

Samverkan kring personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel

Giltighetstid: 1 april 2018 - tills vidare



Respektive kommun

Regionstyrelsens ordförande

Region Västmanland

Undertecknad

Innehållsförteckning

1	PARTER	1
2	BAKGRUND	1
3	SYFTE	1
4	MÅLGRUPP	1
5	GEMENSAMMA UTGÅNGSPUNKTER OCH MÅL FÖR SAMVERKAN	2
6	ÖVERGRIPANDE FORMER OCH RUTINER FÖR SAMVERKAN	2
7	LOKALA LEDNINGSGRUPPER OCH HANDLINGSPLANER	2
8	GEMENSAM VÄRDEGRUND	3
9	BARNENS RÄTTIGHETER	4
10	PATIENT, BRUKAR- OCH ANHÖRIGORGANISATIONER	5
11	GEMENSAM KOMPETENSUTVECKLING	5
12	UTVECKLINGSOMRÅDEN	5
12.1	Tillnyktring	6
12.2	Omhändertagande av berusade personer	6
12.3	Abstinensvård	6
12.4	Dopning	6
12.5	Läkemedelsmissbruk	7
12.6	Ungdomar	7
12.7	Spelmissbruk	9
12.8	Äldre	9
12.9	Brukarmedverkan	9
12.10	Kompetensutveckling	10
12.11	Samlokaliserade mottagningar	10
13	STRUKTUR OCH ANSVAR FÖR SAMARBETE	11
14	DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE FÖR PATIENTER, BRUKARE OCH ANHÖRIGA	12
15	AVVIKELSER	12
16	TVISTER	12
17	UPPFÖLJNING	12
18	GILTIGHETSTID OCH UPPSÄGNING	12

REFERENSER

Bilaga 1..... VERKSAMHETERNAS HUVUDSAKLIGA ANSVAR

Kommunerna

Socialtjänsten

Individ och familjeomsorgen

Äldreomsorgen

Omsorg om personer med funktionsnedsättningar

Boendestöd / Stödteam

Landstinget

Primärvården

Läkemedel

Barn- och ungdomshälsan

Barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomskliniken

Vuxenpsykiatri

Beroendecentrum Västmanland

Avdelning 91

Övrig specialistsjukvård

Ungdomsmottagningar

Polisen

Kriminalvården

Frivården

Statens Institutionsstyrelse (SIS)

Försäkringskassan

Arbetsförmedlingen

Samordningsförbund

Bilaga 2..... ORDLISTA/BEGREPPSFÖRKLARINGAR

1. PARTER

Mellan Region Västmanland, nedan kallad regionen, och respektive kommun i Västmanlands län, nedan kallad kommunen, har följande överenskommelse om samverkan antagits. Till överenskommelsen ska det finnas en handlingsplan som beskriver insatser för att utveckla samverkan.

Om regionen eller kommunen tecknar avtal med någon annan aktör och överlåter uppgifter de har ansvar för ska denna överenskommelse tillämpas.

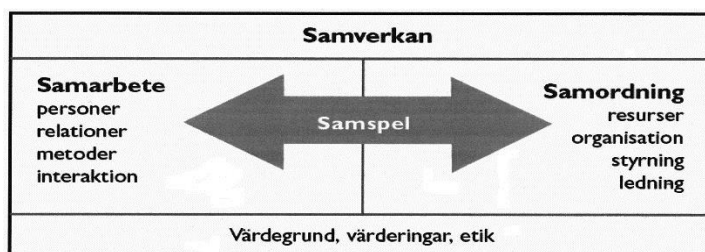
2. BAKGRUND

Parterna har ett lagstadgat ansvar att samverka. Sedan juli 2013 har regionen och kommunen enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) även skyldighet att ingå en skriftlig överenskommelse om sitt samarbete när det gäller personer med missbruks- eller beroendeproblematik.

Denna överenskommelse om samverkan avser att uttrycka parternas gemensamma mål och viljeinriktning, uppfylla lagstiftningens krav¹ och medverka till att förtroendevalda och andra beslutsfattare kan skapa långsiktiga strukturer för samverkan, samarbete och ansvarsfördelning².

Begreppen samarbete, samverkan och samordning definieras enligt följande:

- Samverkan ses som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete.
- Samarbete används för att beteckna mellanmänniska relationer med och kring enskilda brukare.
- Samordning betecknar stödstrukturer för sådant samarbete, som till exempel övergripande (samordnings-) rutiner, ledningsgrupper och principiella frågor.



3. SYFTE MED SAMVERKAN

Parterna är överens om att syftet med samverkan är att tillgodose behovet av samordnade insatser för personer med missbruks- eller beroendeproblematik.

Syftet med överenskommelsen är att personer med missbruk- eller beroendeproblematik ska få en jämlik och säker vård samt omsorg med kontinuitet och delaktighet.

4. MÅLGRUPP

Målgruppen för överenskommelsen är personer med ett riskbeteende eller missbruk³ av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Fortsättningsvis benämns målgruppen som missbrukare.

¹ Prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården

² Socialstyrelsen, (2008). Samverkan i re/habilitering. En vägledning

³ Begreppet missbruk definieras i ordlistan

5. GEMENSAMMA UTGÅNGSPUNKTER OCH MÅL FÖR SAMVERKAN

Överenskommelsen ska ge förutsättningar för att stärka samverkan mellan huvudmännen, tillgodose den enskildes behov av stöd, vård och behandling samt säkerställa tillgången på god vård och ett bra bemötande. Barnperspektivet ska beaktas i varje ärende.

Målet är att den missbruks- och beroendevård som kommuner och hälso- och sjukvård erbjuder är utformad utifrån befintlig kunskap om effektiva metoder och arbetssätt i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer.

Överenskommelsen uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna, regionen och övriga gemensamt kan leva upp till dokumentets intentioner. Ett viktigt förhållningssätt i detta utvecklingsarbete är att huvudmännen på centrala nivåer skapar tydliga förutsättningar för utveckling och förändring. Förverkligandet av överenskommelsen kan endast ske genom att kommunerna, regionen och övriga tar gemensamt ansvar för såväl förebyggande som behandlande insatser. Parterna ska vid varje samverkansstillfälle kring en enskild individ sträva efter att hitta bästa möjliga insats av god kvalitet och hög patientsäkerhet, som stöder principen lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Insatser från regionen och kommunen ska samordnas med syfte att skapa en kontinuitet för missbrukaren samt säkerställa dennes medverkan i vården och omsorgen.

6. ÖVERGRIPANDE FORMER OCH RUTINER FÖR SAMVERKAN

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka med stöd av 6 § förvaltningslagen. Myndigheterna ska enligt lagbestämmelserna inte bara samverka med andra myndigheter, utan även med organisationer, samhällsorgan och andra som berörs. Det innebär exempelvis att ideella organisationer och andra offentliga och privata företrädare för olika samhällsintressen omfattas av kravet på samverkan. Samverkan är en komplex process som kräver prioriteringar, kunskap, styrning och struktur. Det är viktigt att den politiska och administrativa ledningen aktivt tar ställning för samverkan. För att det ska bli långsiktigt och hållbart måste samverkan integreras och förankras i de ordinarie verksamheterna. Vi måste skapa samverkan genom klara och tydliga vårdkedjor⁴.

Regionen och kommunen ska ta ett gemensamt ansvar för att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Insatser från hälso- och sjukvården och kommunen ska samordnas med syfte att skapa en kontinuitet för personen med missbruks- eller beroendeproblematik samt säkerställa dennes medverkan i vården. I den samordnade individuella planen ska det framgå hur den enskildes behov av socialtjänstinsatser samt hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses och följas upp⁵.

7. LOKALA LEDNINGSGRUPPER FÖR SAMVERKAN OCH HANDLINGSPLANER

Det ska finnas lokala ledningsgrupper och handlingsplaner i samtliga kommuner i Västmanland som inkluderar kommunen, primärvården, vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri samt eventuellt andra samverkansparter i respektive kommun. Socialtjänsten är sammankallande utifrån Socialtjänstlagen. Socialchefen (alt den chef som socialchefen utser) är ansvarig för att vara sammankallande. Den lokala ledningsgruppen för samverkan ska upprätta en handlingsplan för förebyggande arbete, vård och behandling i enlighet med överenskommelsens intentioner. I handlingsplanen ska ansvarsområden för respektive huvudman klargöras liksom rutiner för samverkan. Det är angeläget att chefspersoner med mandat ansvarar för upprättandet av handlingsplanen samt att denna förankras bland personalen i de olika verksamheterna.

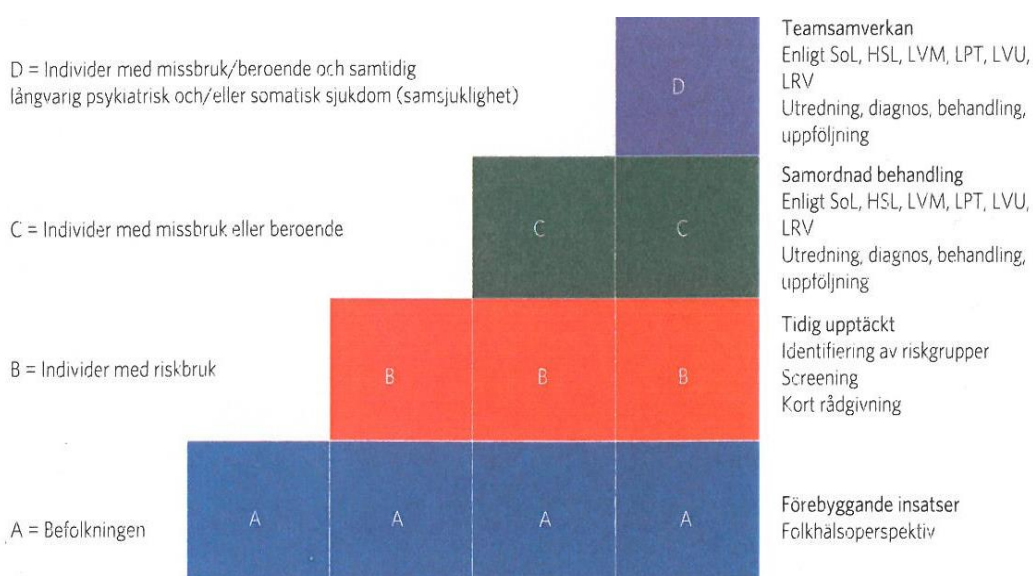
⁴ Se bilaga 4, exempel på vårdkedjor

⁵ Särskilda rutiner för upprättande av SIP finns antagna i Västmanland. Se bilaga 2, Samordnad individuell plan.

Handlingsplanen ska:

- Klargöra ansvarsgränserna inom förebyggande arbete och tidig upptäckt av missbruk samt för vård och behandling av personer med missbruk.
- Innehålla rutiner för samverkan mellan de olika aktörerna samt hur insatserna ska organiseras inom och mellan yrkesgrupper, funktioner, verksamheter och huvudmän.
- Respektive huvudman har ansvar för att samverkan och rutiner fungerar även internt inom den egna organisationen.
- Vara ett styrande dokument. Det är kommun- respektive regionledningens ansvar att de lokala verksamheterna ges mandat och kunskap att arbeta i enlighet med handlingsplanen.
- Fastställa rutiner för uppföljning av handlingsplanen så att detta görs kontinuerligt.
- Handlingsplanen ska innehålla mätbara mål.

7.1 Ansvar och interventioner på olika behovsnivåer



Trappan illustrerar vilken typ av insats som ska göras för olika målgrupper. A-nivån är befolkningen i stort. Här ska man arbeta med förebyggande arbete. På B-nivån finns de personer som har ett riskbruk. På nästa nivå, C-nivån, krävs samordnad behandling och, med personernas samtycke, vårdplanering för dem med missbruk eller beroende. På D-nivån finns de som behöver teamsamverkan, alltså personer med samsjuklighet.

8. GEMENSAM VÄRDEGRUND

Bemötande ska präglas av en humanistisk människosyn och alla människors lika värde samt rätt till ett värdigt liv. Bemötandet, ett gemensamt förhållningssätt och en behandlingsallians är avgörande för hur den fortsatta kontakten och vården kommer att fungera.

Professionellt bemötande handlar om samspelet mellan den enskilde, de anhöriga och personalen och är avgörande för en positiv utveckling. Bemötandet ska präglas av ett professionellt förhållningssätt där den enskildes förutsättningar och behov ska stå i centrum och leda till flexibel och individuell vård.

Den enskildes egen medverkan vid och ansvarstagande för vård och behandling är väsentlig för att ett gott vårdresultat ska uppnås. Personalen ska tillsammans med den enskilde och de anhöriga fokusera på och bygga vidare på det som är friskt och som fungerar. Den enskilde ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de olika alternativ som finns när det gäller

undersökning, vård och behandling för att kunna tillvarata sina personliga intressen. Den omsorg, vård och behandling som erbjuds ska i möjligaste mån vara evidensbaserad. Familjens och närståendes delaktighet har stor betydelse och de ska därför, i samråd med den enskilde, kontinuerligt engageras i arbetet.

Hänsyn ska tas till genus, etnicitet och socioekonomisk bakgrund när det gäller den enskildes möjligheter att utifrån livserfarenhet, kulturell och religiös tillhörighet, bli delaktig och tillgodogöra sig information om vård, riskbeteende, kroppens reaktioner på alkohol och narkotika, samt på behandling och medicinering

8.1 Grunden för samarbete

En grundförutsättning för en konstruktiv vård- och omsorgsplanering är den enskildes delaktighet och ett bra bemötande, det gäller såväl den enskilde, närstående som samarbetspartners. Respektive part från kommuner och region utreder, bedömer och beslutar om insatser inom ramen för det egna uppdraget och därmed förenade kostnader. Respektive part ansvarar för sitt kompetensområde och parterna kan inte göra utfästelser om övriga parter insatser. Parterna är överens om att insatser ska samordnas i ett så tidigt skede som möjligt.

9. BARNENS RÄTTIGHETER

Av principerna i barnkonventionen⁶ och svensk lagstiftning framgår att barnets bästa särskilt ska beaktas och att vad som är bäst för barnet ska vara avgörande. Bestämmelser om barnets rätt att komma till tals, rätten för barn att fritt få uttrycka sina åsikter och att bli hörda, att få relevant information och att hänsyn ska tas till barnets vilja med beaktande av barnets ålder och mognad om vad som pågår och planeras och som har med barnets eller den unges situation att göra, återfinns i Socialtjänstlagen 3 Kap 5 §. Barns rätt till relevant information och möjlighet att framföra sina åsikter framgår av 11 Kap 10 §. I denna bestämmelse framgår även att barn som har fyllt 15 år har enligt 11 Kap 10§ rätt att själva föra sin talan i ärenden.

När åtgärder rör barn ska det enl 1 kap 2 § SoL särskilt beaktas vad hänsyn till barnets bästa kräver. Enligt Lagen om vård av unga 1 § ska vid beslut enligt LVU vad som är bäst för den unge var avgörande vid beslut enligt denna lag.

Hälso- och sjukvården ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2§ g och Patientsäkerhetslagen 6 kap 5§ särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt avlider. Riskfaktorer och konsekvenser för barn till föräldrar med missbruksproblematik, barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning och barn som upplevt våld i familjen ska uppmärksammas och dessa barn ska ges adekvata insatser. En av dessa insatser kan vara stöd i föräldraskapet.

Barn under 18 år som själva har missbruksproblem eller är i riskzonen ska särskilt uppmärksammas. Det innebär att deras behov av stöd och behandling säkerställs.

⁶ Se bilaga 2, FN:s barnkonvention

10. PATIENT-, BRUKAR- OCH ANHÖRIGORGANISATIONER

Många frivilligorganisationer arbetar för personer som har missbruksproblem. Organisationernas insatser kan variera från allmänt förebyggande arbete och rehabilitering till vård och behandling. För många människor kan kontakten med dessa organisationer vara ett första steg på väg mot professionell omsorg, vård och behandling men också en väg in eller ut från behandlingshem. Frivilligorganisationernas verksamhet utgör därför ett viktigt komplement till kommunens och landstingets utbud.

11. GEMENSAM KOMPETENSUTVECKLING

11.1 Gemensam kunskap och metoder

För ökad kunskap om förebyggande arbete och tidig upptäckt krävs kontinuerlig utbildning av olika omfattning och nivå. Målet ska vara att personal som kommer i kontakt med riskbruk, missbruk och/eller beroendeproblematik ska kunna identifiera problematiken, ge kort rådgivning och genomföra motiverande samtal.

11.2 Gemensam utbildning och kompetensutveckling

Ledningen i kommunen och regionen är ansvariga för att utbildning och kompetensutveckling genomförs. Huvudmännen måste samverka så att kompetensutvecklingen har hög kvalitet med såväl medicinskt, psykologiskt som socialt perspektiv. Respektive huvudman ansvarar för att utse ansvarig person för samverkan kring utbildning och kompetensutveckling. Viktiga utgångspunkter är socialstyrelsens nationella riktlinjer och de kvalitetsindikatorer som beskrivs i riktlinjedokument.

Utbildning bör genomföras gemensamt i tvärgrupper, i så stor utsträckning som möjligt, så att både chefer och personal inom kommunen, landstinget och även andra samverkanspartners kan delta. Det ger ökad kunskap och förståelse när det gäller ansvarsområden, uppdrag och begrepp. Syftet är att personal och chefer ges möjlighet att lära av varandra för att få ökad respekt och förståelse för varandras kunskaper och uppdrag, så att de olika yrkesgrupperna "talar samma språk". Chefer är mycket betydelsefulla eftersom de leder förändringsprocessen när det gäller att ta in och använda ny kunskap, implementera nya arbetssätt och se till att de arbetssätt och metoder som används följs upp och utvärderas.

11.3 Metoder⁷

För att upptäcka och bedöma graden av alkohol- eller narkotikamissbruk hos en person behövs olika evidensbaserade bedömningsinstrument såsom biologiska markörer och psykosociala test. Dessa test gör det möjligt att välja åtgärder på rätt nivå och att följa utfallet av de åtgärder som den enskilde erbjudits, dvs bedöma om åtgärderna har hjälpt den enskilde att minska eller bryta sitt riskbruk, missbruk eller beroende.

För första gången har Socialstyrelsen i riktlinjerna "Vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015" genomfört prioriteringar av de metoder som används. Prioriteringen innebär att förhållandevis mer resurser bör fördelas till högt rangordnade metoder än till metoder som har fått en låg rangordning.

12. UTVECKLINGSOMRÅDEN

Dessa utvecklingsområden fokuserar på områden där Region Västmanland och kommunerna har behov av att utveckla samverkan, utifrån lagstiftning, nationella riktlinjer och/eller för att få till stånd en bra missbruks- och beroendevård i Västmanland med patienten/klienten i centrum.

⁷ I första hand bör de av Socialstyrelsen föreslagna evidensbaserade metoder användas. De nationella riktlinjer "Vård och stöd vid missbruk och beroende 2015"

12.1 Tillnyktring⁸

Tillnyktringsenhet ska tillskapas utifrån de behov som tydliggjorts i utredning "Utveckling av tillnyktring och abstinensvård i Västmanland – God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården 2014-05-12". Preliminärt öppnande första kvartalet 2019. Tillnyktringsenheten ska ta emot personer som söker på egen hand, som idag blir inlagda på andra avdelningar inom regionen eller som söker hjälp hos kommunen för att bryta ett missbruk eller beroende.

12.2 Omhändertagande av berusade personer⁹

I enlighet med Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB) 3§ "Om det behövs med hänsyn till den omhändertagnes tillstånd, skall han så snart det kan ske undersökas av en läkare" (Lag 1984:391) och 4§ "en omhändertagen person som inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning och inte heller tas om hand på något annat sätt eller annars kan friges, får hållas kvar". I utredning "Utveckling av tillnyktring och abstinensvård i Västmanland – God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården, 2014-05-12" sid. 5 har arbetsgruppen tagit fram förslag på framtida struktur vid omhändertagande enligt LOB. Omhändertagna enligt LOB ska i första hand skjutas till tillnyktringsenheten under förutsättning att de inte är aggressiva, våldsamma eller hotfulla.

12.3 Abstinensvård¹⁰

Sedan 2013-12-12 finns två abstinensvårdsplatser för planerad abstinensvård på avdelning 91 enligt kompletterande överenskommelse mellan Region Västmanland, PPHV och Västmanlands kommuner. Från och med år 2019 tillkommer fyra platser för abstinensvård på avdelning 91. På avdelningen finns även sex platser för akut missbruksvård och allmänpsykiatrisk vård. Enligt utredning "Utveckling av tillnyktring och abstinensvård i Västmanland – God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården 2014-05-12" finns behov av totalt 10-12 abstinensvårds-platser. Inskrivning till planerad abstinensvård sker i samverkan mellan Beroendecentrum och social-tjänsten förutom i vissa ärenden som initieras genom primärvården.

12.4 Dopning

Begreppet dopning används i lagtexten för Dopningslagen SFS lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. Det är förbjudet att införa, sälja, inneha, framställa eller bruka anabola androgena steroider (AAS).

Dopning ingår inte i de nationella riktlinjerna (2015) eftersom underlag om åtgärder till stor del saknas. Ett nationellt vårdprogram har utarbetats av Dopingjouren och behandlingsenheterna i Göteborg, Stockholm och Örebro utifrån deras erfarenhet av missbruk av anabola androgena steroider. Örebro läns landsting har hösten 2013 fått regeringens uppdrag att fördjupa kunskapen om dopningsmissbruk och utveckla behandlingsformerna för personer som missbrukar dopningsmedel. Uppdraget innebär att ta fram metoder för att förebygga, upptäcka och behandla dopningsmissbruk samt att lägga fast en plattform för forskning.

Länsstyrelsen i Västmanland har ett samordningsuppdrag vad gäller regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken (ANDT). En strategi och handlingsplan finns regionalt för ANDT-arbetet i Västmanlands län 2014-2016. Folkhälsomyndigheten följer årligen upp det ANDT-förebyggande arbetet i kommunerna genom länsstyrelsen.

Med utgångspunkt från kunskapsläget, det pågående arbetet nationellt samt i länet med länsstyrelsens samordningsansvar kring ANDT är inriktningen för åren 2015 och 2016 att ta vara på

⁸ Bilaga 4. Förslag på vårdkedja

⁹ Bilaga 4. Förslag på vårdkedja

¹⁰ Bilaga 4. Förslag på vårdkedja

det arbete som pågår och vid revidering av överenskommelsen följa upp vilken utveckling som skett inom området och utreda eventuella samverkansfrågor.

12.5 Läkemedelsmissbruk

Opioidanalgetika är en grupp narkotikaklassade läkemedel med beroendeframkallande egenskaper som används för behandling av svåra smärttillstånd. Beroende av opioidanalgetika är sannolikt betydligt mer vanligt förekommande än heroinberoende. Här avses både iatrogen beroende efter långtidsbehandling mot smärta och beroende där läkemedlet införskaffats illegalt. De nationella riktlinjerna "Vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015" omfattar dels nedtrappning vid opioidanalgetikaberoende, dels läkemedelsassisterad behandling vid opioidanalgetikaberoende.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med opioidanalgetikaberoende nedtrappning och för personer där nedtrappning inte fungerar bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon. Avgörande för rekommendationerna är att det ökar andelen patienter som blir opioidfria.

Det har framkommit att det finns brister i samverkan internt inom regionen och mellan huvudmännen kring denna målgrupp. Beträffande läkemedelsberoende där primärvårdens resurser ej räcker till behöver vården utvecklas tillsammans med Beroendecentrum Västmanland. För samverkan med kommunen rekommenderas användandet av Samordnad Individuell Plan (SIP).

12.6 Ungdomar

Med ungdomar avses personer i åldern 12-18 år. Detta åldersspann behöver dock inte ses som en strikt gräns för när rekommenderade behandlingsmetoder är tillämpbara. För ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och prövade på ungdomar och deras förutsättningar. Under de senaste 10 åren har den systematiska kunskapen om effektiv behandling av ungdomar ökat.

Vid missbruk hos ungdomar samspelar ofta psykiska och sociala faktorer och påverkar missbruket. Förekomsten av samtidigt missbruk och psykiska problem är hög. Det är viktigt att samsjukligheten med psykiska problem uppmärksammas och att ungdomarna får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Både bedömning och behandling av psykiska tillstånd behöver därför genomföras samtidigt som de insatser som rekommenderas i dessa riktlinjer. I riktlinjerna ingår endast psykologisk och psykosocial behandling och inte läkemedelsbehandling, eftersom läkemedlen sällan prövats på ungdomar och effekter för ungdomar därmed inte är studerat.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem kort intervention eller MET¹¹. MET i kombination med KBT¹², eller ACRA¹³ eller ACC¹⁴. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andelen som använder alkohol eller narkotika.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem familjebehandling i form av FFT¹⁵ eller MDFT¹⁶.

¹¹ Motivational Enhancement Therapy

¹² Kognitiv Beteende Terapi

¹³ Adolescent Community Reinforcement approach

¹⁴ Assertive Community Care

¹⁵ Functional family therapy

¹⁶ Multidimensional family therapy

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda BSFT¹⁷ eller multisystemisk terapi. Avgörande för rekommendationen är att BSFT har något mer begränsat vetenskapligt stöd än FFT och MDFT samt att multisystemisk terapi inte har visat lika god effekt på alkohol- eller narkotikaproblem som övriga åtgärder. Däremot har det god effekt på antisociala handlingar.

Det saknas idag kompetens inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården i många av de metoder som Socialstyrelsen rekommenderar i de nationella riktlinjerna "Vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015".

12.6.1 Barn och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri saknar idag ett tydligt formulerat uppdrag avseende missbruksvård för barn och ungdomar. Förekomsten av missbruk/beroende bland ungdomar som är aktuella för barnpsykiatrisk vård har ökat och det är stora skillnader mellan olika delar av länet avseende tillgång till kommunala öppenvårdsinsatser och möjlighet till samverkan mellan Barn- och ungdomspsykiatri och kommunen. Det saknas vårdform inom regionen som kan ta emot ungdomar med utvecklat beroendetillstånd.

Ungdomar som är i behov av akut vård p.g.a. överdos av alkohol eller droger/läkemedel skrivs in på intensivvårdsavdelning. Vården genomförs i samarbetet mellan akutvård och barnpsykiatrisk vårdavdelning.

Ungdomar som varken är i behov av intensiv somatisk vård eller psykiatrisk vård, men som är utagerande, stökiga och där beteendet bedöms som risk och fara för individen själv eller andra, är svåra att ta hand om på barnpsykiatriska vårdavdelningen p.g.a. brist på ändamålsenliga lokaler och utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Ungdomar som är i behov av abstinensvård placeras idag på olika öppna HVB¹⁸ eller SiS-institutioner vilket försvårar möjligheten att erbjuda psykiatrisk specialistvård.

Barn- och ungdomspsykiatri behöver kompetensutveckling i området missbruk och beroende hos ungdomar. Det finns även behov av att utveckla vårdformer och metoder för den här gruppen i samverkan med Beroendecentrum Västmanland och länets kommuner.

12.6.3 Barn till föräldrar med missbruk och/eller beroende

I vissa fall saknas ett barn- och familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården. Det finns behov av tidiga insatser från socialtjänstens samtliga verksamheter när man upptäcker att det finns barn med föräldrar med missbruk eller beroende.

Det finns förbättringsbehov av samverkansrutiner inom socialtjänstens olika verksamheter kring barn och föräldrar där det finns ett missbruk eller beroende. Samverkan med mödra- och barnhälsovård samt andra verksamheter som kommer i kontakt med föräldrar med missbruks- och beroendeproblematik behöver förbättras.

Det saknas bred baskompetens om riskbruk, missbruk och beroende hos personal inom vissa verksamheter inom socialtjänsten och vården behöver stärkas upp med strukturerade påverkans- och behandlingsprogram. Socialtjänsten behöver utveckla gruppverksamheter och familjebehandling mm.

¹⁷ Brief strategic family treatment

¹⁸ Hem för vård och boende

12.7 Spelmissbruk

Från och med 1 januari 2018 har kommunerna ett utökat ansvar att förebygga och motverka ett missbruk av spel om pengar. Regleringen i Socialtjänstlagen innebär att spelmissbruk är likställt med andra former av missbruk. Socialnämnden har också ett utvidgat ansvar för att aktivt arbeta för att motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga. Samtliga av länets kommuner erbjuder öppenvårdsbehandling för spelmissbruk, både individuellt och i grupp.

Hälso- och sjukvården har ett utvidgat ansvar att beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan som barnet varaktigt bor med är missbrukare, så gäller även vid spel om pengar. I hälso- och sjukvårdens klassifikationssystem ICD-10 finns diagnosen spelberoende. I den psykiatriska diagnosmanualen DSM-IV finns den kliniska diagnosen hasardspelssyndrom. Hasardspelssyndrom ingår i kapitlet i DSM-IV om substansbrukssyndrom.

Personer med spelmissbruk eller spelberoende har ofta behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Problematiken är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att de ska bli effektiva och möta och bidra till att lösa individens hela situation. Insatserna kan handla om stöd och råd vid ekonomiska svårigheter, psykosocial behandling eller specialiserade insatser vid samsjuklighet i form av substansberoende eller psykisk ohälsa. Båda huvudmännens uppgifter och insatser ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individens olika behov och önskemål.

De nationella riktlinjerna "Vård och stöd vid missbruk och beroende" tar inte upp frågan kring spel. Från och med 2015 ingår spel om pengar i länsstyrelsens ANDT-strategi.

Förändringarna i båda huvudmännens lagstiftning, behovet av samordnade insatser samt en lagstadgad skyldighet till samarbete kring personer som missbrukar spel om pengar innebär att kommunerna och landstinget gemensamt behöver utreda hur vården ska organiseras i länet, på ett för befolkningen jämlikt sätt.

12.8 Äldre

Forskningen visar att alkoholskador samt psykisk ohälsa ökar hos äldre. Den visar också att kunskapen om hur vanligt alkoholproblem är bland äldre är dålig. Äldre remitteras i mindre omfattning än yngre till vård eller behandling. Samtal med äldre har visat att äldre inte får frågor om alkohol även om det skulle vara befogat och att, även när vårdpersonal upptäcker alkoholproblem drar man sig för att göra något åt detta.

Studier och rapporter om äldreomsorg och missbruk visar på bristande kunskaper hos personal inom kommuner och landsting, brist på riktlinjer/policy för arbetet, bristande samarbete mellan och inom kommuner och landsting samt att det ofta är upp till omsorgspersonalen att lösa problemet.

Socialstyrelsens riktlinjer "Vård och stöd vid missbruk och beroende" drar ingen övre gräns när det gäller insatser utifrån ålder. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda personer över 65 år samma möjlighet till vård och behandling som andra personer med missbruks- eller beroendeproblematik.

Inriktningen i länet borde för de kommande åren vara att kompetensutveckla biståndshandläggare, chefer och övrig personal. Det borde även tas fram riktlinjer/policys för arbetet med äldre och deras alkohol- och drogvanor som ett stöd för personalen i deras arbete samt för att vid revidering av överenskommelsen 2018 kunna följa upp vilken utveckling som skett i länet inom området.

12.9 Brukarmedverkan

Staten ställer högre och högre krav på att det ska erbjudas och finnas brukar-, patient- och anhörigmedverkan i verksamheterna och i patientsäkerhetsarbetet. Verksamheterna bör bjuda in till fokusgrupper, olika varianter av brukarmedverkan och/eller brukarrevisioner. Erfarenheter har visat att det kan finnas svårigheter med stabilitet hos brukarråden. Ekonomi och finansiering av brukarrådets insatser diskuteras och bör finnas budgeterat hos kommunerna och regionen.

Det är angeläget att båda huvudmännen utvecklar konkret samverkan med frivilligorganisationerna och tar tillvara deras kompetens och erfarenhet. Forskningen visar att flera aktiviteter är nödvändiga för att få en fungerande struktur för inflytandet. Kommunen och regionen bör öka sina kunskaper om hur brukarinflytande uppnås och vilka hinder som står i vägen för ett fungerande brukarinflytande.

12.10 Kompetensutveckling

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården "Vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015" tydliggör båda huvudmännens ansvar inom missbruks- och beroendevården. Utifrån granskning av forskning rekommenderar Socialstyrelsen hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst användandet av specifika metoder för missbruks- och beroendevården. Vissa av dessa metoder kräver kompetensutveckling av personalen inom både hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst. Ett utvecklat länsamarbete för kompetensutveckling inom området kan vara en väg att samla resurser.

För första gången har Socialstyrelsen i riktlinjerna "Vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015" genomfört prioriteringar av de metoder som används. Prioriteringen innebär att förhållandevis mer resurser bör fördelas till högt rangordnade metoder än till metoder som har fått en låg rangordning.

Regionens Lärcentrum erbjuder idag utbildning inom vissa områden även till kommunernas personal. Inom missbruks- och beroendevården är SIP¹⁹, MI²⁰ och MET²¹ de utbildningar som erbjuds av Lärcentrum. Diskussioner pågår om en eventuell utökning av dessa metodutbildningar.

12.11 Samlokaliserade mottagningar

Socialstyrelsen gör bedömningen att rekommendationerna i de reviderade nationella riktlinjerna²² kommer att kräva utökad samverkan, både mellan kommuner och regioner, och mellan olika kommuner. Det är viktigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna. Vidare kan det innebära att små kommuner behöver samarbeta för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och behandling.

I många fall bör läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling och psykosocialt stöd ges samtidigt och vård- och behandlingsplaner behöver samordnas. Detta ställer krav på kommuner och regioner att lokalt tillgodose behoven av såväl medicinsk, psykologisk som social utredning och diagnostik samt gemensam och individuell vårdplanering och behandling. Erfarenheterna från utvecklingen av samverkande vårdssystem, till exempel från Stockholms integrerade mottagningar, är att hälso- och sjukvård och kommuner kan spara resurser genom en ökad samverkan.

För att säkerställa en smidig och integrerad samverkan rekommenderas en organisering genom fasta strukturer som exempelvis samlokaliserade mottagningar som uppfattas som lättillgängliga och som bemannas av personal från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

¹⁹ Samordnad Individuell Plan

²⁰ Motiverande Intervju

²¹ Motivational enhancement therapy

²² Nationella riktlinjer, Vård och stöd vid missbruk och beroende, Stöd för styrning och ledning, 2015.

13. STRUKTUR OCH ANSVAR FÖR SAMVERKAN

Respektive huvudman ansvarar för att överenskommelser och rutiner för samverkan är väl kända och fungerar internt mellan olika förvaltningar och verksamheter inom den egna organisationen. Om regionen eller kommunen tecknar avtal med någon annan och överlåter uppgifter de har ansvar för ska denna överenskommelse tillämpas.

Nedan beskrivs hur samverkan organiseras i Västmanlands län.

13.1 Samverkan på länsnivå

13.1.1 Förtraendevalda

Huvudmyndigheten, det vill säga politiska företrädare för länets hälso- och sjukvård och socialtjänst har ett ansvar att följa upp strategiska och länsgemensamma samverkansfrågor.

13.1.2 Tjänstepersoner

På länsövergripande nivå finns Chefsforum (socialchefer, chefer från hälso- och sjukvården i regionen och tjänstepersoner från CHSU, Enheten för Social Velfärd och Skola (ESVS)) som ansvarar för att initiera och behandla gemensamma utvecklings- och samverkansfrågor mellan kommunerna och regionen.

13.2 Samverkan på lokal nivå

13.2.1 Tjänstepersoner

På lokal nivå ska det finnas en ledningsgrupp för samverkan bestående av chefer från kommunen och regionen (vårdcentral och psykiatri) som möts regelbundet, minst två gånger per termin. Socialchefen (alt den chef som socialchefen utser) är ansvarig för att vara sammankallande. Ledningsgruppen utser vem som ska vara ordförande, hur minnesanteckningar skrivs samt till vilka de ska spridas. Det är viktigt att representanter för andra aktörer från den lokala nivån bjuds in att delta i samverkan.

Den partsammansatta ledningsgruppen för samverkan har i uppdrag att utforma en handlingsplan med utgångspunkt från denna överenskommelse. I handlingsplanen ska åtgärderna för hur samarbetet ska utvecklas dokumenteras. Resultatet av samarbetet ur ett brukarperspektiv ska belysas. Informationsplikt om förändringar hos huvudmännen bör skrivas in i den lokala handlingsplanen. Handlingsplanen ska årligen följas upp och revideras och resultatet ska rapporteras till Chefsforum som i sin tur rapporterar till de förtraendevalda.

Behovet av samverkan på kommunnivån gäller såväl:

- övergripande gemensam planering
- informationsskyldighet om planerade verksamhetsförändringar
- anordnande av gemensam kompetensutveckling
- stimulera och följa upp det samarbete som sker på individnivå
- analysera och åtgärda de brister som upptäcks i samarbetet.

Arbetet ska utgå ifrån en god kännedom om målgruppens behov, som återkommande ska inventeras och ligga till grund för planeringsarbetet.

14. DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE FÖR PATIENTER, BRUKARE OCH ANHÖRIGA

Det finns ett starkt uttalat önskemål från nationell nivå att organisationer för patienter, brukare och anhöriga ska ha större delaktighet och ett ökat inflytande på de verksamheter som har betydelse för individens livskvalitet och hälsa. Patient-, brukar- och anhörigerfarenheter behöver bli en naturlig del av kvalitetsarbetet på lokal- och länsnivå. Deras inflytande och delaktighet ska öka, både individuellt och på organisationsnivå.

14.1 Organisationer

Det är särskilt viktigt att de lokala ledningsgrupperna för samverkan regelbundet möter de patient-, brukar- och anhörigorganisationer som finns regionalt och lokalt för att stimulera till inflytande.

Organisationer för patienter, brukare och anhöriga i Västmanland har bildat ett nätverk kallat Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Västmanland (VSPH-V) för att samordna sitt arbete bland annat i kontakter med kommuner och region.

14.2 Individen

Den enskildes delaktighet och inflytande ska öka. Patienters, brukares och anhörigas synpunkter på verksamhetsnivå bör inhämtas, följas upp och användas för fortsatt kvalitetsutveckling.

15. AVVIKELSER

Den som uppfattat att det skett avvikelse från det man kommit överens om ska göra rapportering enligt respektive huvudmans rutin. När avvikelsen rör annan verksamhet ska hantering av avvikelsen göras gemensamt.

16. TVISTER

Tvister mellan parterna som inte kan lösas på handläggare-/behandlar-/läkarnivå ska i första hand lösas mellan ansvariga chefer.

Tvistefrågor som är av principiell karaktär och som inte kan lösas lokalt kan lyftas av cheferna till överordnad chefsnivå. Kan inte dessa lösa frågan förs frågan vidare till den politiska nivån.

17. UPPFÖLJNING

De lokala ledningsgrupperna för samverkan ska årligen rapportera till den länsövergripande tjänstepersonsnivån, som sedan i sin tur rapporterar till den politiska nivån, om hur samverkan har bedrivits utifrån intentionerna i denna överenskommelse.

18. GILTIGHETSTID OCH UPSÄGNING

Denna överenskommelse gäller från och med 1 april 2018 och tills vidare.

Vid uppföljning kan förändringar i lagstiftning, nya nationella riktlinjer med mera upptäckas, vilket kan innebära att en kortare uppsägningstid med tre månaders varsel är nödvändig. I annat fall gäller att uppsägning kan ske med sex månaders varsel.

REFERENSER

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
- Socialtjänstlag (2001:453).
- lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).
- lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128).
- lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52).
- Patientlag 2014:821.
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Föräldrabalk (1949:381)
- Socialförsäkringsbalk (2010:110)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10).
- Samverkansdokument om samverkan utifrån individuell plan och mall för individuell plan.
- Socialstyrelsens termbank.
- Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. Gerhard Larsson. Statens Offentliga Utredningar. Diskussionspromemoria av Missbruksutredningen (S 2008:04). Stockholm 2010.
- Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS2009:27 (M)) Föreskrifter och allmänna råd. Edita Västra Aros, Västerås 2009.
- Missbruks- och beroendevården i Västmanlands län. En översikt utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Författare, Ann Tjernberg.
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem, Socialstyrelsen, första upplagan. Bergslagens Grafiska AB, Lindesberg, mars 2007.
- Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Edita Bobergs AB, Falun, april 2015.
- Riktlinjer för samverkan inom missbruks- och beroendevården. Närvård i Sörmland. Kommuner - Landsting i samverkan. Petr Lindqvist, Eskilstuna kommun.

Bilaga 1

VERKSAMHETERNAS HUVUDSAKLIGA ANSVAR

HUVUDSAKLIG ANSVARFÖRDELNING

För att samverkan ska kunna fungera behöver respektive part känna till både sitt eget och övriga huvudmäns ansvar. Nedan beskrivs parternas huvudsakliga ansvarsfördelning utifrån lagstiftning och verksamhet. Här beskrivs även Polisens, Kriminalvårdens, Arbetsgivarnas, Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens och SiS ansvar även då de inte är parter i denna överenskommelse. Detta för att åskådliggöra en helhet i ansvarsfrågorna runt personer med missbruk eller beroende.

KOMMUNEN

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Kommunen har ansvar för att bedriva uppsökande arbete riktat till såväl ungdomar som vuxna. Det uppsökande arbetet måste organiseras och utformas utifrån lokala behov och förutsättningar och ska ske i samverkan både inom kommunen och med andra aktörer såsom hälso- och sjukvård, hyresvärdar, närpolis och föreningsliv.

Personalen inom kommunen, framförallt inom socialtjänsten, äldreomsorgen och skol- och fritidsverksamheten ska ha kunskap om risk- och missbruksbeteende. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring inom kommunen.

Socialtjänsten

Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Vid behov är det viktigt med samverkan inom socialtjänstens olika områden kring personer med missbruk och/eller beroende.

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en samordnad individuell plan (SIP)²³.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

Socialtjänsten ska ha rutiner för att regelbundet och strukturerat identifiera risk- och missbruk. Den enskilde ska ges stöd att utifrån egna villkor och mål leva ett så självständigt och aktivt liv som möjligt. Detta kräver individanpassade och flexibla former för stöd, vägledning och i vissa fall även omvårdnad då personer har mycket varierande behov utifrån exempelvis missbruk och/eller beroende.

Individ- och familjeomsorgen

Individ- och familjeomsorgen (IFO) är den avdelning inom kommunens socialtjänst som har det yttersta ansvaret. Några av de ansvarsområden som oftast finns inom kommunernas IFO-verksamheter är barn och unga, ekonomiskt bistånd, familjerätt, missbruk och beroende. Socialtjänsten ska även ge stöd till våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnar våld, övriga brottsoffer samt män som utövar våld. Några

²³ Se Samordnad individuell plan bilaga 2 i dokumentet.

viktiga uppgifter i IFO:s arbete med missbruksfrågor är att identifiera föräldrars missbruk, hitta vägar att arbeta förebyggande och med tidig upptäckt samt att finna verksamma insatser för unga med missbruk. Detta gör att det är extra viktigt att uppmärksamma problematiken med risk-, missbruk eller beroendeproblematik inom alla delar av IFOs avdelningar, inte bara på vuxensidan utan också inom barn- och ungdom och familjerätt. I olika undersökningar uppskattas att minst en tredjedel av de som får ekonomiskt bistånd har missbruksproblem. Det har under de senaste åren skett en utveckling av öppna insatser inom kommunernas missbruksvård. Individ- och familjeomsorgen har ansvar för att initiera tvångsvård enligt LVU och LVM. Det sker genom utredning och ansökan till Förvaltningsrätten som beslutar om vård ska ges med stöd av lagen.

Äldreomsorgen

Socialnämnden (nämndorganisationen och benämning varierar i olika kommuner) skall enligt socialtjänstlagen verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Insatser från hemtjänsten ges för att underlätta för den enskilde i den dagliga livsföringen och i många fall även för att det ska vara möjligt för denne att bo kvar i det egna hemmet. Till hemtjänstens uppgifter hör både insatser av servicekaraktär och personlig omvårdnad. Kommunen har också enligt socialtjänstlagen skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver sådant stöd. I särskilda boendeformer (inklusive korttidsboende) har kommunen ett hälso- och sjukvårdsansvar. Fast vårdkontakt ska utses om den boende begär det eller om vårdgivaren anser att det föreligger sådant behov²⁴. Kommunens ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. I såväl hemtjänst som i särskild boendeform finns personer med missbruks- och beroendeproblematik. Kvaliteten i äldreomsorgen är beroende av en väl fungerande samverkan med såväl individ- och familjeomsorgen som med hälso- och sjukvården inom landstinget. Detta är särskilt viktigt när personer inom äldreomsorgen har missbruks- eller beroendeproblematik.

Omsorg om personer med funktionsnedsättningar

Socialnämnden (nämndorganisation och benämning varierar i olika kommuner) skall enligt socialtjänstlagen verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl, exempelvis samsjuklighet, möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och ett boende som är anpassat efter hans/hennes behov av stöd. Kommunen ska tillhandahålla boendestöd i vardagen, om det behövs för att den enskilde ska nå en skälig levnadsnivå och inrätta bostäder med särskild service för dem som behöver ett sådant boende.

Boendestöd/Stödteam

Boendestöd utöver traditionell hemtjänst ges bland annat till personer med psykisk funktionsnedsättning, med missbruksproblem eller till personer som av andra skäl har behov av stöd för att kunna hantera tillvaron. Stödet kan gälla vardagssituationer i bostaden, i närsamhället, på fritiden och i kontakter med vårdgivare. Stödet beviljas och utformas genom att vägleda och motivera den enskilde. I vissa fall kan den enskildes psykiska funktionsnedsättningar och/eller missbruks- och beroendeproblem vara så omfattande och sammansatt att det kan vara extremt komplicerat att ge ett adekvat stöd, exempelvis vid destruktiva beteenden. Det kan handla om stora svårigheter att etablera kontakt, skapa motivation att nå ett självständigt liv med god livskvalitet samt förmå den enskilde att bryta sin isolering. I dessa fall krävs att personalen har speciell kompetens genom löpande fortbildning och handledning. Det är också viktigt att utredning och analys av problem och behov fortsätter kontinuerligt under insatsens gång samt att allt sker i samverkan med den enskilde. Samverkan och gränsöverskridande arbete mellan olika avdelningar och enheter är viktig.

²⁴ I enlighet med HSL/Patientlag (2014:821)

REGIONENS HUVUDSAKLIGA ANSVAR

Inom regionen ska det vara naturligt att ställa frågor kring levnadsvanor. För personer med riskbruk av alkohol kan det räcka med enkla frågor om alkoholvanorna samt en kort rådgivning för att generera en minskning av alkoholkonsumtionen. Enligt socialstyrelsens riktlinjer²⁵ tillhör dessa insatser några av de mest effektiva förebyggande insatserna inom sjukvården. Det är viktigt att man vid förskrivande av beroendeframkallande mediciner vid till exempel ångesttillstånd tar hänsyn till eventuell korstolerans då människor med just de symptomen ibland har det pga. missbruk/beroende. Försiktighet bör iakttagas.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbets sättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det eller om vårdgivaren anser att det föreligger sådant behov²⁶. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och gemensam vårdplanering inom och mellan primärvården, den specialiserade beroendevården, psykiatri och socialtjänsten²⁷.

Landstinget har tagit beslut om tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande vilket även inbegriper missbruks- och beroendevård.

Primärvården

Primärvården ska erbjuda en väl fungerande första linjens hälso- och sjukvård. Det innebär att systematiskt arbeta förebyggande med tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa på individnivå, samt utveckla det förebyggande arbetet mot alkohol och psykisk ohälsa. Vidare ska primärvården ge kunskap om egenvård och medverka till tidig upptäckt av barn som far illa. I arbetet ingår även att arbeta med behandling av personer med riskbruk och behandling av de somatiska och psykiska problem som är relaterade till missbruk/beroende. Socialtjänsten ska, i samråd med den enskilde, kontaktas i ett tidigt stadium. Vid alkoholberoende/missbruk och narkotikabruk ska det finnas tydliga riktlinjer för hur samverkan ska säkerställas och vilka samverkanspartners som bör kontaktas⁵. Vid behov ska samverkan med socialtjänsten och/eller kriminalvården ske. Vid komplicerat beroendetillstånd kan personen remitteras för bedömning inom Vuxenpsykiatriens specialiserade beroendevård, enligt gällande samverkansavtal.

Läkemedel

Förskrivningen av särskilt smärtstillande beroendeframkallande läkemedel (tramadol) har tidigare varit mycket hög i Västmanland men har minskat de senaste åren. Antalet patienter som brukar tramadol är idag 5.613 mot 10.407 år 2011.

Ansvaret för utsättande av beroendeframkallande läkemedel åligger i första hand den läkare som insatt desamma.

Beträffande läkemedelsberoende är Beroendecentrum Västmanland i första hand konsultstöd för primärvården. Om nedtrappning utifrån de föreslagna åtgärderna inte fungerat, skickas remiss till psykiatri. När abstinensfasen innebär en medicinsk fara ska patienten avgiftas inom psykiatri eller invärtesmedicin beroende på tillståndets allvarlighetsgrad.

Barn- och ungdomshälsan

Barn- och ungdomshälsan är en första linjens vårdinsats för barn och ungdomar med lätt till måttlig psykisk ohälsa. Verksamheten är organiserad under primärvården, är länsomspännande och finns på flera orter i länet. Verksamheten tar emot patienter främst via hänvisning från vårdcentraler och skolhälsovården och arbetar med korta och riktade insatser. Vid behov kan verksamheten remittera

²⁵ Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hälso- och sjukdomsförebyggande metoder 2012 samt nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården 2015

²⁶ I enlighet med HSL/Patientlag (2014:821)

²⁷ Se även kapitel Samordnad individuell plan, bilaga 2.

vidare till barnpsykiatri. Barn- och ungdomshälsan arbetar för att förebygga och tidigt upptäcka eventuell drog-, alkoholmissbruk eller annat riskbeteende genom att ställa riktade frågor. Vid eventuell misstanke om drog- eller alkoholproblematik ska information till Socialtjänsten säkerställas i form av orosanmälan. Vid behov av screening eller annan undersökning hänvisas ungdomen till primärvården.

Barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatriens uppdrag är att ge barnpsykiatrisk specialistvård till barn och ungdomar i åldern 0 till och med 17 år. Verksamheten ska erbjuda såväl akuta som planerade vårdinsatser till barn och ungdomar med allvarlig psykisk störning eller psykisk sjukdom. Insatserna kan omfatta bedömning, utredning, behandling, rehabilitering eller vidareremittering, och ges inom både öppen- och slutenvården. Verksamheten ska samverka och samarbeta med vårdgrannar och myndigheter och vid behov medverka, och kalla till SIP. I uppdraget ingår även att erbjuda stöd och konsultation till vårdgrannar som behöver barn- och ungdomspsykiatrisk specialkompetens.

Barn- och ungdomspsykiatrien har uppdrag att förebygga och tidigt upptäcka drog- inkl. läkemedel- och alkoholmissbruk genom att ställa riktade frågor om eget bruk eller bruk i omgivningen vid alla typer av patientkontakter både inom öppen- och slutenvård. Vid läkemedelbehandling ska läkemedelslistan uppdateras regelbundet, samt förbrukning av läkemedel ska kontrolleras vid receptförnyelse. Barn- och ungdomspsykiatrien erbjuder drogscreening vid misstanke utifrån anamnestiska uppgifter eller svårbedömt tillstånd. Drogscreening kan erbjudas även vid start av psykologisk utredning eller medicinsk behandling. Vid positivt resultat ger verksamheten stöd och vägledning till annan kvalificerad hjälp. Orosanmälan skickas till Socialtjänsten.

Barn- och ungdomskliniken

Barn- och ungdomsklinikens uppdrag är att bedriva hälso- och sjukvård för barn och ungdomar 0 till och med 17 år i Västmanland. Hälsovårdsuppdraget gäller att utarbeta metodik och rutin för barnhälsovårdsverksamheten i länet och att bemanna barnvårdcentralerna med barnläkarkonsult. I hälso- och vårduppdraget ingår också att ta fram hälsoråd till allmänheten i samverkan med primärvården, skolan och andra samarbetspartners.

I sjukvårdsuppdraget ingår att ge specialistsjukvård inom barnmedicin i nära samverkan med primärvården, barn- och ungdomspsykiatri samt regionsjukvården.

Vuxenpsykiatri

Psykiatri ska erbjuda specialiserad psykiatrisk vård för länets innevånare. Psykiatriens arbetssätt ska utmärkas av samverkan såväl internt som med vårdgrannar och andra samverkanspartners. Rutiner ska finnas för ett samlat ansvarstagande för personer vilka har behov av insatser från flera aktörer. Det är viktigt att i varje samverkansärende där behov finns upprätta en skriftlig samordnad individuell plan som tydligt anger vilken huvudman som är ansvarig för de olika insatserna. Konsultation och kompetensstöd ska erbjudas vårdgrannar och andra verksamheter, särskilt primärvården. Vid behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk ska detta ske samtidigt och integrerat i samverkan med andra aktörer, exempelvis socialtjänsten.

Den specialiserade beroendevården är organiserad under Vuxenpsykiatri Västmanland vilken ansvarar för att utreda och behandla personer med svår eller komplicerad missbruks/beroende problematik avseende alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk. Beroendevården ska aktivt medverka till att insatserna för personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk/beroende är samordnade och att det finns dokumenterade, ändamålsenliga rutiner med vårdgrannar och andra samverkanspartners i varje kommun.

Beroendecentrum Västmanland

Beroendecentrum erbjuder utredning, behandling samt nedtrappning och avgiftning av patienter med svåra beroendetilstånd och samtidig annan psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom. Poliklinisk abstinensvård erbjuds för de patienter som inte är i behov av heldygnsvård. Möjlighet till psykologisk och neuropsykiatrisk utredning finns på Beroendecentrum, detta görs efter bedömning av psykolog och läkare.

Substitutionsbehandling kan efter utredning och bedömning erbjudas patienter med minst ett års dokumenterat opiatmissbruk. Utredning görs i samverkan med socialtjänsten.

Konsultation och samverkan med vårdgrannar ingår i verksamhetens uppdrag och i detta ingår också viss bemanning på Irismottagningen, Västerås missbruksmottagning, Spindeln och Treklövern.

Avdelning 91

Avdelning 91 är en avdelning med huvudsaklig inriktning mot missbruk/beroende. Avdelningen erbjuder abstinensvård både planerat och vid akut behov. Planerad inskrivning för abstinensvård sker i samverkan med Beroendecentrum och Socialtjänsten enligt särskild överenskommelse²⁸.

Övrig specialistsjukvård

Det råder en översjuklighet när det gäller somatiska besvär hos personer med missbruk. Även den somatiska specialistsjukvården ansvarar för tidig upptäckt av missbruk. All personal ska ha kunskap om riskbruk, missbruk och beroende. Detta för att kunna informera patienterna om skadeverkningarna och om samhällets stödinsatser. Vårdkedjan ska säkerställas genom remissförvarande.

GEMENSAMT ANSVAR OCH SAMARBETE

Ungdomsmottagningarna

Ungdomsmottagningen (UM) riktar sig till ungdomar 13-23 år och bedrivs i samverkan mellan regionen och kommunen. UM ska främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner. Tillgång finns till barnmorska, socionom och läkare.

POLISEN

SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är en verksamhet som Polisen i samverkan med kommunerna bedriver. Syftet är att minska antalet alkohol och drogrelaterade trafikolyckor genom att erbjuda vård.

I korthet går verksamheten ut på att få personer ertappade för trafikbrott som är drogrelaterade att, genom motivationssamtal, bli mottagliga för vård och inom 24 timmar få en kontakt med beroendevården.

Tanken är att försöka påverka förarna att gå in i en behandlingsfas när man är som mest mottaglig för hjälp.

IRIS är en samverkansform mellan polis och Västerås Stad som riktar sig till ungdomar upp till 20 år. Från polisens sida initieras samverkan oftast med IRIS genom att polisen anträffar en ung person påverkad av droger. Kontakt tas med IRIS och möjlighet finns att ingå i ett behandlingsprogram.

MUMIN är en verksamhet som bygger på samverkan mellan kommun och polis och syftar till att personer som misstänks för narkotikabrott (eget bruk samt innehav) snabbt ska lotsas till vård och behandling. Insatserna ska riktas mot personer i åldern 15-25 år och har goda resultat för ungdomar upp till 18 år.

²⁸ Se Samordnad Individuell Plan i bilaga 1

KRIMINALVÅRDEN

Kriminalvården har ansvar för verkställighet av straff i fängelse, frivård samt för omhändertagande av intagna på häkte. Verksamheten inriktas på åtgärder såsom behandlingsprogram och sysselsättning som syftar till att påverka den dömda att inte återfalla i brott. Kriminalvården har inte ansvar för vård och behandling, det åvilar andra huvudmän. Sedan 1974 råder den så kallade normaliserings-principen beträffande sjukvård och medicinsk behandling av kriminalvårdens klienter. Principen innebär att dömda till kriminalvårdspåföljd inte skall särbehandlas med avseende på tillgång till samhällsservice utan skall ha samma tillgång till socialtjänst, bostadsförmedling, sjukvård och arbetsmarknadsåtgärder som andra. Kriminalvården ska, vid sidan om återfallsförebyggande åtgärder, svara för att dömda får den sjukvård de behöver, men har ingen skyldighet att själva bedriva hälso- och sjukvård. Av praktiska och säkerhetsmässiga skäl bedriver kriminalvården ändå viss hälso- och sjukvård i anstalter och häkten. Vid behov av annan vård än den som kan tillgodoses genom kriminalvården är det sjukvårdshuvudmannens sak att tillhandahålla denna. Kriminalvården har myndighetsförordning och riktlinjer som pekar på samverkan med andra myndigheter och samhällsorgan.

Frivården

Frivården bedriver kriminalvård i frihet. En frivårdspåföljd kan innebära att klienten döms till skyddstillsyn med eller utan föreskrift om t ex behandling eller programverksamhet. Behandling eller program sker genom kommunens, landstingets eller frivårdens försorg. Skyddstillsyn innebär både stöd och kontroll. Misskötsamhet sanktioneras. Klienter som blivit villkorligt frigivna från anstalt och ställts under övervakning har även kontakt med frivården och kan erbjudas programverksamhet samt motiveras till övriga kontakter med samhällets aktörer. En annan frivårdspåföljd är skyddstillsyn med särskild behandlingsplan, så kallad kontraktsvård, vilket är en mer reglerad form av skyddstillsyn. En behandlingsplan upprättas då inför dom och innehåller beskrivning av vårdinnehåll, behandlingstid, regler gällande drogkontroll samt åtgärder vid misskötsamhet. Kontraktsvård upprättas i nära samarbete med socialtjänst och i förekommande fall beroendevården samt klienten. Kriminalvården står för behandlingskosten för 2/3 av det alternativa fängelsestraffet som domstolen meddelat i dom. Kontraktsvård kräver en ansvarsförbindelse från kommunen på den del av behandlingsplanen som inte ryms inom Kriminalvårdens kostnadsansvar. Misskötsamhet mot behandlingsplanen och andra åligganden kan leda till att alternativt fängelsestraff döms ut.

STATENS INSTITUTIONSSTYRELSE (SIS)

SiS bedriver behandling utifrån LVU och LVM och behandlar personer med redan identifierade alkohol och narkotikaproblem. Målgruppen har ofta ett långvarigt eller destruktivt missbruk som i en akut fas behöver medicinskt omhändertagande med abstinensbehandling. Vanligt förekommande för målgruppen är missbruk i kombination med psykiska problem där pågående missbruk utgjort hinder för kommunens behandlingsplanering och möjlighet till utredning i öppnare former.

Under LVM-tiden erbjuds samtliga klienter en utredning som ger stöd för planeringen av § 27-vården och för vårdinsatser efter LVM. När det gäller behandling för missbruk respektive psykiska funktionshinder förordas en samordning av insatser mellan huvudmännen. Då SiS tillsammans med socialtjänsten bedömer att en samordnad individuell plan behöver upprättas, för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, tas kontakter med regionen (enligt 3 f § HoS). Ett av SiS uppdrag är att motivera klienten till fortsatt frivillig behandling i öppnare former.

ARBETSGIVAREN

Arbetsmiljölagen, AML, ger arbetsgivaren långtgående ansvar för att arbetsmiljön är trygg och säker. Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. I detta ingår information till all personal samt utbildning av arbetsledare och chefer i att tidigt upptäcka och hantera drogproblem. Det ska finnas en plan för hur rehabiliteringsarbetet ska organiseras. Kommunerna och regionen är stora arbetsgivare och ska fungera som goda förebilder för andra arbetsgivare.

FÖRSÄKRINGSKASSAN

Försäkringskassan (FK) har ett generellt ansvar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet för en försäkrad person som drabbats av sjukdom eller skada och som får ersättning från FK. FK:s uppgift är att samordna de insatser som andra aktörer ansvarar för och medverka till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Däremot är FK inte en rehabiliteringsaktör. Representant från FK adjungeras vid behov till de lokala ledningsgrupperna för samverkan.

ARBETSFÖRMEDLINGEN

Arbetsförmedlingen ska samverka kring personer med socialmedicinskt funktionshinder, där missbruk och/eller kriminalitet ingår. Arbetet ska vara en del av den sociala rehabiliteringen och samverkansparter kring denna målgrupp är socialtjänst, hälso- och sjukvård och kriminalvård med flera. Representant från AF adjungeras vid behov till de lokala ledningsgrupperna för samverkan.

SAMORDNINGSFÖRBUND

Rehabilitering och samverkan

Kommunerna i länet har tillsammans med Region Västmanland, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bildat tre samordningsförbund, Norra Västmanlands samordningsförbund (Skinnskatteberg, Fagersta, Norberg, Sala, Surahammar och Hallstahammar) Samordningsförbundet Västra Mälardalen (Arboga, Kungsör och Köping) samt Samordningsförbundet Västerås.

Syftet med förbundet är att genom finansiell samordning

- underlätta och förbättra möjligheterna för de individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser så att dessa ska kunna förbättra sin förmåga att utföra ett förvärvsarbete och därigenom stärka sin egen försörjning
- underlätta en effektiv resursanvändning inom rehabiliteringsområdet mellan Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Hälso- och sjukvård samt Kommun.

Förbundet ska stödja och utveckla samverkan mellan parterna inom rehabiliteringsområdet genom finansiell samordning. Åtgärderna anpassas efter lokala förhållanden. Samordningsförbundet har möjlighet att genomföra bland annat fördjupade samverkansinsatser och kompetensutveckling.

Bilaga 2

ORDLISTA/BEGREPPSFÖRKLARINGAR

ABSTINENSVÅRD har traditionellt kallats avgiftning inom hälso- och sjukvården. Termen avgiftning anses dock inte medicinskt korrekt och har både i Sverige och i internationella sammanhang alltmer kommit att ersättas av begreppet abstinensvård eller abstinensbehandling. Med avgiftning menas att substansen eller drogen elimineras ur kroppen. Med abstinensvård avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktionerna som uppträder i anslutning till att intaget av drogen eller drogerna upphör. Syftet med abstinensbehandling är ofta också att förbereda eller motivera till fortsatt behandling i andra vårdformer. Under abstinensfasen uppträder ibland med större eller mindre regelbundenhet symtom på ångest och depression. Dessa avklingar ofta spontant efter genomförd behandling. Vid de fall där påtaglig ångest- och depressionssymtom kvarstår efter avslutad abstinensbehandling bör en psykiatrisk undersökning genomföras.

ACT (Assertive Community Treatment). Intensiv case management som omfattar samhällsbaserad uppsökande vård och omsorg. Den är en teambaserad (psykiater, sjuksköterska, socialarbetare, psykolog, arbetsterapeut etc) åtgärd som strävar efter att ge en heltäckande insats med minimal användning av resurser utanför teamet.

ACRA eller ACC (Adolescent Community Reinforcement approach) eller (Assertive continuing care). Behandlingsmetoder för ungdomar, och avser oftast eftervårdsbehandling efter avslutad behandling i öppen vård eller placering. Interventionerna genomförs i eller runt ungdomens boendemiljö. För att utöva ACRA eller ACC bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis). Strukturera standardiserad intervju som syftar till att ge en bred bild av ungdomars situation och aktuella problematik på nio olika livsområden. ADAD är den evidensbaserade ungdomsversionen av ASI vars syfte är att ge bättre underlag för behandlingsplanering och möjligheter att inleda dialog med den unge om problem och behov.

ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument) är ett strukturerat intervjuformulär som får fram en bedömning/diagnos av alkohol- och drogproblem enl. ICD-10 och DSM-IV:s diagnoskriterier. Med dessa kriterier kan man se om problemet handlar om ett skadligt bruk/missbruk eller beroende. Består av 75 frågor. Användandet av ADDIS intervju kräver utbildning genom Börje Dahl och 4 M konsult AB.

ADDIS-net. Databaserat program för bearbetning av ADDIS-intervjumaterial.

ALKOHOLABSTINENS En av konsekvenserna av alkoholberoende är abstinenssymtom efter det att alkoholintaget har upphört. De bakomliggande neurofysiologiska faktorerna till abstinenssymtom är till stora

delar kända. I regel är abstinensbesvären harmlösa, men kan utvecklas till allvarliga eller livshotande tillstånd. Symtomen vid alkoholabstinens delas upp i två kategorier:

Ospecifika symtom, t.ex. hög puls, förhöjt blodtryck, svettningar, darrningar, oro, ångest och nedstämdhet. Specifika symtom, t.ex. abstinenshallucinos, delirium tremens och alkoholbetingat psykotiskt syndrom samt krampanfall av generaliserad s.k. tonisk-klonisk typ.

Abstinensbehandling syftar främst till att förhindra krampanfall, delirium tremens och död, men ska också behandla patientens ospecifika symtom och lidande. Alkoholabstinens kan uppträda redan innan blodalkoholhalten sjunkit till noll. Behandlingen ska därför i normalfallet sättas in när symtom på abstinens uppträder. Symtom på alkoholabstinens, trots mätbara halter av alkohol i blodet, innebär ökad risk för delirium, tremor eller abstinenskramper. De ospecifika symtomen uppträder i regel inom några timmar, medan de specifika ofta utvecklas först efter 3-5 dygn med undantag för kramper som kan uppträda redan inom ett dygn. Kända riskfaktorer för svår abstinens är samtidigt akut kroppslig sjukdom eller skada (t.ex. lunginflammation, urinvägsinfektion, skelettfraktur och ansiktstrauma), långvarigt intag av stora mängder alkohol och tidigare erfarenheter av delirium, tremor eller svåra abstinenssymtom. I vissa fall kan abstinenssymtom uppträda flera veckor efter det att alkoholkonsumtionen upphört. Detta kan bero på exempelvis missbruk av bensodiazepin, men också på exempelvis depression och bipolär sjukdom. Det

vanligaste sättet att bedöma effekten av behandlingen är att undersöka graden av abstinenssymtom. Antalet abstinenskrampor, delirium tremens och dödsfall förekommer också som mått. Bedömningen sker i regel med en utprovad skattningsskala, men används i dag i mycket liten omfattning (s. 151).

ALKOHOLBEROENDE kan, enligt folkhälsovetenskapligt lexikon, definieras på olika sätt beroende på vilket diagnostiskt system som används. Men med den generella diagnosen alkoholberoende brukar menas att man utvecklar tolerans och merbegär. Kronisk alkoholism används när beroendet varit manifest i flera år och det dessutom uppstått komplikationer eller alkoholrelaterade sjukdomar.

ANONYMA ALKOHOLISTER (AA). Det enda kravet för medlemskap är en önskan att sluta dricka. AA är en gemenskap som är öppen för alla, män och kvinnor vars främsta syfte är att hålla sig nykter och hjälpa andra att uppnå nykterhet. Det är en helt obunden rörelse som inte har någon anknytning till någon religion, politisk organisation eller någon annan rörelse av något slag. De deltar inte i några offentliga debatter. Behöver du hjälp? Ring Telejouren 08-720 38 42 och tala med en nykter alkoholist, så får du veta mer. Bemannad alla dagar kl. 11-13 samt 18-20.

ASI (Addiction Severity Index). Strukturerat standardiserat intervjumaterial som belyser sju olika livsområden som påverkas vid missbruk och/eller beroende. För val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av den enskildes situation och behov ska ASI användas. ASI-intervjun ger en kartläggning av personens livssituation och problem, vilket sedan ligger till grund för bedömning av hjälpbehovet. Intervjun innehåller frågor som täcker olika livsområden av betydelse för personer med missbruk eller beroende. ASI-intervjun ställer höga krav på intervjuaren och kräver därför utbildning.

ASI-Net. Databaserat program för bearbetning av ASI-intervjumaterial. Möjlighet till att använda som underlag i statistik.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Som psykologiskt test för att identifiera personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor rekommenderas att AUDIT används. Det är ett enkelt och snabbt screeningstest som är kvalitetssäkrat och används inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård. AUDIT finns i skriftlig form och intervjuform. Testet innehåller 10 frågor som maximalt kan ge 40 poäng.

AVGIFTNING innebär ett planerat, och medicinskt övervakat, avvänjande från något beroendeframkallande ämne, vanligen alkohol, narkotika och/eller tabletter.

BEROENDE enligt DSM-IV:

1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att anskaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Minst tre kriterier uppfyllda under en och samma 12 månaders period.

BEROENDE enligt ICD-10 (WHO):

1. Stark längtan efter drogen.
2. Svårigheter att kontrollera intaget.
3. Fortsatt användning trots skadliga effekter.
4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
5. Ökad tolerans.
6. Fysiska abstinenssymtom.

Minst tre kriterier uppfyllda under en och samma 12 månaders period.

BSF (Beteende, Samtal, Förändring). Motivationshöjande program, kan även fungera som en "språngbräda" in i längre brotts- och missbruksprogram. 5 st semistrukturerade samtal med utgångspunkt i förändring enl Prochaska och DiClementes förändringsmodeller och MI. AUDIT och DUDIT finns kopplade till detta. Bedrivs på anstalt och frivård.

BSFT (Brief strategic family treatment). Familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende, eller som har utåtagerande eller antisociala problem. Metoden är manualbaserad och liknar den familjebehandlingsmodell som oftast praktiseras i Sverige, det vill säga

systemisk eller strukturell familjeterapi. För att utöva BSFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (tex socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

CRA (Community Reinforcement Approach). De huvudsakliga strategierna i CRA är funktionsanalys, färdighetsträning i form av självkontrollträning eller problemlösningsfärdigheter, kommunikationsträning (exempelvis tacka nej-träning). För att utöva CRA bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden (inklusive utbildning i återfallsprevention).

CSM (Case Management) är en insats som används bland annat för personer med allvarliga psykiska funktionshinder. Syftet är att koordinera vården dessa personer får så att de kan leva ett så självständigt liv som möjligt. Konkreta målsättningar är:

att fler patienter håller kontakt med vård- och stödsystemet,

att minska eller undvika återinläggningar på sjukhus (också längd på inläggningar) och

att förbättra för klienten, framför allt när det gäller social funktion och livskvalitet.

DOPNING Begreppet dopning används i lagtexten för Dopningslagen SFS lag (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. Det är förbjudet att införa, sälja, inneha, framställa eller bruka anabola androgena steroider (AAS).

DROGBEROENDE är när en person på ett avgörande sätt är i behov av droger för att kunna fungera i en vardagsfunktion. Det brukar karaktäriseras av toleransökning vilket leder till ökande doser och abstinens. Ytterligare tecken på drogberoende är effekter på hälsa och social anpassning.

DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). En ny version av DSM har nyligen publicerats, DSM-5. I tidigare versioner av DSM ingår diagnoserna substansberoende och missbruk. I den senaste versionen av DSM ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet substansbrukssyndrom.

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). Screeningsinstrument för att identifiera personer med narkotikaproblem. Utifrån resultatet av dessa test kan man göra en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara.

FEM FRÅGOR. Används vid patientkontakter inom Landstinget Västmanland för att belysa livsstilsfrågor. Frågeställningarna tar upp fem livsområden, motion, stress, tobaksbruk, alkohol och mat.

FFT (Functional family therapy). Familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende, eller med utåtagerande eller antisociala problem. Metoden är manualbaserad och liknar systemisk eller strukturell familjeterapi. För att utöva metoden bör behandlaren ha relevant grundutbildning (tex socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

HALVERINGSTID. Den tid inom vilken mängden av ett ämne hinner sjunka till hälften, genom sönderfall eller nedbrytning.

HAP (Haschavvänjningsprogrammet). Behandlingen utgår från cannabis negativa inverkan på de tankefunktioner som individen använder för att lösa vardagliga problem och på eliminations/abstinensprocessen. Behandlingsperioden, som i princip pågår lika länge som abstinensfasen, sträcker sig över sex till tio veckor och innehåller en medicinsk, en psykologisk och en social fas. Behandlingstekniken går ut på att hjälpa cannabismissbrukaren att omorientera de tankemönster som utvecklats under missbrukstiden och därmed öka hans/hennes sociala och psykologiska kompetens.

HEMLÖS/BOSTADSLÖS, Socialstyrelsens def. Hemlöshet beskriver en situation en person befinner sig i för en kortare eller längre tid. I många sammanhang förknippas begreppet hemlöshet med att sakna tak över huvudet, som uteliggare eller personer som bor på härbärgen.

ICD (International statistical classification of diseases and related health problems. Diagnossystem. I Sverige används främst ICD vid diagnostic inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet. Den nu gällande versionen av ICD, ICD-10 är från 1990. Ett arbete pågår inom WHO med att uppdatera ICD-10 till ICD-11. I ICD-10 ingår diagnosen

substansberoende, och de både systemens definitioner överensstämmer till stora delar. ICD-10 har även diagnosen skadligt bruk, medan tidigare versioner av DSM istället har diagnosen missbruk.

KORSTOLERANS. När två beroendeskapande medel är så pass lika att det ena kan dämpa bristen av det andra. Tolerans betyder att kroppen anpassat sig vid medlet. Korstoleransen betyder alltså att när du är beroende av det ena kan du delvis tillfredsställa det beroendet med det andra medlet. Ex: alkohol och bensodiazepiner.

KORT INTERVENTION Syftet med kort intervention är att göra personer med ett riskbruk, skadligt bruk missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika medvetna om vilka hälsorisker och andra negativa konsekvenser de utsätter sig för samt att motivera dem till att förändra sina vanor. Olika former av strukturerad samtalsmetodik kan tillämpas, vanligt är motiverande samtal.

LPT Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

1§ Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

2§ Tvångsvård enligt denna lag ges som slutna psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan, som öppen psykiatrisk tvångsvård. Tvångsvården skall syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd han eller hon behöver. Lag (2008:415).

3§ Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt:

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

MDFT (Multidimensional family therapy). Familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende och utåtagerande eller antisociala problem samt till ungdomars föräldrar. Behandlingen kan ges både som intensivbehandling och som dagbehandling samt inom ramen för olika verksamheter, såväl på institution som i form av öppen vård. För att utöva MDFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (tex socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

MET (Motivational enhancement therapy) vilar på motiverande samtal med tillägget att det finns en manual för hur behandlingen ska genomföras. Behandlingens utgångspunkt är en kartläggning där medicinska test och frågeformulär av olika slag ingår. För att utöva MET bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt utbildning i motiverande samtal.

MISSBRUK OCH BEROENDE. Begreppen missbruk/beroende betonar de negativa sociala och medicinska konsekvenser som alkohol och narkotika leder till. Enligt socialstyrelsens riktlinjer för förhållningssättet till missbruk och beroende är de multifaktoriella fenomen. Med det menas att många faktorer, ibland i samverkan, har betydelse vid utvecklingen av missbruk och beroende. På det medicinska området är begreppen huvudsakligen kopplade till diagnosklassifikationerna ICD-10 och DSM-IV. Med alkoholberoende menas enligt ICD-10 en grupp av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen där alkohol får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden som tidigare haft större betydelse. Alkoholmissbruk enligt DSM-IV är ett upprepat drickande av alkohol det senaste året som lett till sociala, psykiska eller fysiska skador.

I socialtjänstlagen saknas definitioner av termerna "missbruk" och "missbrukare". De uttrycks i stället som allmänt hållna formuleringar. Missbrukstermens vaghet kan ge upphov till olikheter i rättstillämpningen. Det kan även medföra svårigheter i samverkan. Det är därför angeläget att huvudmännen formulerar gemensamma definitioner. I de reviderade nationella riktlinjerna "Vård och stöd vid missbruk och beroende, 2015" är det missbruk och beroende enligt diagnosklassifikationerna som avses.

MI (Motivational Interviewing, Motiverande samtal). En kognitiv beteendeterapeutisk metod och ett mer generellt förhållningssätt. MI är en klientcentrerad metod som höjer den inre motivationen för förändring genom att bland annat utforska och lösa ambivalens. Metoden handlar dels om att rådgivaren har en

samarbetande stil och ser sig som en jämlik samarbetspartner, dels om att söka efter och locka fram klientens egna tankar och idéer om det aktuella beteendet och hur det ska förändras, och dels om respekt för klientens autonomi och egna förmåga.

MISSBRUK enligt DSM IV.

Ett maladaptivt (felanvänt) substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsned-sättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst ett av fyra följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:

- Ett upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (t ex substansrelaterad upprepad arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer; substansrelaterad frånvaro, avstängning eller reglering från skola; substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll)
- upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (t ex substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner)
- upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (t ex att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende)
- fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmännisklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (t ex slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning).

Att symtomen aldrig har uppfyllt kriterierna för beroende för denna substans.

MULTISYSTEMISK TEORI (Multisystemic therapy). En manualbaserad familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende och utåtagerande eller antisociala problem samt till ungdomarnas föräldrar. Syftet med insatsen är att påverka de faktorer som antas bidra till ungdomens problem. Dessa faktorer kan finnas hos personen själv, i familjen eller i de sociala sammanhang som ungdomen och familjen befinner sig i. MST grundar sig på socialekologiska och familjesystemiska teorier samt på kunskap om risk- och skyddsfaktorer för antisocialt beteendehos ungdomar. För att utöva MST bör behandlaren ha relevant grundutbildning (tex socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling. För verksamheter som vill använda metoden ställs krav på licensavtal med det amerikanska företaget MST Services Inc.

NARKOTIKA är ett samlingsnamn för illegala rusmedel av olika art. Den medicinska termen narkotika innefattar endast sövande och smärtstillande medel - framför allt opioider som morfin och heroin. Inom juridiken syftar narkotika på de substanser som narkotikaklassats av de olika ländernas myndigheter, till exempel Läkemedelsverket i Sverige och därmed kan narkotikabegreppet skilja sig från land till land. I dagligt tal innefattar narkotika oftast alla icke socialt accepterade rusmedel, oavsett legal status eller medicinsk effekt (såvida de inte används som läkemedel), och då används ofta istället det besläktade slanguttrycket *knark*. Klassningen av preparat görs i Sverige av Läkemedelsverket som har förteckningar över narkotika. Den senaste förteckningen är "LVFS (1997:12), ändrad och omtryckt 2000:7, ändrad 2001:4 och 2002:4, om förteckningar över narkotika". Klassningen bestäms till stor del av internationella överenskommelser, 1961 års allmänna narkotikakonvention och 1971 års psykotropkonvention, men därutöver finns det i narkotikastrafflagen ett antal kriterier som Läkemedelsverket ska grunda sin bedömning på. För att klassas som narkotika ska ett ämne anses vara hälsofarligt, beroendeframkallande eller euforiserande. I den officiella klassningen finns det fem undergrupper.

- Förteckning I: Droger som i Sverige anses sakna medicinskt värde, till exempel heroin, cannabis och hallucinogener. Dessa är förbjudna att tillverka, importera eller sälja.
- Förteckning II - IV: Droger som används medicinskt och kräver import/exporttillstånd, till exempel morfin, amfetamin och bensodiazepiner.
- Förteckning V: Droger som ej omfattas av internationella konventioner och ej kräver import/exporttillstånd. Svagare opioider, bedövningsmedel och vissa bensodiazepinliknande substanser.

Medicinsk användning av narkotika med läkares föreskrift är den enda som är tillåten enligt lag. All annan användning- både langning, innehav och bruk är förbjuden och kan ge böter eller fängelse. I Sverige betecknas all användning av narkotika som missbruk eftersom det är olagligt.

NARKOTIKAABSTINENS Behandling av abstinensstillstånd vid vissa beroendetillstånd har en väl utvecklad medicinsk metodik med god evidens. Den omfattar i dag missbruk eller beroende av opiater, bensodiazepiner och alkohol. Däremot saknas specifika läkemedelsbehandlingar för abstinensstillstånd vid missbruk eller beroende av amfetamin, kokain, cannabis och nyare "partydroger", som t.ex. ecstasy, och nyare former av amfetamininderivat (preparat som utvecklats ur amfetamin). Symtomatisk behandling av oro och agitation vid abstinensstillstånd kan dock, enligt klinisk erfarenhet, lämpligen ske med bensodiazepiner.

ONE TO ONE. Kognitivt, beteendebaserat program som är manualstyrt. Enskilt program. Bedrivs i anstalt och frivård. Riktat mot kriminalitet och problemlösning. 24 timmar 1-2 träffar/vecka.

Prime For Life. Upplysningsprogram om alkohol och droger till hjälp att skydda det man värdesätter mest i livet. Programmet bygger på vad forskningen om alkohol och i viss mån narkotika har kommit fram till om risken att utveckla problem, både på kort och lång sikt avseende hälso- och situationsrelaterade problem. Målgrupp: Klienter som har ett riskbruk av alkohol och eller narkotika.

Tidsåtgång: Totalt 5 halvdagar en gång i veckan. 15 timmar.

Bedömningsunderlag: Handläggare gör själva bedömningen utifrån den kunskap de har om klienten. Inga personliga intervjuer krävs från programledarna. Bedrivs på anstalt och frivård.

PRISM (Programme for reducing individual substance misuse). Bedrivs på anstalt och frivård. Målgrupp: klienter med missbruk och där missbruket är kopplat till kriminaliteten. Omfattning; förmöte, kartläggning, färdighetsträning och tillämpningar. Sista delen skraddarsys för den aktuella klienten. Tidsåtgång: 32,5 timmar.

RISKBRUK. Riskbruk av alkohol innebär en konsumtion i sådan mängd att risk för svåra medicinska och sociala skador som t.ex. leverskada, beroende, sociala skador och ökad olycksfallsrisk föreligger. Riskbruk är en etablerad riskfaktor för ohälsa och ökar såväl sjuklighet som skador och dödlighet i ett stort antal sjukdomar. Riskbruk bidrar i hög utsträckning till sociala problem, fysiska och psykiska sjukdomar, skador och för tidig död. Andra allvarliga konsekvenser är ökat användande av våld samt ökat antal olyckor och suicid. De flesta alkoholrelaterade skador orsakas av personer med riskfylld alkoholkonsumtion. Ibland definieras riskbruk utifrån viss mängd alkohol. Gränsdragningen vad som är bruk, riskbruk eller missbruk kan definieras efter en enkel konsumtionsmodell som fastställts av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Omräknat till sk standardglas (=12 gram 100% alkohol) innebär ett riskbruk 9 glas per vecka för kvinnor och 14 glas per vecka för män ett riskbruk. Allt berusningsdrickande bedöms som riskbruk. Även berusningsdrickande med mer än 4 glas för kvinnor och 5 glas för män per tillfälle bedöms som ett riskbruk. Ett standardglas motsvarar: 2x33cl lättöl (2,1%) eller 45 cl folköl (2,8%) eller 33 cl starköl (5,5%) eller 12 cl vin eller 8 cl starkvin eller 4 cl sprit.

Vad som är viktigt att notera är att det är alkoholen i sig och inte om det är vin, öl eller starksprit som påverkar kroppen. Man ska också observera att det är individuellt och situationsbetingat vad som är riskfyllt. Olika personer har olika känslighet för hur omfattande alkoholkonsumtion som fordras för att ge alkoholrelaterade skador och sociala problem. Vanligt är att det blir negativa följder även för barn och övriga närstående när en anhörig har för hög alkoholkonsumtion.

SAMSJUKLIGHET (comorbidity). Samtidig förekomst av minst två sjukdomar som påverkar individens sätt att fungera och överleva. I vissa sammanhang syftar man i första hand på samtidig förekomst av kroppslig och psykisk sjukdom, personlighetsstörning och alkohol/drogmissbruk etc.

SAMVERKAN/SAMARBETE/SAMORDNING Samverkan ses som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete. Samarbete används för att beteckna mellanmänskliga relationer med och kring enskilda brukare. Samordning betecknar stödstrukturer för sådant samarbete, som till exempel övergripande (samordnings-)rutiner, ledningsgrupper och principiella frågor.

Definitionen illustrerar att samarbets- och samordningsperspektiven samspelar och i verkligheten är beroende av varandra om samverkan ska bli långsiktigt framgångsrik. Processen i sin helhet måste också bygga på gemensam diskussion om värdegrund och etik.

SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN (SIP) Från och med 2010-01-01 har det införts bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL, 3f§) och Socialtjänstlagen (2001:453, SoL, kap 7§) avseende upprättande av en samordnad individuell plan (SIP) när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Se bilaga 2 i dokumentet för ytterligare information.

TILLNYKTRING Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda akut alkohol- och drogpåverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap och någonstans att vistas under en kortare tid medan personen nyktrar till. Tillnyktringsverksamhet bör ses som en ingång i vård- och stödprocessen som kan kombineras med efterföljande kort intervention, abstinensvård och behandling. Det är dock långt ifrån alla som nyttjar en tillnyktringsverksamhet som är i behov av behandling för missbruk eller beroende” Definitionen är ett citat hämtad ur missbruksutredningens förslag ”Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen och ansvaret (SOU 2011:35).

I socialtjänstlagen (SoL) och i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är ansvaret för tillnyktringsverksamheten inte närmare reglerad. Detta har inneburit att det i praktiken råder oklarheter omkring vilken huvudman som har eller bör ha ansvaret för tillnyktrings-verksamhet.

TOLERANSUTVECKLING. När kroppen har vant sig vid ett medel och kräver mer för att få fortsatt effekt. Tolerans kan både utvecklas fort och långsamt.

TOLVSTEGSBEHANDLING. Enligt de nationella riktlinjerna är målgruppen för tolvstegsprogrammet vuxna personer med alkoholberoende. Inom SiS används metoden även vid behandling av ungdomar med alkoholmissbruk, och vid behandling av såväl vuxna som unga med narkotikaberoende. I en behandling ingår lektioner om ”kemiskt” beroende. Deltagarna får bland annat kännedom om sjukdomsbegreppet, om förnekande och om hur man förebygger återfall. I gruppterapi talar deltagarna om konsekvenserna av missbruket och hur det påverkar deras liv. Identifikationen med andra missbrukare ger insikt och styrka som gör det lättare att ta ansvar för det egna tillfrisknandet. Inom tolvstegsprogrammet är det viktigt att även de anhöriga medverkar. Behandlingen följs av regelbunden medverkan i självhjälpsgrupper i AA (Anonyma alkoholister) eller NA (Anonyma narkomaner). Det finns kommuner som har anställda 12-stegsterapeuter som genomför tolvstegsbehandlingar i öppenvård.

TOLVSTEGSPROGRAMMET, 12-STEG. Alkohol- och narkotikaprogram, baserat på de 12 stegen, utarbetade av Anonyma Alkoholister. Bedrivs idag på 14 kriminalvårdsanstalter. Målgrupp: klienter med missbruk. Metod: programmet bedrivs i tre faser; introduktion, grund och förlängd behandling.

VÅGA VÄLJA. Kognitivt beteendeterapeutiskt manualstyrt program som bygger på social inlärningsteori. Målgrupp: drogmissbrukare. 25 gruppträffar á 2,5 timmar plus tre individuella träffar.

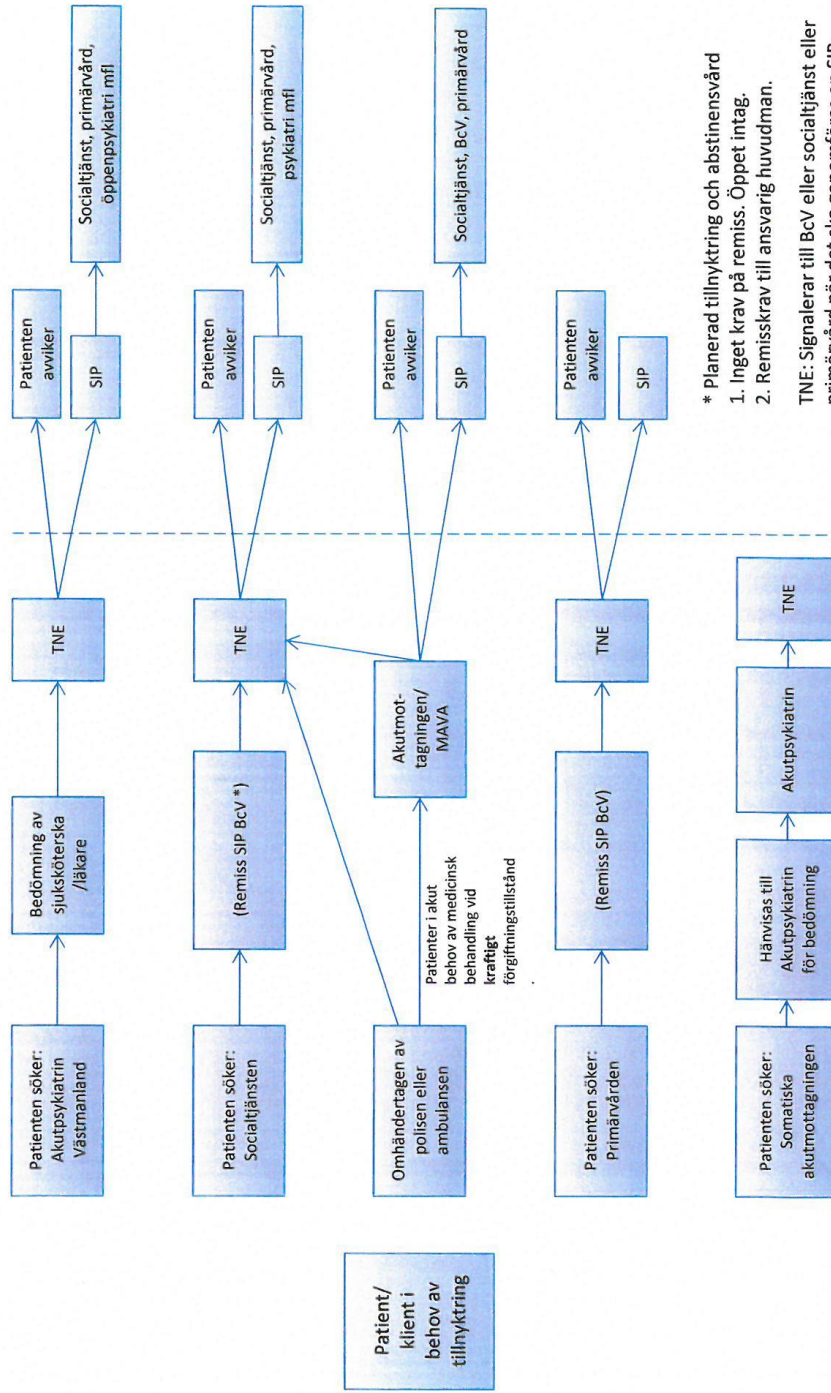
VÅRDKEDJA. En vårdkedja är en sammanfattande benämning på de samlade åtgärder som görs när en individ är i behov av vård. En vårdkedja kan omfatta alla typer av insatser och aktiviteter, oavsett huvudman/vårdgivare, som är ägnade åt att hjälpa individen och se till hennes/hans helhetsituation. I ett samhällsperspektiv bör varje länk i en sådan vårdkedja veta vilka åtgärder som vidtagits tidigare och vad som kommer att ske i fortsättningen av en behandling. Detta oavsett huvudmannaskap eller organisationsform. Vårdkedjetänkandet kan uppnås genom att formella eller informella nätverk skapas mellan samhällets olika aktörer. Gemensamma utbildningar, erfarenhetsutbyten och klara överlämningsrutiner tillsammans med ett gemensamt språkbruk kan här vara framgångsfaktorer. Optimalt kan samlokalisering av verksamheter mellan myndigheter och aktörer i vårdkedjan skapa framgångar i detta vårdkedjearbete.

ÅTERFALLSPREVENTION (ÅP). Metoden syftar till att upprätthålla ett nyktert/drogfritt beteende samt till att göra eventuella återfall så korta och lindriga som möjligt. Gruppbehandling, i undantagsfall enskilt. Målgrupp: Missbrukare av alkohol och/eller droger som passerat den omedvetna/uppgivna fasen i förändringsprocessen. OBS! Klienten skall ha haft drogfria perioder så vi har återfall att prata om. Klienten skall vara ASI utredd. Varje deltagare får identifiera sina egna individuella risksituationer och handlingsmönster. En kurs i Återfallsprevention består av åtta obligatoriska kärnsessioner; att identifiera högrisk-situationer, hantera sug efter alkohol/droger, tacka nej träning mm. Om klienten är i ambivalens kan en BSF serie först vara motivationshöjande. *Tidsåtgång:* 1 förträff samt 8 träffar om 1,5 timme åt gången. Bedrivs inom socialtjänsten och på anstalt och frivård.

SiS har tagit fram en manual som är anpassad för institutionsvård (slutenvård). Den innehåller även ett kapitel om Återfallsprevention för ungdomar.

ÖVERFÖRSKRIVNING Förskrivning av läkemedel i större förpackningar än vad som är adekvat för sjukdomsbilden. Kan även stå för att två läkare, ovetande av varandra, skriver ut samma läkemedel till en och samma patient. Att så kallade startförpackningar inte förskrivs när ny medicin ordineras.

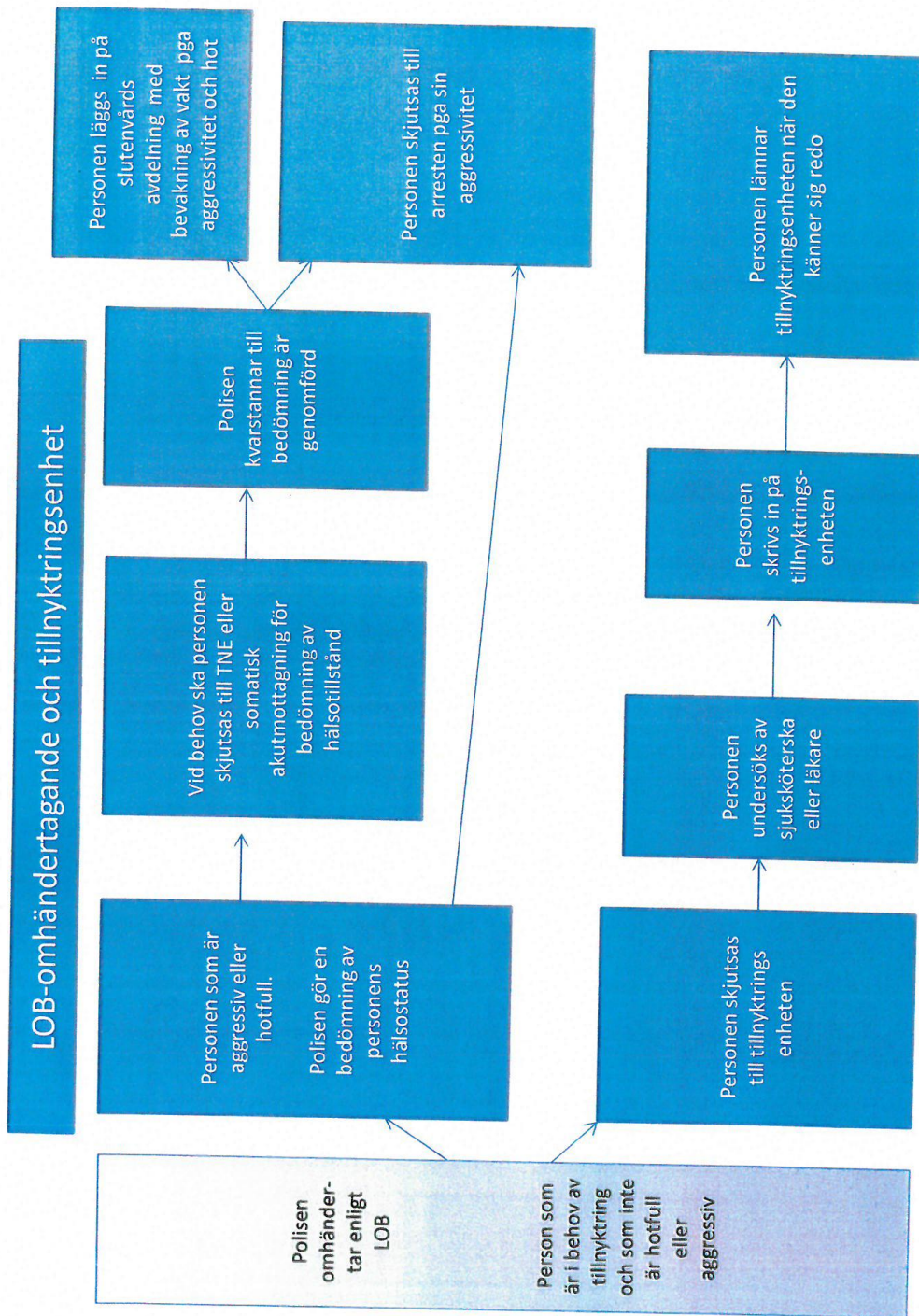
Tillnyktring



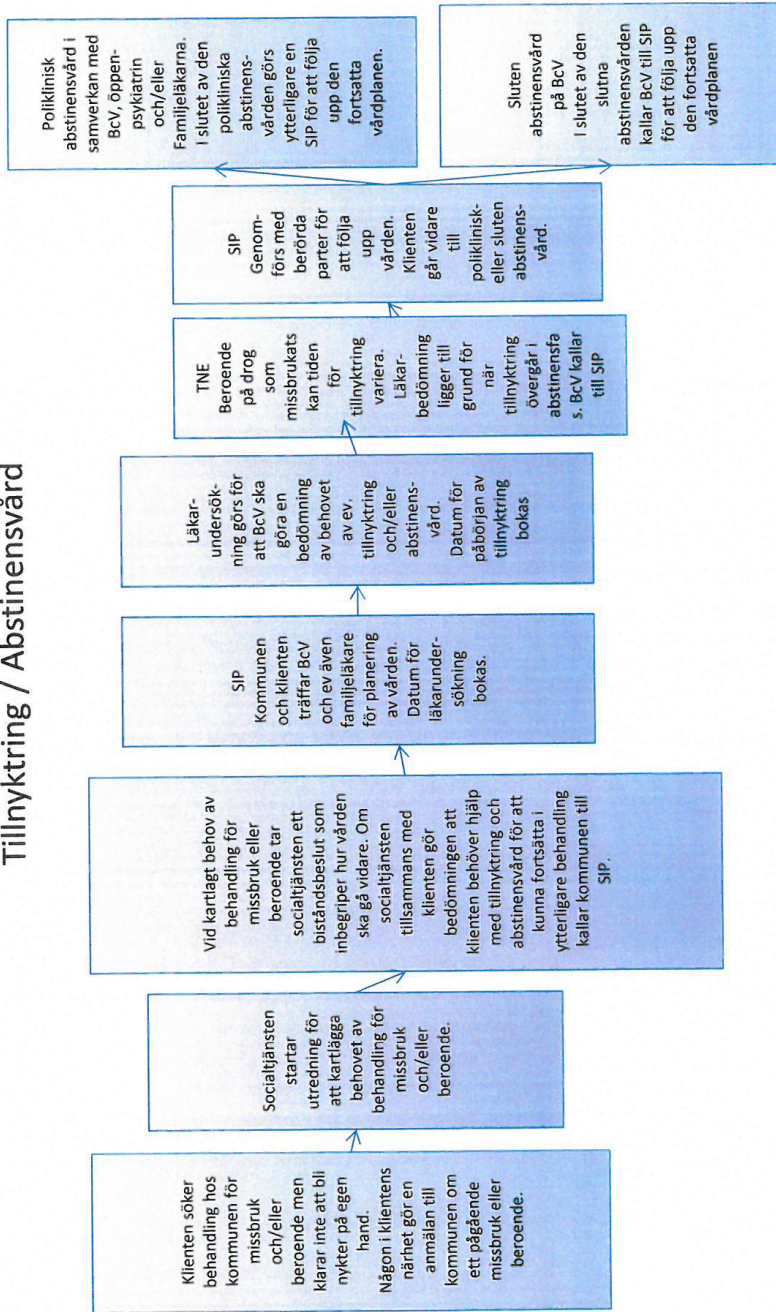
* Planerad tillnyktring och abstinensvård

1. Inget krav på remiss. Öppet intag.
2. Remisskrav till ansvarig huvudman.

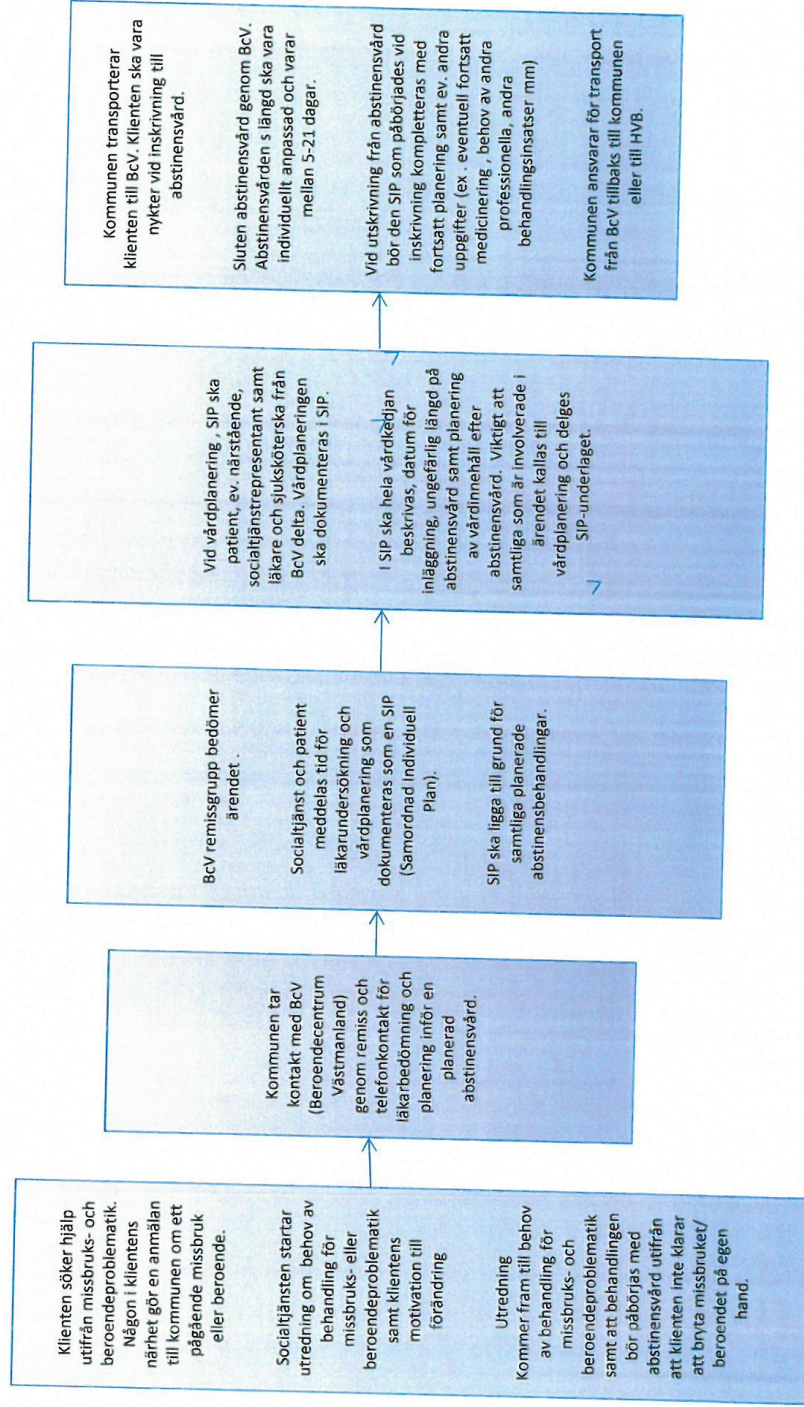
TNE: Signalerar till BcV eller socialtjänst eller primärvård när det ska genomföras en SIP.

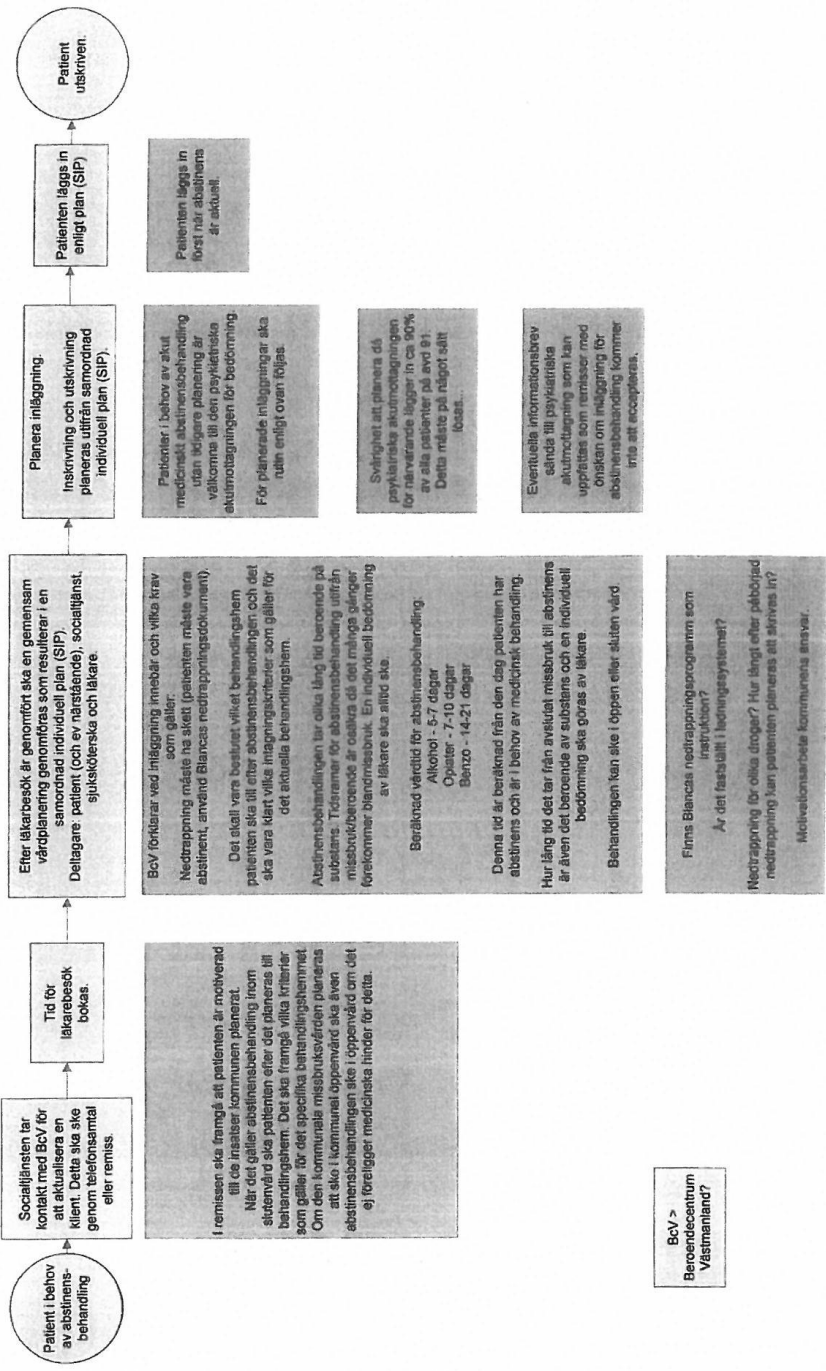


Tillynkning / Abstinensvård



Planerad abstinensvård kommunerna/beroendecentrum





Patienten läggs in först när abstinens är aktuell.

Patienter i behov av akut medicinsk abstinensbehandling utan tidigare planering är välkomna till den psykiatriska akutmottagningen för bedömning. För planerade inläggningar ska nuth enligt ovan följas.

Svingighet att planera då psykiatriska akutmottagningen för närvarande ligger in ca 90% av alla patienter på avd 91. Detta måste på något sätt lösas.

Eventuella informationsbrev sända till psykiatriska akutmottagning som kan uppfattas som remissor med önskan om inläggning för abstinensbehandling kommer inte att accepteras.

BcV förklarar ved inläggning innebär och vilka krav som gäller. Nedtrappning måste ha skett (patienten måste vara abstinient, använd Blancas nedtrappningsdokument). Det skall vara beslutat vilket behandlingshem patienten ska till efter abstinensbehandling och det ska vara klart vilka inlaggningsföretag som gäller för det aktuella behandlingshem. Abstinensbehandling är också lång tid beroende på sjukens. Tiderna för abstinensbehandling utifrån missbruk beroende är olika då det mätliga gångr förekommer östromesbruk. En individuell bedömning av läkare ska alltid ske. Beräknad vartid för abstinensbehandling. Alkohol - 5-7 dagar Opier - 7-10 dagar Benzo - 14-21 dagar Denna tid är beräknad från den dag patienten har abstinens och är i behov av medicinsk behandling. Hur lång tid det tar från avslutat missbruk till abstinens är även det beroende av substans och en individuell bedömning ska göras av läkare. Behandlingen kan ske i öppen eller slutet vård.

Firns Blancas nedtrappningsprogram som instruktion? Är det fastslått i ledningsystemat? Nedtrappning för olika droger? Hur långt efter påbörjad nedtrappning kan patienten planeras att skrivas in? Motivationsarbete kommunens ansvar.

I remissen ska framgå att patienten är motiverad till de insatser kommunen planerar. När det gäller abstinensbehandling inom slutenvård ska patienten efter det planeras till behandlingshem. Det ska framgå vilka kriterier som gäller för det specifika behandlingshemmet. Om den kommunala missbruksterapien planeras att ske i kommunalt öppenvård ska även abstinensbehandling ske i öppenvård om det ej föreligger medicinska hinder för detta.

BcV > Beroendecentrum Västmanland?

