



Vårdsamverkan Skaraborg

# Samordnat stöd till ungdomar med missbruksproblem och till deras föräldrar



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	2
Uppdraget	2
Utredningens genomförande	3
Förslag till samordnat stöd i Skaraborg	3
Ekonomi	4
Verksamhetens innehåll	5
Hur stor är målgruppen?	
-tillgänglig statistik för målgruppen	6
Alkoholkonsumtion	6
Narkotikamissbruk	7
Nätdroger	7
Tillgång	8
Vad vet våra verksamheter i Skaraborg om målgruppens storlek?	9
Skaraborgs sjukhus	9
Närhälsans vårdcentraler och Ungdomsmottagningar:	9
Socialtjänsten i Skaraborgs kommuner	9
Tillgänglighet till stöd och vård i Skaraborg idag	10
Vad säger forskningen och Nationella riktlinjer om stöd och behandling för ungdomar?	11
Rekommendationer	12
Familjebehandling	12
Rekommendationer	13
Vad vet vi om Mini-Maria mottagningar i landet?	14
Referensmaterial	16
Bilaga 1	16
Bilaga 2	17
Bilaga 3	19
Bilaga 4	20

# SAMORDNAT STÖD TILL UNGDOMAR MED MISSBRUKSPROBLEMATIK OCH DERAS FÖRÄLDRAR

## Inledning

Kommun och landsting har utifrån SoL, Socialtjänstlagen och HSL, Hälso – och sjukvårdslagen ett gemensamt ansvar för vården och omsorgen om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Det gemensamma ansvaret förutsätter samverkan inom och mellan huvudmännen inte minst för personer med samsjuklighet med till exempel somatisk sjukdom och missbruk eller missbruk och annan psykiatrisk diagnos. Det ställer stora krav på samordning, koordinering och integrering av olika vård- och stödinsatser.

Inom Västra Götalands län finns dessutom andra styrande dokument ex. Krav och kvalitetsboken och Överenskommelse psykiatri som reglerar samverkan för målgruppen. 1)

## Uppdraget

Styrgruppen Vårdsamverkan Skaraborg beslutade vid sitt möte den 22 maj 2014 att det finns ett gemensamt intresse att utreda frågan för målgruppen ungdomar 13-21 år med missbruksproblematik, hur deras behov av stöd och vårdinsatser ser ut och hur våra verksamheter på bästa sätt kan möta detta. Samverkansgruppen Barn och unga fick uppdraget av vårdsamverkans styrgrupp att tillsätta en tillfällig utredningsgrupp med kompetens från kommuner/VGR för att kunna lämna ett underlag till vårdsamverkans styrgrupp

**SOL 3:3 a §** Socialnämnden ska se till att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande barn och ungdom

3:6 a § Socialnämnden ansvarar för att det finns tillgång till öppna insatser för att kunna möta barns, ungdomars och vårdnadshavares olika behov

5:1 – aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel,

**HSL 2 f §** Hälso- och sjukvården ska på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs.

8 b § Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

**Överenskommelse 2011 11 03** Båda huvudmännens ansvar - Utredning, bedömning samt stöd/vård/behandling vid missbruks-/ beroendeproblematik.

**Krav och kvalitetsboken** "Vårdcentralen ska utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper efter professionell bedömning, tillgodose/svara för individens behov av medicinsk rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad, förebyggande, habiliterande och rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som täcks av annan huvudmans ansvar." "Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas så att patient och närstående upplever vården som en helhet."

Utredningen ska

- sammanfatta tillgänglig statistik för målgruppen
- beskriva verksamheternas uppfattning om ungdomarnas behov av stöd och vård.
- beskriva tillgänglighet till stöd och vård idag
- bilda sig en uppfattning om och beskriva befintlig Mini-Maria verksamhet i länet/landet
- under förutsättning att en Mini-Maria verksamhet skulle vara önskvärd lämna förslag till innehåll i verksamheten avseende organisation, geografisk placering, kompetens, metoder och kostnader.

Utredningen ska avrapporteras till styrgrupp Vårdsamverkan Skaraborg den 21 maj 2015.

### **Utredningens genomförande**

Utredningsgruppen består av Lisbeth Åkerstedt: verksamhetschef BUP sedan ett par år tillbaka, tidigare 10 års erfarenhet av vuxenpsykiatri från Skaraborgs sjukhus.

Ulrika Hermansson: Enhetschef öppenvårdspsykiatri, placering Falköping/Tidaholm. Har också erfarenhet från beroendekliniken och behandlingsenheter för unga vuxna inom psykiatri.

Peter Alf: avdelningschef IFO Skövde, från årsskiftet ansvarig för hela barn och ungdomssidan, dvs 0-20 år. Han har bidragit till att frågan väcktes i vårdsamverkans barn och unga-grupp.

Pia Gidensmed; 1:e socialsekreterare, Socialtjänsten Grästorps kommun

Pia Gustafsson, områdeschef/ verksamhetschef Ungdomsmottagningar Skaraborg

Pia Jonsson-Axelsson: sammankallande, socialtjänststrateg Skaraborgs Kommunalförbund.

Utredningsgruppen har träffats vid fyra tillfällen varav en heldag för studiebesök på verksamheter i Göteborg. Utifrån sina respektive verksamhetsområden har gruppen försökt ringa in målgruppens storlek med utgångspunkt i tillgänglig statistik. Utredningsgruppen har varit på studiebesök på en Mini-Maria mottagning i Göteborg. **bilaga 1**

Studiebesök på beroendekliniken Göteborg avd. 306 som har ett regionalt uppdrag. **bilaga 2**

Konsultation av docent Anders Tengström KI. **bilaga 3**

Sammanställning av statistik från CAN för Skaraborgs kommuner 2013

**bilaga 4**

### **Förslag till samordnat stöd i Skaraborg**

Med utgångspunkt i den alkohol och narkotikakonsumtion som ungdomar uppger i CAN-undersökningen i jämförelse med vad socialtjänsten redovisar i antalet mottagna anmälningar förmodar vi att det finns ett mörkertal av

ungdomar som inte uppsöker befintliga verksamheter inom landsting och kommuner och därmed inte erbjuds tidiga stöd och vårdinsatser idag.  
(Bilaga 4)

För att erbjuda en jämlik vård bör vår delregion, Skaraborg, tillsammans med kommunerna i Skaraborg på samma sätt som i Göteborg kunna erbjuda ungdomar och deras vårdnadshavare en "lågtröskelverksamhet". De insatser som varje kommun via socialtjänsten erbjuder ungdomar i öppenvård är mycket skiftande till sitt innehåll.

Utredningsgruppen är enig om att en öppenvårdsmottagning liknande Mini-Maria i Göteborg behövs också i Skaraborg. Avståndet mellan Regionens beroendevård och socialtjänstens insatser för ungdomar är stort och inte samordnat idag. Det behövs en samlad spetskompetens i Skaraborg som kan erbjuda tidiga insatser till ungdomar och deras vårdnadshavare och stöd till andra verksamheter; ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri, skolan och vårdcentraler. I de fall abstinensbehandling och slutenvårdsinsatser bedöms nödvändiga ska det finnas ett kontinuerligt samarbete med avdelning 306 i Göteborg.

Uppdraget att arbeta uppsökande och förebyggande riktat till ungdomarna och deras föräldrar ska ligga kvar på varje kommunnivå.

**Målet för verksamheten** är att erbjuda ungdomar och föräldrar/ närstående en möjlighet till samordnade tidiga insatser för att bryta ett riskbruk/missbruk.

En verksamhet i samverkan bör startas upp geografiskt i Skövde så snart en lämplig lokal kan hittas, gärna med närhet till Ungdomsmottagningsverksamheten. Förtroendekapitalet hos ungdomarna för Ungdomsmottagningarnas verksamhet är en bra kontaktyta för att fånga ungdomar med riskbruksbeteende. Mottagningen bör knytas till en huvudman som kan erbjuda det samlade administrativa stödet. I likhet med Mini-Maria mottagningarna i Göteborg kan personalen ha sin anställning hos respektive huvudman kommunen/VGR.

## Ekonomi

Erfarenheter från Mini-Maria i Göteborg talar för att mottagningen bör ha en bemanning med 1 läkare 40%, 1 barnmorska 40%, 1 psykiatrisjuksköterska 100%, 1 administrativ resurs 100%, 3 socionomer 100%/samordningsfunktion. Varje huvudman landsting/kommun bör ha tre arbetsrum till förfogande och ett gemensamt samtalsrum. Administrativa kostnader tillkommer; IT-stöd, personalstöd, arbetsledning, städ, materialkostnader och utvärdering av verksamheten.

	Total årlig kostnad (tkr)	Kostnad kommuner (tkr)	Kostnad VGR (tkr)
<b>Personalkostnader</b>			
Lönekostnad kommun	1 566	1 566	0
Lönekostnad regionen	1 797		1 797
Overhead kostnad 7,5% av lönesumman *	117	117	0
Resor	20	10	10
Utbildning/handledn/konferenser	80	40	40
Kontorsmaterial	20	10	10
Representation och diverse	22	11	10
<b>Lokalkostnader</b>			
Hyror	407	204	204
Larmkostnad	15	8	8
Städ, underhåll, sophämtning mm	30	15	15
Kapitalkostnad för möbler	39	19	19
<b>Data och telekostnader</b>			
Fast årlig avgift	72	36	36
Inköp av telefoner och övr datautrustning	16	8	8
IT telefoni	12	6	6
<b>Utvärdering</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>50</b>
<b>Total kostnad</b>	<b>4 313</b>	<b>2 100</b>	<b>2 212</b>
Invånarantal samtliga kommuner per den 31/12 2014		260 057	
Kr per invånare		<b>8,07</b>	

\* I overheadkostn ingår kostnader för central administration och arbetsledning, i central administration ingår tex ekonomi, personal och IT funktioner

#### Framtida kostnader

Utveckling IT med sekretess mellan verksamheten och kommunerna

## Verksamhetens innehåll

Personalen som anställs bör utifrån sin profession ha stor inverkan på verksamhetens arbetsformer och utveckling. Mini-Maria verksamheten i Göteborg bör tjäna som förebild undantaget att verksamheten i Skaraborg inte ska ta ett ansvar för det förebyggande arbetet i varje kommun utan ha en specialistroll, stödjande till andra verksamheter. De styrformer som utformats för Barnhusverksamheten, Utväg och Social jour bör kunna tjäna som

exempel för samverkan mellan huvudmännen. Med hjälp av SIP, samordnad individuell plan, ska mottagningen bli en "spindel i nätet" för att ungdomar med missbruksproblematik ska få de insatser som de behöver. Om ungdomen efter scanning och bedömning visar sig ha behov av andra utredningar och behandlingar från våra huvudmän ska verksamheten remittera/anmäla till ansvarig organisation men hålla kvar kontakten med den unge. Därav gör vi bedömningen att psykologkompetens inte är nödvändig i verksamheten. En förväntan är också att kunna utveckla samarbetsformer med avd 306 i Göteborg.

Verksamheten ska präglas av hög tillgänglighet, ungdomar och deras närstående ska själva kunna kontakta och erbjudas tid för besök med kort väntetid.

Provtagning/drogtester kan genomföras då det bedöms hjälpsamt.

Utifrån tillgänglig kunskap utforma stödet till ungdomarna och föräldrar/närstående.

Bidra till fortsatt kunskapsutveckling/nya arbetsformer för målgruppen.

Bistå socialtjänsten med bedömningar av risk/skydd till utredningar. I samband med placeringar utanför hemmet medverka till eftervård.

De geografiska avstånden i Skaraborg medför att ungdomar i unga åldrar riskerar att exkluderas. Ett nära samarbete med ungdomsmottagningar och till viss del mobilitet för personalen kan möta detta behov.

## **Hur stor är målgruppen?**

### **-tillgänglig statistik för målgruppen**

Generella siffror om alkohol och narkotika beskrivs varje år i CAN:s rapport. Sedan 1971 har undersökningar genomförts i åk 9 och sedan 2004 också i åk 2 gymnasiet. Undersökningarna genomförs på direkt uppdrag av Socialdepartementet. Sedan mitten av 2000-talet har det skett en minskning av alkoholkonsumtionen för både pojkar och flickor. Tillgängligheten till narkotika har ökat och det har skett en breddning av utbudet, trots detta bedöms sedan 2000-talet ett oförändrat missbruk.

### **Alkoholkonsumtion**

Vid den senaste undersökningen 2014 svarade 43% av pojkarna och 50% av flickorna i årskurs 9 att de druckit alkohol de senaste 12 månaderna.

Motsvarande siffror för år 2 i gymnasieskolan är 70% och 82%.

Andelen hög-, risk- och intensivkonsumenter av alkohol följer en nedåtgående trend. Sammantaget visar 2014 års siffror på i stort sett oförändrade historiskt sett låga nivåer.



Med intensivkonsumtion avses dryckestillfällena med stora mängder alkohol motsvarande minst en flaska vin (eller ungefärlig motsvarande mängd ren alkohol i andra drycker) vid ett och samma tillfälle.

Med högkonsumtion avses här en alkoholkonsumtion motsvarande minst 14 standardglas i veckan för pojkar och 9 standardglas för flickor, dvs. de gränsvärden som brukar användas på den vuxna befolkningen (se t.ex. Leifman & Ramstedt 2009). Dessutom redovisas måttet riskkonsumenter, vilket består av elever som uppgett sådan högkonsumtion och/eller att de intensivkonsumerat en gång i månaden eller oftare.

Utvecklingen av andelen hög- och riskkonsumenter i årskurs 9 visar på en stor följsamhet visavi alkoholkonsumtionen, en uppåtgående trend under slutet av 1990-talet och en nedåtgående trend från och med början av 2000-talet.

När konsumtionen och andelen högkonsumenter åk 9 steg som kraftigast under slutet av 90-talet var ökningen av andelen intensivkonsumenter blygsam eller i stort sett ingen alls. Den efterföljande nedgången i konsumtion och andel högkonsumenter följs däremot av en kraftig nedgång i intensivkonsumtion.

I gymnasiet år 2 har alkoholkonsumtionen sjunkit kraftigt sedan 2006.

## **Narkotikamissbruk**

Sedan mitten av 1990-talet har andelen i årskurs 9 som svarat att de någon gång använt narkotika varierat mellan 5–10 %. År 2014 uppgav runt 8 % av eleverna detta.

I gymnasiet är nivåerna dubbelt så höga jämfört med årskurs 9. Det är vanligare att pojkar uppger narkotikaerfarenhet jämfört med flickor, i synnerhet vad gäller mera omfattande narkotikaanvändning. Jämfört med niora är det åtminstone dubbelt så vanligt att eleverna i gymnasiet år 2 har använt narkotika. År 2014 svarade 20 % av pojkarna och 14 % av flickorna att de gjort detta någon gång. I gymnasiet är skillnaden mellan könen tydligare och har dessutom ökat något sedan 2004 på grund av den uppgång som skett bland pojkarna. Bland gymnasieeleverna är könsskillnaderna större då omkring dubbelt så många killar uppger månadsaktuell användning. Alltsedan 2009 har omkring var tjugonde gymnasiekille, eller ca 5 %, använt narkotika under de senaste 30 dagarna.

## **Nättdroger**

De senaste tre åren har eleverna fått besvara frågor om så kallade nättdroger. Totalt sett var det år 2014 2 % i årskurs 9 och 4 % i gymnasiet år 2 som svarade att de någon gång använt en nättdrog. Andelen flickor som använt nättdroger är densamma i gymnasiet som i årskurs 9 medan gymnasiepojkarna använt nättdroger i dubbelt så hög omfattning jämfört med pojkarna i nian,



vilket förklarar det högre totala värdet i gymnasiet. Cannabis är det vanligaste preparatet. Det relativt nyinförda spicealternativet nämndes i grova drag av en tredjedel av de narkotikaerfarna i gymnasiet och närmare hälften i årskurs 9. Detta sätter spiceprodukterna på en tredje plats efter marijuana och hasch.

### **Tillgång**

Att elever som inte använt narkotika ändå upplever att de har tillgång till detta framgår av att 2014 svarade 23 % årskurs 9 att de erbjudits prova narkotika under de senaste 12 månaderna och 15 % ansåg att de skulle kunna skaffa fram cannabis inom en 24-timmarsperiod om de ville. Motsvarande värden i gymnasiet var 36 respektive 27 %.

Under senare år har alltfler nya och huvudsakligen syntetiska missbruks-substanser tillförts marknaden. Ett vanligt introduktions- och spridningsätt för dessa droger har varit via Internet, varför dessa medel ofta kallas nätdroger, och så görs även i det följande. Efter en tid hamnar dock flertalet av substanserna under någon form av kontroll, exempelvis i narkotikalagstiftningen eller enligt lagen om hälsofarliga varor.

I rapporten *Ungdomar som använder nätdroger – vilka är de?* av Henriksson & Leifman (2013) analyserades elevernas svar om nätdrogserfarenheter från 2012/2013 närmare. Där framgår tydligt att de som använt nätdroger har betydligt mer avancerade drogvanor än övriga – majoriteten av dem hade exempelvis erfarenhet av cannabis eller annan narkotika. Vidare konstaterades eleverna med nätdrogserfarenheter också uppvisar en hög ansamling av olika riskfaktorer jämfört med övriga elever och hade egenskaper liknande elever som använt narkotika utöver cannabis.

Oavsett var i landet man bor så följs till stor del upp- och nedgångar i drogvanorna åt. (CAN 2014).

Se pp-presentation om CAN-undersökning från 2013 avseende kommunerna i Skaraborg. **bilaga 4**

## Vad vet våra verksamheter i Skaraborg om målgruppens storlek?

### Skaraborgs sjukhus

**Bup:** har under 2014 enligt sitt verksamhetsstöd inte behandlat någon ungdom med huvuddiagnos missbruk.

**Beroendeenheten Falköpings sjukhus:** har under 2014 haft 14 inneliggande patienter i åldersgruppen 17-21 år med missbruksrelaterad problematik men de har inte haft diagnos beroende.

**Akutmottagningen:** har under 2014 behandlat 4 ungdomar under 18 år för alkoholintoxikation

### Närhälsans vårdcentraler och Ungdomsmottagningar:

**Vårdcentral:** 13-21 år/Under 2014 har Diagnos Alkoholproblem och drogberoende använts 38 gånger.

**Ungdomsmottagning:** 13-21 år/Under 2014 har åtgärds-koder för samtal om alkohol, samtal om andra droger, samtal om beroendeproblematik använts 125 gånger.

Från privata vårdcentraler i Skaraborg finns inte någon samlad statistik avseende målgruppen.

### Socialtjänsten i Skaraborgs kommuner har via enkät svarat:

1. Hur många anmälningar totalt (ex LOB, skola, föräldrar, egen ansökan) har din kommun tagit emot under 2014 avseende ungdom 13-21 år med orsak missbruk i någon form?

Sammanlagt 243

2. Hur många i oktober månad 2014 rapporterade tänkbara SIP avsåg ungdomar i den rubricerade målgruppen?

Sammanlagt 113

3. Hur många ungdomar i din kommun har varit placerade utanför hemmet under 2014 med riskbruk/missbruk som huvudorsak eller del av problembilden?

Sammanlagt 59

4. Vilket stöd kan din kommun erbjuda ungdomar med riskbruk/missbruk idag?

13 av 15 kommuner kan erbjuda ett varierat utbud av stödinsatser i öppenvård direkt till ungdomen.

#### 5. Vad anser du saknas i stödet till ungdomarna?

Kommunerna efterfrågar mer samverkan med Hälso- och sjukvården, tillgång till medicinska och psykiatriska bedömningar, en väg in till neuropsykiatriska utredningar, tillgång till hälsoundersökning/somatisk bedömning, koordination av samverkan mellan kommun och region. Drogtester bör vara en fråga för regionen, inte kommunerna liksom tillnyktring och abstinensbehandling.

Mer kunskap och enhetligt arbete i öppenvården efterfrågas.

Det är socialtjänsten som har det övergripande ansvaret för såväl stödjande som behandlande insatser för målgruppen och ytterst att tillgripa tvångsåtgärder om inte stödjande och frivilliga insatser är framkomliga.

### **Tillgänglighet till stöd och vård i Skaraborg idag**

Utredningsgruppens analys är att det i Skaraborg finns mycket begränsad tillgänglighet för ungdomar och deras anhöriga till stöd idag. Redan 2010 gjordes ett omfattande arbete genom Vårdsamverkan Skaraborg, ett organisatoriskt vårdprogram togs fram för Ungdom med riskbruk och psykisk ohälsa 2010-2013. Vår bedömning är att vårdprogrammet inte har fått något avtryck i verksamheterna. Inte heller har lagstiftningen från 2010 om en samordnad individuell plan, SIP, hittills inneburit ett samlat stöd. Avståndet mellan socialtjänsten och den medicinska vården är för långt avseende ungdomar med missbruksproblematik.

Under 2014 placerade Socialtjänsten 59 ungdomar utanför hemmet på grund av missbruksproblematik. En enkel beräkning utifrån att varje ungdom är placerad under 3 månader till en kostnad av 400 tkr ger detta en summa av 23,6 miljoner kronor i placeringskostnad under 2014.

Skövde kommun har sedan 2010 bedrivit en alkohol och droginriktad öppenvård till ungdomar och i viss utsträckning föräldrar, kallad Locus. I verksamheten finns två heltidstjänster. De erbjuder kunskapsstöd till skolor, stöd och behandlingsinsatser till ungdomar, familjesamtal och drogtestar. Under 2014 var 64 personer aktuella hos Locus, de har aktualiserats via förälder, internt från socialtjänsten och skolan, polis och hälso- och sjukvården men eget initiativ förekommer också. Alkohol var tidigare den vanligaste

kontaktorsaken men från 2014 är cannabismissbruk den vanligaste orsaken till kontakt med Locus.

## **Vad säger forskningen och Nationella riktlinjer om stöd och behandling för ungdomar?**

Ungdomar svarar inte alltid på insatser och behandlingsmetoder som är utvecklade för vuxna. Det kan därför krävas särskilda interventioner som är utarbetade och prövade på ungdomar och deras förutsättningar. Under de senaste 10 åren har samtidigt den systematiska kunskapen om effektiv behandling av ungdomar blivit större.

Vid missbruk bland ungdomar samspelar ofta psykologiska, psykiatriska och sociala faktorer som påverkar missbruket. Förekomsten av ett samtida missbruk och psykiska problem är hög. Liksom för vuxna är det viktigt att samsjukligheten uppmärksammas och att ungdomarna får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Både bedömning och behandling av psykiatriska tillstånd behöver därför genomföras vid sidan av de insatser som rekommenderas i dessa riktlinjer.

Med ungdomar avses i dessa Nationella riktlinjer personer i åldern 12–18 år. Detta åldersspann behöver dock inte ses som en strikt gräns för när rekommenderade behandlingsmetoder är tillämpliga. I de studier som ligger till grund för rekommendationerna har deltagarna varit 10–23 år, med en majoritet i 16-årsåldern. Det är dock få ungdomar som börjar använda alkohol eller narkotika före 12 års ålder.

Dessa riktlinjer belyser användning, missbruk och beroende av olika substanser bland ungdomar. I de genomgångna studierna har det dock oftast handlat om missbruk eller beroende av främst alkohol eller cannabis. För andra droger rapporteras sällan eller aldrig behandlingsresultat, oftast för att det är så få användare. Det finns alltså en osäkerhet i hur väl riktlinjernas rekommendationer också gäller för andra substanser än alkohol och cannabis. I riktlinjerna ingår endast psykosocial behandling och inte läkemedelsbehandling, eftersom läkemedlen sällan prövats på ungdomar och effekter för ungdomar därmed inte är studerat.

MI/MET, MET/KBT, HAP och ACRA/ACC - En form av psykosocial behandling är korttidsinterventioner (ofta ett eller två samtal) som bygger på motiverande samtal (MI) eller snarlika motivationstekniker. Det finns även behandlingsformer som bygger på en blandning av motivationstekniker och kognitiv beteendeterapi riktade mot missbruket (MET och KBT). Denna form kan ges både individuellt och i grupp.

Ett vanligt förekommande behandlingsprogram i Sverige är Haschavvänjningsprogrammet (HAP). Programmet finns i en manualbaserad version för

åldersgruppen 17–24 år. ACRA (adolescent community reinforcement approach) och ACC (assertive continuing care) kombinerar insatser riktade mot substansproblemen med sådana som handlar om boende, arbete, fritid och sociala kontakter.

#### *Motivering till rekommendationen*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem korta insatser (MI eller MET), motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (MET och KBT) eller adolescent community reinforcement approach eller assertive continuing care (ACRA eller ACC).

Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel som använder alkohol och droger.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda haschavvänjningsprogrammet (HAP) till ungdomar som använder cannabis. Avgörande för rekommendationen är att HAP har effekt på andelen som använder cannabis. Det vetenskapliga underlaget för programmet är otillräckligt, men det har stöd i beprövad erfarenhet. Dessutom innehåller det inslag av psykosocial behandling som är inkluderad och rekommenderas i riktlinjerna, det vill säga motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT).

### **Rekommendationer**

#### *Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem korta insatser (MI eller MET), motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (MET och KBT) eller adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC)

#### *Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan*

- erbjuda ungdomar som använder cannabis haschavvänjningsprogrammet (HAP)

### **Familjebehandling**

Behandling baserad på familjeterapi bygger på att hela eller delar av familjen på olika sätt involveras i behandlingen. Den är mer generell och har visat effekt även för andra problem än missbruk, till exempel antisocialt beteende. Familjebehandling används ofta för lite yngre ungdomar. De olika typer av familjebehandling som inkluderas i riktlinjerna och som ingår i rekommendationerna nedan beskrivs närmare i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

### *Motivering till rekommendationerna*

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling eller systemisk behandling i form av functional family treatment (FFT), brief strategic family treatment (BSFT) eller multidimensional family therapy (MDFT). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på cannabis- och alkoholanvändande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda multisystemisk terapi (MST). Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har visat lika god effekt på alkohol- eller narkotikaproblem som övriga åtgärder. Däremot har det god effekt på antisociala handlingar.

### **Rekommendationer**

#### *Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör*

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem functional family treatment (FFT), brief strategic family treatment (BSFT) eller multidimensional family therapy (MDFT)

#### *Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan*

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem multisystemisk terapi (MST)

För barn och ungdomar har kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ett särskilt ansvar. Socialtjänstlagen beskriver att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel bland barn och ungdom. Kommunen ansvarar också för barn- och ungdomsvården enligt socialtjänstlagen samt tvångsvården enligt lagen om vård av unga (LVU).

Vård som exempelvis abstinensvård och läkemedelsbehandling är tydliga uppgifter för landstinget, på samma sätt som olika sociala stödjande insatser är ett tydligt ansvar för kommunen. Det finns dock en otydlighet när det gäller kommunernas och landstingens ansvar för olika former av framför allt psykosocial behandling.

## Vad vet vi om Mini-Maria mottagningar i landet?

En kartläggning genomfördes 2013 i Stockholm, Göteborg och Malmö som inledde öppenvårdsbehandling vid någon av städernas Maria-mottagningar, underlaget är 788 ungdomar.

En fjärdedel utgörs av flickor, medianåldern är 17 år och de har tagit kontakt via eget eller sitt nätverks initiativ. Två tredjedelar har haft omfattande problem med sin skolgång och ca en tiondel av ungdomarna varken studerar, arbetar eller praktiserar. Drygt tre fjärdedelar av ungdomarna anger cannabis som sin primära drog men nästan hälften har en riskfylld alkoholkonsumtion.

Den genomsnittliga debutåldern för primär drogen är 15 år. Förekomsten av besvärliga uppväxtvillkor är hög, över hälften har växt upp med våld, psykiska problem och/ eller missbruk i familjen. Drygt en tredjedel av samtliga ungdomar har eller har haft kontakt med den psykiatriska vården. Flickorna tycks ha en tyngre problematik i jämförelse med pojkarna. Förekomsten av psykiska problem tycks vara större hos flickorna än hos pojkarna.

De olika aktiviteterna inom Mini-Maria verksamheterna är organiserade i tre huvudområden; förebyggande arbete, tidig upptäckt samt vård/behandling. I studien beskrivs en metod med forsknings och utvecklingsprojekt UngDOK i syfte att skapa en kontinuerlig uppföljning av Maria-mottagningarnas behandlingsresultat och att hitta en modell för att följa trender vad gäller droganvändning och psykosocial situation för de ungdomar som inleder behandling. Särskilda formulär för utskrivning och uppföljning.

Det som förenar Mini-Maria mottagningar i Göteborg, Stockholm och Malmö är att de drivs i samverkan mellan kommunen/landstinget/ regionen. På alla mottagningar arbetar socialsekreterare, sjuksköterskor och läkare. De har vidareutbildning eller spetskompetens.

Mini-Maria mottagningarnas uppdrag är att arbeta med ungdomar och deras familjer där det finns oro för missbruk av alkohol eller andra droger. Ungdomar och familjer kan vända sig direkt till mottagningarna men man arbetar också på uppdrag av socialtjänsten eller andra verksamheter inom landstinget. Verksamheten är ett komplement till huvudmännens verksamheter. I uppdragen ingår också information och rådgivning till andra verksamheter som kommer i kontakt med unga och droger. Samtliga mottagningar har tillgång till heldygnsvård för abstinensbehandling och avgiftning. Den genomsnittliga vårdtiden är 4-6 månader på samtliga mottagningar. Arbetet på mottagningarna sker i flera olika former. Gemensamt för alla mottagningar är att man erbjuder:



- Psykosocial och medicinsk bedömning kring riskbruk/missbruk av alkohol och droger
- Drogtester och annan provtagning
- Hälsorådgivning
- Individuell samtalsbehandling
- Familjesamtal av rådgivande och behandlande karaktär
- Haschavvänjningsprogrammet (HAP) som är ett pedagogiskt och strukturerat program för stöd vid cannabisavvänjning i öppenvård
- Stöd eller rådgivning till föräldrar och anhöriga
- Psykologbedömning och utredning (gäller Göteborg samt finns på försök i Stockholm)

**Någon Mini-Maria mottagning i landet som drivs gemensamt flera kommuner och landsting tillsammans har vi inte funnit exempel på.**

## Referensmaterial

<b>CAN 2014 och 2013 NR</b>	<i>Skolelevers drogvanor 2014 CAN-rapport 146 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014</i>
<b>ÖK Linnéuniversitetet</b>	<i>Överenskommelse psykiatri/missbruk Västra Götaland Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö, ungdomar i öppenvård år 2013</i>
<b>Vårdprogram</b>	<i>Ungdom med riskbruk och psykisk ohälsa, organisatoriskt Vårdprogram Skaraborg 2010-2013</i>
<b>Länsstyrelsen i Västra Götaland</b>	<i>En delad ritning, perspektiv på familjearbete med ungdomar som använt droger.</i>

### Bilaga 1

#### **Beskrivning av Mini-Mariamottagningar i Västra Götaland - Studiebesök hos Mini-Maria verksamhet i Göteborg**

##### **Vi träffar Kerstin Nordin chef för socialtjänstdelarna på de fyra Mariamottagningarna i Gbg.**

Avtal med Hälso- och sjukvården har funnits sedan starten 2007. Mini-Maria mottagningarna har enligt Kerstin Nordin inte något gemensamt koncept i landet utan det gemensamma är det delade ansvaret för målgruppen och att man arbetar tillsammans på plats. Kostnaden delas 50/50 för de gemensamma delarna. (Stockholm har numera inte ett delat huvudmannaskap.)

Socialtjänstens personal på MiniMaria mottagningarna är anställda på socialresursförvaltningen, det är 15 socionomer med Kerstin som chef. Hälso- och sjukvårdspersonalen är läkare, sjuksköterskor, psykolog, administratör. Barnmorskor som finns på mottagningen idag kommer att flytta över till SMC, sexualmedicinskt centrum.

**De 4 mottagningarna;** Centrum, Hisingen, Nordost och Väster har likadan bemanning:

2 ½ socionom varav del samordare (de 4 samordarna, en från vardera mottagning, utgör ledningsgrupp utan arbetsgivaransvar)

Psykolog

Sjuksköterska

Barnmorska

Administratör

Läkare ca 25%/mottagning

**Det gemensamma systemet för dokumentation heter Ungdoc**, där sköts dokumentationen på gruppnivå. Sjukvården har Melior för enskild patientdokumentation och socialtjänsten har byggt en egen databas för råd och stöd.

Socialtjänstens arbete ligger inom SoL/ råd och stöd men det kan också vara biståndsbedömd verksamhet. Åtalsunderlåtelse med överlämnande till socialtjänstens insats är vanligt förekommande, 6 samtal. Det är öppenvård i bemärkelsen utåtriktat arbete till föräldragrupper, skolor, utbildningar cannabis till föräldrar. I snitt varannan dag utgörs av utåtriktad verksamhet. Verksamheten sträcker sig t o m 20 år.

Mottagningarna har inte drop-in men kort väntetid efter teamgenomgång. En personal utses till ungdomens behandlare, en utses till föräldrakontakt, därefter riggas vanligtvis ett gemensamt arbete. Indoc inskrivningsformulär, Utdoc utskrivningsformulär. Linnéuniversitetet är engagerat i följeforskning/uppföljning genom Mikael Dalberg/Mattias Andersson med medel från storstadssatsningen.

Psykologerna är Kbt-utbildade, i familjesamtal används Fft.

Hälsosamtal genomförs för kartläggning av mat/sömn/sex

Via hemsidan kan ungdomar kommunicera direkt med mottagningarna.

Enda avgiften som kan komma i fråga är för läkarbesök avseende ungdom över 20 år.

### **Vårdkedjan består av**

- Mini Maria mottagningar
- Tjej o kill mottagningar SMC
- Avd 306
- Götateamet via Gryning vård, mobilt familjestöd ca 6 mån insats.

## **Bilaga 2**

### **Studiebesök och beskrivning av Avd 306 Ö:a sjukhuset**

#### **Vi träffar Ulf Sammels tf avdelningschef avd 306 för ungdom 16-21 år med missbruk och beroende.**

Avdelningen har funnits sedan juli 2005 och är en regional avgiftningsavdelning för barn och ungdomar mellan 16-21 år.

Avdelningen arbetar i första hand med planerad vård men kan även ta emot akutinläggningar.

Det finns ett tätt samarbete med Gryning vård AB, 5 mobila socionomer i Götateamet, endast anställda på uppdrag för Göteborgs stads ungdomar.

### Kortfattat om verksamheten:

- Ungdomarna är med eller utan psykiatrisk problematik
- Det är mestadels planerade inläggningar enligt HSL eller LPT
- Det förekommer direktinläggning via Mini-Maria mottagningarna
- 60% är pojkar 40% flickor, snittåldern 18,5 år
- Ibland behöver ungdomarna avgiftning men oftast aktualiseras de innan de har skapat ett beroende
- Det gäller att få stopp på ett riskbruk, därför en låg tröskel
- Ytterst lite medicinering, annan behandling ex taktil massage, NADA- ej mot missbruket men fungerar ångestdämpande för en del, bolltäckte. Samarbetar med lekterapi på barnsjukhuset ex musikstudio, gym kvällstid.
- Samarbetet med föräldrar är i fokus – alltid med de ungdomar som kommer på planerad inläggning. De ca 9% som kommer via akutinläggning är det svårare att få till ett samarbete med föräldrar.
- Avdelningen gör bedömning av missbrukets omfattning därefter sker en vårdplanering med socialtjänsten. Kan bli LVU/LVM, stödkontakt med Götateamet, fortsatt medicinsk uppföljning.
- Snitttid för inläggning är ca 2 v men varierar efter omständigheter att få till en planerad fortsatt behandling.
- Personalen är sammansatt av del läkare, psykologtjänst, socionom, psykiatrisjuksköterska, mentalskötare/vårdare. Barnmorska besöker avdelningen två dgr/v, uppskattat eftersom ungdomarna ofta har sexualmedicinska problem.
- Test erbjuds alltid för HIV, hepatit, klamydia
- 5-6 dgr väntetid för inläggning idag, det finns inte något remisstvång
- Vanligaste kontaktvägen är andra än ungdomen själv, oroliga föräldrar, Mini-Maria. De ungdomar som blir upplockade på stan av polis transporteras till MAVA och går direkt därifrån.
- Cannabis och spice är huvuddroger
- "Avviker " /avbryter någon görs strikt bedömning och rapport till socialtjänsten.
- Avdelningen hänger ihop med Mini-Maria mottagningarna i Göteborg genom att Ulf Sammels är chef för HSL-personalen på mottagningarna.
- Avdelningen har kontakt etablerad med Linnéteamet för ungdomar med psykiatrisk problematik, men det har varit svårt att få BUP med på tåget
- Vårdplatserna är tillräckliga idag.
- Ca 35% av ungdomarna återkommer . Det blir ofta tapp på ungdomar i 20-årsåldern- vuxenkrav ställs för tidigt enligt Ulf.
- All personal har handledning liksom Mini-Maria-personalen

## Från Skaraborg

Har under året 12 vårdtillfällen registrerats

Lidköping 1

Skara 7

Skövde 4

## Bilaga 3

### **Minnesanteckning från träff med docent Anders Tengström 20150408**

Anders Tengström har under 10 års tid varit anställd för forskning kopplad till ungdom och missbruk för Maria Ungdom i Stockholm. Där finns 23 mini-Maria mottagningar som drivs av landstinget men verksamheterna knyter an till den lokala socialtjänsten i varje stadsdel. Läkartid, psykiatriker med vidareutbildning i missbruk, finns knuten till varje mottagning som annars består av psykiatrisjuksköterska. Bedömning/utredning görs av psykteam på den centrala enheten som bidrar till en lättare väg till rätt vårdinsats. Psykiatrisjuksköterskan har inte vårduppdraget utan gör screening och provtagning och bidrar till fortsatt stöd. Primärvården och BUP är inte delaktiga i Mini-Mariamottagningarnas verksamhet som är en hybrid i en komplex vårdbild i Stockholm.

Den centrala Maria Ungdomsmottagningen har också akutmottagning öppen dygnet runt för tillnyktring, det är en lågröskelverksamhet för tidig upptäckt. Det är 50/50 vad avser besök av pojkar/flickor.

Så stor andel som 80-90% av ungdomarna har samsjuklighet missbruk/beroende relaterat till psykisk sjukdom (depression, uppförandestörning, ångest, ätstörningar, psykos, psykopati, bipolär sjukdom). Ofta är detta kombinerat med en social problematik och skolsvårigheter. Alla problem måste mötas samtidigt!

Den behandling som erbjuds innefattar

-etablera en god kontakt, utvärdera vilka riskfaktorer som driver fram ett missbruksbeteende

-screening upptäcka psykiatri/neuropsykiatri

-se till att skolan fungerar!

-forma en strukturerad verksamhet, "en väg in"

-besluta alltid vad som ska hända härnäst

-sortera – skola/sociala problem/BUP

-föräldrarna är viktiga agenter, metoder för föräldraträning, Fft och MDFT

-individuell behandling, MI

-MET, Kbt, återfallsprevention är kostnadseffektiva metoder

-medicinska test för provtagning utförs som stöd inte som en repressiv åtgärd

-Audit/Dudit

-systematiska bedömningar görs för att rapportera vidare till övrigt "system" och vidare behandling. För att utföra detta krävs inte någon specifik kompetensnivå.

-suicidbedömningar görs av psykiatrisjuksköterska.

-barnmorska finns att tillgå till mottagningarna

Anders Tengström ger vidare råd för att starta upp en gemensam verksamhet. Det kräver en gemensam introduktionsutbildning, värdegrundsbildning, organisation för SIP och avsatt budget för verksamheten.

## Bilaga 4



