att när vi ska hantera bägge sidorna så samverkar vi ju med både sjukvård och psykiatri skulle jag säga. Regionen, både slutenvården i form av beroendecentrum och akutpsykiatriska avdelningar inom slutenvården men också den lokala psykiatrin det vill säga närpsykiatrin och även mycket samverkan med hälsocentralerna.

När det gäller försörjningsstöd som vi har över 18, målgrupp över 18 och unga vuxna 18–25 och vuxen missbruk och beroenden 25 och uppåt eh då är det över 18 medans mina LSS-socialpsykiatrihandläggare handlägger ärenden 0-65 för vi har bara fyra myndighetsutövande LSS-socialpsykiatrihandläggare i vår kommun och de sitter tillsammans. Så där har vi gått ifrån den här uppdelningen familj och vuxen. Där är vi ju redan samlade så att säga, vi jobbar på samma team. Om man råkar vara vuxen, ha behov av personkrets, tillhörighet, eller man har socialpsykiatri-behov då jobbar vi på samma team runt den enskilde, det är därför vi har organiserat oss som vi gjort, vi ville komma ifrån det här att man är aktuell på fyra olika team. Har man behov av socialpsykiatri-insatser, insatser mot skadligt bruk, och behov av försörjningsstöd så kan man vara aktuell på ett och samma team, det är som en beskrivning.

Kommunerna har redan situationsanpassat viss del av deras organisering, som går att utröna i det andra citatet, där intervjuperson 2 förklarar att en medborgare inte ska behöva vara aktuell på fyra olika team för att få den hjälp som hen behöver. För att omorganiseringen ska uppnå de mål som är syftet med omorganiseringen, blir det kritiskt att organisera den nya missbruks- och beroendevården på ett sätt som kommer gynna medborgaren, men även underlätta för de som utför det operativa arbetet. I och med att välfärden inte är ett ”vinstdrivande företag” finns inte samma incitament att ta över ansvar för patienter som i dessa fall, eftersom de professionella i regionen troligtvis redan har mycket på sitt bord. Det blir därför viktigt för de styrande organen att organisera flytten och det framtida arbetet på ett realistiskt sätt och verkligen ta in resurser i form av personal, kompetens och erfarenheter från kommunerna.

8. Slutsats och rekommendationer

I det ovan presenterade resultatet går det för det första inte att göra en generalisering angående enkäterna, i och med att endast 8 av 14 kommuner besvarat enkäten, samt att dessa 8 som svarat inte har fört statistik på alla de olika insatserna. Fortsättningsvis blir det svårt att ge en ”sann” bild av hur pass mycket resurser som regionen kommer att behöva tillhandahålla vid en eventuell omorganisation. Enkätunderlaget kan däremot ge kommunerna och regionen en uppfattning om hur pass stora resurser som används runtom i kommunerna idag, som kan agera kompass för regionen. En ytterligare anledning till att det inte går att göra en generalisering av enkätresultatet är på grund av de varierande storlekarna på de olika kommunerna. Det hade med andra ord blivit missvisande om resultatet av enkätsvaren hade fått representera hela Norrbotten.

Gällande resultaten av intervjuerna går det som ovan nämnts i den tematiska analysen att utröna tre huvudsakliga teman på vad de som arbetar med missbruks- och beroendevården flaggar för inför en eventuell ansvarsförflyttning: *bristande ansvar*, *samverkan* samt *situationsanpassning*. En gemensam nämnare som alla tre teman har är att de kan kopplas till *organisering*, mer specifikt organisering av verksamheter verksamma inom välfärden.

I och med att välfärdssektorn består av olika enheter, organisationer, myndigheter, kompetenser och mycket mer, finns många lagar och regler att ta hänsyn till. Även olika befogenheter måste tas i beaktning. Detta resulterar i sin tur i att organiseringen av de olika delarna i välfärdssektorn måste ske på ett sätt som fungerar och gynnar både de professionella som utför det operativa arbetet och medborgarna samtidigt som befogenheter, lagar och regler tas i beaktning. Tyrstrup (2014) menar att en av anledningarna till att organisatoriska mellanrum uppstår är att *ansvarsområden* inte är utformade på ett sätt som fungerar i praktiken. I analysen framgår det att kommunerna anser att det finns en tydlig handlingsplan som kommunerna följer, men att regionen inte uppfyller och genomför deras delar, vilket kan vara en indikator på att utformningen av arbetsuppgifter och ansvarsområden är fel, m.a.o. är organiseringen misslyckad. För att minska de organisatoriska mellanrummen är det fördelaktigt för att i samverkan mellan regionen och kommunerna, analysera den framtida organiseringen av missbruks- och beroendevården ur ett arbetsorganisatoriskt perspektiv, och likställa verksamheten med arbetskraftsintensiva tjänster. Med det perspektivet kan ledningen även få verktyg till hur de kan hjälpa till att stödja de anställda istället för att styra.

Ett annat tema som framkommer i analysen är *samverkan*. Samverkan är likt ansvarsområden kopplat till hur de styrande organen väljer att organisera och utforma verksamheten och skapa verktyg för en bra samverkan. Tyrstrup (2014) förklarar att integrering är stommen i en lyckad välfärdsverksamhet och bra samverkan är en av pelarna som krävs för att skapa en bra integrering. Intervjupersonerna menar att samverkan är en förutsättning för att den nya organiseringen ska bli lyckad och de organisatoriska mellanrummen ska minska.

Tyrstrups (2014) logik ”nätverks- och projektmodellen” utgörs av att foga samman verksamheter, vilket bygger på att relationer anställda emellan i välfärdssektorn är starka. I regionens fall blir det nödvändigt att skapa starka relationer med kommunanställda som arbetat i det

operativa arbetet i form av bland annat behandling och stöd. Då kan de tillsammans samproducera ”helheten” vilket i detta fall handlar om att ge medborgare med samsjuklighet den vård de behöver och förtjänar istället för att slussas runt mellan olika instanser och falla mellan stolarna.

Det sista temat som framkommer i analysen är *situationsanpassning*. Situationsanpassning är likaså kopplat till organiseringen av missbruks- och beroendevårdens utformning. Hur organiseringen av missbruks- och beroendevården är utformad i dagsläget gynnar varken de anställda eller medborgarna. Situationsanpassning är även kopplat till den ovan nämnda nätverks- och projektmodellen, som är bäst lämpad i verksamheter som inte är rutiniserade utan kommer kräva situationsanpassade lösningar, vilket är verkligheten för de allra flesta som arbetar inom välfärdssektorns många verksamheter. Huvudmännen bör vara förberedda på att det kommer krävas en hel del situationsanpassning i det operativa arbetet, och därmed även utforma organiseringen på ett sätt som gör det möjligt.

Rekommendationerna för hur det fortsatta arbetet bör se ut är kopplat till de olika teman som alla blir avgörande att ta hänsyn till när den nya missbruks- och beroendevården ska omorganiseras.

Rekommendationer för hur kommun och region bör gå vidare:

- En utredning av hur den mest optimala ansvarsfördelningen ska se ut, vart passar kompetens x och y bäst in och hur bidrar de olika kompetenserna och arbetsuppgifterna till att samproducera helheten och ge medborgaren den vård hen behöver. En utredning av hur den mest optimala ansvarsfördelningen ska se ut bör göras både inför omorganiseringen; hur kan flytten organiseras på bästa sätt för att så få medborgare ska bli lidande? Hur en optimal ansvarsfördelning i den nya verksamheten där regionen står som ensam huvudman bör även det utredas. För att utreda vart olika kompetenser och befogenheter är bäst lämpade, kan med fördel en samordningsgrupp sättas upp med nyckelpersoner både från kommunen och regionen för att underlätta kommunikationen mellan de olika instanserna.
- Att utreda vidare kring omorganisering och främst Tyrstrups (2014) teori om att välfärdssektorn bör ses ur ett arbetsorganisatoriskt perspektiv kan med fördel göras. Dels att utreda vidare kring hur en optimal verksamhet kan organiseras, men även att utreda ifall det finns någon verksamhet eller enhet i välfärdssektorn som gjort en omorganisering på Tyrstrups (2014) grunder.
- Att regionen kommer behöva anställa vissa av kommunernas socionomer och behandlare har framkommit som en avgörande del inför omorganiseringen. Hur denna resursförflyttning i form av personal ska ske bör utredas.
- De anställda hos både region och kommun bör alla informeras vad som kan komma att ske i en snar framtid. Att hitta en kanal eller rätt kommunikationsverktyg mellan kommun och region kan underlätta i omorganiseringen och samverkan som följer.

Om omorganiseringen utförs på rätt sätt och huvudmännen tar de olika problemområden och utifrån det bygger upp en välfungerande verksamhet, kommer de organisatoriska mellanrummen att minska och så få medborgare som möjligt kommer att falla mellan stolarna.

9. Referenser

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (Tredje upplagan). Stockholm: Liber.

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Det svenska samhällets kostnader för narkotikabruk – Kunskapsstöd för ett hälsofrämjande narkotikaförebyggande arbete*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/samhallskostnader-for-narkotikabruk/>

Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. (2023). *Nationella programområden (NPO)*

<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden.44729.html>

Norra Sjukvårdsregionförbundet. (2022). *Sjukvårdsregionala programområden (RPO)*

<https://www.norrasjukvardsregionforbundet.se/kunskapsstyrning/sjukvardsregionala-programomraden-rpo/>

Ono, E., Friedlander, R., Salih T. (2019). Falling through the cracks: How service gaps leave children with neurodevelopmental disorders and mental health care difficulties without the care they need. *The British Columbia Medical Journal*, vol. 61.

https://bcmj.org/sites/default/files/BCMJ_Vol61_No3-service-gaps.pdf

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (2022). *Nationellt system för kunskapsstyrning*.

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/systemforkunskapsstyrning.48276.html>

Socialstyrelsen. (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. [Dataset].

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>

SOU 2021:93. *Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

https://www.regeringen.se/4ad4d1/contentassets/28394e4d03594dd5880aac2214a3efa7/sou-2021_93-webb.pdf

Tyrstrup, M. (2014) *I välfärdsproduktionens gränsländ – Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*.

X. (2018, 6 november). [Video]. YouTube. *Sanne får inte rätt till vård*.

<https://www.youtube.com/watch?v=q2xpQXeIBP8>

Bilaga 1

Begreppsförklaringar

Individuella Behandlingsmetoder:

CRA (Community Reinforcement Approach): CRA (Community Reinforcement Approach) är en manualbaserad insats för att behandla vuxna med skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Behandlingsmetoden bygger primärt på kognitiv beteendeterapi och inlärningspsykologi.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/cra-community-reinforcement-approach/>

ÅP (Återfallsprevention): ÅP (Återfallsprevention) är en behandlingsmetod som syftar till att förhindra och förebygga individer att falla tillbaka till ett missbruk, metoden bygger på social inläringsteori och kognitiv psykologi, en form av kognitiv beteendeterapi (KBT).

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

HAP (Haschavvänjningsprogrammet): Haschavvänjningsprogrammet har en kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) inriktning där betoning ligger på individens integration av känslor, kognitiv utveckling och beteendeförändring. Målgruppen för behandlingsmetoden är individer över 18 år som har ett missbruk eller är beroende av cannabis.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/hap-haschavvanjningsprogrammet/>

MET (Motivational Enhancement Therapy): Behandlingsmetoden definieras som en systematisk metod där fokus är att åstadkomma snabb, inre motiverad förändring hos vuxna och ungdomar med alkohol- och narkotikaberoende. Behandlingsmetoden bygger på samma principer som motiverande samtal och används oftast i kombinationsprogram tillsammans med kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande samtal (MI).

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/met-motivational-enhancement-therapy/>

CM (Case Management): Case Management är behandlingsmetod som anpassar vården för vuxna med allvarliga psykiska funktionshinder och även vuxna med svår beroendeproblematik så att de ska ha möjlighet att leva ett så självständigt liv som tänkbaras möjligt.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/case-management/>

ACT (Assertive Community Treatment): Assertive Community Treatment är en behandlingsmetod där det samordnade och behandlande ansvaret ligger hos ett team bestående av bland annat socialarbetare, sjuksköterskor och psykiater. Det utsedda teamet ska aktivt arbeta med uppsökande och vara tillgängliga dygnet runt, teamet ska ansvara för relativt få individer per behandlare.

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

[management/#:~:text=Den%20mest%20omfattande%20modellen%20%E2%80%9DAssertive,och%20finns%20tillg%C3%A4ngligt%20dygnet%20runt](#)

12-stepsprogrammet: Tolvstegsprogrammet bygger på den metod som utvecklades av Anonyma alkoholister (AA), i Sverige använder man idag en vidareutveckling på denna metod som kallas Minnesotamodellen. Behandlingen syftar särskilt till att ge individen kunskap och förståelse om beroendets negativa konsekvenser.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/tolvstegsbehandling-enligt-minnesotamodellen/>

Motiverande samtal (MI): Motiverande samtal är precis som det låter, en samtalsmetod. Behandlingsmetoden används främst i rådgivning och behandling för att främja förändringsprocesser hos individer som har problem med alkohol, narkotika och tobak.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mi-motiverande-samtal/>

Stöd till närstående (ex. Craft, individuella stödsamtal): Stöd till närstående genom till exempel Craft syftar till att förbättra hälsan och livskvaliteten hos de närstående till en individ med skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/craft-community-reinforcement-approach-and-family-training/>

NECT (Narrative enhancement and cognitive therapy): NECT är en behandlingsmetod som syftar till att utbilda personer med erfarenhet eller som lider av missbruks- och beroendeproblematik att lära sig att upptäcka och hantera självstigma.

Källa: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/nect-en-metod-for-att-upptacka-och-hantera-sjalvstigma/>

Individbaserad KBT: Kognitiv beteendeterapi är ett samlingsnamn som innehåller flera olika psykoterapier som syftar till individen ska träna upp sitt sinne för att använda sig av nya beteende och tankemönster för att dämpa sitt missbruk- och beroendeproblem eller sina psykologiska problem.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/kbt-kognitiv-beteendeterapi/>

Behandlingsmetoder i grupp:

12-stegsgrupp: Tolvstegsprogrammet bygger på den metod som utvecklades av Anonyma alkoholister (AA), i Sverige använder man idag en vidareutveckling på denna metod som kallas Minnesotamodellen. Behandlingen syftar särskilt till att ge individen kunskap och förståelse om beroendets negativa konsekvenser.

Källa: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/tolvstegsbehandling-enligt-minnesotamodellen/>

Bilaga 2

Intervjuguide

Inledande frågor:



- Vilken kommun arbetar du inom?
- Vad är din befattning inom kommunen?
- På vilket sätt arbetar du med missbruks- och beroendevården i din befattning?
- Hur behandlas samsjuklighetsfrågor i ditt arbete?
- Hur väl känner ni till handlingsplanen?
- Hur mycket av ert dagliga arbete utgörs av handlingsplanens framställda tillvägagångssätt?
- Hur ställer ni er till en kommande ansvarsförflyttning?
 - Varför/varför inte bra/dåligt?
- I handlingsplanen/överenskommelsen finns tydliga riktlinjer för hur samverkan mellan kommunerna och regionen ska fungera, så personer inte ska falla mellan stolarna, anser ni att detta är ett problem i kommunerna? Alltså att det är många som faller mellan stolarna? På vilket sätt tror ni/tror ni ens att en ansvarsförflyttning kommer hjälpa?
- Hur ställer sig er kommun till en kommande ansvarsförflyttning?
- **Organisatoriska:**
- Vilka utmaningar har ni uppmärksammat gällande att följa handlingsplanen?
- Vad bidrar handlingsplanen till i er dagliga verksamhet?
- Gör ni något som skiljer från handlingsplanen?
- I handlingsplanen står det på sida 10 ”Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas.”
 - Hur arbetar ni för att upprätthålla detta?
 - Vilka utmaningar finns det i arbetet att upprätthålla detta?
- Utifrån er erfarenhet, vad är grundförutsättningar för att förflyttningen ska ske så smidigt som möjligt?
 - Vad bör undvikas?
 - Vilka tysta/gömda utmaningar finns det i den dagliga verksamheten som bör tas i beaktning?
- I handlingsplanen står det att ”syftet med handlingsplanen är att den är en vägledning för samverkan mellan huvudmännen och huvudmännens verksamheter för vård och insatser (som innefattar stöd och omsorg) vid missbruk och beroende.”
 - Har ni uppmärksammat några utmaningar med den gällande samverkan? Vilka?

- Vad tror ni det är som brister i samverkan?
- Tror ni att lagändringen/förflyttningen kommer lösa dessa utmaningar?
- Varför/varför inte?
- I matrisen på sida 13 i Överenskommelsen som handlingsplanen bygger på står det att det är regionens ansvar att upptäcka samsjuklighet, upplever ni att detta sker eller upptäcks det i flera fall hos kommunerna istället?
- I överenskommelsen står det även på s. 14 att det är viktigt att överenskommelsen är känd för medarbetare på alla nivåer. Hur väl implementerat är detta skulle ni säga?
 - Följs överenskommelsen och därmed handlingsplanen eller skiljer det sig mycket åt kommuner emellan?
- Vidare står det kring avvikelshantering detta: ”Vid brister i samverkan ska avvikelserapport skrivas så att förbättringar kan ske. Den som bedömer att det skett avvikelser från överenskommelsen ska rapportera enligt respektive huvudmans rutin. När avvikelser rör fler än 1 verksamhet ska hantering av avvikelserna göras gemensamt.” I vilken utsträckning sker detta?
- På flera ställen i handlingsplanen står det att det är ett gemensamt ansvar med samverkan kring bl.a. Samsjuklighet, hur fungerar det i praktiken?
 - Hur ser samarbetet faktiskt ut?
 - Vem landar ansvaret på?
- Har ni någon samverkan/kontakt/avstämning med kommuner utanför Norrbotten?
 - I så fall, hur ser det ut?
 - Vet ni hur samverkan i andra regioner/kommuner ser ut?
- Hur ser det ut när alla verksamheter är ansvariga? Leder det till ett större skydds nät eller hänvisar alla instanser till varandra?
- Personcentrerade:
- Hur anser ni att den nya ansvarsfördelningen kommer att gynna medborgare med samsjuklighet?
- Med medborgaren i fokus, vilka utmaningar tror ni kommer uppstå med den nya ansvarsfördelningen?
- Avslutande:
- Har du något mer du vill tillägga? Någon fundering eller något du tänkt på men som vi inte berört under intervjun?

Bilaga 3

Enkät

DRAFT

EvaSys	Kartläggning av Norrbottens kommuners insatser i missbruks- och beroendevården	
Luleå Tekniska Universitet	Amanda Söderbäck, Ludvig Svensson & Alva	
Norrbottens kommuner	Enkät, Kartläggning	

Mark as shown: Please use a ball-point pen or a thin felt tip. This form will be processed automatically.
Correction: Please follow the examples shown on the left hand side to help optimize the reading results.

1. Information angående kommande enkätfrågor

Dessa enkätfrågor berör endast personer 18 år eller äldre, information och statistik angående personer under 18 år ber vi er utesluta. När det i frågorna står "2022" menas tidsperioden 1 januari – 31 oktober 2022. Med genomförda eller erbjudna behandlingar eller insatser menas både åtgärder i egen regi samt köpta tjänster. Informationen ni bidrar med är konfidentiell, inga obehöriga får tillgång till insamlat material. De enskilda kommunerna kan få ta del av den egna kommunens resultat med i de fall där resultaten bedöms känsligt kommer det i rapporten att redovisas i kluster. Denna enkät beräknas ta 15-20 minuter, tack för att ni tar er tid.

2. Kommun

2.1 Vilken kommun arbetar du i?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arjeplogs kommun | <input type="checkbox"/> Arvidsjaur kommun | <input type="checkbox"/> Bodens kommun |
| <input type="checkbox"/> Gällivare kommun | <input type="checkbox"/> Haparanda stad | <input type="checkbox"/> Jokkmokks kommun |
| <input type="checkbox"/> Kalix kommun | <input type="checkbox"/> Kiruna kommun | <input type="checkbox"/> Luleå kommun |
| <input type="checkbox"/> Pajala kommun | <input type="checkbox"/> Piteå kommun | <input type="checkbox"/> Älvsbyns kommun |
| <input type="checkbox"/> Övertorneå kommun | <input type="checkbox"/> Övertorneå kommun | |

3. Besök och behandling

3.1 Hur många personer har sökt hjälp hos kommunen för missbruks- och/eller beroendeproblematik under 2022?

3.2 Av de som sökt hjälp, hur många har behandlats eller fått andra insatser av kommunen under 2022?

4. Behandlingsmetoder

Hur många individer har behandlats under respektive behandlingsmetod under 2022?
Vänligen fyll i antal under respektive behandlingsmetod, ifall inga individer har behandlats inom någon behandlingsmetod ange siffran 0

4.1 CRA (Community Reinforcement Approach)

4.2 ÅP (Återfallsprevention)

4.3 HAP (Haschavvänjningsprogrammet)

4.4 MET (Motivational Enhancement Therapy)

4.5 CM (Case Management)

4.6 ACT (Assertive Community Treatment)

4.7 12-stepsprogrammet

DRAFT

DRAFT

EvaSys

Kartläggning av Norrbottens kommuners insatser i missbruks- och beroendevården



4. Behandlingsmetoder [Continue]

4.8 Motiverande samtal (MI)

4.9 Stöd till närstående (ex. Craft, individuella stödsamtal)

4.10 Annan evidensbaserad metod (ange vad)

4.11 Annan insats, ange vad (ex. stödsatser/stödsamtal)

4.12 Fritext kommentar:

5. Gruppbehandlingsmetoder

5.1 Vilka insatser ges i grupp?

12-stegsgrupp

Anhöriggrupp

Motivationsgrupp

ÅP (Återfallsprevention)

5.2 Annat, ange vad ...

5.3 Fritext kommentar:

6. Dokumentation

6.1 Hur många besök för dokumentation av drogfrihet (urinprov, salivprov och utandningsprov) har sammantaget genomförts under 2022?

7. Behandlingshem

Hur många personer har fått vård på behandlingshem under 2022?

7.1 HVB (inklusive familjehemsplacering)

7.2 LVM (inklusive LVU för personer över 18 år)

8. Övriga synpunkter/kommentarer:

F4559U0P2PL0V0

06.12.2022, Page 2/3

DRAFT

DRAFT

EvaSys

Kartläggning av Norrbottens kommuners insatser i missbruks- och beroendevården



8. Övriga synpunkter/kommentarer: [Continue]

8.1 Övriga synpunkter/kommentarer:

Bilaga 4

Informationsbrev

Till dig som arbetar med missbruks- eller beroendevården i någon av Norrbottens kommuner - Information och förfrågan om deltagande i enkätstudie

I och med Samsjuklighetsutredningens (SOU 2021:93) delbetänkande föreslås en lagändring gällande ansvaret för missbruks- och beroendevården. Den förflyttning av ansvar som föreslås är att all behandling av skadligt bruk, beroende och samsjuklighet övergår till regionernas hälso- och sjukvård.

I och med denna möjliga förflyttning av behandling till regionen vill vi, tillsammans med Norrbottens Kommuner, göra en kartläggning, dels i form av denna enkätstudie, samt en intervjustudie av hur kommunernas arbete och resursfördelning inom missbruks- och beroendevården ser ut i dagsläget. Detta för att få en tydlig och klar överblick av arbetet och därmed minimera risken att klienter faller mellan stolarna i och med förflyttningen.

Syftet med rapporten är att kartlägga Norrbottens 14 kommuners insatser och resursfördelning med beroende- och missbruksvården.

De som tillfrågas om att besvara denna enkät är utvalda personer inom kommunerna som besitter relevant information och erfarenheter med koppling till missbruks- och beroendevården.

Din medverkan är helt frivillig och materialet från enkäten kommer att behandlas konfidentiellt och det kommer inte att finnas tillgängligt för någon som är obehörig. Inga enskilda personer eller kommuner kommer att kunna identifieras i rapporten i de fall där resultatet bedöms känsligt. Resultatet kommer då att redovisas i kluster.

Vi som genomföra utredningen heter Amanda Söderbäck, Ludvig Svensson och Alva Persson och går på Luleå Tekniska Universitet där vi läser Sociologi med inriktning utredning. I utbildningen ingår att utföra ett uppdrag, som presenterats av Norrbottens Kommuner, vilket är anledningen till denna enkätstudie. Om du har frågor eller funderingar, kontakta någon av oss via e-post eller telefon.

Luleå 2022-11-24

Studerande:

Amanda Söderbäck
070-7716559
soderbackamanda@gmail.com

Ludvig Svensson
073-8471700
ludsve-0@student.ltu.se

Alva Persson
073-0974453
alvper-0@student.ltu.se

Uppdragsgivare:

Benitha Eliasson
benitha.eliasson@kfbd.se

Helena Asklund
helena.asklund@kfbd.se

