

Samordnade insatser för ungdomar med missbruk och beroende i Fyrbodal

2017-06-29



Maria Klamas, Martin Dohlsten m.fl.

Innehåll

1. Inledning och uppdrag.....	3
2. Bakgrund.....	4
2.1. Missbruk och beroende.....	4
2.2. Ansvar för ungdomar med missbruksproblematik.....	4
2.3. Samverkan.....	5
2.4. Integrerade verksamheter.....	7
FÖRSTUDIENS TRE DELAR.....	9
3. Omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem med fokus på Fyrbodalområdet.....	9
3.1. Drogvaneundersökning i Fyrbodol.....	10
3.1.1. Intensivkonsumtion av alkohol.....	10
3.1.2. Någon gång använt narkotika.....	11
3.2. Ungdomars livssituation med fokus på missbruk i Fyrbodol.....	13
3.2.1. Debutålder för alkohol och olika droger.....	13
3.2.2. Problem inom olika livsområden.....	14
3.2.3. Missbruksprofiler.....	15
3.2.4. Droger i Fyrbodol.....	15
3.3. Sammanfattning.....	16
4. Tillgång och inriktning på dagens stöd och vård.....	16
4.1. Sammanställning av enkät.....	17
4.2. Sammanfattning.....	20
5. Förslag på samordnade insatser i Fyrbodol.....	21
5.1. Argument och reflektion.....	22
5.2. Budgetskiss och kostnadsfördelning.....	23
6. Slutdiskussion.....	24

1. Inledning och uppdrag

Föreliggande rapport är ett resultat av det uppdrag som hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2016-10-19 beviljade norra hälso- och sjukvårdsnämnden för att i samverkan med Fyrbodals kommunalförbund genomföra. Uppdraget bestod i att genomföra en förstudie om samordnade insatser för ungdomar med missbruk och beroende¹.

Förstudien skulle vara både kartläggande och ge förslag på hur en bättre samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen² kan resultera i ett bättre stöd för ungdomar med missbruk och beroende. Bakgrunden till detta uppdrag är att insatser för ungdomar och unga vuxna i åldrarna 14 - 21 år med missbruk och beroende, uppvisar stora brister. Detta har norra hälso- och sjukvårdsnämnden uppmärksammat vid dialog med delregionens kommuner, men också vid uppföljning av insatser från barn- och ungdomspsykiatri och primärvården samt i regionens arbete vid implementering av de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende. I förslaget till överenskommelse mellan VGR och länets kommuner anges detta som ett särskilt utvecklingsområde med motiveringen:

”Missbruk bland barn och ungdomar skiljer sig mycket från missbruk bland vuxna både i karaktär, omfattning och bakomliggande faktorer. Missbruk bland barn, ungdomar och unga vuxna är ofta komplext och samsjuklighet är vanligt. Huvudmännens behandlingsinsatser behöver samordnas och behandlingsutbudet utvecklas. Utvecklingsarbetet bör omfatta samtliga delar av vården samt hur denna organiseras. Samverkan är för denna målgrupp en avgörande framgångsfaktor”.

I förstudiens uppdragstext konstateras vidare att det finns betydande skillnader i olika delar av Västra Götalandsregionen i de insatser som erbjuds ungdomar med missbruksproblematik.

I uppdragshandlingen anges att förstudien ska:

- Ge en uppfattning om omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem i Fyrbodals
- Beskriva tillgång och inriktning på dagens stöd och vård till gruppen
- Ge exempel på hur en bättre integrerad beroendeverksamhet kan utformas

En arbetsgrupp tillsattes för att utföra detta uppdrag, den har bestått av³;

Maria Klamas, vetenskaplig ledare socialtjänstområdet, FoU Socialtjänst, Fyrbodals kommunalförbund

Martin Dohlsten, regionutvecklare, koncernstab hälso- och sjukvård, VGR

Anitta Into, områdeschef, verksamhetsområde beroendestöd ASF Trollhättans stad

Peter Olsson, behandlingssekreterare, ungdoms- och vuxencentralen Åmål

Katarina Wallander, sektionschef missbruk och socialpsykiatri, förvaltningen IFO

¹ HS 2016 - 00486

² Härefter används förkortningen VGR

³ BUP tillfrågades om att delta i arbetsgruppen och en representant utsågs men deltog inte i arbetet utan avsåg sig sitt deltagande i arbetsgruppen. Arbetsgruppen har under processen haft tillgång till referenspersoner inom exv. BUP och elevhälsa att använda vid behov.

2. Bakgrund

Första avsnittet i detta kapitel ger en kort introduktion till ämnesområdet vad gäller missbruk och beroende och då med särskilt fokus på unga och unga vuxna. Därefter ges en beskrivning av de båda huvudmännens⁴ ansvar och uppdrag så som det regleras i lagstiftning och riktlinjer med mera. Avslutningsvis ges en beskrivning av vad integrerade verksamheter, i många fall kallade Mini-Maria-mottagningar, är. Detta utifrån de nedslag som gjorts för att samla in kunskap om denna form av organisering och verksamhet för att stödja ungdomar med missbruk och beroende.

2.1. Missbruk och beroende

Arbetsgruppens uppdrag är att fokusera på samordnade insatser vad gäller missbruk och beroende hos ungdomar. Det anges inte uttryckligen i uppdraget vilken typ av missbruk och beroende, men arbetsgruppen har valt att fokusera på substansmissbruk, vilket avser alkohol, narkotika, doping och flyktiga lösningsmedel. Undantaget är således andra former av missbruk såsom spel- och sexmissbruk med mera. Det är dock viktigt att poängtera att spelmissbruk från och med årsskiftet kommer att läggas in i socialtjänstlagen och likställas med annat missbruk. Kommunerna kommer då att få ett utvidgat ansvar för att aktivt arbeta för att motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga⁵.

Missbruk av alkohol och narkotika innebär att bruket påverkar individen eller dess omgivning negativt. Det kan handla om att användandet av alkohol eller narkotika går ut över individens sociala liv såsom hem, familj, arbete och/eller skola, men också om att bruket leder till ökad risk för fysisk skada. Ett långvarigt missbruk resulterar ofta i ett **beroende**. Ett beroende karaktäriseras av att det mesta i livet kretsar kring drogen/droganvändandet och att man inte längre kan styra över sitt användande, men också att drogen påverkar hjärnan så mycket att den förändras påtagligt. Beroende kan ha sin tyngdpunkt i fysiska, psykiska eller sociala faktorer, men oftast finns det inslag av alla dessa aspekter⁶. **Riskbruk** är ett begrepp som man behöver förhålla sig till i det arbete som bedrivs med fokus på missbruk och beroende. Riskbruk handlar om den konsumtion som, om den fortsätter, riskerar att leda till ett missbruk men där problemen ännu inte är allvarliga. Var gränsen går mellan riskbruk och missbruk är inte alltid lätt att dra och när man arbetar med ungdomar är riskbruk något som behöver uppmärksammas och hanteras.

2.2. Ansvar för ungdomar med missbruksproblematik

En viktig utgångspunkt för båda huvudmännen när det gäller denna förstudies fokusområde och målgrupp är FN:s barnkonvention⁷ och WHO:s övergripande policy ”hälsa för alla”⁸. I barnkonventionen regleras bland annat att barn har rätt att skyddas från olaglig användning av

⁴ Landsting/Region och kommun

⁵ Socialstyrelsen nyhet 20 juni 2017

⁶ International statistical classification of diseases and related health problems ICD 10;
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

⁷ <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#short>

⁸ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/mars/who-europas-overgripande-policy-for-halsa-oversatt-till-svenska/>

narkotika samt att andelen unga med riskbeteenden ska minskas betydligt. Att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikhet i hälsa är två övergripande strategiska mål i ”Hälsa 2020”.

Socialtjänstens ansvar regleras, bland annat, i socialtjänstlagen⁹. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att enskilda personer med missbruksproblem får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån sitt missbruk. I socialtjänstlagen (SoL) anges att socialnämnden aktivt ska arbeta för att, bland barn och unga, förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel (Kapitel 5 §1) och i samma kapitel §9 anges att kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM¹⁰) samt lag om särskilda bestämmelser för vård av unga (LVU¹¹) kan användas som komplement till socialtjänstlagen. §3 enligt LVM anger att tvångsvård ska syfta till att, genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att hen kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma från sitt missbruk. §3 LVU anger att vård ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Regionens ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen¹² (HSL) däri anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och att man ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kapitlet §1 och §2). Det finns ingenting i lagtexten som specifikt berör barn och unga med missbruk eller beroende, men dessa inkluderas givetvis i den ovanstående skrivningen.

Det finns flera policytexter som fokuserar på såväl barn och unga samt missbruk och beroende. I revideringen av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende har tre nya områden inkluderats, där ungdomar är ett av dessa. Där anges att det är viktigt att missbruk och beroende uppmärksammas även hos ungdomar och att ungdomar inte alltid svarar på insatser och behandlingsmetoder som är utvecklade för vuxna. Det kan därför krävas särskilda interventioner som är utarbetade för ungdomar och deras förutsättningar¹³. I den Regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri 2017 - 2020 beskrivs det även att riktlinjer för bedömning och behandling av ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik kommer att arbetas fram¹⁴.

2.3. Samverkan

Kring personer (i alla åldrar) med missbruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopingmedel finns sedan 1 juli 2013 en skyldighet

⁹ Socialtjänstlagen 2001:453

¹⁰ Lagen om vård av missbrukare i vissa fall 1988:870

¹¹ Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga 1990:52

¹² Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

¹³ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2015-4-2

¹⁴ <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/31077/Regional%20utvecklingsplan%20f%c3%b6r%20barn%20och%20ungdomspsykiatri%202017-2020.pdf?a=false&guest=true>

för kommuner och landsting att ingå överenskommelser om samarbete¹⁵. Personer med missbruks- och beroendeproblem är en utsatt grupp och flertalet har stora samordningsbehov¹⁶. Detta samordningsansvar regleras i flera överenskommelser såsom exempelvis den statliga överenskommelsen ”psykisk hälsa”¹⁷, VästBus¹⁸ samt hälso- och sjukvårdsavtalets hängavtal med fokus på missbruk och psykisk hälsa¹⁹. Under punkt 3.2. i hälso- och sjukvårdsavtalet anges viktiga delar i båda parternas ansvar vad avses personer med missbruksproblematik. Exempelvis att såväl region som kommun särskilt ska beakta insatser till ungdomar med missbruk, men också att parterna har ett ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att denna problematik särskilt ska uppmärksammas när det gäller ungdomar. Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av externa placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser till personer med missbruk och/eller psykiska funktionsnedsättningar.

Unga personer i åldersgruppen 18 - 25 år med missbruks- eller beroendeproblem är inte någon homogen grupp, men i regel är behovet av samverkan mellan olika professioner, myndigheter och organisationer större för denna grupp än för andra. Dels saknar de, i högre utsträckning än äldre personer med missbruksproblem, förankring på arbetsmarknaden och eget boende, även i jämförelse med jämnåriga utan missbruk eller beroende. Vidare har de i regel ännu inte drabbats av så många konsekvenser av sitt missbruk och är därför inte lika motiverade att sluta som äldre personer. I en nationell tillsyn²⁰ visas att det finns en hel del goda exempel på samverkan mellan olika verksamheter, men det finns samtidigt generellt sett en del brister och svårigheter. Ett av dessa områden, där det finns brister och svårigheter gäller unga personer med missbruks- eller beroendeproblematik och samtidig psykisk ohälsa.

Ansvarsfördelningen är något som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) menar måste tydliggöras, detta för att undvika att unga personer bollas runt mellan olika insatser och att ingen tar helhetsansvar för deras situation. För att bättre kunna möta de särskilda behov som finns hos unga personer med missbruk- eller beroendeproblem kan det vidare vara nödvändigt att utveckla en gemensam handlingsplan för åldersgruppen 18 - 25 år, inte minst beroende på den ojämlika tillgången till vård och behandling som råder bland annat på grund av geografiska avstånd.

Gemensamt för samtliga granskade verksamheter är att de många gånger framhåller samma eller liknande faktorer som kan underlätta eller försvåra samverkan. Huvudsakliga faktorer som anses vara betydelsefulla för att yngre personer med missbruks- eller beroendeproblem ska få rätt vård och behandling är exempelvis;

- Fungerande intern samverkan
- Tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen vid samsjuklighet

¹⁵ 5 kap 9a § SoL och 8b § HSL

¹⁶ Lägesrapport 2017; Socialstyrelsen 2017-2-14

¹⁷ Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017

¹⁸ <http://epi.vgregion.se/vastbus>

¹⁹ Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk.

²⁰ Unga personer inom missbruks- och beroendevården IVO 2017 – 7. Fokus är personer i åldern 18 - 25 år inom missbruk- och beroendevården. En del av tillsynen berör även barn i åldern 15 - 18 år. Tillsynen är nationell och sammanlagt har 64 verksamheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt HVB granskats under 2016. I Fyrbodals område var det socialtjänsten i Trollhättan och i Åmål, samt hälso- och sjukvården i Åmål som tillsynades.

- Personbunden samverkan
- Verksamheternas tillgänglighet
- Geografisk närhet till vård och behandling
- Användandet av samordnad individuell plan (SIP)
- Nära kontakt mellan socialtjänst och hem för vård eller boende (HVB)

Ytterligare en aspekt som lyfts fram vad gäller svårigheter med samverkan är de olika åldersindelningar som kommun respektive landsting/region har. Den rådande uppdelningen av ansvar och verksamheter mellan och inom respektive huvudman försvårar för den unge och dennes närstående att hitta rätt väg för att få stöd.

2.4. Integrerade verksamheter

Arbetsgruppen har valt att göra nedslag i några verksamheter²¹ för att därigenom kunna lyfta fram de framgångsfaktorer och andra aspekter vi funnit relevanta att ha med som underlag för ett resonemang om hur samordnade insatser för ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik i Fyrbodals kommun kan utvecklas.

Utifrån ovanstående kritik vad gäller samverkan kring stöd till unga och unga vuxna med missbruks- och beroendeproblematik kan så kallade integrerade verksamheter vara en lösning. Integrerade verksamheter finns i olika former, exempelvis i formen av så kallade Maria-mottagningar, en organiseringsform som rekommenderas Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen pekar i sin kartläggning²² på att en stor andel av brukarna och patienterna inom den specialiserade missbruks- och beroendevården har behov av insatser från flera olika huvudmän, inom både det sociala och medicinska området. Samtidigt är vården i allmänhet uppbyggd så att patienten eller brukaren själv ska initiera de kontakter som behövs. Detta tydliggör vikten av att utveckla verksamheterna på ett sätt där en mer välfungerande vårdkedja kan uppnås. Ett sätt att hantera detta är via integrerade verksamheter exempelvis Maria-mottagningar.

De bärande idéerna bakom Maria-mottagningarna är att undvika dubbelarbete och skapa samordningsvinster genom direkta kommunikationsvägar i samverkan mellan huvudmännen. En Mariamottagning syftar till att möjliggöra en sammanhållen vårdkedja för personer med missbruks- och beroendeproblematik. En samlad organisation för arbete med riskbruk, missbruk och beroende blir en tydlig ingång för personer med aktuell problematik och möjliggör bättre samarbete mellan samtliga involverade verksamheter så att behandlingstiderna kan kortas genom samordnade insatser. En samlad vårdkedja ger troligtvis stora resurs- och tidsvinster och minimerar mänskligt lidande. Det långsiktiga målet är att minska utanförskap för personer med missbruksproblematik samt skapa en effektiv och god vård och behandling för målgruppen.

²¹ Ungdoms- och vuxencentralen i Åmål; Mariamottagning i Lund med omnejd, Ungdomsrådgivningen i Östersund, Göteborgsområdets fyra Mini-Mariamottagningar, Maria Skåne Nordost samt Skånes viljeriktning när det gäller Mini-Mariamottagningar.

²² Lägesrapport 2017; Socialstyrelsen 2017-2-14

Ungdomar och unga vuxna är en högriskgrupp för droganvändning och det kan vara livsavgörande för ungdomen att missbruket/beroendet upptäcks tidigt och att behandling finns lättillgängligt så att skolgången kan fullföljas och den unge ges ökade möjligheter till att ta sig vidare ut i arbetslivet. Som högriskgrupp är det en speciell utmaning att upptäcka, motivera och behandla denna målgrupp. En Maria-mottagning anses kunna bidra till en lättillgänglig och gemensam ingång till vård- och stödsystemet och ett integrerat arbetssätt möjliggör synkroniserade insatser för att hantera ungdomarnas, många gånger, komplexa situation. Arbetssättet anses också bli mer effektivt då den integrerade organisationsformen möjliggör bättre samordning vilket i sin tur skapar högre tillgänglighet till bedömningar och insatser. Utöver vinster för de unga ger detta integrerade arbetssätt ett mer kostnadseffektivt tillvägagångssätt för samhällets olika stödsystem.

Utifrån den information om olika integrerade verksamheter i landet som arbetsgruppen samlat in framkommer olika aspekter som vi särskilt vill lyfta fram.

Vad gäller organisering så lyfter man fram vikten av att ha tydliga gränssnitt mot andra vård- och stödgivare såsom exempelvis BUP. Det handlar inte om att ta över andras uppdrag utan att komplettera med det stöd som inte befintliga verksamheter har som uppdrag. En tydlig och dokumenterad ledningsstruktur lyfts även fram som betydande. Det ska framgå vilka beslut som tas på vilken nivå. IT och dokumentationssystem är även det något som måste diskuteras och lösas inför verksamhetsstart.

Det finns flera framgångsfaktorer som lyfts fram med Maria-mottagningar, en sådan är att samlokalisera Maria-mottagningen med ungdomsmottagningarna. Samlokalisering medför ökade möjligheter för kompetensutbyte och samarbete, men också en ökad enkelhet för den unge att få tillträde till den verksamhet, det stöd, hen behöver utan att behöva uppsöka olika byggnader. Det framkommer att det i många fall upplevs av den unge som att det är samma verksamhet man uppsöker. På det sättet blir det inte så ”stort” att gå till Maria-mottagningen som det kanske skulle blivit om man haft lokalisering på olika platser, det vill säga, ”högröskel blir lågröskel”. De Maria-mottagningar som har flera kommuner i sitt upptagningsområde anger att de flesta besöken är från den kommun där mottagningen är placerad och dess närmkommuner. Det vill säga, den geografiska placeringen av en mottagning har betydelse för vilka ungdomar som faktisk får del av det stöd som erbjuds.

Vad gäller åldersindelningar så skiljer det sig lite åt mellan olika mottagningar. Det rör sig från 13 år upp till i vissa fall 25 år. I den statistik som framgår i en rapport av Maria-mottagningarna²³ visar det sig att flickor utgör endast en fjärdedel av det totala antalet ungdomar som påbörjar öppenvårdskontakt med Mariamottagningen, men att flickor har en tyngre problematik i jämförelse med pojkarna. Sammantaget pojkar och flickor är debutåldern för primärdrog 15 år medan medianåldern för kontakt med Mariamottagningarna är 17 år och cannabis anges vara den vanligaste drogen. En annan viktig aspekt som lyfts fram är vikten av att undvika att blanda grupper med både lättare och tyngre vårdbehov. Ett tips som anges är att huvudmännen för diskussioner kring målgruppen så att inga grupper eller åldrar hamnar utanför befintligt utbud.

²³ Malmö, Stockholm och Göteborg, så kallad Trestad.

FÖRSTUDIENS TRE DELAR

I följande tre kapitel presenteras de tre delar som uppdraget angav, det vill säga;

- Ge en uppfattning om omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem i Fyrbodals kommun
- Beskriva tillgång och inriktning på dagens stöd och vård till gruppen
- Ge exempel på hur en bättre integrerad beroendeverksamhet kan utformas

Arbetsgruppen har tolkat uppdraget som att det är såväl beroende som missbruk som avses i alla dess punkter, samt att det är Fyrbodals kommun som område som ska belysas. Som tidigare angetts är det substansmissbruk som fokuseras och åldrarna 14 – 21 år²⁴.

3. Omfattning och karaktär av ungdomars missbruksproblem med fokus på Fyrbodalskommunen

Syftet med detta avsnitt är att ge en bild av de ungdomar uppdraget fokuserar på, främst på Fyrbodalskommunen, men även satt i ett nationellt sammanhang. Det är svårt att få en sammantagen bild av hur det ser ut för unga och unga vuxna vad gäller missbruk och beroende. Det finns få siffror där just dessa åldersgrupper specificeras utifrån missbruk och beroende. Arbetsgruppen har fört samtal med såväl Socialstyrelsen som SKL²⁵ vilka är införstådda med bristen på nationell statistik gällande denna målgrupp.

Den nationella bilden av förstudiens målgrupp visar att alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs nio och i gymnasiet årskurs två har minskat sedan mitten av 2000-talet, både för pojkar och flickor. Vad gäller cannabisanvändning är det fler bland de unga vuxna som anger att de använt cannabis under det senaste året, än i de äldre åldersgrupperna. Vad gäller tillgänglighet till vård- och behandlingsinsatser för unga och unga vuxna med missbruks- och beroendeproblematik har vi inte kunnat få ut några data kring detta. Socialstyrelsen påtalar själva att det saknas nationella data över målgruppens behov och över utbudet av insatser²⁶. Som vi tidigare varit inne på, har unga personer med missbruks- eller beroendeproblematik ofta en mer komplex problembild än andra grupper och ses som så kallade högriskindivider. De har oftare ett blandmissbruk och en högre frekvens av samsjuklighet.²⁷ Tengström²⁸ menar att så hög andel som 70 – 90 % av unga personer som har ett missbruk eller beroende lider eller har någon gång lidit av psykisk ohälsa.

För att få en uppfattning om hur behovet av samordnade insatser, så kallade Mini-Maria-mottagningar ser ut i Fyrbodals kommun har vi valt att använda en del av den statistik som faktiskt finns att tillgå. Det är statistik dels från drogvanundersökningen som Centralförbundet för alkohol-

²⁴ Vissa verksamheter, viss statistik och källor anger andra åldersindelningar än den som är given till arbetsgruppen att fokusera på.

²⁵ Sveriges kommuner och landsting

²⁶ Socialstyrelsens lägesrapport 2017

²⁷ Se exempelvis Bender, K & Springer, D & Kim, J (2006) Treatment effectiveness with dually diagnoses adolescents: a systematic review. Brief treatment and crisis intervention.

²⁸ Tengström, A. (2006) Ung och oberoende – en studie av Maria ungdoms klienter. I rapporten Vad vet vi om unga med missbruk. Förstudie kommunernas arbete kring unga (13 - 25) med missbruksproblematik i Stockholms län. Kommunförbundet Stockholms län www.ksl.se.

och narkotikaupplysningen genomfört och dels från ASI-net²⁹ varifrån vi beställt statistik kring ungdomars livssituation med fokus på missbruk. Detta kompletterat med vilka insatser som finns tillgängliga idag tänker vi kan utgöra underlag för beslut om samordnade insatser till dessa ungdomar i Fyrbodal³⁰. Viktigt att poängtera är att drogvaneundersökningen ger en bild av hur det ser ut bland ungdomar i allmänhet, medan siffrorna från ASI-net är baserat på ungdomar som har kontakt med socialtjänsten av en eller annan orsak.

3.1. Drogvaneundersökning i Fyrbodal

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning³¹ har genomfört drogvaneundersökning i Västra Götaland där ungdomar i årskurs 9 och gymnasiet år 2 har undersökts. De har en metodologisk gräns på minst 50 individer, varför kommuner under 50 inte redovisas. I Fyrbodal innebär det att Dals Ed (årskurs 9 och år 2 gymnasiet) och Färgelanda (år 2 gymnasiet) inte redovisas i rapporten, men ingår i regionssiffran. Nedan redovisas de tabeller som rör intensivkonsumtion³² av alkohol samt narkotikaanvändning för såväl år 2013 som 2016. Som tidigare påpekats gäller denna undersökning ungdomar i allmänhet.

3.1.1. Intensivkonsumtion av alkohol

År 2016 är det runt tio procent av eleverna i årskurs 9 i de flesta kommunerna i Fyrbodal som klassas som intensivkonsumenter, precis som i Västra Götaland och riket. Högst ligger Lysekil med 18 procent och lägst andel hade Uddevalla med 3 %.

I gymnasiet år 2 låg flera av kommunerna på cirka 30 %. Bengtsfors har den högsta andelen med 36 % som kategoriseras som intensivkonsumenter och Vänersborg den lägsta andelen med 20 %.

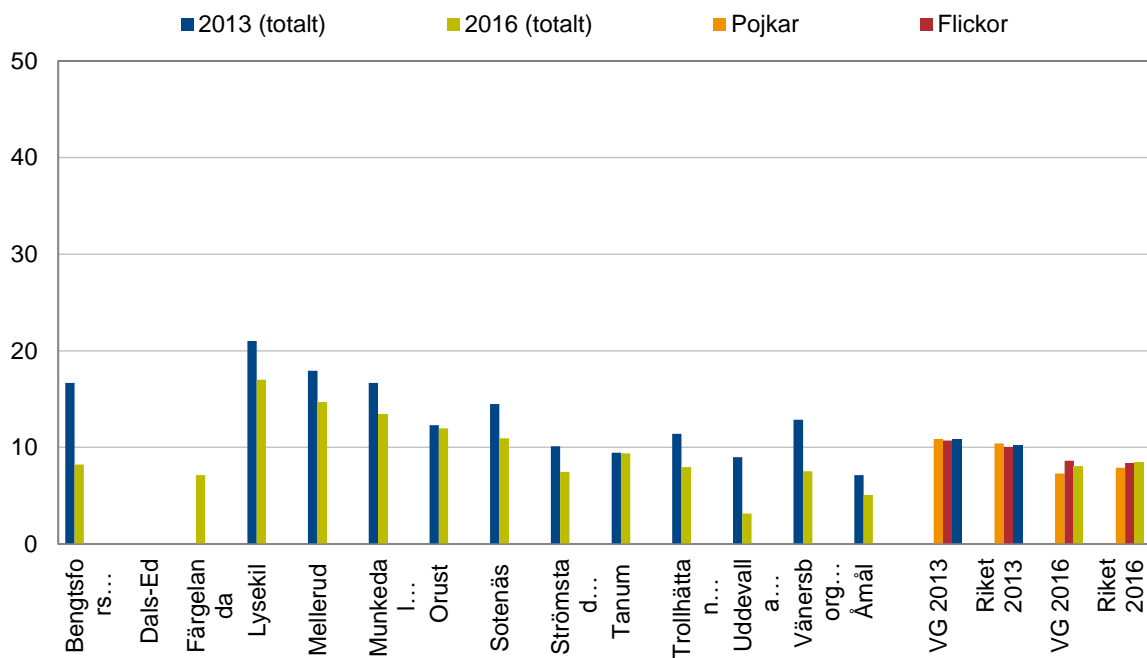
Tittar man på skillnaderna mellan år 2013 och 2016 så ser man att andelen intensivkonsumenter av alkohol har minskat i såväl årskurs 9 som gymnasiet år 2. Det enda undantaget är Bengtsfors, Strömstad och Åmål där andelen elever som kategoriseras som intensivkonsumenter har ökat.

²⁹ <http://rabekobberstad.se/vara-program/asi-net/> Ett nationellt register där kommuner kan lämna in underlag från de ASI-intervjuer och skattningar gjort.

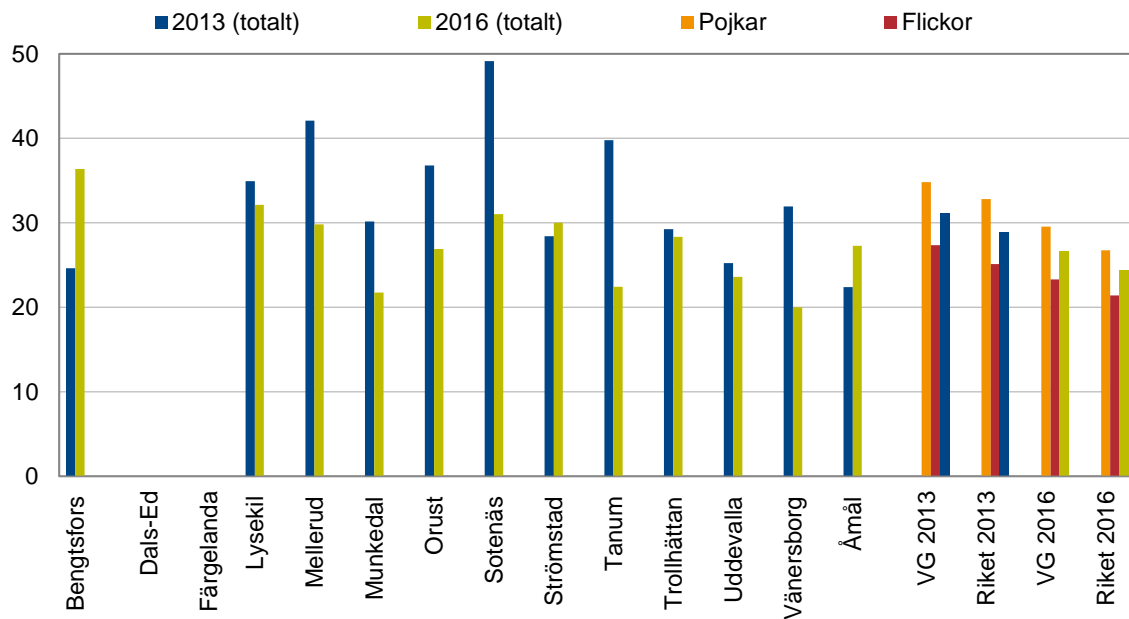
³⁰ Befintligt stöd och insatser redovisas i kapitel 4

³¹ CAN

³² I den här undersökningen definieras intensivkonsumtion på så sätt att en individ vid ett och samma tillfälle dricker en mängd alkohol motsvarande en helflaska vin eller fyra burkar starköl eller fyra burkar blanddrycker eller sexburkar folköl eller 25 cl sprit. Dessa mängder motsvarar inte exakt lika mycket ren alkohol (100 %) utan är ett mått på hur ofta eleverna dricker en större mängd alkohol vid ett och samma tillfälle.



Tabell 1, Årskurs 9 intensivkonsumtion av alkohol

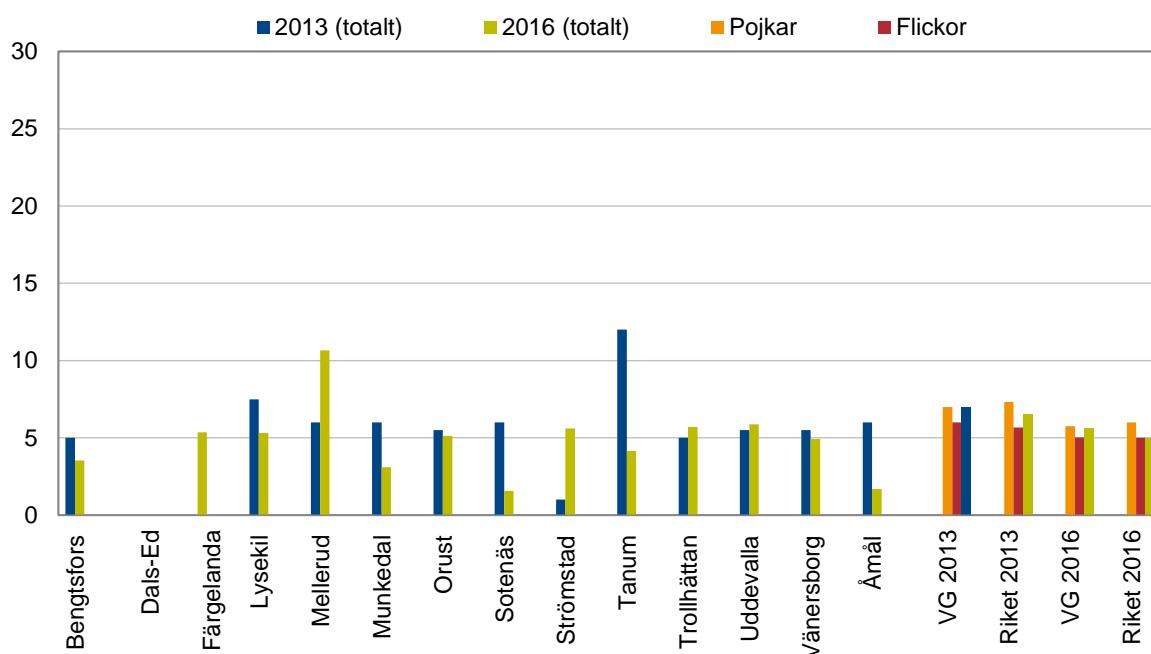


Tabell 2, År 2 på gymnasiet intensivkonsumtion av alkohol

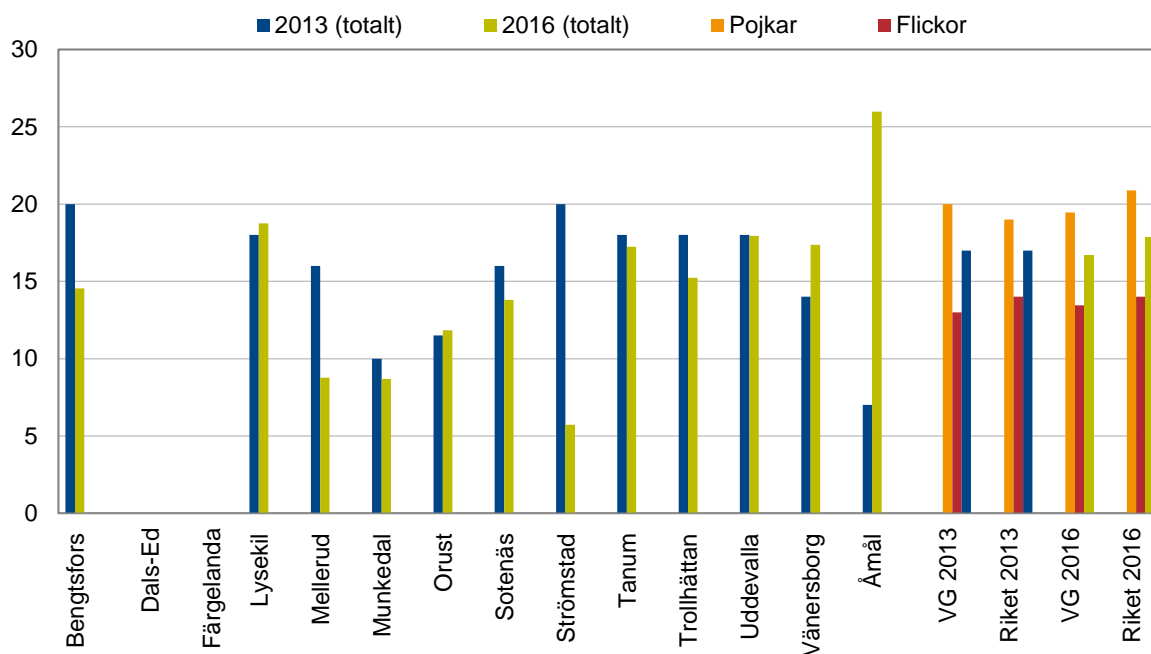
3.1.2. Någon gång använt narkotika

I de flesta kommuner i Fyrbodalen, årskurs 9, uppgav cirka fem procent av eleverna att de använt narkotika de senaste tolv månaderna, likt andelen narkotikaanvändare i hela länet och riket. Högst andel narkotikaanvändare i årskurs 9 hade Mellerud med 11 % och Åmål och Sotenäs hade lägst andel med cirka 2 % vardera.

I gymnasiet år 2 hade Strömstad den lägsta andelen elever som använt narkotika de senaste tolv månaderna med sex procent. Högst förekomst hade Åmål med cirka 26 %.



Figur 3, Någon gång använt narkotika årskurs 9



Figur 4, Någon gång använt narkotika gymnasiet år 2

3.2. Ungdomars livssituation med fokus på missbruk i Fyrbodals

För att åskådliggöra hur det ser ut i Fyrbodals vad gäller ungdomars livssituation med fokus på missbruk har vi valt att använda statistik från det nationella registret ASI-net där den nationella statistiken beträffande ASI-skattningar samlas. Som tidigare påpekats är det viktigt att i tanken ha med sig att denna statistik rör personer som av en eller annan anledning har kontakt med socialtjänsten, det vill säga, det är personer med någon form av problematik och siffrorna rör inte ungdomar i allmänhet.

ASI som står för Addiction Severity Index³³ är ett standardiserat intervjuverktyg som i olika utföranden använts inom vård och socialt arbete sedan början av 70-talet. ASI är något som rekommenderas av Socialstyrelsen i de nationella riktlinjerna för missbruksvården. ASI kartlägger informantens livssituation inom sju olika livsområden; fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Verktyget hjälper både klient och socialarbetaren att bedöma bland annat omfattning av hjälp- och stödbehov. Dessa skattningar kan kommunerna skicka in till ASI-net, det nationella registret.

I ASI-net redovisas debutålder för alkohol och olika droger, klienternas problem inom de olika livsområdena, deras problemprofiler samt uppdelningen mellan män och kvinnor. I denna rapport har vi valt att endast fokusera på siffror som rör Fyrbodals, men av vikt är att poängtera att dessa i stort sett inte skiljer sig åt från hur det ser ut på nationell nivå. Statistiken är fördelad på yngre och äldre klienter. Gruppen yngre klienter är de personer som är upp till 24 år och gruppen äldre följaktligen från 25 år och uppåt. I ASI-net består gruppen yngre av 190 klienter, 69% män och 31% kvinnor när det gäller Fyrbodals-området³⁴.

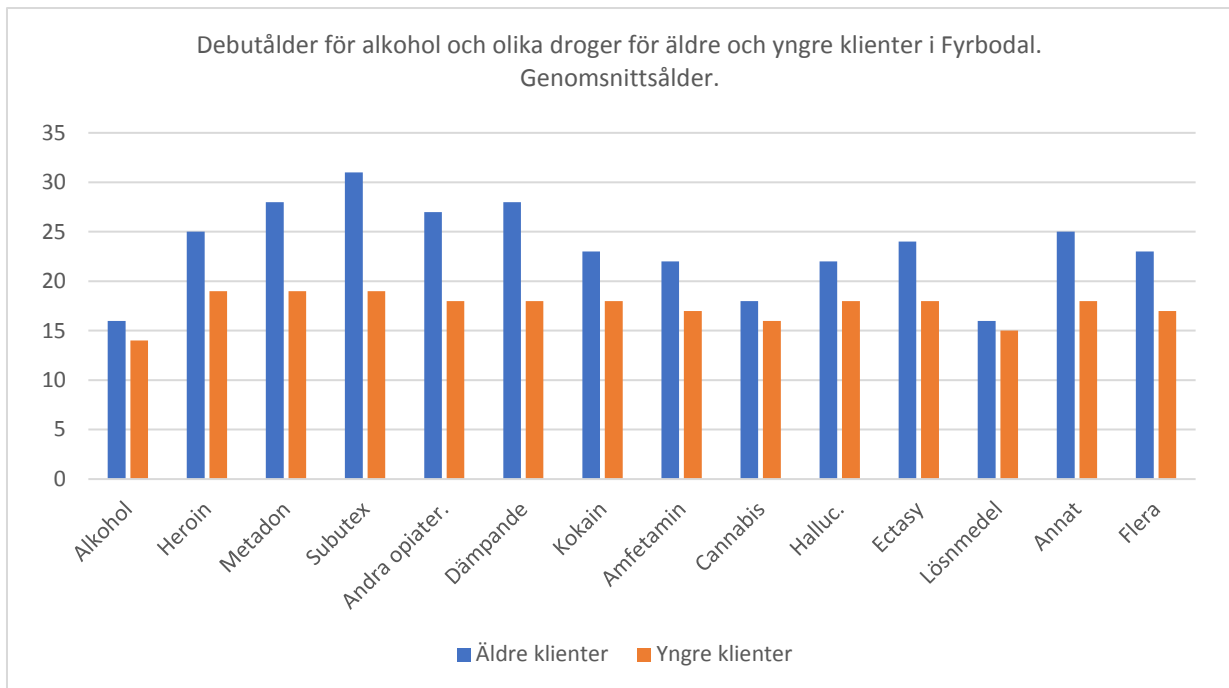
3.2.1. Debutålder för alkohol och olika droger

I ASI för alkohol frågar man hur gammal klienten var när hen först använde alkohol till berusning och för olika droger frågar man när klienten först använde drogen. Det finns 13 olika preparat som man frågar efter.

I Fyrbodals är klienterna i både den yngre och den äldre gruppen yngst, ca 15 - 16 år när de första gången använder alkohol till berusning, provar cannabis och använder lösningsmedel. För övriga droger är debutålder för yngre klienter också i Fyrbodals lägre jämfört med klienter i den äldre gruppen. Mönstret för debutålder är detsamma i Fyrbodals som i övriga landet, att yngre klienter har tidigare debutålder för alkohol och olika droger med undantag av alkohol, cannabis och lösningsmedel där både yngre och äldre klienter är ca 15 - 16 år när man första gången provar drogen. I vare sig den äldre eller den yngre gruppen av klienter är det någon skillnad mellan män och kvinnor utan yngre män och kvinnor börjar använda olika preparat vid ungefär samma ålder.

³³ ASI-manualen <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/asi>

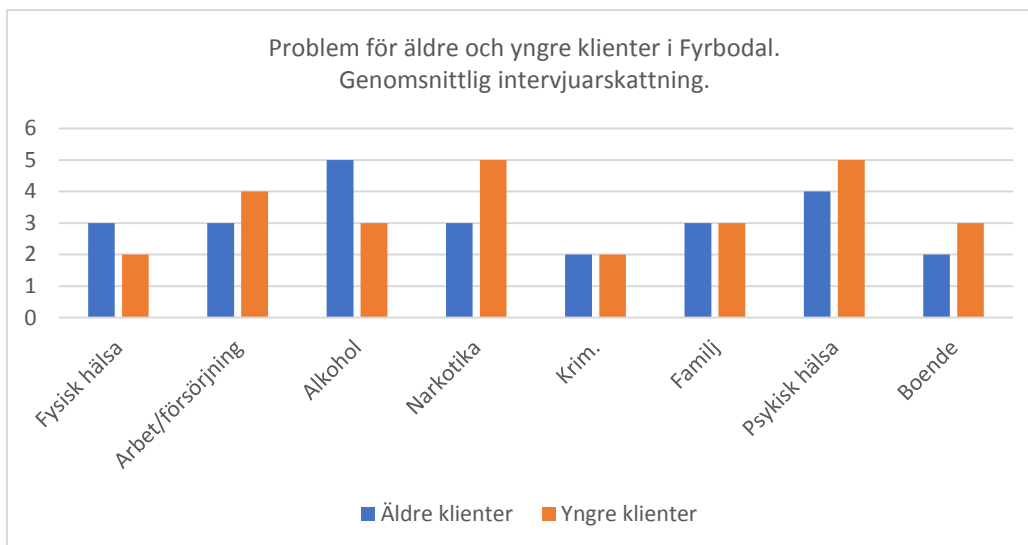
³⁴ I hela ASI-net består gruppen yngre av ca 7000 klienter, 68 % är män och 32 % är kvinnor. Totalt kommer data från drygt 70 % av Sveriges kommuner.



Figur 1. Debutålder för alkohol och andra preparat för äldre och yngre klienter i Fyrbodalen.

3.2.2. Problem inom olika livsområden

I figur 2 nedan visas skattningar för olika livsområden i ASI. Skattningarna visar att yngre klienter har mer problem än äldre klienter med arbete/försörjning, narkotika, psykisk hälsa samt med boende. Skillnaden är störst för problem med narkotika och boende där yngre klienter har avsevärt mer problem än äldre klienter inom dessa livsområden.



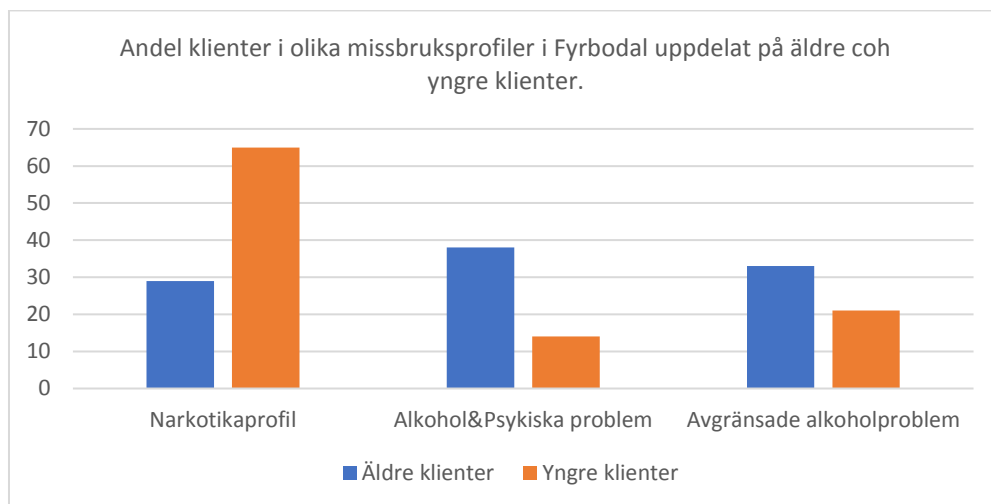
Figur 2. Problem i olika livsområden i Fyrbodalen för äldre och yngre klienter.

3.2.3. Missbruksprofiler

Eftersom alla klienter inte har samma problembild och behov kategoriseras dessa i ASI utifrån tre missbruksprofiler vilka baseras på intervjuarens skattning av problem inom de sju livsområdena. De tre missbruksprofilerna är:

1. Narkotikaprofilen där klienterna har stora problem med narkotika och med alla andra områden och relativt stora problem med alkohol
2. Alkohol och Psykiska problem (Alk&Psyk), där klienterna har stora problem med alkohol och andra områden förutom med narkotika och kriminalitet
3. Avgränsade Alkoholproblem (AvgrAlk), där klienterna har stora problem med alkohol men inte med andra områden.

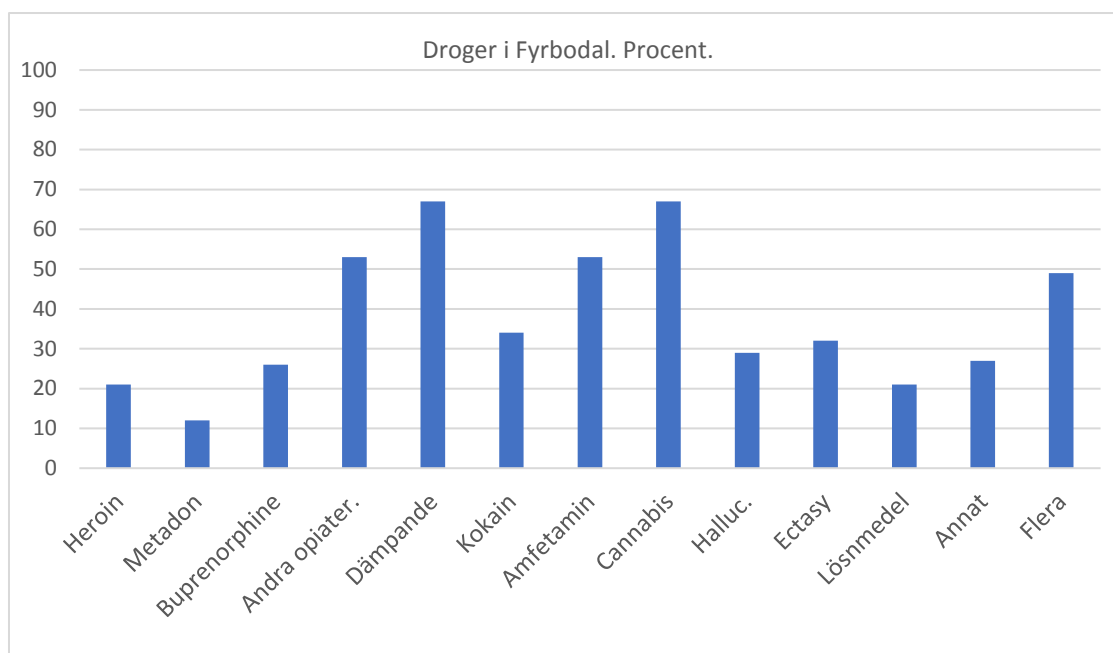
Missbruksprofiler för äldre och yngre klienter i Fyrbodal visas i figur 3 nedan. I den yngre åldersgruppen hör fler klienter till Narkotikaprofilen som innebär stora problem med narkotika och med andra livsområden i ASI. Äldre klienter hör mer till de två alkoholprofilerna, Alk&Psyk och AvgrAlk. I Fyrbodal, precis som i riket, finns fler klienter i den yngre åldersgruppen i Narkotikaprofilen. Detta innebär således att vi har fler unga klienter med stora och omfattande problem inom alla livsområdena.



Figur 3. Äldre och yngre klienter i de tre missbruksprofilerna i Fyrbodal.

3.2.4. Droger i Fyrbodal

I figuren nedan ser man hur stor andel av alla klienter i Fyrbodal som någon gång provat på olika droger. De vanligaste drogerna i Fyrbodal är dämpande preparat och cannabis som närmare 70% av klienterna provat på. Andra opiater/smärtstillande, amfetamin och flera preparat har ca 50% provat på. I frågan om flera droger ingår också alkohol. Siffrorna för Fyrbodal är i stort sett samma som i övriga landet, förutom vad gäller kokain som är en mer ovanlig drog i Fyrbodal. I Fyrbodal har 25% av klienterna någon gång injicerat droger jämfört med 29% i övriga landet. Genomsnittsålder var då 22 år både i Fyrbodal och i övriga landet.



Figur 4. Andel klienter som provat olika droger i Fyrbodal. Procent.

3.3. Sammanfattning

Sammanfattningsvis tydliggör dessa statistiska underlag flera aspekter som bör beaktas i relation till utveckling av samordnade insatser vad gäller unga med missbruks- och beroendeproblem i Fyrbodal. När det gäller missbruk och beroende hos ungdomar går konsumtionen av alkohol ner och det är andra droger som tar större mark, i synnerhet cannabis. Debutåldern sjunker vad gäller när ungdomar prövar en drog för första gången. Kombinationen mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa är mer och mer vanlig och bidrar till den ökade komplexitet i ärenden som möter professionella i arbetet med att stödja ungdomar med missbruk och beroende. Det är också så att missbruk och beroende påverkar flera livsområden för den det gäller, men givetvis även för deras närstående. Eftersom siffrorna för Fyrbodal inte skiljer sig i någon hög grad från riket ger det argument för att behovet av samordnade insatser av typen integrerade verksamheter även behöver finnas i Fyrbodal i samma omfattning som i andra delar av landet. Detta skulle skapa ökade förutsättningar för en mer jämlik vård för alla, även i Fyrbodal.

4. Tillgång och inriktning på dagens stöd och vård

För att få en bild av vilken tillgång och inriktning det finns i dag, i Fyrbodal, vad gäller stöd och vård till unga med missbruk och beroende tillskapade vi en enkät som sändes ut till såväl regionen, de 14 kommunerna i Fyrbodal och en brukarorganisation. Enkäten hade även ett fokus på samordnade insatser, vilka som fanns och vilka som efterfrågades allt för därigenom få en uppfattning om i vilken mån verksamheterna uppmärksammat behov av integrerade verksamheter för ungdomar med missbruk och beroende.

Enkäten skickades sammanlagt ut till 79 personer inom verksamheter som i någon mån arbetar med unga med missbruk. Sammanlagt inkom 32 svar. Alla kommuner förutom Mellerud finns

representerade i svaren. I tabellen nedan åskådliggörs vilka som fått enkäten och vilka som svarat.

Mottagare	Antal personer som fick enkät skickad till sig	Antal inkomna svar
Individ- och familjeomsorgschefer	14	13
Sköterskor inom elevhälsan	18	10
Enhetschefer på vårdcentraler	34	7
Verksamhetschefer på ungdomsmottagningarna	2	1
Brukarrepresentant	1	1
Enhetschefer på BUP	10	0
Totalt	79	32

Tabell 1. Sammanställningen över antal utskickade enkäter och inkomna svar.

4.1. Sammanställning av enkät

De tre första frågorna i enkäten hade fasta svarsalternativ och möjlighet att kommentera om så önskades. Dessa tre frågor presenteras med såväl tabeller som förklarande text. Fråga fyra i enkäten hade inga fasta alternativ utan där har varje informant svarat fritt, av det skälet finns ingen tabell som åskådliggör svaren utan enbart en sammanfattande text.

Fråga 1. Vilka insatser (stöd och/eller vård) erbjuder din verksamhet målgruppen unga (14 - 21 år) med missbruks- eller beroendeproblematik?

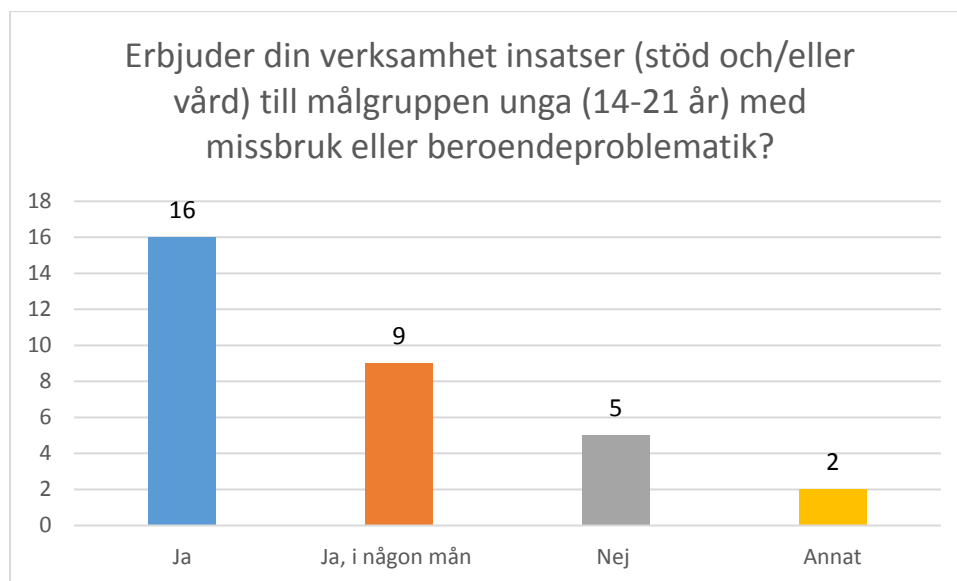
Inom de kommunala verksamheterna erbjuds en mängd olika insatser. Det är bland annat kurativa stödsamtal, drogtester, familjebehandling, öppenvård, familjehem samt institutionsvård. Insatserna kan variera beroende på vilken verksamhet inom individ- och familjeomsorgen ungdomen ”tillhör” och det kan vara olika lagstiftning som tillämpas (SoL, LVU, LVM). Vissa verksamheter inom individ- och familjeomsorgen erbjuder även cannabisprogram för ungdomar (CPU), haschavvänjningsprogrammet (HAP) och/eller multisystemisk terapi (MST). När en individ blivit 20 år kan även boendestödsteam eller träningslägenhet erbjudas.

På primärvårdsnivå erbjuds främst individuella samtal, läkarkontakt och ibland medicindelning. För patienter som bedöms behöva ytterligare vård skickas remiss vidare till mer specialiserad vårdinstans.

Ungdomsmottagningarna har inget behandlings- eller vårdansvar för ungdomar med missbruksproblematik. Ungdomsmottagningarna hjälper istället dessa ungdomar vidare till annan vårdgivare/instans med sådant uppdrag/kompetens.

Hos elevhälsan är det främst samtal, motivation och stöd i skolan och stöd till föräldrar som erbjuds till målgruppen.

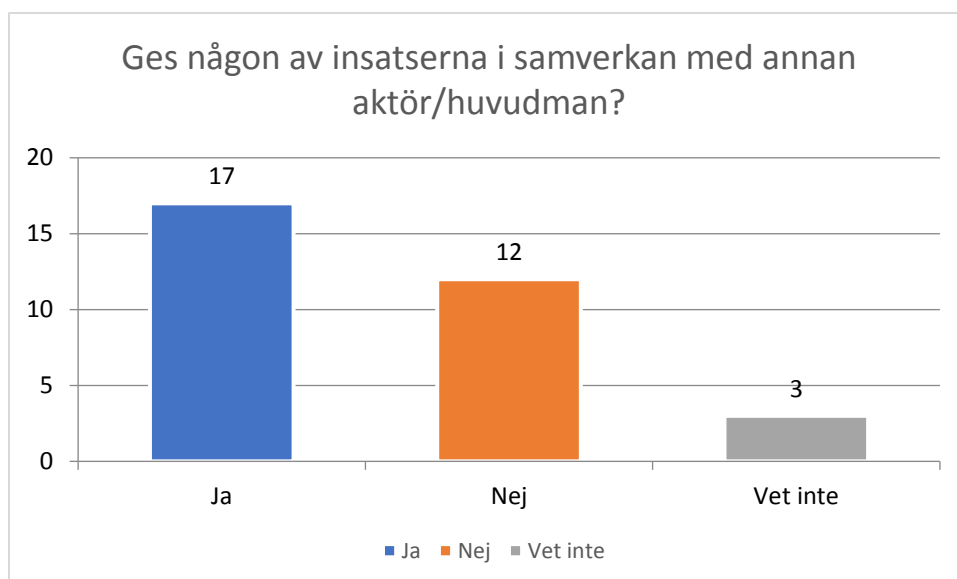
Brukarorganisationen har inga egna verksamheter, men de uppmanar och försöker stötta andra föreningar, socialtjänst och region att anordna aktiviteter och ha insatser för målgruppen.



Figur 1 Erbjuder din verksamhet insatser till målgruppen

Fråga 2. Vilken insats ges i så fall och tillsammans med vilken aktör/huvudman?

Flera av de kommunala verksamheterna svarade att de har olika samverkanspartners, även om det skiljer sig åt mellan olika verksamheter. Det finns bland annat viss samverkan med BUP, vårdcentraler och beroendeenheten inom hälso- och sjukvården. Det finns även samverkan med skola, fritidsgård och polis. Vårdcentralerna har främst samverkan med BUP, ungdomsmottagningar, skola och socialtjänst. Även om samverkan sker så svarar de flesta att det inte finns någon systematik i samverkan. Flera svarade även att de gärna sett att insatserna varit samordnade oftare.



Figur 2, Ges insatserna i samverkan med annan aktör/huvudman?

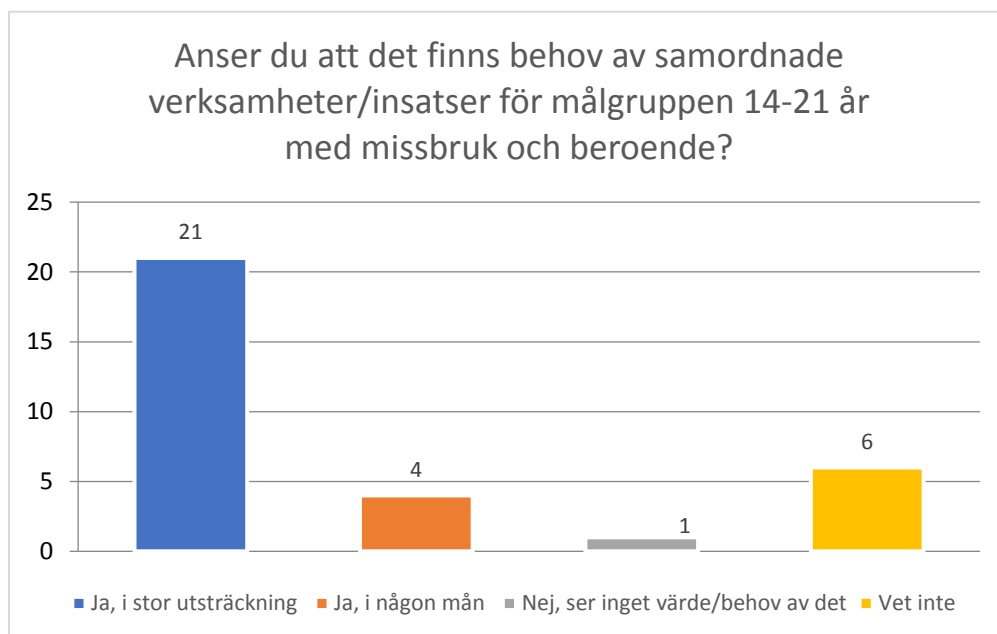
Fråga 3. Anser du att det finns behov av samordnade insatser för målgruppen?

De flesta som svarade på enkäten ansåg att det finns ett stort behov, eller behov i någon mån, av samordnade insatser för målgruppen 14 - 21 år med missbruk och beroende. Endast en tillfrågad ansåg att det inte fanns något behov, utan att motivera varför.

Noterbart är att 11 av de 13 som representerar individ- och familjeomsorg svarade att de i stor utsträckning ser behov av samordnade verksamheter/insatser för målgruppen 14 - 21 år med missbruk och beroende.

Ytterligare kommentarer kring behovet av samordnade insatser är att man anser att det alltid är bra att ha utarbetade rutiner för hur samverkan ska se ut och vad som praktiskt kan erbjudas när man upptäcker eller har misstanke om missbruk eller beroende. Samordnade insatser gynnar alltid den enskilde och även personal som jobbar kring denne. Samordnade insatser behövs för att kunna ge en mer kvalificerad vård och behandling. Flera av de som svarat, upplever även att det finns ett stort och ökande problem i kommunen när det gäller droger.

Vikten av främjande och förebyggande arbete betonas även som viktigt för att så få som möjligt av de unga ska hamna i ett missbruk/beroende. För de som är i behov av stöd och vård är det av största vikt att den är anpassad utifrån ålder och behov. En svarade att Mini-Maria är ett lysande exempel på när flera aktörer samverkar för att ge stöd och vård utifrån individens behov. Risker att personer hamnar mellan stolarna blir mindre om myndigheter, kommun och landsting samverkar.



Figur 3 Behov av samordnade insatser

Fråga 4. Vad anser du saknas idag för att kunna möta denna grupps behov?

Flertalet som representerade individ- och familjeomsorgen svarade att de främst önskar bättre samverkan med hälso- och sjukvården. De flesta av de tillfrågade svarade att en bättre samordning mellan vården, socialtjänst och ungdomsmottagningar skulle kunna ge en stor positiv inverkan på målgruppen. Flera av de som svarat på enkäten beskrev även att en Mini-Maria verksamhet är önskvärd och att ett socialmedicinskt upplägg hade varit att föredra.

Vissa upplever att det ibland är oklart hur olika förvaltningar fungerar, hur de kan och får agera i frågor som gäller missbruksproblematik bland ungdomar. En samordnare med ett övergripande ansvar över de olika verksamheterna hade varit gynnsamt. En samtidig insats från vården och socialtjänsten, utifrån evidensbaserade metoder hade kunnat göra skillnad för de unga. En annan aspekt som nämdes var ett behov av att den övre åldersgränsen höjs då vuxenbegreppet skjuts fram och de mellan 21 - 24 års ålder idag mer lever ett ungdomsliv.

4.2. Sammanfattning

Sammanfattningsvis tyder svaren på att det i dagsläget erbjuds vissa insatser för unga med missbruks- och beroendeproblematik. Det finns dock ingen systematik vad gäller samverkan i hur dessa ungdomar tas om hand. Hur samverkan mellan olika aktörer ska se ut är sällan tillräckligt tydlig. De fria svaren från enkäten visar att de som arbetar med dessa ungdomar önskar en bättre samverkan och ett bättre gemensamt grepp kring dessa individer. En bättre samverkan där huvudmännen tillsammans kan agera bör därför ses som ett viktigt inslag. Då de flesta som inkom med svar ansåg att ytterligare insatser för dessa personer i stor utsträckning behövs, menar arbetsgruppen att en verksamhet likt Mini-Maria kan fylla en viktig funktion i Fyrbodalen.

5. Förslag på samordnade insatser i Fyrbodal

Den tredje delen av uppdraget var att ge exempel på hur en bättre integrerad beroendeverksamhet i Fyrbodal kan utformas. Nedan presenteras arbetsgruppens förslag.

Arbetsgruppen föreslår;

En, så kallad, Mini-Maria mottagning fördelad på två mottagningsorter i Fyrbodal med varsitt behandlingsteam och en gemensam chef.

- **Huvudman**

Regionen står som huvudman, men såväl region som kommuner är gemensamma ägare av verksamheten. Samtlig personal är således anställd av regionen och alla insatser sker och dokumenteras via HSL.

Finansiering sker 50/50 mellan region och de 14 kommunerna, där kommunernas del fördelas enligt gängse fördelningsnyckel baserad på invånarantal.

Observera att det är av yttersta vikt att respektive profession får använda och utveckla sin respektive kompetens, inom respektive kunskapsområde även om det är en huvudman.

- **Geografisk placering**

Uddevalla (mottagningsort) med upptagningsområde, Sotenäs, Färgelanda, Munkedal, Lysekil, Orust, Tanum och Strömstad.

Vänersborg (mottagningsort) med upptagningsområde; Mellerud, Trollhättan, Dals Ed, Bengtsfors, samt Åmål.

Antal kommuninvånare³⁵;

Uddevallas upptagningsområde; 136.565 invånare

Vänersborgs upptagningsområde; 133.549 invånare

Med fördel kan mottagningarna samlokaliseras med ungdomsmottagningarna för att öka enkelheten för ungdomarna att uppsöka verksamheterna. Vid beslut om lokaliteter är det också av vikt att möjlighet att nyttja allmänna kommunikationer underlättas.

- **Personalbemanning och kompetens**

1 chef och två behandlingsteam. Samtliga ska ha specialkompetens vad gäller missbruk, beroende och psykisk ohälsa.

Varje behandlingsteam ska förslagsvis bestå av vardera;

2 behandlare

³⁵ Utifrån Kolada 2016

1 kurator

50% sjuksköterska

10 % läkare

- **Arbetsuppgifter**

Teamen ska vara ett stöd till; ungdomar, föräldrar/vårdnadshavare samt professionella och ska;

- Erbjuder information, rådgivning och behandling i öppna former utifrån den unges behov
- Utveckla arbetsformer för att möta och stödja ungdomarnas familjer och sociala nätverk
- Komplettera befintliga resurser hos kommun och region och arbeta i nära samverkan med dessa.

Mottagningarna ska inte göra något som redan görs i region eller kommun, utan ta sig an de ärenden som är för komplexa för de ordinarie verksamheterna och även de ärenden som inte befintliga verksamheter når³⁶.

Samtalet ska vara grunden i arbetet och det är förändringsarbete som ska bedrivas, men tanken är också att behandlingsteamet ska kunna vara någon form av kompetenscenter.

Behandlingsteamet ska ha gemensamma APT, handledning, utbildning, kollegialt stöd etc.

En mer konkret arbetsbeskrivning görs i den mån region och kommun gemensamt beslutar om denna typ av organisering i Fyrbodalen.

5.1. Argument och reflektion

Nedan har vi valt att punktera upp ett antal argument för förslaget, men vi har även valt att skriva fram ett antal ”observandum”, aspekter som vi anser att man bör beakta och diskutera vidare i den mån man väljer att gå vidare i processen med just detta förslag.

- **Argument för förslaget**

- Bra med samlokalisering med ungdomsmottagningar, högtröskel kan bli lågtröskel
- Föreslagna mottagningsorter har hög andel gymnasieungdomar alternativt närhet till sådan kommun
- Föreslagna mottagningsorter har goda allmänna kommunikationer
- Regionen som arbetsgivare för alla i behandlingsteamet minskar diskussionen och problematiken kring öppna eller biståndsbedömda beslut, alla insatser blir via HSL
- Ett gemensamt dokumentationssystem
- Färre sekretessproblem
- Färre organisationsled, tids- och kostnadseffektivt

³⁶ Detta kan vara ungdomar som av olika anledningar inte vill vända sig till psykiatris- eller socialtjänstens andra verksamheter

- Tydlig ingång till verksamheten för ungdomarna och deras närstående
- Administrativ enkelhet

- **Observandum**

- Hur säkra upp det kommunala inflytandet med regionen som ensam ägare där kommunen bidrar ekonomiskt?
- Hur tillgodose tillgänglighet för samtliga i Fyrbodal trots geografiska avstånd?
- Hur attrahera de ungdomar som finns längre från mottagningsorterna (skype-möten?)
- Risker och/eller hinder för verksamheten om endast insatser via HSL kan ges och inte SoL?
- Missgynnar HSL ungdomarnas möjligheter på något sätt? Har man rätt till allt stöd man kan behöva via HSL eller måste man hänvisas vidare?
- Utvärdering av verksamheten bör i synnerhet ske med fokus på vilka som faktiskt tar del av verksamheten, dvs. får alla deltagande kommuner del av verksamheten?

5.2. Budgetskiss och kostnadsfördelning

Nedanstående budget är att betrakta som en tämligen grovhuggen skiss, allt för att ge en bild av vad verksamheten kan komma att kosta. Den faktiska budgeten måste anpassas till den kompetens, den personaltäthet, de lokaliteter etc. som man bestämmer sig för i den mån detta med integrerad verksamhet blir en realitet. Fördelningen per kommun är gjord utifrån gängse fördelningsnyckel baserad på antal invånare i kommunen. Man skulle kunna göra en fördelning utifrån åldersgruppen som avses, men då mottagningarna föreslås arbeta även med föräldrar/vårdnadshavare samt vara ett stöd för andra professionella anses fördelning baserat på invånarantal vara det mest rättvisa.

Beräknade kostnader Mini Maria	Tkr
Chef	750
Team 1	
2 behandlare	1 100
1 kurator	700
50 % sjuksköterska	270
10 % läkare	110
Övriga kostnader (hyra, telefoni, handledning, städ, etc.)	500
Team 2	
2 behandlare	1 100
1 kurator	700
50 % sjuksköterska	270
10 % läkare	110
Övriga kostnader (hyra, telefoni, handledning, städ, datorer, etc.)	500
Total budget	6 110

Ovanstående tabell visar på årliga kostnader, till detta kommer initiala kostnader för möbler, telefoner, datorer etc. Kostnaden delas 50/50 mellan region och de 14 kommunerna. Nedan visas kostnadsfördelningen mellan kommunerna baserat på invånarantal.

	Antal invånare	%	Kostnad/kommun (tkr)
Bengtsfors	9 940	3,7	112
Dals-Ed	4 777	1,8	54
Färgelanda	6 627	2,5	75
Lysekil	14 570	5,4	165
Mellerud	9 323	3,5	105
Munkedal	10 361	3,8	117
Orust	15 093	5,6	171
Sotenäs	9 065	3,4	103
Strömstad	13 079	4,8	148
Tanum	12 606	4,7	143
Trollhättan	57 753	21,4	653
Uddevalla	55 164	20,4	624
Vänersborg	38 955	14,4	441
Åmål	12 801	4,7	145
Totalt	270 114	100,0	3055

6. Slutdiskussion

Arbetsgruppens förhoppning är att denna rapport kan utgöra ett relevant underlag för att fatta beslut om i vilken mån region och kommun gemensamt ska starta upp samordnade insatser för ungdomar med missbruk och beroende i Fyrbodal, då med fördel en integrerad verksamhet av typen Mini-Maria.

Det finns flera argument som stärker ett sådant beslut. Utöver det som rapporten redan visat finns exempelvis det beslut som hälso- och sjukvårdsstyrelsen fattade i april 2017 om ett regionuppdrag till följd av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, där det nya är att även unga med missbruk ingår. I rekommendationerna nämns att regionen bör satsa på Mini-Maria verksamheter då dessa i dagsläget enbart finns i Göteborg. Utöver det påtalas det i Västra Götalands hälso- och sjukvårdsavtal att ett av de gemensamma utvecklingsområdena som identifierats rör integrerade mottagningar, integrerade arbetssätt samt insatser för ungdomar med missbruk. Just vad gäller ungdomar menar man att behandlingsutbudet måste utvecklas och att detta ska omfatta samtliga delar av vården samt hur denna organiseras. Avslutningsvis vill vi lyfta fram de fokusområden som lyfts fram i visionen ”strategi för tillväxt och utveckling i Västra Götaland 2014 – 2020. Det goda livet ska vara grunden för utvecklingsarbetet och jämlikhet och jämställdhet i hälso- och sjukvård betonas samt att man ska möta behoven hos barn och unga.

Att minska skillnader i livsvillkor och hälsa betonas ofta och just för den här gruppen, unga med missbruk och beroende är skillnaderna flera, inte minst beroende på var i landet du bor. I

”mål och inriktning 2017 – 2019” där norra hälso- och sjukvårdsnämnden anger att ett av målen är att minska skillnader i livsvillkor och hälsa är det kopplat till att vårdgivarna som möter barn och föräldrar strukturerat ska arbeta för att påverka attityder och normer genom information och utbildning om alkohol, tobak och droger. Vad gäller personer med missbruk och riskbruk lyfts ett antal uppdrag fram under målet ”invånarnas behov ska vara styrande för de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges. Exempelvis lyfter man fram att nämnden ska arbeta för en utvecklad och tydlig samverkan mellan region och kommunerna i beroendevården och att ungdomar med missbruk eller missbruksbeteende ska få adekvat hjälp t.ex. genom Mini-Maria verksamheter.

Denna förstudie, som vi nu avrapporterar, är ett tydligt exempel på en vilja och ambition hos huvudmännen i att hitta samverkansformer och utveckla verksamheter som bättre kan stödja ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik. Förstudien är att betrakta som ett första steg och arbetsgruppens förhoppning är att det fattas beslut om att ta ytterligare ett steg för att realisera denna tanke om integrerad verksamhet i Fyrbodal. Som ord på vägen vill vi avsluta med ett antal punkter som kan vara till nytta i nästa led av processen, i den mån detta faller ut i ett konkret förslag om att bygga upp en integrerad verksamhet i Fyrbodal.

- Tydliggöra i verksamhetsidé och arbetsbeskrivningar, var i vårdkedjan mottagningen ska befinna sig, så det blir en tydlig definition av uppdrag, samt avgränsning av uppdrag i relation till befintliga verksamheter inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.
- Definiera målgrupp, detta inkluderar även vilket åldersspann verksamheten ska fokusera på. I uppdraget angavs 14 - 21 men flera andra verksamheter har valt 25 som övre gräns. Betydelsefullt är att tillse att ingen åldersgrupp faller mellan stolarna.
- I och med svårigheten att med tydlighet veta hur många presumtiva ärenden vi pratar om är det av stor betydelse att verksamheten utvärderas utifrån denna aspekt för att säkerställa att mottagningarna dels når de ungdomar som har behov av stödet och att mottagningarna är dimensionerade för att tillgodose dessa behov.
- Ska förebyggande arbete inkluderas i arbetsuppgifterna?
- Tillgänglighet? Hur långt kan man tänka sig att åka för att besöka mottagningen? Lokaliseringens betydelse? Sociala medier och Skype-besök?
- Kostnadsfria besök och kostnadsfritt stöd till andra professionella?
- Komplexiteten i målgrupp, det finns ingen ”ren” missbruksgrupp längre. Det finns ofta en samsjuklighetsproblematik med psykisk ohälsa.
- Hur nå grupper som personer med intellektuell funktionsnedsättning, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och nyanlända?
- Från och med årsskiftet kommer spelmissbruk att jämföras med annat missbruk och kommer att inkluderas i socialtjänstlagen, särskilt fokus kommer att sättas på ungdomar

- Socialstyrelsen påtalar ett önskemål om att poängtera familjeperspektivet, det är enligt dem vanligt att det missas och man fokuserar enbart på den unge när stödformer diskutera.