

***Dokumentation från studiegrupper i Nationella  
riktlinjer  
För missbruks- och beroendevården, Jämtlands län  
2008-09***

***Östersund I***

***Östersund II***

***Bräcke***

***Berg***

***Härjedalen***

***Krokom***

***Ragunda***

***Strömsund***

***Åre***



## Inledning och bakgrund

Att arbeta och studera de Nationella riktlinjerna med ett arbets- upplägg som studiecirkel/sectorsövergripande fanns tydligt med i den projektbeskrivning som lämnats i ansökan till ESF. Hur det skulle organiseras på bästa sätt var ej genomarbetat och tydligt klarlagt. Det första förslaget var att knyta "gamla" Miltonledningsgruppens personer till varje studiegrupp. De skulle där ha rollen som kontaktperson/handleda de tre planerade träffarna i sin kommun, och även utse vilka "viktiga" aktörer som skulle ingå i gruppen. Projektledare skulle starta upp varje grupp, men ej närvara och leda arbetet i alla grupperna.

Miltongruppen träffades i september 2008 och planerade upplägget, gruppen i Berg kändes tydligast i sin struktur utifrån den gemensamma arena med kontinuerliga träffar de skapat. Inom en vecka hade kontaktpersonen bokart startdatum för den första studiegruppsträffen. Åre, Bräcke och Ragunda arbetade självständigt fram sina grupper. I Östersund, Krokoms, Härjedalen, Strömsund blev det tydligt att det ej fungerade med endast kontaktpersonens möjligheter utan ett stöd i arbetet med tillskapande av viktiga aktörer i studiegrupper (primärvård) blev nödvändigt.

Tillsammans med styrgruppen beslutades att projektledare skulle organisera/utbilda i alla nio grupperna. En ansökan till ESF om förändring i befintlig budget/omfördelning till att 7 månader anställa en projektassistent för koordinering av projektets alla viktiga kompetensutvecklingsinsatser. Detta innebar att på en kort tid, november 2008 – april 2009 genomföra tre träffar i nio studiegrupper med personal från flera olika yrkeskategorier. Varje studiegrupp unik i sig och med det lokala perspektivets viktiga syfte. Antalet personer i grupperna har varierat från 10 personer till 16, Östersund delades in i två grupper Östersund I och II, övrigt en grupp i varje kommun. Studiegruppernas startdatum presenterades vid projektets upptaktskonferens den 20 oktober på Folkets Hus.

Arbetet i grupperna har byggts på tre steg:

- Introduktion av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, alla får ett exemplar av boken och tillhörande studiehäfte.  
Bikupsdiskussion 1. samverkan, moraliserande attityder, sjukdomsbegrepp etc, totalt tre bikupor vid varje träff.  
Varje grupp noterar på OH-bild, presenteras i hel grupp.  
Sammanställs av projektledare.
- Träff 2: Inlästa kap. 1 - 4 av deltagare. Reflektion med axplock från sist (dokumenterat på OH) Introduktion kap. 3- 4 med följande bikupsdiskussioner.  
Övrigt som ovan.
- Träff 3: Inlästa kap. 5 – 8. Reflektion och axplock från sist. Thomas Andersson har i sex grupper informerat om riskbruksarbetet och mobiliseringen i länet. Introduktion med följande bikupsdiskussioner, dokumenteras på OH. Träffen avslutas med litteraturtips och en slututvärdering av studiegruppsträffarna från varje deltagare.

### Östersund I träffades vid följande datum:

- ❖ Onsdagen den 5 november
- ❖ Torsdagen den 15 januari
- ❖ Onsdagen den 18 mars

I gruppen har följande personer deltagit:

Caroline Lindström, Socialförvaltningen vuxenenheten  
 Helena Modig, Primärvården, ungdomsmottagningen  
 Paula Akinci, Beroendecentrum  
 Mona Andersson, Beroendecentrum  
 Odd Lian, Psykkliniken dd-enheten  
 Bert-Ove Löfgren, Personligt ombud, Östersund,  
 Margareta Asplund, Arbetsförmedlingen, Rehab Nord  
 Cecilia Nordengren, Socialförvaltningen unga vuxna  
 Helena Linder, Beroendecentrum  
 Maria Hellsten, Socialförvaltningen, boendesociala gruppen vux.  
 Siv Wallin, Primärvården, Odensala

Vid den första träffen visade det sig att för många var det nya ansikten och även om man arbetade inom socialförvaltningen hade man ej haft kontakt eller kände till varandra. Hälso- och sjukvården som i denna grupp representerades av tre personer, de fördelades i var sina bikupor, övrigt sektorsövergripande utifrån bästa tänkbara dialog.

Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 1.

### **Samverkan och samarbete**

Gruppen uttrycker gemensamt att samverkan är ett måste och att mandat måste ges uppifrån, all forskning tyder på det annars är det en risk att det hänger på "eldsjälar". Samverkan kan inledningsvis ta mer tid, därför är det viktigt med stöd. Sekretess – revir – maktposition - inte vårt bord – språk. Att sprida kunskap om varandras verksamheter – ger bättre förväntningar på varandra. Samverkan leder även fram till ökad förståelse för andras terminologier, och man vågar fråga. Varför är inga läkare med i gruppen?

### **Bedömning, termer och attityder**

Otydlighet leder till dålig planering, vad är missbruk, vad är beroende? Finns exempel på där man slarvar med begreppen – ex i utredningar – missbrukar tabletter? Det säger ingenting! Hur mycket hur ofta blir det? Läkarna vet ej alltid vad ett LVM läkarintyg är, vilket är ett bekymmer. Vårdplanering är viktigt utifrån den tidiga viktiga kontakten mellan alla inblandade. Vi upplever att hälso- och sjukvården generellt är dåligt insatta/bekanta med termerna. Viktigt med kunskaper i beroendelära (har blivit bättre) men behöver uppdateras, OBS! nyanställda. Se över grundutbildningen! Konsekvenser: Kvalité, otydlighet, felaktig planering. Det är viktigt med gemensamma instrument som tex. ASI. Attityder är främst de som ej arbetar med målgruppen, fördomar att missbrukare är socialt

utslagna = de som sitter på bänken .Det är även hotfullt och skapar problem att identifiera sig som missbrukare. Kunskap och information ett led i arbetet framåt med fördomar och attityder.

### **Gemensamma definitioner**

Mindre skuldbelagt att tänka/prata om missbruk/beroende som sjukdom. Bli säker på definition av missbruk/beroende, ICD,-10 DSM – 1V.Att screena gör det enkelt att känna sig trygg i att fråga kring dessa saker. Sjukdomsbegreppet är mer vedertaget inom socialtjänsten än inom hälso-sjukvården.

**Sammanfattning av träff 2, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 2**

Kap. 3, Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamheten - behov av andra aktörer:

Socialtjänsten, unga vuxna ,beroendecentrum har hela kedjan, otydligt mellan vuxenstöd och beroendecentrum + avdelningen barn och unga. Från primärvården uttrycks att ungdomsmottagningen kan ha kort rådgivning utan grundligare bedömning av problemets svårighetsgrad, de lämnar över till beroendecentrums öppenvård vid behov. Personliga ombudet kontaktar beroendecentrums öppenvård vid behov(steg 2) kan även ta kontakt med CM-teamet. Psykiatrin har inga direkta rutiner ,dåliga kunskaper om vart man vänder sig, informationsbehov! Ser detta i ett länsperspektiv – bristande rutiner för LVM anmälan till kommunen. Ett tillskapande av forum för utbyte av kunskap/information för förändringar i verksamheter uttrycks. Arbetsförmedlingen önskar rutiner för bedömning innan hänvisning till AF – Norgemodell. Otydligheter i rutiner, hur man identifierar problemet. Steget är stort till att ta kontakt med beroendecentrums öppenvård – tillskapas något mellanting? En otydlighet upplevs mellan enheter, överföring av ärenden. Behov av förebyggande arbete, tidig upptäckt, är på gång eller?? Det finns idag inte avgiftning/nedtrappning som är acceptabel!

Kap. 4 Bedömningsinstrument och dokumentation:

Socialtjänsten, beroendecentrum och unga vuxna använder screening-instrumentet AUDIT/DUDIT samt ASI. Psykiatrin och AF uttrycker att det borde vara så(ej idag)personligt ombud har ej någon screening, ungdomsmottagningen säger att diskussioner pågår. Flera har gått MI men saknar uppföljning och utvärdering, personligt ombud vill gå. Det känns oklart vad begreppet "kort rådgivning" innehåller. Vem förväntas syssla med detta? Att använda tester med systematik ser olika ut, påbörjas nu på beroendecentrum med större tydlighet. Urin utandning och salivtester används enligt beskrivning inom socialtjänsten, säkerhet kring provtagningen varierar. Psykologiska tester görs enligt beskrivning, uppföljning kring hur metoderna används efterfrågas. Cheferna är viktiga för bra samarbete mellan dem och nedåt i hierarkierna.

**Sammanfattning av träff 3, se inbjudan, program för dagen bil.3**

Kap.6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:

TNE är vad som finns, Beroendeklinik förväntas ta över (men när?) TNE tar bara emot alkoholpatienter, annars (andra preparat) krävs LVM för att TNE

skall ta emot. TNE anses vara väl fungerande, recept skrivs ut och remiss till primärvården skrivs. Men begränsad platstillgång, om fullt hänvisas patienten till akuten!. Alkoholabstinens på tillnyktringsenheten, samverkan? Knepigst ibland då t.ex akutpsyki skickar till FBH vid alkoholpåverkan, patienten vill ej dit!! Kanske inte alltid en planering efter abstinensbehandling (TNE). Samverkan med primärvården fungerar ej alltid bra En **gemensam planering** med läkare & socialtjänst kring nedtrappning/receptbelagda preparat vore önskvärt, för att lyckas. Evidensbaserad metodik används, men det krävs samverkan med läkare. Läkare får gärna ta kontakt innan läget är akut. Campral, Antabus, Revia. Mycket sällsynt med implantat (antabus) personligt ombud träffar ett par stycken. Nada (öronakupunktur) används (ej evidensbaserat).

Kap. 7 Gravida kvinnor: Socialtjänsten vuxenenheten har ej några rutiner, men vid misstanke/tidigare dokumentation remitteras till Beroendecentrum, rutiner finns för samverkan. Beroendecentrum arbetar redan med målgruppen och tar alltid upp frågan. Personligt ombud uttrycker att de ej träffar dessa personer, men vet var kontakt skall tas i fall att.... Blivande mammor uppmanas ta kontakt med MVC, eller man hjälper till med denna kontakt. Vad gör MVC med sina screeningsresultat? Vad erbjuds de blivande mammorna med högra poäng på AUDIT? Viktigt med de motivationshöjande samtalen, att inge hopp!! Det behövs flera typer av arbetssätt: enskilda samtal & familjesamtal. Det behövs information hur man påverkas av alkohol, inte bara när man ammar, utan när man hanterar barn, stora som små, (i föräldragrupp?!).

Kap. 5 Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling: Som begrepp – vedertaget, JA! Själva utförandet/resurserna brister – ofta för snabb avgiftning/för kort inläggning. Samverkan främst med TNE??? (not. Missuppfattat frågan) kanske inte alltid en planering efter abstinensbehandling. Begreppet avgiftning kanske används oftare i samtal med klient.

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet): Samverkan fungerar bra med dd-teamet. Fungerar mindre bra med andra delar inom psykiatrin. Abstinensbehandling finns inta att få för vissa grupper. Otydligt och brist på kunskap, vems är ansvaret? Samsjuklighet och boendefråga. Samverkan finns och fungerar enligt erfarenhet bra. Svårt att få till en utredning för fastställande av diagnos, personens motivation hinner försvinna innan tid för detta ges. Diagnos är avgörande för möjligheten/tillgången till resurser och insatser. Varför är inte psykiatrin en del av CM? Ökat samarbete med primärvården är ett måste.

Dagen avslutas med en summering av träffarna – lästips – personlig utvärdering av träffarna.

Utvärderingar från Östersund I 2009-03-18

Självklart, kunskap är inte tung att bära. Nya kontakter är tagna, vilket gör att det dagliga arbetet blir lättare att utföra. Ökad förståelse för andras arbete. Tja, ökad kunskap har jag fått. Ev börja med screening om kollegorna

samtycker. Ja, både utifrån litteraturen samt av det erfarenhetsutbyte som funnits under träffarna. Även konkreta information från andra deltagare kring hur man arbetar inom andra enheter. Ja! Det känns bra att få både bättre insikt i riktlinjerna och att diskutera och ventilera dessa med samverkanspartners. Ja, delvis kommer inte i kontakt med missbruk/beroende på daglig basis, men det är bra att få ta del av kunskap kompetens och diskutera arbetssätt hos andra. Ja, det hoppas jag verkligen. Ev Audit på gång. Ja det har varit bra att få mer information om varandras verksamheter. Bra att få tid till att diskutera igenom vad som står i de nationella riktlinjerna för implementering i min egen verksamhet. Vet faktiskt inte eftersom vi arbetat med riktlinjerna långt innan detta började. Vet faktiskt inte eftersom vi arbetat med riktlinjerna långt innan detta började.

### **Ris**

Deltagarna från bland annat polis, personal från HC, och läkare saknas i våran Östersundsgrupp, klart minus. Även politiker borde delta. Huvudboken innehåller allt för många förkortningar. Kändes som ojämn fördelning i grupper landsting/kommun/ andra. Känsla av att det vi säger ej spelar roll då vi bara är representerade av "vanliga tjänstemän". Vem ska lyssna på vad vi tycker! Att inte fler myndigheter fanns repr som t ex polis, läkare, f-kassa mm. Önskar mer tid för gruppdiskussioner efter bikuporna . Kändes tyvärr lite stressat på slutet av dagarna. Kunde heller inte så ofta relatera till den egna verksamheten och arbetet då det inte innefattar missbruk /beroende i så stor utsträckning. Vi från vuxenstöd har känt oss litet "felplacerade" då vi inte har den kunskap som övriga aktörer har Vi deltog i projektet i tron om att det var "tidig upptäckt", vilket det inte var. Synd att inte det blev mer blandning av olika professioner i diskussionsgrupperna. En del diskussionsfrågor känns som de kommer om och om igen, Lätt att man tappar fart och fokus.. Synd att det är så få från HC centralerna . Saknar anhörigbiten i hela boken – diskussionerna minst lika viktigt !!

### **Ros**

Bra kursledning. Bra upplägg av utbildningen. Bra med deltagare från olika yrkesgrupper. Ökad kunskap, som underlättar det dagliga arbetet. Mer intresse för att börja jobba aktivt med screening. Bra erfarenhetsutbyte. Skapa/utöka sitt proff, nätverk i rollen som myndighetsutövare. Ger möjlighet till att reflektera över hur man arbetar på sin resp enhet. Intressant att träffa dem som man inte vanligtvis träffar i det dagliga arbetet. Ex vis från ungdomsmottagningen, AF, mm. Bra att få träffa personer från andra verksamheter/yrkesgrupper. Nyttigt erfarenhetsgivande, utvecklande att ta del av och diskutera samverkan, deras/våra olika/lika synsätt, arbetssätt mm. Bra och välorganiserad utbildning med mycket olika professionaliteter. Hoppas det leder till en förbättring av beroendevården. Bra planerade träffar med lagom tid till diskussioner . Lagom stora grupper . Lyckades skapa ett öppet klimat. Bra form att blanda grupperna från olika verksamheter och huvudmän. Har lett till många intressanta diskussioner och idéer samt informationsutbyte.

### **Egna kommentarer**

För egen del önskar jag en fortsättning inom samma område med deltagare från de yrkesgrupper som saknats denna gång. Vi hade väldigt varierande

kunskap i ämnet på gott och ont. Maria får ett stort ansvar i att föra fram våra gemensamma synpunkter till beslutsfattarna! Tack för bra utbildningsdagar. Borde finnas anledning att fortsätta diskussions grupper på detta sätt eftersom de för med sig ringar på vattnet . Man får dessutom ansikten på personer i andra verksamheter.

Alla deltagare har erhållit ett kursintyg, se bilaga 4.

*Östersund II träffades vid följande datum:*

- ❖ Fredagen den 5 december
- ❖ Fredagen den 23 januari
- ❖ Fredagen den 6 mars

I gruppen har följande personer deltagit:

Jenny Vallin, Socialförvaltningen vuxenheten  
 Lena Eklund, Beroendecentrum  
 Stella Efendic, Socialförvaltningen vuxenheten  
 Pernilla Franzen, Psykkliniken dd -enheten  
 Gunilla Fritzon, Personligt ombud  
 Dina Sultan, Socialförvaltningen vuxenheten  
 Ann-Christin Skoglund, Beroendecentrum  
 Eva - Kristin Ohlsson, Kriminalvården/Frivården  
 Jan Pettersson, Kriminalvården/Frivården  
 Fredrik Lundqvist, Socialförvaltningen, unga vuxna  
 Gun Axelsson, Föräldraföreningen mot narkotika  
 Jessica Viggesjö - Åberg, Föräldraföreningen mot narkotika  
 Ingrid Holmström, Landstinget, Primärvården  
 Anna Nordlöw, Alna - Sverige AB

Denna studiegrupp har ett brukarperspektiv som FMN - föräldraföreningen mot narkotika - representerar. Det skulle visa sig att det blev den enda av de nio grupperna som hade den så viktiga medverkan. Kriminalvården/frivården och Alna - Sverige, blev nya aktörer för denna andra Östersundsgrupp.

*Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen, bikupsdialoger bilaga 1.*

### **Samverkan och samarbete**

Svårt att påverka allt med samverkan, ibland krävs politiska beslut för att realisera det man skall samverka om, tex. Bostäder & sysselsättning. Personalomsättningar kan också leda till problem, tidsbrist och okunskap om varandras områden. Omorganisation kan underlätta samverkan, allt under ett tak, t ex. "Huset" i Norge. Syfte och mål med samverkan/samarbete, samverkan på olika nivåer. Viktigt att veta vad begreppen betyder och innefattar/inte innefattar. Fråga!! Klargöra roller, vem gör vad? Gråzon..... Sekretess kan i vissa fall förhindra samverkan, hälso -sjukvården /polisen. ASI som hjälpmedel, nätverksträffar, missar i informationen, omedveten om varandra

### **Bedömning, termer och attityder**

Nödvis att ha samma bedömningsinstrument, i dag olika bedömningsystem, finns ej likformade riktlinjer (grunder). Finns även olika bedömningar i – vem skall stå för kostnad – landsting? kommun? och vidare vård och behandling. Gemensamma utbildningar, definitioner, riktlinjer och stark ledning som styr!! Gemensamma utredningsinstrument ger större rättssäkerhet och visar även på behovet av insats mer tydligt än vid utredningssamtal. Dock ska ASI följas upp med samtal kring intervjufrågorna. Det är för lite kunskap om missbruk. Moraliserande attityder finns inom alla professionella grupper, "dom där" begreppet finns. Förekommer även mot anhöriga. Öka medvetenheten om sina egna fördomar, visa respekt, bra bemötande, information/medialt om missbruk, självhjälpgrupper. Få bort skam och skuld.

### **Gemensamma definitioner**

Vi tycker att vi inte ska avdramatisera begreppen i professionen men generellt i samhället för att inte få moraliserande attityder. Inte lika lätt att gå till doktorn och söka hjälp för missbruk som för ryggont. Sjukdomsbegreppet: lättare att tala med socialtjänsten om begreppet än med läkare. I samarbetet mellan aktörer uppfattar vi att definitionerna är detsamma. För in definitionen i lagstiftning!

### **Sammanfattning av träff 2, se inbjudan, program för dagen, bikupsdialoger bilaga 2**

Kap. 3 Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamheten – behov av andra aktörer:

Psykiatri tidigare inget intresse av missbruksproblem, nu bättre medvetenhet. Soc, vuxenstöd och personligt ombud uttrycker att mer utbildning/andra aktörer behövs. Frivården tycker att det oftast fungerar bra. Personligt ombud, olika beroende på kommun. Beroendecentrum har en ny organisation med gemensam ingång – AUDIT/DUDIT – fem samtal – utredning SOL, ASI – beslut behandling.

Alna finns med i steg 1 kontakt med patient/klient – utredning inklusive personbedömning.

Kap. 4 Bedömningsinstrument och dokumentation:

Soc. Vuxenstöd screenar ej klienter, FRAMES och MI används inte som metod på enheten för vuxenstöd, inga metoder men kan ta hjälp av beroendecentrum. Psykiatri AUDIT/DUDIT m.m. Mer kunskap behövs – önskas mer kunskap kring tidig upptäckt och drogtecken och symtom. Göra AUDIT? Det går så långt i dag innan behandlingshem blir aktuellt, klienten kan lägga problemet på andra livsområden än alkohol. Vi använder MI på både individ, grupp och organisationsnivå men vill självklart bli bättre. Det finns inget uttalat arbetssätt i kort rådgivning men vi vet att vissa personer arbetar med det, brister finns i sam- verkan.

Psykosociala teamet – alla gör AUDIT/DUDIT på alla.

Som utredare används ASI, övriga beroendecentrum – AUDIT/DUDIT, ADDIS.

Vi vill snabbare komma i kontakt med klienter från arbetslivet. Annars är vägarna mycket kortare för oss än för tex. Socialtjänsten.



Alna uttrycker att tester är motiverande, CDT, MVC, ASAT i samband med åtgärd ALAT ,GT, tillsammans med företagshälsovården. Beroendecentrum har drogtest, urinprov, salivsticka, alkoholmätare och ASI. Vuxenstöd har inga tester eller metoder.

### Sammanfattning av träff 3, se inbjudan, program för dagen bil. 3

Kap.6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling: Finns ingen väl fungerande samverkan generellt. Finns i enskilda ärenden. Visst samarbete med Frösö LVM och Beroendecentrum, men inga tydliga utarbetade rutiner. Vet ej, vi hoppas att det fungerar bra,(mellan Beroendecentrum och hälso-sjukvården). Vuxenstöd – använder vid enstaka tillfällen livsstilsenheten (landstinget). Beroendecentrum, inget samarbete med hälsocentralen, önskar att ha samarbete kring läkemedel och psykosocial behandling. DD-enheten psykiatri har läkemedelsbehandling och samtalsstöd mm. Återkoppling om personen ej följer ordination. En grupp har ett ? i frågan om evidensbaserad metodik vid behandling av alkoholmissbruk eller alkoholberoende används enligt riktlinjerna.....

Kap.7 Gravida kvinnor: Inga rutiner, Beroendecentrum försöker ta kontakt med alla aktörer som finns. MVC/BVC uppger att de använder AUDIT/DUDIT, vänder sig till båda föräldrarna. Vuxenstöd har inga utarbetade rutiner, de efterfrågar det.....

Kap.5 Narkotika – psykosocialbehandling och läkemedelsbehandling: Köper platser i andra kommuner gällande abstinensbehandling för narkotika .Kan trappa ner via hälsocentral eller psykiatri (öppenvård).Efterlyser abstinensbehandling i slutenvård i kommunerna! Brister i eftervård för den enskilde. Stora brister i information om vilka resurser som finns. Därmed kan klienter gå miste om behandling eller insatser.

- tror ej
- ?

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet): Beroendecentrum och DD har ett bra samarbete och täta kontakter. Tillgänglighet! Sysselsättning/boende, viktigt ansvarsfördelning. En grupp nämner DD-teamet och, läkemedelsmissbruk som ett ? problem.

Dagen avslutas med en summering av träffarna – lästips – personlig utvärdering av träffarna.

## Utvärderingar från Östersund II 2009-03-06

### **Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

Absolut, kommer att arbeta med dessa riktlinjer i grupper på arbetsplatsen. Värdefullt att träffa personer från andra organisationer – får ett bredare perspektiv och kan dela med sig av varandras erfarenheter.

Ja, jag har lärt mig en hel del och fått kunskap om hur andra myndigheter/personer/aktörer arbetar.

Har fått kunskap om vilka brister som finns på min enhet och vad som behöver utvecklas.

Vissa bitar. Studiematerialet kommer att vara uppslagsbok.

Ja.

Ja det tror jag. Kring tidig upptäckt främst.

Ja, det är viktigt att träffa andra aktörer och få mer information och idéer kring samverkan, svårigheter men även eventuella lösningar. Man har mer verktyg nu.....

Bra nätverksgrund

### **Ris**

Längre tid i bikuporna! Eller strukturera/begränsa. Finns otroligt mycket att diskutera om så det var lätt att tappa tråden, även då det var intressanta ämnen.

Längre dagar!

Saknade lite av genomgång av böckerna .Lite föreläsning hade varit bra.

Känns inte som man kunnat bidra till studiegruppsträffarna då vi ej arbetar med missbruk – och beroendevård på enheten,(i så stor utsträckning).

Att tänka på att alla inte kan alla förkortningar och förteckningar.

För långt mellan träffarna. Kommer inte ihåg senaste träffen (åldern kanske?)Fler träffar skulle behövas för att smälta det digra materialet.

Kan inte komma på något ris, annat än ibland titta på andra behandlingsmetoder, exempelvis psykoterapeutisk behandling kan ha för effekt? Fredagar har varit inte en så lämplig dag för mig.

Saknat polis, läkare på träffarna.

Skulle varit bra att fått boken innan första träffen, den hade inte nått ut till alla. Skulle önskat att polis och läkare varit med i gruppen.

Skulle varit bra att ha med flera yrkesgrupper, läkare, polis, skolan, integrationservice m.m.

### **Ros**

Roligt att delta då Maria är så engagerad, det smittar av sig! Bra sätt att ta till sig av riktlinjerna.

Bra, roligt och lärorikt att ha bikupor och diskutera med andra aktörer.

Mycket god mat och fika. Bra upplägg, varierande med diskussioner.

Ja, jag har fått en inblick i andras yrkesområden, och en liten överblick av oss som jobbar, samt av kunskapsområdet då jag läst boken. Tänkt till och efter. Saker blivit lite klarare.

Bra genomfört, strukturerat och bra info. Intressant ämnen. Mycket bra att så olika människor(från olika arbete, organisationer m.m.) får mötas och diskutera olika frågor och ämne, ge varandra råd och tips. Olika syn från olika erfarenheter m. m. Sådana möten kanske borde vara 1 gång per år för att utbyta erfarenheter och dylikt.

Bra upplägg. Intressant att jobba vidare på, intresseväckande. Bra deltagare att "stjäla" kunskap av. Bra nätverksgrund. Det bästa med studiegruppsträffarna har varit att deltagarna kommer från så många olika områden. Dels att fått lära av andra hur det ser ut och vad som finns, och vad vi bör bli bättre på. Dels också att delta kommer att underlätta samverkan som jag tror är det allra viktigaste när det gäller tidig upptäckt, behandling och uppföljning. Träffarna har breddat mina kunskaper om hur andra aktörer arbetar och tänker. Tror definitivt att kommunikationen och samarbetet påverkas positivt av träffarna. Jättebra att olika aktörer träffas, kunskapsspridning sker. Bra med blandade bikupor. Bra schema, bra frågor och upplägg! Planerat och utvecklande. Bra med "tid" för diskussion. Bra att man även har "brukarperspektiv"

### **Egna kommentarer**

Nyttigt att se problem/lösningar med andra aktörers "glasögon". Lätt att bli enkelspårig i sitt eget arbete. En utmaning att hålla det levande. Otroligt bra av dig Maria att sprida sån entusiasm och engagemang. Sedan är den positiva personlighet och ödmjuka människosyn underbar som också är viktig att ha med sig i det fortsatta arbete, där man ibland ryggar inför en tung och svår problematik. Uppföljning vore bra för att kolla av om det "hänt" något. Ett uppföljningsmöte....Hur gick det ? har man kommit vidare praktiskt? Har varit intressant att delta i denna grupp!

**Alla deltagare har erhållit ett kursintyg, se bilaga 4**

*Bräcke träffades vid följande datum:*

- ❖ Måndagen den 17 november
- ❖ Torsdagen den 22 januari
- ❖ Måndagen den 23 mars

I gruppen har följande personer deltagit:

Britt-Inger Vejdeland, Kriminalvården/frivården  
 Yvonne Larsson, Arbetsförmedlingen  
 Bert-Ove Löfgren, Personligt ombud  
 Ylwa Liden, Socialtjänsten  
 Sylvia Olsson, Primärvården  
 Iva Strand, Polisen  
 Eva Antman, Socialtjänsten  
 Lena Persson, Socialtjänsten  
 Gunilla Åsholm, Socialtjänsten  
 Christine Holmetun, Landstinget/psykiatri  
 Maja Ölund, Socialtjänsten  
 Pernilla Franzen, Landstinget/psykiatri

I Bräcke finns sedan ett par år en etablerad arena mellan olika aktörer som träffas kontinuerligt. Flera av dessa personer blev naturligt organiserade i denna lokala studiegrupp. Några ansikten var dock nya, från psykiatri hann två olika nya personer delta vid träffarna. Från socialtjänsten deltog flera personer men med olika funktioner i sin befattning som berikade dialogerna. Önskemål från gruppen var att lägga studiegruppsträffarna mellan 12.00–16.00.

*Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 5*

**Samverkan och samarbete**

Högt ställda mål leder till samsyn och samverkan är nödvändigt på grund av bristande resurser. Det är viktigt att undvika parallella organisationer. Målen är även föränderliga över tid, och är beroende av frågor som kommer upp.

En av grupperna hade koncentrerat sig på de fem S i definitioner av olika begrepp:

Samordning = Spindel

Samsyn = Tala samma språk

Samverkan = Mål, riktlinjer, syfte

Samarbete = Samsyn

Samexistens = Samverkan

Att ordets (språket) makt är stor påpekades och att det är viktigt att anpassa mer till varandras språk(över huvudmannagränserna) och innebörd.

### **Bedömning, termer, och attityder**

Att arbeta mer med information, spridning, påverkan och utbildning är metoder som gruppen ser som viktiga. Tyvärr finns det moraliserande attityder hos alla aktörer(i professionen). Det kan handla om vilken egen historia jag har om uttryck som dålig karaktär etc. kommer upp.

Våga prata mer om problemen och tydliggöra, fråga rakt på sak!

Sjukvården framkallar lätt missbruk i brist på andra åtgärder – kontra reella behov av medicinering.

Den ena gruppen tycker att vi inte tillämpar samma definitioner utifrån frågan "juridisk mening är all icke medicinsk användning av narkotika ett "missbruk" och straffbar enligt narkotikalagstiftningen – tillämpar vi samma definitioner ?

Den andra gruppen uttrycker att de är rätt överens om definitionen.

### **Sammanfattning av träff 2, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 5**

Kap. 3, Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamhet – behov av andra aktörer:

I steg 1 och 2 som handlar om kontakt med klient/patient och identifiering i problemet är alla aktörer med i processen. I de följande stegen 3 – 7 påtalar socialtjänsten att de behöver samarbete. Frivården utför ej screening men i övrigt finns man med i alla steg. Organiserad utifrån modellen men stegen följs ej schematiskt eller görs ej alltid om bedömning är att man ej behöver göra mer.

Psykiatrin gör en utredning/bedömning – behandling inom psykiatrin – missbruksbehandling tex. Subutex/metadon.

Det som är mindre bra är de långa handläggningstiderna på Försäkringskassan. Men samverkan har kommit igång bra, Bräcke är i framkant! FK saknar läkare och distriktsköterska.

Det finns en fungerande samverkan men den behöver möjligtvis utvecklas mot primärvården(läkarna), mer personal från primärvården på de möten som finns.

Kap.4 Bedömningsinstrument och dokumentation:

Socialtjänsten använder AUDIT/DUDIT och ASI, man önskar mer direktiv, sökord, metod – Vad & hur? ADDIS används knappt, ASI används ibland, AUDIT i HSL något.

Arbetsförmedlingen använder inte screening och ej FRAMES hoppas på MI framåt.

Andra instrument som nämns är ASRS och MADRAS, hur instrumenten används är personbundet och uppkopplat med systematik. Frivården använder urinprov, utandningsprov – påbojning. Psykiatrin använder ej instrument med systematik.

Tidsbrist vid utredningar , abstinensbehandlingar för avgiftning, mer personal – utbildning – är behov som ej tillgodoses i dag.

Ett bra samarbete med DD – teamet uttrycks

### Sammanfattning av träff 3, se inbjudan, program för dagen bilaga 5

Kap. 6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:  
Det finns ett fungerande samarbete/verkan , men kan förbättras i former/  
metoder. Samverkan finns men den är ej väl fungerande. Det är ej angivet  
hur ansvaret och arbetsgången är.

Om evidensbaserad metodik används svara grupperna: Alla i gruppen är  
mer eller mindre bekant med läkemedelsbehandling. Exempel på  
samverkan: Patient med antabusbehandling genom landstingen får  
psykosocialt stöd via socialtjänsten och arbetförmedlingen.

Andra uttrycker att de är bekant med de mesta men ej implantat och  
neuroleptika i någon större omfattning.

Kap. 7 Gravida kvinnor:

Inga uttalade rutiner finns specifikt för gravida. Familjecentralen är  
upptaget som en viktig länk i upptäckt, uppmärksamma drogvanor hos  
gravida kvinnor och blivande pappor.

Kap. 5 Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:  
Bräcke har precis som andra kommuner ingen egen abstinensbehandling vid  
svårare missbruk utan man köper platser. Abstinensbehandling är ett  
vedertaget begrepp i respektive organisationer, och samverkan kring den  
fortsatta vårdens planeringen är bra och ingen skillnad mellan alkohol eller  
andra droger. Samverkan finns vi öppenvården.

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk  
sjukdom(samsjuklighet)

Boende + insatser ansvarar socialtjänsten för ,och det medicinska ansvaret  
finns hos hälso - och sjukvården. Gruppen tycker att det fungerar bra  
emellan, kanske något sämre vad gäller psykiatribiten.

DD- träffarna upplevs mycket positiva, och de är uppkopplade till den  
gemensamma arena som tillskapats i Bräcke kommun.

Alla deltagare har erhållit ett kursintyg se bilaga 4

### Utvärdering från Bräcke 2009-03-23

#### **Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

Ja.! Absolut!

Jag, absolut framför allt i öppenhet/samverkan mellan oss olika aktörer, eftersom vi "känner varandra" lite bättre nu och har fått mer insyn i varandrs respektive arbetsområde.

Ja, det tror jag absolut även om det inte kommer att ske dagligen i mitt arbete. Men absolut nytta av detta.

Ja, självklart, dels har jag förutom ny kunskap, fått ett bättre nätverk.

Ja, alla utbildningar inom det här området behöver pågå regelbundet. Man lär och utvecklas utifrån det arbetssätt man befinner sig i.

Ja, fler personliga kontakter, fast samarbetet fungerar bra sedan tidigare.

#### **Ris**

Jag har inte några rispunkter, tycker det är bra med en gemensam handlingsplan.

Stressigt sista träff.

För få tillfällen, borde ha fördelats på fler dagar med mindre innehåll, har gått fort ibland.

Inget ris

Vill ha mer kunskap om detta men det har varit en bra början.

Ensam manlig deltagare. Ibland lite tidsnöd vid arbetsuppgifterna.

#### **Ros**

Maria är bra på att hålla ihop gruppen och är orgenterad och positiv i sitt framförande.

Positivt att träffa aktörerna personligen. Bra information från Thomas.

Imponerande entusiasm från Maria!

Intressant upplägg, bra med bikupor.

Varit en bra utbildning, samt både bra deltagare och utbildare.

Mycket bra och intressant. Maria är en bra projektledare.

Deltagare från polis och arbetsförmedling som saknades i

Östersundsgruppen.

Bra lokaler. Bra ledning av utbildningen.

Samverkan

Bra med halvdagar.

Bra att frågorna lyfts fram och tydliggörs.

#### **Egna kommentarer**

Bra!

Var bara med på sista träffen i den här gruppen och det kändes lite lösryckt och osammanhängande för min del

Ser fram emot en fortsättning.

*Berg träffades vid följande datum:*

- ❖ Onsdagen den 3 december
- ❖ Torsdagen 12 februari
- ❖ Onsdagen den 23 mars

I gruppen har följande personer deltagit:

Daniel Nilsson, Försäkringskassan  
 Ylva Forseth, Arbetsförmedlingen  
 Margareta Asplund, Arbetsförmedlingen/rehab nord.  
 Lars Andersson, Socialtjänsten  
 Arne Lindgren, Socialtjänsten/Bergsprängarna  
 Elisabeth Brandvold, Hemvården/Svenstavik  
 Louise Wiklander, Hemvården/Svenstavik  
 Ann-Katrin Elvidotter, Socialpsykiatri  
 Catharina Sellen, Samordningsförbundet Berg  
 Malin Aspaas, Samordningsförbundet Berg  
 Christer Jonsson, Socialtjänsten  
 Claes Rundqvist, Psykiatri/DD-enheten  
 Martina Lundin, Arbetsmarknadsenheten  
 Lisa Gillstedt, Personligt ombud  
 Britta Söderlind, IFO-chef Bergs kommun  
 Maria Dillner/Jakobsson, Praktikant, samordningsförbundet  
 Anna Nordlöw, Alna – Sverige (träff 3)

Studiegruppen har framför allt bestått av de personer som finns i den gemensamma arena som tillskapades i Berg september 2007. Ny och viktig personalgrupp var hemvården som i gruppen representerades av två personer. Ett kraftfullt försök att få ett deltagande från primärvården hade av kontaktperson/IFO-chef/projektledare genomförts, dock tyvärr utan framgång. Detta uttrycks starkt i arenans viktiga utvecklingsarbete framåt, viljan att samarbeta och knyta primärvården till sig.

**Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 1.**

### **Samverkan och samarbete**

Gruppen tror på samarbete lokalt och de tycker att den har utvecklats mer. Att kunna se behov och brister i vårdkedjan, skapa nya nätverk, och därigenom skapas ny kompetens. Det kan ibland vara oklart och svårt att få mandat, dd-träffarna var på "eget" initiativ. Det är lättare att få förlåtelse än ....tillåtelse.

Man gör även saker och samarbetar på alla sätt man kan komma på – för att det skall bli bra för klienter. Men det kan även vara skört utifrån att det är eldsjälar som driver och om dom försvinner.....

I samverkan tas även upp den gemensamma individplanen med samtyckesdokumentet från klient/patient den kan leda till **Samsyn** och gemensam begreppsanvändning.



### **Bedömning, termer och attityder**

Det behövs mer information och utbildning. Vi använder ADDIS för att bedöma missbruk – beroende. Sjukdomsbegreppet används inte i dag inom socialtjänsten och hälso-och sjukvården, däremot på 12-stegsbaserad behandling.

Diagnos kan upplevas som stigmatiserande, stor lättnad, kan öppna dörrar för insats. Det är en färskvara med diagnos det kan ibland vara enklare att skriva ned värden/poäng på olika verktyg – mätinstrument – skattningsskalor. Det kan också vara lätt att "fastna" i diagnos man kan behöva mycket insatser även om man inte "fyller" en diagnos.

Missbruk finns i så många former – träning- droger – arbete – sex – äta – spela – städa - data. Var går skillnaden mellan bruk och missbruk? Konsekvenserna av missbruket avgör hur stort funktionshinder det innebär. Konsekvenser även för den enskilde, samhället och anhöriga.

Det finns moraliserande attityder till bland – missbrukare men även till andra personers problem. Gruppen upplever frågeställning om hur vi kan avdramatisera begreppen missbruk och beroende som luddig och uttrycker att man inte skall avdramatisera men mer tydliggöra vad som är:

- riskbruk
- skadligt bruk
- beroende

Fel insatser vid fel tillfälle kan också vara en fara vid bedömningar, det blir en fördröjning och personer far illa. Osynkade insatser från olika aktörer – arbetskultur.

### **Sammanfattning av träff 2, se inbjudan program för dagen och bikupsdialoger bilaga 2**

Kap. 3 Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamhet – behov av andra aktörer:

Alla känns delaktiga fram till steg 3. DD-teamet arbetar med alla steg Det finns behov av snabbare/bättre kontaktvägar. Att använda samma instrument leder till att prata samma språk, att få personlig kännedom upplevs som både positivt och negativt. En kompetensinventering är nödvändig, beskriv resurser inte bara kronor...

Vart är PRIMÄRVÅRDEN? Många distriktsköterskor har gått MI.....

Hitta en bra modell för strukturerat samarbete – planering av insatser – uppföljning – återgå till arbete = parallellt med varandra. En långsiktig planering och mer dialog och samsyn mellan AF och IFO! Det finns brist på resurser. Handlingsplaner behöver upprättas då det föreligger dålig information inför en ny vårdtagare/brukare. Om detta kan förbättras införlivas en trygghetskänsla hos individen.

Hemtjänsten är i behov av handledning och samarbete med de som beslutat om insatsen.

Utveckla bättre samverkan kring enskilda ärenden.

Kap. 4 Bedömningsinstrument och dokumentation:

Metoder för screening ja, ASI på vissa enheter. AF använder lösningsfokuserat arbetssätt som liknar FRAMES och ADDIS. DD-enheten använder MI och FRAMES, men inte andra inom psykiatrin. Finns det fungerande samverkan mellan HSL/SOL kort rådgivning? Vet inte – tror inte det.....

Socialpsykiatrin och personligt ombud använder ingen metod men önskar utbildning i ASI, ADDIS, ADAD, MI, beroendelära. När ska man screena?? Riskgrupper – riskbeteende – alla ??IFO använder AUDIT men inte rutinmässigt, de som har MI utbildning använder den i sitt arbete (AG o IFO).

Arbetsmarknadsenheten och hemtjänsten använder varken screening, FRAMES eller MI, de känner ett behov av att veta att metoderna finns och gå utbildning. Samverkan mellan hälso - sjukvården kan bara bli bättre! IFO använder biologiska tester vid behov. Alkotest används – IFO, AME och hemsjukvården. De anlitar hälsocentralen till tex. CDT och andra droger

### Sammanfattning av träff 3, se inbjudan program för dagen bilaga 6

Anna Nordlöw (distriktschef) Alna – Sverige deltog vid dagens träff och informerade om sitt arbete. Studiegruppen gavs även tillfälle att ställa frågor om Alnas arbete. Anna deltog under dagen som deltagare i en av bikupsgrupperna.

Kap.6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:

Grupperna fick i uppdrag att för varandra tänka hur de skulle kunna presentera/använda sig av AUDIT i sin organisation.

Hur skall vi kunna implementera AUDIT?

- måste veta vad man erbjuder när man hittar problem
- primärvården
- hemsjukvården
- biståndshandläggning
- Alna, har en annan ingång – ett uppdrag

AUDIT hur och när: vid LOB samtal och tidigt med ungdomar. Presentera AUDIT och utgå från kommunens skyldighet att förebygga! Utarbeta en handlingsplan hur AUDIT skall användas i arbetet mot klienter/brukare.

Den samverkan som nämns utifrån frågan om abstinensbehandling är socialtjänst och primärvård = TNE och 6 platser för hela länet. IFO tycker att samverkan med TNE fungerar bra. Önskvärt om ett bättre samarbete med hälsocentralen på hemmaplan. Någon grupp svarar nej på samverkansfrågan och ett ? på evidensbaserad metodik.

De andra grupperna beskriver antabus – Campral – Revia som evidensbaserad metodik. Några ställer frågan ja, det används men hur följs det upp av läkare/behandlare??

Kap. 7 Gravida kvinnor: Det är viktigt att uppmärksamma livsstil med alkohol, droger med gravida och pappor, även samverkan för att upptäcka missbruk. Barnvårdscentralen? En grupp svarar att de hänvisar till mödravårdscentralen.

Kap. 5 narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:  
Abstinensbehandling är ett vedertaget begrepp. Akuten eller TNE \_  
alkohol ? övriga droger. Kan ställas in på nedtrappning via sjukhus (psyk,  
akut) ?? vem som tar över problemet sedan. IFO och hälsocentralens  
läkare. I hemvården ej lika vedertaget. Socialpsykiatrin vänder sig till  
distriktsköterskan på hälsocentralen. Alna – kort väg till avgiftning. Den  
fortsatta vården: IFO frivillig fortsättning kontaktas vårdaktörer där  
personen är aktuell- Alna är oftast med från början till behandling och  
uppföljning på behandling.

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk  
sjukdom (samsjuklighet)  
Det gemensamma ansvaret SOL och HSL – hur visar sig detta? IFO och  
personligt ombud samverkar med DD-teamet i kommunforum(arenan) inte  
hälsocentralen...

Samarbetet med DD-enheten utvecklas framåt hela tiden. Önskvärt med  
bättre samarbete med hälsocentralen bl. a. gemensamt språk kring  
samsjuklighet. Dåligt samarbete med primärvården, olika synsätt, bra  
samarbete med DD-teamet.

Dagen avslutas med en summering av träffarna – lästips – personlig  
utvärdering av träffarna.

Alla deltagare har erhållit ett kursintyg se bilaga 4

Utvärderingar från Berg 2009-03-25

### **Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

JA - absolut! Mer förståelse, inblick, kunskap om varandras områden/yrken. Lärt mig oerhört mycket som jag redan börjat dra nytta av i mitt yrke. Ja, vi kommer att delge våra arbetskamrater om hur vi ska jobba vidare med missbruk och ifrågasätta uppåt vad vi lärt oss. Ja, Lärrikt att höra olika synsätt och arbetssätt. Samsyn/samverkan ett mål att jobba på. Ja, absolut! I samverkan med andra aktörer. Ja, det är bra och nyttigt att träffas och diskutera kring detta. Ja, att använda audit - Ddite, Dutit-E mycket mer strukturerat. Att jobba för att primärvården kommer med. Vårdkedjan → viktigt med ASI - en vidare utredn. samarbete. Ja. Ja, absolut! I det vardagliga arbetet i samverkan med andra professioner. Har fått förståelse och kunskaper utifrån de nationella riktlinjerna och jag kan använda boken som "uppslagsverk" inom olika områden/frågeställningar.

### **Ris**

Att inte någon från primärvården närvarande... Bara ros. Ris till HC, med deras frånvaro!!! Premiärvården som inte deltar. Litet kritik mot en själv, inte hunnit läsa innan träffarna + tillägglitteratur - ibland litet stressigt att hinna med vissa frågeställningar i bikuporna. Berört många områden. För mycket, späckat. Tidvis rorigt. Lokalerna inte alltid bra. Hade varit bra om upplägget också haft som syfte "lånande av varandras verksamheter". Var har försäkringskassan och arbetsfömedlingen tagit vägen, viktiga aktörer som bårde ha en mer framskjuten plats. Ut den synvinkeln "traditionellt synsätt på samverkan" dvs kommun-landsting, som pågått i minst 30 år. Att hälsocentralerna inte varit med på dessa dagar och bidragit till ökad samverkan.

### **Ros**

Bikuporna. Lättare att alla kommer till tals i små grupper istället för stora. Bra att de varit tidsbegränsade - blir effektivare samtal då. Bra ledare ☺. Mycket bra. Väldigt intressanta diskussioner. Hoppas på fortsatta träffar. Ja, framförallt mer kunskap om hur alla jobbar i Jämtland. Bra för mig. Till Marias arbete i NiL. Bra upplägg tidsmässigt och gruppindelning. Intressant info om Alna. Bra lokal och gott fika. Bra bok att titta i i framtiden. Rätt bra deltagande, bra att Maria Laag höll i träffarna o hade förberett träffarna. Bra att det var olika professioner med. Bra blandning på gruppen = från alla yrkesgrupper. Det har öppnats upp en dialog mellan olika professioner kring missbruks- och beroendevård. Bra diskussioner! Intressant och bra att träffa professioner från många olika enheter. Bra projektledare, avslappnad, spontan, kunnig. Bra med bikuporna. Ja, viktigt med samverkan och att försöka förstå varandras verksamheter.

**Egna kommentarer** Du, Maria, är en pärla! TACK! Maria bra på att hålla i och tipsa om olika saker.

*Härjedalen träffades vid följande datum:*

- ❖ Tisdagen den 25 november
- ❖ Tisdagen den 27 januari
- ❖ Torsdagen den 2 april

I gruppen har följande personer deltagit:

Kristin Eriksson, Försäkringskassan  
 Anna B Larsson, Handikappomsorgen  
 Denise Wallen, IFO/chef  
 Claes Rundqvist, Psykiatriin/dd-enheten  
 Agneta Roberts, Drogsamordnare  
 Ann-Marie Sundström, Beroendeenheten  
 Lisa Gillstedt, Personligt ombud  
 Jenny Magnusson, Socialsekreterare/IFO  
 Lisa Hållmarker, Kriminalvården/frivården  
 Kerstin Söder, Psykosociala enheten/primärvården  
 Gunnar Hedin, Socialnämnden  
 Ellen Anklew Lysell, Beroendeenheten  
 Maria Dillner Vestberg, Handikappomsorgen  
 Kirsten Hermansson, Primärvården Sveg

I Härjedalen finns en upparbetad beroendeenhet Zezam (IFO) som tycker sig ha en god samverkan med flera aktörer. Samverkan med hälsocentralen uttrycktes som viktig att förbättra, och det var från kontaktperson och även IFO-chef viktigt att studiegruppen fick personer med från hälsocentralen. Önskemål fanns att hälsocentralens chef i Sveg skulle delta, kontakt togs därför av både kontaktperson och projektledare. Önskemålet kunde ej införlivas, två olika personer har deltagit vid en träff var i studiegruppen från primärvården. Kontakt har även tagits med arbetsförmedlingen som efter information utlovade att en person skulle delta träff två och tre – ingen person har deltagit. Detta är dock den ena av två studiegrupperna som har haft deltagare från politiken, vilket har varit värdefullt.

**Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 1**

**Samverkan och samarbete**

Vilket mandat har vi för att sprida möjligheter till spridning av det vi får till oss under dagen? Tillgänglighet och gemensamt ansvar för kunskapsspridning. Det känns som att det är mycket samordning och samsyn= 0.

Gruppen uttryckte även hur de skulle kunna få till stånd samverkan, mandat från ledning och det tidsmässiga perspektivet. Riktlinjerna är en stor möjlighet till samverkan, då får vi samma synsätt och genom två huvudmän kunna känna samma ansvar. Vi behöver kunskap om varandras ansvar och kompetens och fasta tider och träffar.

Samsyn är en funktion och ej avhängig en person. Vi kanske bör hitta en glesbygdsmodell var tankar som gruppen var inne på.

### **Bedömning, termer och attityder**

Vi använder ASI (ADDIS) och gör en bedömning för att se både fysisk och psykisk hälsa, och ser individens behov och resurser som finns (ADDIS kompletterar ASI). Det är av stor vikt att klienten bedöms och att det görs en inventering av behov och resurser! Viktigt att kunna se vilka aktörer som är viktiga och bör finnas runt personen. Konsekvenser som annars kan uppstå är: svårbedömt, orättvist och ett hot mot individen och säkerheten. Resultatet blir ej detsamma om ovanstående ej efterföljs. Inom sjukvården - inte bemött som MÄNNISKA utan som missbrukare. Det är svårt att få kontakt med hälsocentralen, de är mindre bekant med termer.

Moraliserande attityder har blivit mindre men finns fortfarande kvar. Ärlighet och mer raka puckar är nödvändigt! Med ökad kunskap, samarbete alla hjälps åt - behandlingsbar sjukdom - det ä tagit av WHO!! Missbruk är ett ord med negativ klang (Alkoholberoendesyndrom) bemötande och spridandet av kunskap är viktigt.

Det är befogat med kritik inom professionen, men ASI:n kan vara ett hjälpmedel. , risk finns att dokumentation kan bli godtycklig. Erfarenhet är självklart viktig. Konsekvens ses också i att vi har olika lagstiftningar - risk för godtycklighet.

All användning i medicinsk mening - ok i syfte att få ett rus dvs. ett missbruk bör vara straffbar. Är beroendet ett faktum bör personen behandlas ej straffas.

En positiv konsekvens som påtalas är dagens träff ett exempel på.

### **Sammanfattning träff 2, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 2**

Kap. 3 Upptäckt och förebyggande verksamhet - organisation - verksamheten - behov av andra aktörer:

En grupp uttrycker att det kan vara svårt att få kontakt med hälsocentralen/primärvården för akut bedömning (steg 5) i övrigt kan det finnas öppningar. Ett ex. ges att vid avgiftning är det svårt att få läkare att remitera till psykiatri, detta borde prioriteras hos hälsocentralen. Flertalet anser sig finnas med i alla steg, frivården har rådgivning men ej utifrån modell och använder BSF som står för beteende, samtal, förändring. Det finns behov av aktörer som landstinget, arbetsförmedling och försäkringskassa vid uppföljningar.

Gemensamma träffar med hälso - sjukvården, försäkringskassan är ett sätt för att veta vem vi skall vända oss till, byta erfarenheter, tid till detta skall avsättas!! Rutiner saknas för samverkan, kontaktpersoner från olika enheter, myndigheter vid återkommande klienter/patienter, eller problematik som behöver utredas.

En modifierad modell liknande ASI önskas av personen från ekonomiskt bistånd. Frivården önskar mer resurser till att tillämpa redan befintlig kompetens/utbildning.

Samverkan finns från hälsocentralen då de "upptäckt" problem och hänvisar till Beroendeenheten. Oftast är då personen i ett "Större problem" - redan befast - därför är det viktigt med tidig screening, vi måste få till samverkansgrupper för att hjälpas åt.

Bedömningsinstrument och dokumentation:

Inom Beroendeenheten används ASI, ADDIS, ADDIS/ung AUDIT/DUDIT. Hälsocentralen använder (screening????) ej alla besök men inom vissa diagnosgrupper. Försäkringskassan använder SASSAM. Handikappomsorgen – MI – mycket motivationsarbete, nämner även en ny maskin – önskar utbildning om vad man kan kräva (drogpolicy). Försäkringskassan är utanför uppdraget.

Innan ingång i Beroendeenhetens öppenvård utförs sporadiska tester. Tester används systematiskt även av psykiatrin, vid inläggning görs blodtester vid misstanke om beroende/missbruk. Det finns alltid en risk i tillvägagångssättet "fusk".

FRAMES används ej men MI i viss utsträckning. Frivården ställer alltid frågor om missbruk oavsett brott, och de är utbildade i MI. Inom ekonomiskt bistånd är ej någon utbildad. De används även nya tester inom ekonomiskt bistånd( ej ver. Vilka)

Det finns samverkan inom socialtjänsten, mellan ekonomiskt bistånd och Beroendeenheten. Det står även med i riktlinjerna gällande kort rådgivning, detsamma gäller för frivården.

Sammanfattning träff 3 , se inbjudan, program för dagen bil. 3 (utifrån sjukdom,förhinder etc var flera aktörer ej närvarande denna sista träff)

Kap.6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:

Hur skall vi kunna presentera AUDIT? Avdramatisera och börja att mer pedagogiskt använda AUDIT. Gör den till en naturlig del och som en rutin. TNE – fungerar gott! Brist på plats någon gång per år, skickas sedan vidare från oss till t.ex Lindalen, Self help. Det har blivit bättre samarbete med Svegs hälsocentral för läkarbedömningar för att få en sjukresa. Via DD-teamet har det fungerat gott och där används evidensbaserade metoder. Via hälsocentralen, antabus, Campral, oftast när vi varit med från Zezam. Här är det viktigt att få till en medicinsk kompetens då det blir en naturlig kontakt och samsyn.

Kap. 7 Gravida kvinnor:

MVC – hänvisas dit. MVC har kontaktat beroendeenheten för samarbete vid allvarligt missbruk hos gravida. Primärvårdens deltagande krävs.

Kap. 5 Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:

Abstinens är ett vedertaget begrepp i behandling används lika ofta som avgiftning inom kommun ej primärvård. Samverkan fungerar bra med TNE – alkohol, ej droger. Beroendeenheten Zezam ser gärna ett ställe som mottagare, så att individerna slipper bollas runt. Samverkan kan ske via vårdplan/ individplan.

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet):

Samverkan fungerar mellan DD-teamet, personligt ombud, mindre väl med hälsocentralen, med försäkringskassan fungerar det bättre.

Dagen avslutas med summering av träffarna – lästips – personlig utvärdering av träffarna.

Alla deltagare har erhållit ett kursintyg se bilaga 4

#### Utvärderingar Härjedalens kommun

##### **Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

Javisst, många nya kontakter. Ja, kontakter knutna. Ja, kommer framför allt att använda Audit. Till en början när jag misstänker att det finns problem med alkoholen. Ev på alla i framtiden. Ja, vet litet mer om vem som jobbar var. Absolut! Det har öppnat nya vägar, nytt tankesätt som lett till handling som gjort det möjligt att våga stå på sig i samarbetet med HC/primärvården och de blev tvungna att ta sitt ansvar vad gäller abstinensbehandling.

##### **Ris:**

Nej. För dålig uppslutning. Förstår man inte värdet? Tyckte boken svar litet svårläst. Mycket jag inte varit i kontakt med tidigare. Får använda den som uppslagsbok. Vad händer med barnen i dessa missbruksfamiljer? Inget nämnt. Lokalerna i Sveg sisådär!! Bättre med större bikupor för utbyte från fler professioner, det var från början för små grupper då vi vid något tillfälle endast var 3/gr. Inget! Sista dagen Biografrummet....

##### **Ros:**

Kul med mycket folk som förstår värdet med projektet och faktiskt gör något med kunskaperna. Kul att träffa andra yrkesgrupper. Nyttigt att få ansikte på alla man har telefonkontakt med. Vet andras möjligheter/-begränsningar utifrån t ex regler inom deras yrke. Bra upplägg med blandade grupper; bra diskussionsuppgifter. Lärt mig mycket. Bra konstellationer på grupperna från olika verksamheter. Bra med diskussioner. Bra tillfälle att träffa kollegor/samarbetspartners vilket underlättar framtida samarbete och samverkan. Mycket kompetent ledare! Maria Laag med sin positiva anda, framkallar tro på det vi måste fortsätta med framåt!

##### **Egna kommentarer:**

Det har varit lärorikt och kul. Tack. Bra. Bra med samverkan! Tack för ett gott samarbete samt trivsamma stunder i bilen Sveg-Östersund. Jättenöjd. Litet tråkigt den sista gången men vi fortsätter med EGEN kraft och eget engagemang, pga dessa tre träffar kan vi stå upp för fortsättningsarbetet med implementeringen.



*Krokom träffades vid följande datum:*

- ❖ Måndagen den 8 december
- ❖ Tisdagen den 3 februari
- ❖ Torsdagen den 26 mars

I gruppen har följande personer deltagit:

Jan Persson, Socialpsykiatriska teamet  
 Christine Holmetun, Psykiatri/ dd-enheten  
 Kristina Hemlin, Kriminalvården/ Frivården  
 Annette Björns, Arbetsförmedlingen  
 Kjell Jonsson, IFO  
 Thomas Holmberg, Primärvård Krokom-Föllinge  
 Cristine Persson, Socialnämnden Krokom  
 Lars Persson, Socialsekreterare Krokom  
 Christer Toft, Socialnämnd/kompcent. LT  
 Lena Berggren, Socialpsykiatriska teamet  
 Laila Granlöf, LSS - enheten  
 Monica Ottehed, LSS – enheten  
 Tore Hansson, Personligt ombud  
 Pia Söderback, IFO

I Krokom finns ej någon gemensam arena men önskemål om ett tillskapande är starkt.

Krokomsgruppen hade en tydlig sektorsövergripande aktörsfördelning, (läkarrep. fanns med i endast i denna) vilket visade sig i bikupsdiskussionerna. För många var det nya ansikten, psykiatri visste t.ex inte att det fanns ett etablerat socialpsykiatriskt team i kommunen. Politiken hade två representanter med i gruppen, den andra av totalt två grupper(även Härjedalen)

Vid den avslutande tredje träffen utsågs psykiatrins representant att vara sammankallande för fortsatta kontinuerliga träffar/gemensam arena.

*Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 1*

**Samverkan och samarbete**

Samverkan fungerar på handläggarnivå, dock ej uppåt när det t.ex gäller beslutsfattande angående ansvar/ekonomi. Mer samverkan behövs inom kommun, landsting, LSS, IFO, socialpsykiatriska teamet. Kanske en gång i månaden, 1 – 2 timmar – konkreta ärenden....hjälpa klienten. Samverkan lokalt – hitta goda exempel.

Mer kunskap om varandra är nödvändigt, personliga kontakter. Det är viktigt att ta reda på vad olika begrepp betyder. Fråga varandra! Så att vi vet vad den andre menar – att vi menar samma sak.

Verksamhetens namn är viktig del i samverkan.

Jobbar idag individinriktat. Behövs arenor? Finns det i kommunen?

### **Bedömning, termer och attityder**

Biståndet är beslutet, vad som skall sättas in, uppdrag, det uppdrag man fått utifrån den lag man arbetar efter (verksamhetens uppdrag).

Gemensamma bedömningar sker mellan DD-enheten + socialtjänsten. I övrigt begärs utlåtande/information in, ingen samverkan sker egentligen mellan hälso- sjukvård/kommun. Sekretessen försvårar, och dokumentationen sker alltid enskilt borde kanske läsas. Många gånger väcker utredning frustration, bedömningen är "rätt" men insatsen kan ej ges, (ekonomiskt)

Fortsatt vidareutbildning inom missbruk/beroende. Gemensamma dokument, ASI, ADDIS, AUDIT/DUDIT behöver finnas hos alla instanser, enheter/team.

Gemensamma arenor – utbildning, utredningsverktyg. Sjukdom/ diagnos – som leder till åtgärd.

Det finns en mindre tolerans när det gäller sjukdomen beroende. Det är nära det privata/egna erfarenheter. Beroendesjukdomen ser annorlunda ut. Missbruk/beroende ses till viss del, dvs behandlas med medicin – man kan bli sjukskriven vid/under en behandling men läkarintyg krävs.

Det finns självklart !! moraliserande attityder, det finns inom alla professioner. Det bygger på rädsla, okunskap och tidsbrist. Informera mer och dela med sig av den kunskap man har. Det behövs mer information om farligheter med tabletter (både lugnande, smärtstillande).

Stafettläkare är ett problem då det ej fungera med uppföljning och sammanhållning.

### **Definitioner**

Bilden stämde för några år sedan, numera har man gemensamma definitioner. Blivit hjälpt av ADDIS.

Det kan vara missbruk även om det är förskrivet, få fler recept än behövligt. Ökande doser osv. I övrigt är det samma diskussioner/definitioner.

Alla ges inte samma möjligheter, svårt att samarbeta om vi har olika definitioner. Ingen tar ansvar.

### **Sammanfattning av träff 2, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 2**

Kap. 3 Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamheten – behov av andra aktörer:

IFO jobbar med alla stegen, men efterlyser mer samverkan, finns inte riktigt uppsökande arbete inom IFO. Socialpsykiatriska teamet jobbar med alla stegen men har bara halv- upptäckarögon. Det behövs mer förebyggande arbete, tex. Nattvandrare, skapa samverkansråd, och politiker och chefer måste ge utrymme för överlappningsarbete och samarbete. En fråga som kom upp: vad innebär flera tidiga upptäckter?? Psykiatrin uttrycker att det är få resurser till stegen 5 – 7, ingen psykolog finns på DD-enheten. Vems är egentligen ansvaret för en beroendeutredning? Det finns olika uppfattningar mellan verksamheter på IFO och psykiatrin.

Arbetsförmedlingen tycker att det är svårt att ta upp frågan om alkohol, hur ställer man frågan? Den finns för lite resurser på arbetsförmedlingen.

Det behövs mer samverkan mellan aktörerna, och gruppen är en lång diskussion angående ansvaret, olika uppfattningar om vad behandling är – stort problem!

Kap. 4 Bedömningsinstrument och dokumentation:

Hur skall man göra urvalet i screeningsinstrumentet?? MI finns men används inte, använder motivering men inte enligt modellen. ADDIS används och biologiska tester används på hälsocentralen. Hälsocentralen behöver veta vilka psykologiska tester som gäller t.ex ASI. När ska en patient göra ASI, ADDIS eller ASI??

Inom LSS finns ej upptäckar - ögon för alkohol och droger, finns bra metoder för frågor?

IFO arbetar med ADDIS, ASI ; AUDIT/DUDIT , de arbetar även med FRAMES och MI finns i det dagliga arbetet, finns i ryggmärgen. MI är ett mycket bra verktyg.

Inom psykiatrin används ej FRAMES + MI som metod helhet, dock delar av rådgivning + motiverande samtal.

Arbetsförmedlingen arbetar mycket lösningsfokuserat, och tycker att samverkan fungerar med socialtjänsten. De behöver dock bli bättre på dokumentation och återföring. Det behövs fler personer för utredning – socialkonsulenter.

Utbildningsbehov som önskas, alla inom IFO behöver MI(de som arbetar med målgruppen) utbildning i AUDIT/DUDIT för de som ska använda den inkl. arbetsförmedlingen.

Sammanfattning av träff 3, se inbjudan, program för dagen bilaga 3 (utifrån sjukdom, förhinder etc var flera aktörer ej närvarande vid denna sista träff)

Kap.6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:

Fungerar bra men det vore bättre om man har en enda läkare att vända sig till. Inget samarbete finns mellan hälsocentralen och DD-enheten än så länge.

TNE – är oftast inget problem.. Det kan vara problem vid kort varsel. In – ut utnyttjas av patienterna/klienterna.

Evidensbaserade metoder svarar gruppen att det används i förkommande fall ja!

Kap. 7 Gravida kvinnor: Inom psykiatrin/LSS finns inga kända rutiner.

Socialtjänsten ställer sig frågande men direkt insats är en självklarhet att kontakta mödravårdscentralen. Personligt ombud – kollar av om BVC/MVC har information.

Det behövs korta/kraftfulla informationsfilmer som ger varning vid graviditet/barn alkohol/droger. Vi behöver även in på skolor med mer information. Det har skett en stor attitydförändring när det gäller inställningen till alkohol/droger. Gruppen uttrycker det skrämmande i att de unga är så omedvetna om riskerna, vad kan vi göra???

Kap. 5 Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:

Ny arena ska skapas, och alla ser fram emot den nya Beroendeenheten... det finns stora förväntningar.....

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet):

Ny arena skapas i Krokoms Christine Holmetun från DD- enheten samordnar/ sammankallar – tider bokas med hälsocentralen idag! 26/3 2009.

Dagen avslutas med en summering av träffarna – lästips – personlig utvärdering av träffarna.

*Alla deltagare har erhållit ett kursintyg se bilaga 4*

Utvärderingar Krokoms kommun

**Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

Ja, förstår att det behövs mer samarbete mellan olika verksamheter. Ja, har fått reda på vilka resurser som finns / olika aktörer i kommunen. Fortsatt arena planeras.

**Ris**

Har själv inte kunnat bidra med mycket pga lite erfarenhet inom detta område.

**Ros**

Varit intressant och lärorikt. Mycket bra ihållande/ledning av studiegrupperna, många relevanta bra diskussioner. Mer förståelse i en djungel av verktyg att kvalitetssäkra samhällets arbete gällande missbruks- och beroendevård. Knyta nya kontakter i närverken. Mycket bra.

**Egna kommentarer**

Strålande initiativ, bra för målgruppen! Bra, fast mycket är man off-side, men man lär sig alltid något nytt.

*Ragunda träffades vid följande datum:*

- ❖ Måndagen den 1 december
- ❖ Måndagen den 2 februari
- ❖ Onsdagen den 1 april

I gruppen har följande personer deltagit:

Ulla Persson- Titelman, IFO/ Ragunda  
 Mikael Modin, Polis  
 Lars Hägglund, HSL/Ragunda  
 Gunilla Smårs, Hälsocentralen Hammarstrand  
 Christine Holmetun, Psykiatri/DD-enheten  
 Bert-Ove Löfgren, Personligt ombud  
 Pia Baronowsky, Arbetsförmedlingen  
 Joakim Hedlund, IFO/Ragunda  
 Per-Anders Forsberg, Psykiatri/DD-enheten

I Ragunda har samverkan mellan flertalet av aktörerna kommit igång på ett bra sätt. Arbetet är ännu i sin linda vilket gjorde att gruppen knöts samman och upp kom ett flertal olika idéer för hur arbetet fortsättningsvis kunde utvecklas framåt.

Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 1

### **Samverkan och samarbete**

Politiker negligerar, och frågan tas ej på allvar på ett övergripande plan. Det finns ej någon organiserad samverkan. Dokumentationen är helt separat. Känns som att det är små öar från olika organisationer som går i varandra utan att det finns ett organiserat forum där man träffas för beslut/samutredning. Vakenheten ligger på tjänstemannanivån!

### **Bedömning, termer och attityder**

En dialog är nödvändig då sjukdom= följer av missbruket, används i för liten omfattning.

Dokumentation sker i varje enhet för sig därefter sker utbyte/inhämtning av information. Man kan också utföra bedömningen gemensamt i vissa fall när det fungerar. Observera att patienten måste tillåta samverkan!! Dvs släppa sekretessen

I det utredande samtalet kan motstånd finnas mot ytterligare utredning/utredande samtal från andra aktörer.

Den finns en samhällsekonomisk moral att personer med problem är opålitliga och hala.....

Med ökad kunskap kan vi förändra attityder .Att definiera och våga prata om dessa laddade begrepp skapar vi förändring.

Sjukdomsbegreppet används ej längre. Det behövs en dialog mellan parterna

Sammanfattning av träff 2, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 2

Kap. 3 Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamhet – behov av andra aktörer:

Polis, arbetsförmedling och hälsocentral finns med i steg 1 – 4 och polis kopplar in socialtjänsten om de behöver stöd efter steg 4. primärvården/HC kan undantagsvis finnas vid steg 6. IFO och psykiatrin uttrycker att de är med i samtliga steg.

Psykiatrisköterskan ej med i steg 3 och 4, och personligt ombud uppger endast 1 – 2 och vid klients önskan steg 6.

En avsaknad av öppenvårdsinsatser och självhjälpgrupper och det finns behov av andra aktörer. Att nämnas är läkare, försäkringskassan ses inte att tillgänglighet upprätthålls.

Det kan vara svårt att få kontakt med psykiatrin. Det finns dåligt med resurser i primärvården.

Kap. 4 Bedömningsinstrument och dokumentation:

Screening används inom primärvården, psykiatrin, och IFO. MI och FRAMES används av IFO och primärvården. Samverkan kan ske när varje aktörs mandat är tydligt och individen vill (svår fråga).

Polis använder SMADIT, även AUDIT/DUDIT (även om det ej skall användas) polisen öppnar funderingar hos personen. Har ej någon utbildning i FRAMES eller MI men motivation ingår i jobbet beroende på tid. Arbetsförmedlingen använder inte AUDIT/DUDIT, har trepartsamtal med IFO. Ej utbildad i FRAMES/MI men arbetar ändå med motiverande samtal. Tycker att kontakten med socialtjänsten fungerar bra, har oftast bra med tid.

Det finns mycket alkoholproblem i kommunen (man gör så). Sysselsättning behövs för målgruppen och viktig sådan har stängts, Vildslussen. Bruket skulle minska om individen hade sysselsättning – mindre kostnader för kommunen.

De utbildningsbehov som uppges är MI för att få samma terminologi, och hur man upptäcker missbruk, tidig upptäckt.

### Sammanfattning av träff 3, se inbjudan, program för dagen bilaga 3

Kap. 6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedlesbehandling:

Att presentera AUDIT upplevs ej som ett problem. För personligt ombud kan det vara så utifrån bärande relation. För polis är det naturligt (ratt/drogfylla). Det är dock mycket viktigt hur man diskuterar resultaten (poängsammanställningen).

Aktörerna har liten erfarenhet av alkoholabstinenta patienter/klienter. Det är ofta ett personbundet uppdrag från HC, vilket inte är alltför bra. Kontentan är väl att sådant ej skall ske i kommunen. Dock upplevs samarbetet som bra.

Evidensbaserad metodik används till stor del i dagsläget i utrednings och behandling. Helhetssyn viktigt. Råder ej med piller!! (psyk) Kommunen har ej någon uppfattning om evidensbaserade metoder används.

Kap. 7 Gravida kvinnor: Rutiner finns speciellt med mödra och barnhälsovården. Polis och personligt ombud har ej kommit i kontakt med gravida kvinnor, troligen skall samma rutiner som övriga personer som de kommer i kontakt med.

Kap. 5 Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling: Gruppen har ej lämnat några synpunkter på avsnittet.

Kap. 8 missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet):

- Fortsätta träffarna 1ggr/månad
- Stående punkt – behov nästa gång t.ex arbetsförmedling/försäkringskassa
- Personligt ombud får träff- tiderna
- Skapa socialpsykiatriskt team
- Undersöka hur det ser ut i andra kommuner
- Resurser
- Personer.....VEM?

Även polis är intresserad av samverkan, kallelse ska skickas via telefon, får tiderna av socialtjänsten så han kan komma vid behov.

Läkarkontakten på HC fungerar inte alls.....mycket svår situation

Informera LSS om träfftiderna.....

Pengar finns att söka för samverkan/utbildning kollas upp med Kommunförbundet(Miltonmedel). Kanske kommande konferensdagar med inbjudna gäster.....

Dagen avslutas med en summering av träffarna – lästips – personlig utvärdering av träffarna.

Alla deltagare har erhållit ett kursintyg se bilaga 4

## Utvärderingar Ragunda kommun

### **Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

Ja. Ökad förståelse för andras arbete. Få ett gemensamt språk. Att få ett ansikte på personer som jag talat med endast på telefon. Även träffat helt nya personer. Ja, det har blivit tydligare beträffande vilken profession som kan göra vad. Har skapats samsyn ang de i riktlinjerna förekommande begreppen. Ja, fler nya ansikten att ta hjälp och stöd av. Lättare att ta kontakt när man är ny i arbetet. Ja. Bra att få ansikten och namn på människor som arbetar inom "branschen". Lättare att ta informella kontakter.

### **Ris**

Boken = tungläst. För många förkortningar när man inte arbetar dagligen i detta ämne. Å ena sidan för litet tid till fördjupning och de frågor som har berört alla aktörer som medverkat. Å andra sidan bra att hela boken hann behandlas inom ramen för de tre träffarna. Föredömligt upplägg med diskussionsgrupper och återföring för varje område. Något svårläst bok med tanke på förkortningarna, speciellt kapitlet ang screening/utr. Diskussionsfrågorna skulle varit mer "djupa" och kanske litet mer provocerande, tvingat till att ta mer ställning. För mycket bikupor med oklara, diffusa frågeställningar. En stor del av det som avhandlades ingår inte i mitt arbete.

### **Ros**

Bra kursledning. Bra lokaler och mat. Bra och intressanta ämnen. Bra initiativ i spartider. Bra ämne, ligger mig varmt om hjärtat och att ha studiegrupper är nog ett måste med tanke på tiderna idag och med tanke på att det är en svag grupp som det behövs talas för. Aktuella frågeställningar med intressanta aktörer.

### **Egna kommentarer**

Har lärt känna nya ansikten som man kan ha nytta av, lärt känna kända ansikten mer. Känns som en sammanbunden grupp nu!

*Strömsund träffades vid följande datum:*



- ❖ Tisdagen den 2 december
- ❖ Tisdagen den 20 januari
- ❖ Tisdagen den 17 februari

I gruppen har följande personer deltagit:

Ulf Eriksson, Strömsunds kommun/kommunfix  
 Tore Hansson, Personligt ombud  
 Odd Lian, Psykiatri/DD-enheten  
 Karin Stjernefeldt, Kriminalvården/Frivården Östersund  
 Marina Minth, Praktikant/Frivården Östersund  
 Aron Kjellgren, Arbetsförmedlingen  
 Anja Johansson, Socialtjänsten  
 Ulla-Britt Salomonsson, Socialtjänsten  
 Eva Hanning, Arbetsförmedlingen  
 Inga-Maj Persson, Socialtjänsten  
 Essy Magnusson, Primärvården  
 Anki Goetzing, Socialtjänsten  
 Lena Norrman, Socialtjänsten

I Strömsund arbetade projektledare och enhetschef tillsammans för att skapa en studiegrupp med lokala aktörer som sågs som betydelsefulla i ett framtida samarbete. I kommunen finns en god samverkan sedan flera år med DD-enhetens representant. Saknad viktig aktör var primärvården och vid samtal med enhetschefen vid hälsocentralen i Strömsund, utlovades att en person från det psykosociala teamet skulle medverka i studiegruppen. Förhoppning är nu att en närmare samverkans arena har börjat tillskapas i Strömsund.

**Sammanfattning av träff 1, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 1**

**Samverkan och samarbete:**

Samverkan fungerar olika beroende på hur långt man har kommit, det faller lätt vid personalbyten eller omorganisation. Det kan också finnas lokala traditioner och fördomar. Det kan även vara olika innehåll beroende på "kultur" och lagstiftning.

I dagens träff finns ej deltagare från primärvården, läkare, distriktsköterskor, det saknar vi.

Arbeta för samsyn som ger vinster i längden, med möjligheter i stället för problem.

**Bedömning termer och attityder:**

Hälsa och sjukvården har klara regler det är svårare för socialtjänsten då man inte har språk/metod (än).

Socialtjänsten i Strömsund har ADDIS behörighet vilket gör att det inte är något problem i kontakten med hälsa – sjukvården.

Gemensamma utbildningar/insatser och samverkan över gränserna ses som värdefullt.

Moraliserande attityder finns inom alla professioner, både medvetet och omedvetet.

Det finns även på många nivåer det är skillnad till mäns respektive kvinnors missbruk. "Missbrukare är människor med dålig karaktär". Vi behöver tala om det, våga fråga, screena, testa, våga ta hand om, inte moralisera!!

### Sammanfattning av träff 2, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 2

Kap. 3 Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamhet – behov av andra aktörer:

Det finns en bra personkännedom som upplevs positiv. Till viss del är alla aktörer med i alla stegen den största missen är steg 7. Mindre bra är uppföljningen inom alla områden.

Utredningsdelen fungerar bra tillsammans med andra aktörer. Uppföljning och utvärdering är det svåra, att kunna få till stånd möten. Motivationen hos klienten hinner svalna ju längre tid det går. Det är svårt att nå varandra – använd gärna mail och mobil!!

För att detta skall fungera är aktörer som polis och tillgång till läkare och distriktsjuksköterska nödvändigt

Bedömningsinstrument och dokumentation:

Screening används då man har lite uppgifter om en persons alkohol/drogvanor. Vi använder FRAMES/MI men utan att tänka på just det begreppet. Samverkan är viktigt för den enskilde individen.

Socialtjänsten använder ASI, ADAD, MI, alkoblås. I psykiatri är AUDIT på gång, FRAMES och MI ej känt...

Primärvården använder olika blodtester, urinprov och AUDIT.

Kriminalvården har ASI, urinprover, blåstest, ASI, AUDIT/DUDIT används inte så mycket. Man gör även tester innan programdeltagande och metoden BSF som står för beteende, samtal, förändring.

### Sammanfattning av träff 3, se inbjudan, program för dagen bilaga 3

Kap. 6 Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:

Det finns en fungerande samverkan mellan kommunen och TNE. I övrigt ingen väl fungerande samverkan – det kan vara bättre i enskilda ärenden men det är andra faktorer som spelar in t.ex läkare.

Väl fungerande samverkan mellan primärvården i Hoting, Backe.

Hammerdal och Gäddede, mindre bra med Strömsund.

Frösö LVM-hem är ingen god vårdmiljö och har ej fungerande vårdkedja, Evidens: Socialtjänsten har ingen kännedom att det skulle användas som beskrivs i boken. Det är många som får antabus eller liknande preparat men utan stödinsatser. Det finns dock några klienter där det fungerar bättre.

Arbetsförmedling och socialtjänsten behöver utvecklas för tidiga insatser.

Det varierar mellan hälsocentralerna. Abstinensen klaras på TNE. Essy tar med sig synpunkterna till HSL. Samverkan mellan enheterna behöver förbättras.

Kap. 7 Gravida kvinnor: Det finns inga rutiner om upptäckt blir som vilket ärende som helst, man hänvisar till andra aktörer tex mödravårdscentralen som skall samverka kring den enskilde och familjen.

Det sker hos oss vid familjecentralen som har barnmorskor, socionom, psykolog och förskollärare.

Kap.5 Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:  
Ja det är ett vedertaget begrepp för socialtjänsten och frivården. Då det upplevs vara lite samverkan och svårt för hälso-sjukvården att ta sitt ansvar vid abstinensbehandling av narkotika= stopp i vårdkedjan.  
Nej vi pratar fortfarande om avgiftning (kan ges på Frösön genom SOL).

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet):

Bildandet av DD-teamet visra att vi har ett gemensamt ansvar. Områden att förbättra är: boende, sysselsättning, andra arbetsätt(ej konsekvenstänk).

Samverkan fungerar väl med DD-teamet, de är en länk mellan kommun och landsting.

Dagen avslutas med en summering av träffarna – lästips – personlig utvärdering av träffarna

Alla deltagare har erhållit ett kursintyg se bilaga 4

#### Utvärderingar Strömsunds kommun

#### **Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

Ja för och i framtida diskussioner när ni håller på att utreda verksamheter. Finna samarbetsformer med andra aktörer. Ja. Absolut. Hoppas det. Har även tidigare haft ett gott samarbete med socialtjänsten men det blir om möjligt ännu bättre efter de gemensamma två dagarna. Saknas representanter från sjukvården. Har fått ytterligare insikt i vikten av samverkan. Insikt i nationella riktlinjer samt samsyn från oss olika myndigheter. Ja, absolut. Det har varit mycket bra träffar och bra diskussioner. Ja, när det gäller samverkan/samarbete med våra klienter.

#### **Ris**

Saknar DSK, läkare och nån psykolog från nåt håll. Mer arbete skulle ha lagts på att få med personal från primärvården före dessa 3 dagar, då syftet ändå är att primärvård och socialtjänst ska fortsätta detta mycket viktiga jobb tillsammans. En stor miss. Synd att inte primärvården var med. Bra ändå att Essy från psykosociala var med. Ibland jobbigt med grupparbetena, invecklade frågor, svårt att få till en diskussion. Saknar primärvården, då läkare och distriktsköterskor. Tyvärr så missade jag första träffen men har istället fått med mig en del av gruppen.

#### **Ros**

Bra diskussioner mellan och i gruppen. Bra att få träffa andra och få inblick i deras arbetssituation. Bra förståelse. Ökad kunskap. Har knutit några nya kontakter med olika människor från myndigheter.

Självklart kommer jag att ha glädje av dagarna. Fick bättre kunskap om lagstiftning och tanken med/hur samverkan skall ske och hur vi tagit det och att det faktiskt går att jobba med denna målgrupp. Bra ur samverkanssynpunkt. Få veta mer om varandras viktiga områden. Bra med olika myndigheter som träffas för en gemensam plattform. Hoppas att det ger effekter framåt för våra klienter. Ibland jobbigt med grupparbetena, invecklade frågor och svårt att få till en diskussion. Ja, bra att vi träffas från olika organisationer och diskuterar erfarenheter. Vi har alla olika infallsvinklar och vi behöver lära av varandra. Att psykosociala kom med var toppen. Bra att träffas så här från olika verksamheter och ta del och få idéer till att kunna förbättra samverkan. Ett bra sätt att träffas och framförallt att ta sig tid /tillfälle att läsa boken nationella riktlinjer

### **Egna kommentarer**

Mer satsning på förebyggande där skulle det vara bra om det från politiskt håll satsades pengar till personal. Svårt med tid för inläsning på grund av ökat arbetstryck. Bra med bikuporna, och med diskussion. Varit lite på sidan i några frågor i bikuporna men annars tycker jag det har varit bra. Synd att inte primärvården fanns med. Bra jobbat Maria! Synd att inte primärvården fanns med.

### Åre träffades vid följande datum:

- ❖ Onsdagen den 10 december
- ❖ Måndagen den 26 januari
- ❖ Måndagen den 16 mars

I gruppen har följande personer deltagit:

Susanne Hemmingsson, Biståndshandläggare  
 Elin Gustavsson, Biståndshandläggare  
 Eva Sahlström-Nilsson, Psykiatrisamordnare  
 Lena Tågeföldt, Arbetsförmedlingen/rehab  
 Ewa Westlund, Försäkringskassan  
 Maria Öhrström, Socialkontoret  
 Birgitta Wiklund, Socialkontoret  
 Camilla Dannö-Malers, Dsk.hemvården/kommun/primärvård  
 Ulla Karlsson, Socialkontoret  
 Katarina Magnusson, Polisen  
 Roger Larsson, Polisen  
 Gunilla Henriksson, LSS-handläggare

I Åre valde man att gruppen skulle bestå av lokala aktörer. Kontaktpersonen och IFO-chef hade tidigt gått ut med en inbjudan till studiegruppsstarten. Primärvården sågs som en viktig aktör att delta i gruppen. Socialtjänsten uttrycker att de har ett gott samarbete med primärvården men såg dem som viktiga dialogpartners utifrån riktlinjearbetet framåt. Trots påtryckningar deltog ej någon person från primärvården vid träffarna i Åre studiegrupp.

### Sammanfattning av träff 1, se inbjudan program för dagen och bikupsdialoger bilaga 1

Samverkan och samarbete:

Åre kommun saknar representant ifrån hälsocentralen!! En av grupperna visar på att samverkan/samexistens finns, men önskar att distriktsköterske samarbetet skall bli bättre. Det finns ett samarbete men det saknas med primärvården.

En samsyn kan vara svår att uppnå, (kanske orealistisk) det finns ej på varje arbetsplats, färskvara.

I utredningar, vårdplanering och rehabplaner finns samverkan, sekretess är ej ett problem om klinten säger ja. Camilla(hemvården) behöver informeras om missbruk, hot och våldssituationer.

Det finns redan samarbetsformer i kommunen men de kan gärna utvecklas och bli fler. Då lär man sig att kunna varandras språk och förstå varandras spelregler. Även förstå vad olika yrkesgrupper kan och inte kan göra.

Orden betyder olika för olika yrkesgrupper, det ser man bara om man jämför synen socialsekreterare och biståndshandläggare har. Då blir det ännu svårare för primärvården.

En grupp uttrycker att samarbetet mellan socialtjänsten i Järpen och Åre fungerar sämst. Även samarbetet mellan biståndshandläggare och psykiatrin i Östersund fungerar sämre.

Bedömning, termer och attityder:

Yngre poliser är ganska väl insatta i vad socialtjänstlagen säger. Hälso- och sjukvården ses inte vara så insatta i socialtjänstens termer lika med arbetsförmedlingen.

Socialtjänsten kan inhämta allt från polisen, men generellt får de inte så mycket tillbaka.

Arbetsförmedlingen kräver tre månaders drogfrihet innan plan tillsammans med socialtjänsten.

Varför skall man avdramatisera kring missbruk? Dramatisera. Det är viktigt hur man pratar och ställer frågor(frågeformulär) till ungdomar. Polisen visar på vikten att hålla sig uppdaterad på nya droger "designdrogs" som ej är narkotikaklassade, brott eller inte.

Det är viktigt att ställa följdfrågor när vi pratar om missbruk, t.ex vad menar du med missbruk?

Hur skall vi kunna hålla koll på smärttillstånd och självmedicinering.

Gruppen frågar sig är kontrollen hos hälsocentralen ej tillräcklig.

Att det förekommer moraliserande attityder är gruppen enig om, och att "missbrukare före sig icke besvär att komma.

Gemensamma definitioner:

Diagnosticering är luddig, redan före socialtjänsten. Om man inte har en gemensam definition så kan det lätt bli misstolkningar och spretig behandling hos olika aktörer. Samsyn och samma definitioner krävs utifrån att kunna underlätta detta.

### Sammanfattning av träff 2, se inbjudan, program för dagen och bikupsdialoger bilaga 2

Kap.3 Upptäckt och förebyggande verksamhet – organisation – verksamhet – behov av andra aktörer:

IFO använder sig av en hälsoenkät till alla nya, och AUDIT och ASI känner även att de arbetar med alla stegen i figuren. Det som fungerar bra är tillgängligheten och att det finns en god dialog. De behov som ses är att det tillskapas en beroendeklinik. Det saknas i dag platser för akut avgiftning av narkomaner och unga. Försäkringskassan använder SASSM – men inget verktyg där kunden får svara på ett formulär.

I hälso-och sjukvården /Dsk går man mycket in i steg 6, önskemål finns att arbeta i alla stegen.

En grupp svarar att de ej vet vad primärvården använder för instrument, men att kommunens hälso-sjukvård ej använder AUDIT m.m.

Polisen utreder endast brott det gåt ett pm till socialtjänsten om individen vistas i riskzon.

Arbetsförmedlingen kontakt med socialtjänsten vid samtycke från individen.

Kap. 4 Bedömningsinstrument och dokumentation:

IFO uppger att MI används varje dag och att det upplevs som en bra metod men att väldigt få har utbildning. Den skulle kunna fungera utvecklande i alla yrken där kommunikation förekommer.

Det finns ett stort behov av kort rådgivning, problemet är att behoven är större än resurserna (personal inom IFO t.ex).  
 IFO använder även AUDIT och ASI, uttrycker att vid bedömning av missbruk behövs mer kunskap om "vem gör vad", utbildning? Hantera de som ej är aktuella hos IFO. Vem har då kunskapen, vilken kompetens behövs i vår verksamhet? Vad ska vi kunna om missbruk?  
 LSS säger att det är bra att det finns insatser men det finns ingen modell för hur man jobbar med gruppen ung - funktionshinder - missbruk.  
 Önskemål om grundläggande beroendelärautbildning.  
 MI - är ett bra verktyg för alla när nästa utbildning? Finns platser lediga?  
 Tester som används är att sköterskan kan ta prov på ordination via läkare.  
 Socialtjänsten kan begära/önska att de gör ett test på hälsocentralen.  
 Alkometer, cdt -prov och enkäter uppges även användas.

### Sammanfattning av träff 3, se inbjudan, program för dagen bilaga 3

Kap. 6 Alkohol - psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:  
 Väl fungerande? Allt kan bli bättre! Kontakt kan tas med hälsocentralen - bedömning och medicinsk behandling - TNE.  
 Vid alkoholabstinens kan även transport med polis, ambulans ske till TNE.  
 Om det är en okänd person går ett PM till socialförvaltningen för vidare samtal med IFO. Gruppen ställer sig ? till om hälsocentralen har medicinering som är ångestdämpande.  
 Person har rätt till sjukpenning från försäkringskassan under behandling.  
 Det råder ingen samverkan i detta läge mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen.  
 AF och FK har ej hört talats om evidensbaserad metodik nämner antabus och campral  
 Samarbete finns mellan primärvården och socialtjänsten - Campral, Revia och Antabus. Svarar även att alla evidensbaserade metoder används utom örönakupunktur.

Kap. 7 Gravida kvinnor:  
 Mödra och barnhälsovården kontaktar socialtjänsten vid misstanke om missbruk.  
 Inga specifika rutiner finns för gravida kvinnor och blivande pappor.

Kap. 5 Narkotika - psykosocial behandling och läkemedelsbehandling:  
 Det är ett vedertaget begrepp - JA! Men det finns ingen avgiftning/behandling i kommunen eller i länet. Den fortsatta planeringen av vården fungera inte så bra.  
 Åre har ingen medicinsk underhållsbehandling gällande Metdon, Subutex, Subuxone. Klienter får idag vända sig till psykiatri som remitterar till Ulleråker/Uppsala. Alldeles nyligen fick klienterna inte hjälp av Jämtlands läns landsting heller då de inte prioriterade opiatmissbrukare.

Kap. 8 Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet):  
 "Var tar informationen från Åre hälsocentral vägen om alkoholbruket??"  
 Socialtjänsten har bra samordning och samverkan med psykiatri DD-teamet, strukturerat?  
 Samarbete med dubbeldiagnosenheten - Odd, Per-. Anders, Claes, Maria

Dagen avslutas med en summering av träffarna – lästips – personlig utvärdering av träffarna.

### Utvärderingar Åre kommun

#### **Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

Troligen. Hade "dålig" kunskap om missbruk generellt och även hur det är uppbyggt i Åre kommun. Ja, definitivt! Det har varit jättemycket som jag har upplevt aha-upplevelser för. I mitt yrke som polis så har jag ibland saknat kännedom om och insyn i de här frågorna. Mycket bättre än förväntat! Den stora behållningen är dock att ha fått knyta kontakter med andra i kommunen ifrån soc, sjukvården, f-kassan etc. Det blir jättebra att ha i framtiden! Ja, alltid bra att träffas för att få ansikten på samarbetspartners samt utbyta tankar och idéer. Även bra att få veta vad andra aktörer gör för missbrukare. Ja, genom att ta upp och belysa ämnet, har det kommit fram kunskaper som tidigare inte fanns. Bra att träffas tillsammans och diskutera med andra myndigheter. Inte i det dagliga arbetet men att plocka fram och var man plockar fram info vid behov. Förmodligen inte i det dagliga arbetet men alltid bra att få kännedom om hur arbetet fungerar inom olika områden, kontaktvägar, vem gör vad och hur ta kontakt.

#### **Ris**

Har bitvis känts mycket stressigt med tidplan. Vi har bara skrapat på ytan, kanske för stort område. För mycket papper skickas via mail? Blandningen av yrken/arbetsplatser kräver mer baskunskaper i området som passar alla. Så alla förstår. Förkortningar bör inte användas. Skulle behövt fler dagar. Att HC inte var med. Ingen representant från primärvården. Många frågor berör primärvården. Att politiker och arbetsgivare inte är så benägna att det faktiskt kostar med förebyggande vård. Detta är en bra början. Hoppas på en fortsättning! Ibland litet för mycket och svår inf utifrån att de är så mycket jag aldrig har jobbat med.

#### **Ros**

Det bästa med dessa tre träffar var att träffa andra aktörer som troligen arbetar med samma målgrupp, kanske samma individ. Bra träffa andra yrkesgrupper. Bra litteraturtips. Bra grupp. Bra innehåll. Intressanta diskussioner. Bra att Thomas var med sista dagen. Engagerad gruppleddare. Engagerad Maria. Absolut. Jättebra diskussionsforum (bikupor). Bra att träffa rep från andra myndigheter/aktörer. Både att det är lättare att ta kontakt sedan, men även för en bredare "bild" av verkligheten. Har lärt mig mycket, fått aha-upplevelser kring socialas arbete och vårdens ansvar. Fått inblick i hur missbruksvård fungerar och hanteras av resp part, vad som fungerar bra och mindre bra, vad som planeras framåt. Positivt att träffa personer från andra myndigheter. Får en förståelse för hur det ser ut. God mat + bra lokal.

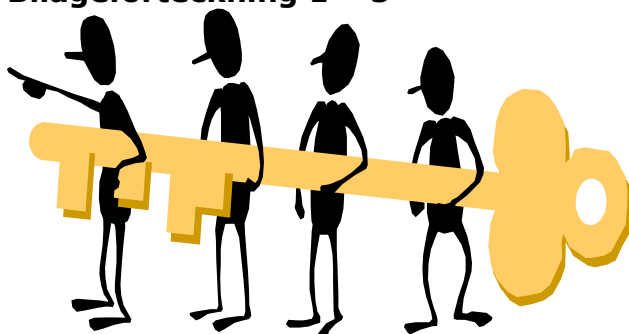


## Egna kommentarer

En liten grund att stå på i arbetet framåt. Ingen pappersutdelning. Blir bara liggande på hög. Miljömedvetenhet. Jag önskar att i framtiden mer arbeta över gränserna, t ex polis, sociala, hälso- och sjukvård.

Alla deltagare har erhållit ett kursintyg, se bilaga 4

## Bilageförteckning 1 – 5



**NIL – Projektet *nyckelgrupper, individ & lärande* inbjuder till studiegrupper/sectorsövergripande i Östersund.**

**Att vid tre tillfällen träffas i studiegrupp och studera, diskutera de Nationella riktlinjerna för missbruks - och beroendevården.**

**Två grupper bildas i Östersund (max 15 personer i varje grupp) för att studera riktlinjerna .Den första träffen sker under hösten och två under vinter/vår 2009. Projektledare Maria Laag är kontaktperson leder träffarna och tillhandahåller studiematerial för gruppen.**

**Grupp 1 träffas onsdagen den 5 november kl. 9.30 – 15.00**

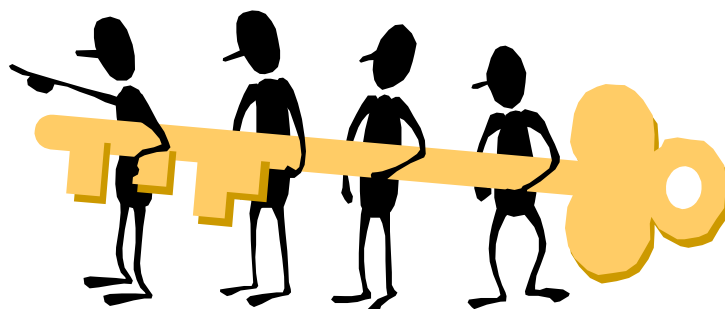
**Grupp 2 träffas fredagen den 5 december kl. 9.30 - 15.00**

**Lokal: Beroendecentrum, plan 4 klockhuset Solliden  
Välj datum som passar dig bäst!**

**Anmälan till Maria Laag via e-post [maria.laag@kfz.s](mailto:maria.laag@kfz.s) Senast 27 oktober 2008.**

**Information och frågor ring Maria tel. 063 – 14 47 45  
070 – 679 53 00**

**Välkomna!**



**NIL – Projektet *nyckelgrupper, individ & lärande*  
inbjuder  
Till studiegrupper/sectorsövergripande Krokomb.**

**Att vid tre tillfällen träffas i studiegrupp och studera,  
diskutera de Nationella riktlinjerna för missbruks – och  
beroendevården.**

**En grupp bildas i Krokomb ( max 15 personer) för att studera  
riktlinjerna. Den första träffen sker under hösten och två  
under**

**Vinter / vår 2009.**

**Projektledare Maria Laag är kontaktperson, leder träffarna  
och  
tillhandahåller material för gruppen.**

**Vår första träff i Krokomb blir måndagen den 8 December.**

**Tid: kl. 9.30 – 15.00**

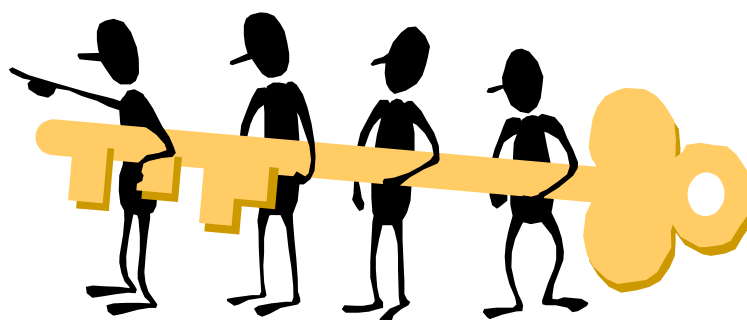
**Lokal: Almdalen (apotekshuset ) Krokomb.**

**Gemensam lunch och kaffe förmiddag och eftermiddag ingår.**

**Anmälan till Maria Laag via e-post [maria.laag@kfz.se](mailto:maria.laag@kfz.se)  
Senast 27 Oktober 2008.**

**Information och frågor ring Maria tel. 063 – 14 47 45  
070 – 679 53 00**

**Varmt välkomna!**



Program för studiegrupp Nationella riktlinjer för missbruk - och beroendevård i Östersund 5 november 9.30 – 15.00

9.30 Kaffe, Presentationsrunda

10.00 Inledning och bakgrund

10.45 Bensträckare och dialog utifrån frågeställningar i bikupor

12.00 – 13.00 Gemensam lunch

13.00 Reflektion från varje bikupa, redovisas på OH.

13.45 Frågeställningar – dialog i bikupa, kaffe serveras.

14.30 Reflektion från varje bikupa

15.00 Avslut av dagen och information inläsning till nästa träff.

## **Bikupsdialog 1**

### **Frågeställningar**

#### **1. Samverkan och samarbete:**

**Hur ser gruppen på definitioner/möjligheter till samverkan**

**som tas upp i studiehäftet sidorna 12-15.**

- 2. Är de som är verksamma inom hälso -sjukvården bekanta med följande termer inom socialtjänsten: insatser, bistånd, uppdrag, utredande samtal .....???**
  
- 3. i riktlinjerna ges en kritisk bild av socialtjänstens sätt att bedöma missbruk – vilka reflektioner gör företrädare för socialtjänsten och hälso- och sjukvården med anledning av denna beskrivning? Om den bild som ges stämmer, vilka är konsekvenserna för samarbetet i dag och för det fortsatta arbetet med de gemensamma riktlinjerna?**
  
- 4. Vad krävs för att tillämpa gemensamma definitioner?  
- I vilken betydelse används sjukdomsbegreppet idag inom socialtjänsten respektive hälso-sjukvården beträffande missbruk-beroendevården?**

## **Bikupsdialog 2**

- 1. Finns det moraliserande attityder till missbrukare inom våra olika professioner?**

**2. Hur kan vi avdramatisera begreppen missbruk och beroende?**

**3 I juridisk mening är all icke-medicinsk användning av narkotika ett ”missbruk” och straffbar enligt narkotikalagstiftningen – tillämpar vi samma definitioner?**

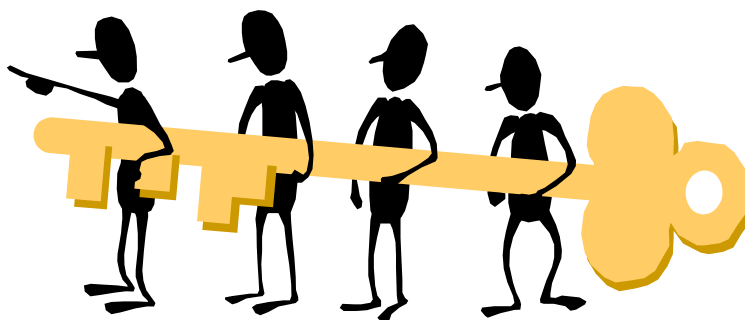
## **Bikupsdialog 3**

### **Frågeställningar**

**3. Finns det moraliserande attityder till missbrukare inom våra olika professioner?**

**4. Hur kan vi avdramatisera begreppen missbruk och beroende?**

**3 I juridisk mening är all icke-medicinsk användning av narkotika ett "missbruk" och straffbar enligt narkotikalagstiftningen – tillämpar vi samma definitioner?**



*GOTT NYTT ÅR TILL ER ALLA!!*

**Varmt välkommen till den andra av våra tre träffar inom  
NIL –  
Projektets studiegrupp, Nationella riktlinjer missbruks- och  
beroendevård – Strömsund**

**När: Tisdagen den 20 Januari kl. 9.30 – 15.00**

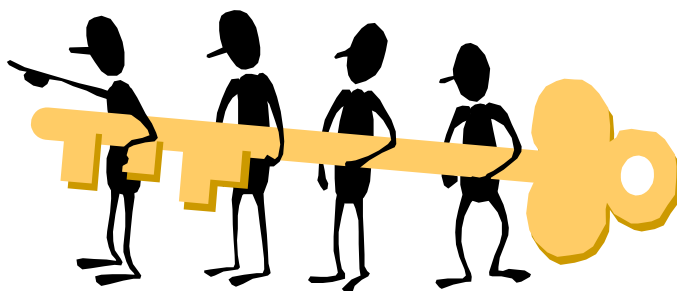
**Var: Folkets Hus Strömsund**

**Vid denna träff kommer vi att fokusera på kapitel 3 ”Upptäckt och  
förebyggande verksamhet” samt kap. 4 ”Bedömningsinstrument och  
dokumentation”.**

**Förbered dig gärna utifrån ett lokalt perspektiv reflektera över  
följande frågeställningar:**

- **Finns det utarbetade strategier inom din organisation att nå dem som verkligen behöver vård?**
- **Används metoder för screening inom din organisation? Vilka erfarenheter har man i så fall av dem?**
- **I vilken utsträckning används FRAMES och MI inom din organisation?**
- **Finns det fungerande samverkan inom hälso-och sjukvården och med andra huvudmän i fråga om åtgärden kort rådgivning?**
- **Används tester som beskrivs i kap 4 i din organisation, och används andra tester än de som beskrivs i Nationella riktlinjer?**



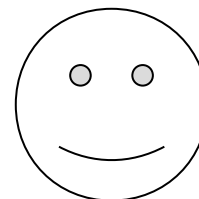
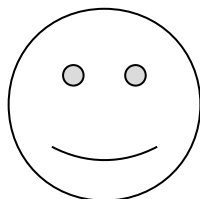


## Program och hålltider för studiegrupp Nationella riktlinjer för missbruks – beroendevård

Tingshuset Svenstavik 12 februari 2009  
Kl. 9.30 – 15.00

- 9.30 Kaffe - återkoppling - frågestund
- 10.30 Intro. Kap 3 ”Upptäckt och förebyggande verksamhet”  
**Bikupa 1**
- 11.30 Reflektion från bikupa 1
- 12.00 Lunch – mingel
- 13.00 Intro. Kap. 4 ”Bedömningsinstrument och dokumentation”.
- 13.30 **Bikupa 2**
- 14.30 Reflektion från bikupa 2
- 15.00 Avslut av dagen

## Bikupsdialog 1



**Titta på figuren sidan 72 i Nationella R.**

- **Vad finns i din organisation av det som beskrivs i figuren?**
- **Vad fungerar bra/mindre bra i verksamheten?**
- **Finns behov av andra aktörer för att detta skall fungera? Vilka?**

## Bikupsdialog 1:1

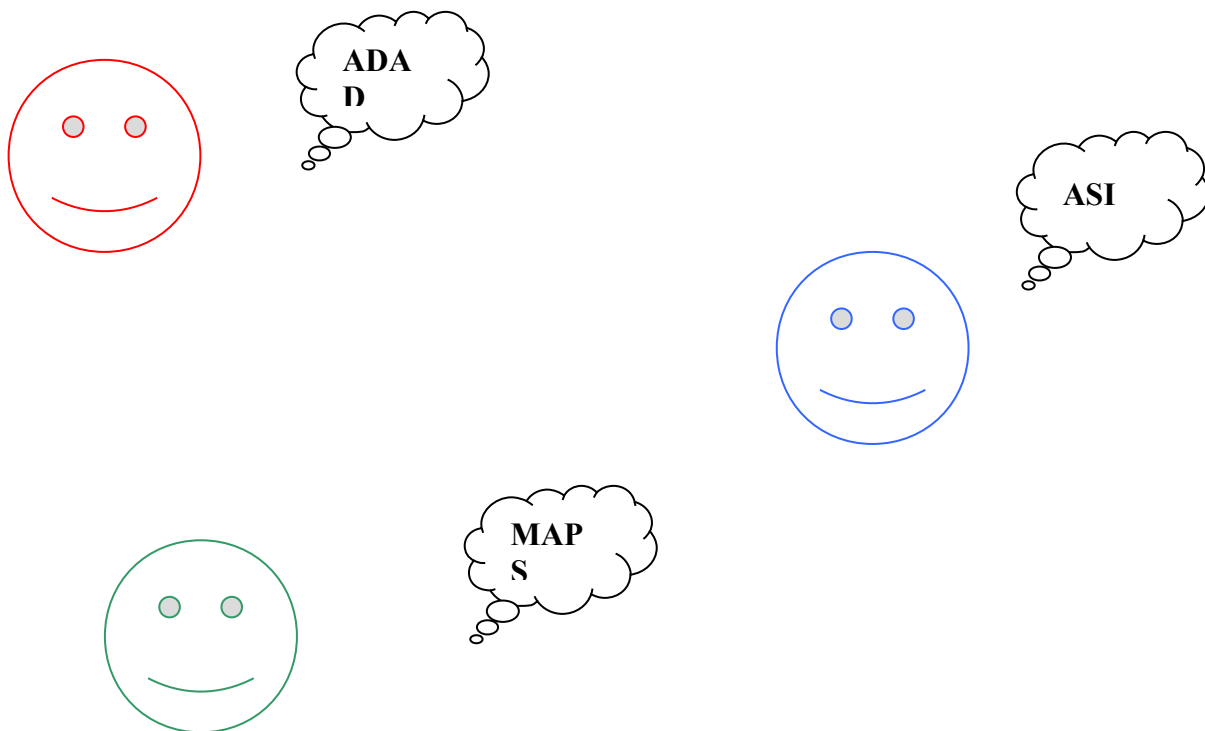


**Används metoder för screening inom din organisation?**

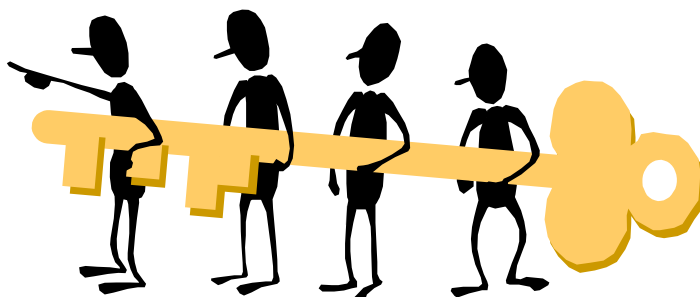
**I vilken utsträckning används FRAMES och MI inom din organisation?**

**Finns det fungerande samverkan inom hälso – sjukvården/socialtjänsten och med andra aktörer i frågan om åtgärden kort rådgivning?**

## Bikupsdialog 2



**Används tester inom din organisation på det sätt och med den systematik som beskrivs i kapitlet?**



***Vår i luften och studiegruppsträff på gång!!***

***Varmt välkomna till den tredje och sista träffen inom NIL – projektets studiegrupp, Nationella riktlinjer missbruks – och beroendevård. - Östersund***

**När: Torsdagen den 2 April kl. 9.30 – 15.00**

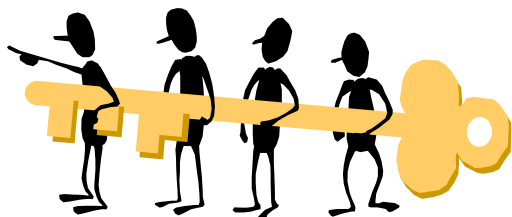
**Var: Folkets Hus Sveg**

**Vid denna sista träff kommer vi att arbeta med kap. 5,6,7 och avslutande kap 8 i de Nationella riktlinjerna.**

**Förbered er gärna med egna frågor utifrån ett lokalt perspektiv!!!**

**Här kommer ett axplock av frågeställningar att reflektera över:**

- Är abstinensbehandling ett vedertaget begrepp i era respektive organisationer?
- Finns det en väl fungerande samverkan mellan socialtjänsten och hälso-sjukvården beträffande behandling av alkoholabstinens?
- Hur fungerar samverkan mellan berörda myndigheter mot bakgrund av det som beskrivs i kap.7? (gravida kvinnor)
- I vilken utsträckning används riskbedömningsinstrument? (kap.8)
- Inom vilka delar fungerar samverkan och samordning väl eller mindre väl mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten, och andra aktörer beträffande arbetet med målgruppen som beskrivs i kapitlet?



Program och hålltider för studiegrupp  
Nationella riktlinjer för missbruks – beroendevård

Folkets Hus Sveg 2 April 2009  
Kl. 9.30 – 15.00

- 9.30 Kaffe – återkoppling – frågestund
- 10.00 Thomas A Riskbruksarbetet och mobiliseringen i länet
- 10.30 Intro. Kap. 7 och 6  
**Bikupa 1**
- 11.30 Reflektion från **bikupa 1**
- 12.00 Lunch – mingel
- 13.00 Intro. kap. 5 och 8  
**Bikupa 2**
- 14.00 Kaffe och Reflektioner bikupa 2
- 14.30 Summering – utvärdering
- 15.00 Avslut av dagen



### *Bikupsdialog1*

- A. *Finns det en väl fungerande samverkan mellan socialtjänsten, hälso-sjukvården, andra aktörer beträffande behandlingen av alkoholabstinens?*
- B. *Används den evidensbaserade metodik vid behandling av alkoholmissbruk eller alkoholberoende som framhålls i riktlinjerna(s. 155)?*
- C. *Vilka rutiner finns hos er i frågan om att **uppmärksamma** frågor om livsstil, alkohol, drogvanor hos gravida kvinnor och blivande” pappor”?*
  - *vilka rutiner finns det för samverkan vid **upptäckt** av missbruk hos gravida kvinnor?*

## *Bikupsdialog 2*

A. ***Vikten av sammanhang och samverkan vid abstinensbehandling understryks i de Nationella riktlinjerna.***

- ***är abstinensbehandling ett vedertaget begrepp i era respektive organisationer?***
- ***Hur fungerar samverkan i relation till den fortsatta planeringen av vården?***



B. ***I riktlinjerna framhålls att socialtjänsten och hälso - och sjukvården har ett gemensamt ansvar för klienter/patienter med samsjuklighet.***

- ***Hur visar sig detta gemensamma ansvar hos er i ett övergripande perspektiv?***
- ***Inom vilka delar fungerar samverkan och samordning väl eller mindre väl mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten beträffande ert arbete med målgruppen?***





EUROPEISKA UNIONEN  
Europeiska socialfonden



# INTYG

*Anna Andersson*

Har deltagit i studiegruppsutbildning i

## **Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård**

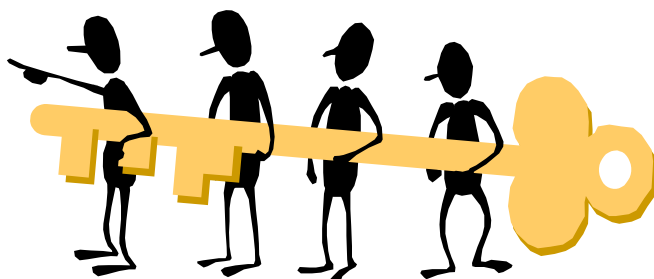
### **Följande delmoment har ingått i utbildningen:**

- Inledning – gemensamma termer underlättar arbetet
- Vägledning och implementering
- Upptäckt och förebyggande verksamhet
- Bedömningsinstrument och dokumentation
- Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling
- Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling
- Gravida kvinnor
- Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom(samsjuklighet)

---

*Maria Laag*

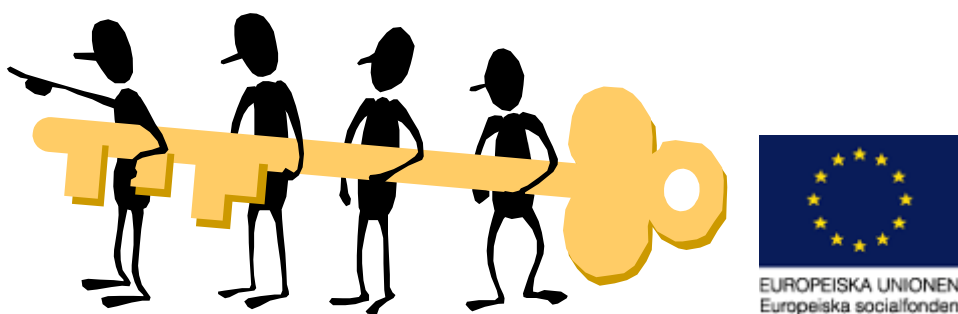
Projektledare NIL- nyckelgrupper ,individ & lärande.  
Kommunförbundet Jämtlands län



Program för studiegrupp  
Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

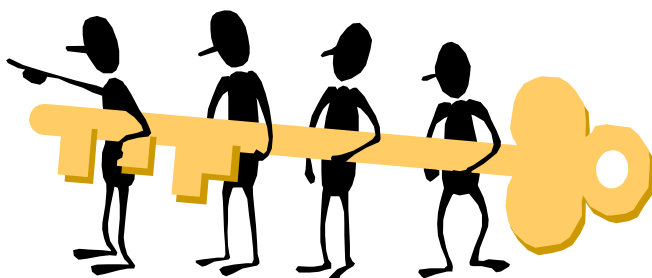
Bräcke 23 Mars 2009 kl. 12.00 – 16.00

- 12.00 – 12.45 Gemensam lunch Folkets hus
- 12.45 Återkoppling – frågestund
- 13.15 Thomas A, Riskbruksarbetet en del i länets mobilisering
- 13.45 Intro kap. 7 och 6  
**Bikupa 1**
- 14.15 Kaffe och reflektion från bikupa 1  
Intro. Kap. 5 och 8
- 14.45 **Bikupa 2**
- 15.15 Reflektion bikupa 2
- 15.45 Summering – utvärdering
- 15.00 Avslut av dagen



*Axplock från sist!*

- *Svårt att påverka ALLT med samverkan!*
- *Olika traditioner!*
- *Sekretessen kan i vissa fall förhindra samverkan!*
- *Respektera varandras professioner!*
- *Syfte och mål med samverkan!*
- *Vi är ett team!*
- *Klargöra roller, vem gör vad?*
- *Omedveten om varandra!*
- *ASI som hjälpmedel!*
- *Viktigt att bemöta klienterna i den situation de befinner sig i!*
- *För in definitioner i lagstiftningen!*
- *Stark ledning som styr!*
- *Gemensamma utbildningar- definitioner – riktlinjer-*
- *”Dom där” begreppet finns!*
- *”Inte lika lätt att gå till doktorn och söka hjälp för missbruk som för ryggont”*
- *Vi tillämpar inte samma definitioner, inte i praktiken heller!*
- *Medveten om sina egna fördomar!*
- *Få bort skam och skuld!*
- *Förekommer, men kanske mer inom landstinget!*
- *Förekommer även mot anhöriga!*
- *Allt under samma tak!*
- *Gråzon!*
- *Olika bedömningar – vem ska stå för kostnad – landsting – kommun? ?och vidare vård och behandling?*



## **Tyck till om studiegruppsträffarna!!**

**Kommer du att ha nytta av träffarna i ditt dagliga arbete framåt?**

**Ris:**

**Ros:**

**Egna kommentarer:**



EUROPEISKA UNIONEN  
Europeiska socialfonden