



Länsöverenskommelse 2021-2023 Riskbruk/Missbruk/Beroende

För kommunerna i Jämtlands län och
Region Jämtland Härjedalen

Denna länsöverenskommelse är en uppdatering av 2016 års överenskommelse. Länsöverenskommelsen är fastställd av SVOM den 26 februari 2021. Nästa uppdatering ska göras senast under år 2023.

Innehåll

Inledning.....	4
Syfte.....	5
Mål.....	5
Målgrupper.....	5
Samverkan och ansvarsfördelning.....	7
Kommunens ansvar.....	7
Regionens ansvar.....	9
Kostnadsfördelning och ansvarsförbindelse vid missbruks- och beroendevård.....	11
Integrerad verksamhet mellan regionen och kommunerna.....	12
Läkarförskrivna narkotikaklassade läkemedel.....	13
Tillnyktring – ansvarsfördelning.....	13
Samverkan kring LVM-ärenden.....	13
Samverkan kring målgruppen 13 – 29 år.....	14
Samverkan gällande anhöriga (inkl. barn) enligt SoL, HSL och Barnkonventionen.....	14
Stärkt samverkan genom lokala programområden och vård och insatsprogram för skadligt bruk och beroende.....	15
Samordnad individuell plan, SIP.....	15
Brukarmedverkan.....	16
Lokala överenskommelser.....	17
När samverkan inte fungerar.....	18
Uppföljning och utvärdering.....	18
Bilaga 1: Förslag till mall för lokal överenskommelse.....	19
Referenslista.....	21

Inledning

Regioner och kommuner är skyldiga att träffa gemensamma länsöverenskommelser om samarbete kring personer med missbruk. Skyldigheten regleras genom tillägg i socialtjänstlagen (5 kap. 9a § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (16 kap. 3§ HSL).

Överenskommelsen ska stärka samverkan och bidra till ett bättre tillgodoseende av vård, stöd och behandling för målgruppen. Länsöverenskommelsen ska utgöra bas för eventuella lokala överenskommelser mellan Regionens verksamheter, respektive kommun och, i förekommande fall, polis.

Denna överenskommelse är en revidering av tidigare överenskommelse från 2016. Revideringen är initierad utifrån behov av att tydliggöra samverkan kring

- barn och ungdomar i åldern 13-29 år. Sveriges kommuner och regioner fastställde december 2018 en handlingsplan mot missbruk och beroende för denna åldersgrupp. Den ligger som underlag vid denna revidering.
- Spelberoende. Från den 1 januari 2018 gäller nya regler som förtydligar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar avseende spelmissbruk. Reglerna införs i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Med spelmissbruk avses missbruk av spel om pengar.

Missbruksområdet är brett och det pågår en ständig utveckling av verk samma insatser, utrednings- och behandlingsmetoder. Detta återspeglas bland annat i *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* som publicerades våren 2015 och reviderades 2017. Riktlinjerna innehåller drygt 150 rekommendationer som är av vikt för både styrning av verksamheter och som kunskapskälla vid val av behandling. Socialstyrelsens riktlinjer tar inte ställning till vilken huvudman som bör ansvara för respektive insats utan hänvisar till lokala avtal och överenskommelser.

I den nationella kunskapsstyrningsorganisationen utvecklas också detta område. Nationella programområdet för psykisk hälsa lanserade i december 2020 ett vård- och insatsprogram för skadligt bruk och beroende. Det innebär att det behöver göras analyser kring dessa rekommendationer och hur de påverkar respektive huvudmans arbete och hur det påverkar samverkan.

Sveriges kommuner och regioner, SKR, hemställde i juni 2020 till regeringen om att en översyn av huvudmannaskapet för hela missbruks- och beroendevården behöver ske för att eventuella förändringar i lagstiftningen kan göras.

Regering i juni 2020 en särskild utredare som ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2020/06/dir.-202068/>

I detta arbete kommer djupanalyser att göras i vissa län där bl a Jämtlands län är utvalt. Resultatet av djupanalys och utredningens förslag kommer ge anledning till nya diskussioner om innehållet i samverkan mellan huvudmännen.

Utredningen Framtidens socialtjänst lämnar förslag som tillsammans avser att skapa förutsättningar för en hållbar socialtjänst. (Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag SOU 2020:47). Utredningens större förslag handlar om förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, övergripande planering och planering av insatser, kunskapsbaserad socialtjänst och möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning. Utredningen remissbehandlas fram till februari 2021. När lagstiftningen är klar kommer den också att påverka huvudmännens samverkan inom detta område.

Sociala vård- och omsorgsgruppen, SVOM, har rekommenderat Regionen och kommunerna att under 2021 gemensamt ska arbeta fram en gemensam plan för God och Nära vård. I det arbetet bör också missbruks- och beroendevården beaktas.

Mot bakgrund av att flera större förändringar från nationell och regional nivå är på gång har denna revidering gjorts med medvetenhet om att ny revidering kommer att behöva göras inom något år.

Syfte

Det övergripande syftet med överenskommelsen är att stärka samverkan mellan regionen och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med riskbruk, missbruk och beroendeproblem i hela länet.

Ett annat syfte är att tydliggöra ansvarsförhållandena inom och mellan huvudmännen

Ansvar för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd regleras i flera lagstiftningar samt vilar på flera huvudmän. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller vård och behandling samt stöd vid sådan samsjuklighet. Denna överenskommelse syftar till att uppmärksamma behov av samverkan inom detta område och följa utvecklingen på nationell nivå kring dessa frågor.

Mål

Målet för överenskommelsen är att de riskbruksinsatser och den missbruks- och beroendevård som kommunerna och region Jämtland Härjedalen erbjuder ska vara utformade i enlighet med nationella riktlinjer och evidensbaserad praktik.

Alla som är i behov ska få så effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser som möjligt och med god kvalitet. Insatserna ska bygga på en utvecklad vårdkedja där ansvarsfördelningen är tydlig och där personal har kompetens i enlighet med tillgänglig kunskap. Brukarinflytandet ska förstärkas och samverkan mellan de olika aktörerna ska förbättras.

Utvecklingsarbetet inom ramen för överenskommelsen ska ta tillvara och utveckla den kompetens som finns regionalt och lokalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning.

Målgrupper

Missbruk och beroendesjukdomar faller in under psykiatriska diagnoser och det finns därför två olika diagnosystem som beskriver kriterier för diagnoserna:

ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision) som är det systemet som i allmänhet används i Sverige.

DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) som är utarbetad av American Psychiatric Association och som används som ett diagnostiskt verktyg inom psykiatri även i Sverige. Inom forskningen används oftast DSM. 2013 kom den senaste uppdateringen av DSM, DSM-5. Där har man gått bort från missbruk och beroende som begrepp och i stället använder man termen substansbrukssyndrom. Detta beskrivs som "ett problematiskt mönster av substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande vilket visar sig i minst två av elva kriterier under en 12-månadersperiod". De elva kriterierna består av en modifierad kombination av de tidigare beroendekriterierna och missbrukskriterierna. Man graderar substansbrukssyndromets svårighetsgrad efter hur många av diagnoskriterierna som uppfylls. Man kan även specificera om tillståndet är i tidig eller varaktig remission. Riskbruk är en riskfaktor och inte en diagnos, och det finns således inga diagnoskriterier för detta i ICD- eller DSM-systemen.

Definitioner

Eftersom vi i Sverige använder ICD-systemet för diagnoskodning redovisas här kriterierna för skadligt bruk (missbruk enligt tidigare utgåvor av DSM) och beroende. De är till stora delar överensstämmande med kriterierna i tidigare utgåvor av DSM.

Riskbruk:

Ett bruk av alkohol eller narkotika som medför förhöjd risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser utan det föreligger ett beroende eller missbruk. Har man ett beroende eller missbruk uppfyller

man sannolikt även kriterierna för riskbruk.

Skadligt bruk:

Skadligt bruk är en psykiatrisk diagnos i WHO:s klassifikationssystem ICD-10, som avser upprepad substansanvändning under det senaste året som framkallar negativa sociala eller medicinska konsekvenser enligt vissa uppställda kriterier.

Beroende:

Enligt ICD-10 menas "en grupp av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen, där substansen får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden som tidigare haft större betydelse".

För att ställa diagnosen krävs att minst tre av följande sex kriterier är uppfyllda under det senaste året:

- o Ett starkt behov (sug) eller tvång att inta substansen
- o Svårigheter att kontrollera konsumtionen (kontrollförlust)
- o Förekomst av karakteristiska abstinenssymtom
- o Toleransökning
- o Tilltagande ointresse för andra saker än att inta substansen
- o Fortsatt konsumtion trots kroppsliga eller psykiska skador

ICD-10 använder alltså två skilda diagnostermer för narkotikaproblem, skadligt bruk och beroende, där det senare betecknar svårare problem. Man kan alltså inte ställa diagnosen skadligt bruk om patienten uppfyller kriterierna för beroende av den aktuella substansen.

Missbruk: I Socialtjänstlagen (2001:453), SOL, används bara termen missbruk. Termen saknar definition men avser vanligen all användning av narkotika oavsett om man utvecklat ett beroende eller ej samt alkoholberoende med social problematik. I juridiska sammanhang betecknas all användning som missbruk och av samma anledning används det begreppet också i detta dokument.

Även anhöriga och närstående ingår som målgrupp i denna överenskommelse.

Särskild uppmärksamhet ska ske vid:

<u>Hälsa- och sjukvård</u>	<u>Socialtjänst</u>
Olycksfall	Kriminalitet
Långvarig smärtproblematik	Våld inom familjen
Hjärtarytmier	Försummelse av barn
Högt blodtryck	Långvariga ekonomiska bekymmer
Depressioner	Upprepat självdestruktivt beteende
Upprepat självdestruktivt beteende	Självmoordsförsök
Självmoordsförsök	

Särskilda målgrupper att uppmärksamma

Vissa målgrupper är särskilt viktiga att uppmärksamma. Frågeställningarna kan spänna över olika kunskapsområden och flera specialiteter kan vara inblandade. Insatser till dessa målgrupper förutsätter samordnade och samtidiga insatser mellan olika aktörer.

- Personer med missbruk/ beroende och samtidig långvarig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)
- Gravida kvinnor med riskbruk, missbruks- och beroendeproblem
- Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och riskbruk/missbruk och beroende
- Föräldrar med riskbruk, missbruk och beroende
- Barn till föräldrar med riskbruk, missbruk och beroende
- Personer med läkemedelsberoende
- Personer med spelberoende (spel om pengar)
- Insatser för äldre (65+)
- Insatser för unga under 18 år

"Riktlinjer för samverkan gravida missbrukande kvinnor" finns som dokument

Samverkan och ansvarsfördelning

Socialstyrelsens kunskapsguide om ansvar och stöd vid behandling av missbruk och beroende: ”Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att erbjuda stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens uppgifter när det gäller behandling ska samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål. Problematiken vid missbruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Missbruks- och beroendevården omfattar därmed ett brett spektrum av vård- och stödinsatser som faller inom både det sociala och det medicinska området. Kommuner och regioner ska ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.”

Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningsätt som innebär att se den enskilda personen, involvera och anpassa efter individens behov och förutsättningar. På detta sätt kan vården både bli mer jämlik och kostnadseffektiv. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper. Eftersom personcentrering alltid måste utgå från individen så betyder personcentrering i praktiken olika saker, i olika situationer, för olika individer. Detta är grunden i utvecklingen av nära vård och ska också inkludera samverkan kring individer med missbruk och beroende.

Kommunens ansvar

Kommuners arbete rörande missbruksproblematik regleras i Socialtjänstlagen, SoL (2001:453). Hjälps och stöd erbjuds både i form av rådgivning och som biståndsbedömda insatser. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den enskilde personen med missbruk/beroende får den hjälp och vård som han/hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Insatserna som erbjuds enligt socialtjänstlagen är frivilliga. Om det är nödvändigt att personer med missbruk får vård men inte samtycker till detta, kan vården under vissa förutsättningar ges mot den enskildes vilja. Detta är reglerat i Lagen om vård av missbrukare, LVM (1988:870). För personer under 18 år kan i särskilda fall Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (1990:52), vara tillämplig. Socialtjänstens ska enligt socialtjänstlagen förebygga och motverka missbruk av spel om pengar på samma sätt som vid övrigt missbruk.

Barn som lever med vårdnadshavare eller andra vuxna som har missbruksproblem har en utsatt position och socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och unga som far illa får stöd och skydd. För att socialtjänsten ska kunna ta detta ansvar finns en anmälnings- och uppgiftsskyldighet för offentligt anställda enligt SoL 14 kap. 1 § andra och fjärde stycket. Genom en ändring av SoL som trädde i kraft 1 januari 2013 får socialnämnden enligt 14 kap. 1 b § informera den som gjort anmälan om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår, såvida det inte är olämpligt med hänsyn till omständigheterna. Socialtjänsten har utöver detta en allmän skyldighet att ha särskild uppmärksamhet på barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling.

Enligt lagstiftningen ska socialtjänsten utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov för en person med missbruks- eller beroendeproblematik, samt planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och dennes anhöriga. Det ska finnas en strukturerad och dokumenterad samverkan för de personer som har behov av insatser från flera aktörer. För en trygg och säker hemgång från slutenvården ska avtal och riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården följa. Att det finns rutiner och struktur för samverkan mellan kommunens egna verksamheter och specialistfunktioner är också av stor betydelse.

Socialtjänstens insatser ska utgå från den enskildes behov. Behoven kan variera från mycket stora till sporadiskt behov av stöd. Insatserna ska tillgodose behov av vård för missbruket, liksom behov av annan social rehabilitering. Kommunernas utbud av behandlingsinsatser växlar men det är av vikt att det är individens behov som är det primära och att de insatser som görs är valda med en evidensbaserad praktik som grund. Det innebär att både bästa tillgängliga kunskap, professionens kunnande och brukarens erfarenheter och önskemål vägs samman. Följaktligen är en kontinuerlig uppföljning av insatser en av förutsättningarna för en evidensbaserad praktik. De insatser som genomförs ska tydligt och korrekt dokumenteras.

Kommunens ansvar för förebyggande arbete

- Medverka i samhällsplaneringen genom bland annat omvärldsanalys som grund för lokal och regional verksamhetsplanering.

- Upptäcka och uppmärksamma riskbruk, missbruk och beroende hos vuxna, barn och ungdomar.

- Bedriva systematiskt arbete med att upptäcka, informera, ge stöd och insatser till föräldrar som har missbruks- och beroendeproblematik och de barn och vuxna som är indirekt drabbade.

Från den 1 januari 2018 gäller nya regler som förtydligar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar avseende spelmissbruk. Reglerna införs i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Med spelmissbruk avses missbruk av spel om pengar. Genom lagändringen likställs spelmissbruk med substansmissbruk och personer med spelproblem får samma rätt till hjälp och stöd som personer med alkohol- eller drogproblem.

Exempel på insatser som kommunerna ansvarar för:

- tidig upptäckt, screening
- information och rådgivning
- uppsökande verksamhet
- motivationsarbete
- utredning av behandlingsbehov
- vård och behandling av missbruk i form av öppenvård, familjevård och/eller institutionsvård i egen eller annans regi
- samordning av stödinsatser för den enskilde
- boende och boendestöd för personer med särskilda behov
- psykosocial behandling
- träning av psykosociala färdigheter
- kontaktpersoner
- anhörigstöd – med särskild uppmärksamhet på barnen
- nätverksarbete
- utredning och ansökan till förvaltningsrätten om tvångsvård enligt LVM/LVU
- uppföljning av personer som omhändertagits enligt LOB

Samordnad Individuell Plan (SIP) ska tillämpas vid behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

I förslaget till ny socialtjänstlag föreslås att det införs en ny bestämmelse som anger att socialnämnden får tillhandahålla insatser utan föregående individuell behovsprövning. Den enskilde ska med andra ord inte först behöva vända sig till socialkontoret – för ansökan, utredning och beslut.

Bestämmelsen är ett komplement till biståndsbestämmelserna i 4 kap. 1 och 2 §§ SoL och innebär ingen begränsning av den enskildes rätt till bistånd.

De insatser som kan vara aktuella är öppenvårdsinsatser. Andra insatser är undantagna; exempelvis insats i form boende och placering är undantagna.

Regionens ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), ska hälso- och sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och samverkansrutin enligt lagen (2017:612). För en trygg och säker hemgång från slutenvården ska avtal och riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården följas. Att det finns rutiner och struktur för samverkan mellan regionens egna verksamheter och specialistfunktioner är också av stor betydelse.

Regionen ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor för hela befolkningen i länet. I detta arbete ska den enskilde personen stå i centrum.

Från den 1 januari 2018 gäller nya regler som förtydligar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar avseende spelmissbruk. Reglerna införs i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Med spelmissbruk avses missbruk av spel om pengar. Genom lagändringen likställs spelmissbruk med substansmissbruk och personer med spelproblem får samma rätt till hjälp och stöd som personer med alkohol- eller drogproblem.

Regionens ansvar för förebyggande arbete

- Medverka i samhällsplaneringen genom bland annat omvärldsanalys som grund för lokal och regional verksamhetsplanering.
- Upptäcka och uppmärksamma riskbruk, missbruk och beroende hos vuxna, barn och ungdomar.
- Bedriva systematiskt arbete med att upptäcka, informera, ge stöd och insatser till föräldrar som har missbruks- och beroendeproblematik och de barn och vuxna som är indirekt drabbade.

Hälso- och sjukvården har en lagreglerad skyldighet enligt HSL att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med;

- har en psykisk störning eller en psykisk funktions-nedsättning,
- har allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
- missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel
- spelar om pengar
- oväntat avlider

I detta sammanhang bör anmälnings- och uppgifts-skyldigheten till socialtjänsten, som gäller för offentligt anställda enligt SoL understrykas. Enligt lagen ska en orosanmälan göras då det kommer till ens kännedom att ett barn far illa eller riskerar att fara illa.

Primärvården i länet står för första linjens hälso- och sjukvård för somatisk vård och psykisk ohälsa hos vuxna. Som sådan är hälsocentralerna strategiskt placerade för screening och tidiga interventioner vid riskbruk av alkohol, även om detta också kan ske inom Regionens övriga vårdenheter. Utifrån behov kan patienter slussas vidare till specialistsjukvård inom psykiatri.

För barn upp till 18 år är Barn och ungdomspsykiatri, BUP första linjen för psykisk ohälsa, tillsammans med Ungdomsmottagningarna som har visst första linjeuppdrag för psykisk ohälsa för ungdomar. Se också länsöverenskommelsen Jämtbus angående samverkan för barn och unga i behov av särskilt stöd.

Psykiatriens beroendeenhet erbjuder stöd och vård för patienter över 18 år med beroende eller missbruk av droger. Beroendeenheten har också ett ansvar för patienter med beroendeproblematik och annan psykiatrisk problematik såsom psykos eller annan allvarlig psykiatrisk problematik. Beroendeenheten ska då ansvara för att genomföra anpassade behandlingsinsatser och utredningar i samverkan mellan huvudmännen och på ett för individen lämpligt sätt. Enheten samarbetar med socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa och frivård. Ansvarsfördelning mellan Primärvård och Psykiatri regleras i dokumentet *"Huvudöverenskommelse om ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och Område Psykiatri"* <https://centuri/regno/45323> och *Gränsdragning mellan primärvården och psykiatri avseende beroende och missbruk.* <https://centuri/RegNo/54655-1> (revidering pågår).

Sedan hösten 2019 finns sprutbytesverksamhet vid infektionskliniken i Östersund. Syftet med verksamheten är att förbättra hälsa och livskvalité bland personer med injektionsmissbruk samt minska spridning av framför allt hiv och hepatit. Mottagningen bemannas av personal från både infektionskliniken och beroendepsykiatrin. För att skriva in sig i programmet behöver man vara över 18 år samt uppfylla dom regler som Region JH satt för sprutbyte.

Regionens ungdomsmottagningar i Östersund (UM), Sveg (HUM) och Strömsund (SUM) som är öppna för ungdomar 13–22 år ska:

- Erbjuder hälsorådgivning. Bedriva systematiskt samtals-arbete (ej testning) där tidig upptäckt och information om riskbruk av läkemedel, dataspel, alkohol och droger ingår. Ex AUDIT och DUDIT. Information om riskbruk ingår även i det utåtriktade arbetet.
- Ha särskilt fokus på kopplingen mellan alkohol/droger och våldsutsatthet/sexuell utsatthet/utsätter andra.
- Vid upptäckt av missbruk motivera för vidare kontakt av relevant vårdgivare samt orosanmäla till berörd socialtjänst.

Exempel på insatser som Regionen ansvarar för:

- konsultation, rådgivning och kompetensstöd i beroendefrågor.
- förebyggande arbete och tidiga interventioner vid riskbruk
- screening, diagnostik och behandling i enlighet med befintliga vårdprogram
- abstinensbehandling i öppen- och slutenvård
- alkohol- och drogkontroller inom ramen för medicinsk behandling
- somatisk utredning och behandling
- psykiatrisk utredning och behandling
- utredning och behandling vid samsjuklighet
- avgiftning och behandling av läkemedelsberoende
- psykoterapeutisk behandling
- läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
- smittskyddsarbete
- sprutbyte
- LVM-läkarintyg
- anmälan rörande barn i riskmiljö, LVM, vapen och körkort
- inledande vård på sjukhus vid behov, i samband med LVM-vård
- drogtester genom urinprov vid hälsocentral för ungdomar under 18 år

Samordnad Individuell Plan (SIP) ska tillämpas vid behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Kostnadsfördelning och ansvarsförbindelse vid missbruks- och beroendevård

Denna överenskommelse innebär att respektive part, kommun och Region Jämtland Härjedalen, förbinder sig att fullfölja det ansvar som åligger dem i enlighet med gällande lagstiftning. Samverkan mellan parterna är av yttersta vikt för att göra situationen för den enskilde individen så bra som möjligt.

I vissa situationer behöver personen vård på HVB-hem. Beslut kan fattas enligt Socialtjänstlagen och socialtjänstens tvångslag-stiftning.

En placering ska, om den enskilde så önskar, alltid föregås av en SIP där det tydligt framgår både socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens bedömning.

Diskussioner om ansvar och kostnader bör, så långt det är möjligt, ske innan en placering ägt rum. Som stöd i diskussionen ska huvudmännen specificera vilka insatser som bedöms vara av social karaktär och vilka som bedöms vara av medicinsk karaktär. Den information som har framkommit i SIP kan utgöra ett bra stöd. Om den placerade individen under placering på HVB-hem har behov av insatser som faller inom hälso- och sjukvårdens ansvar ska, hälso- och sjukvården bedöma om individen ska remitteras till den region där HVB-hemmet är beläget eller om hälso- och sjukvårdsinsatsen kan ges av region Jämtland Härjedalen eller om hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ges vid aktuellt HVB-hem.

I det fall hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ges vid aktuellt HVB-hem, ska kommunen och regionen göra en överenskommelse om att fördela kostnaderna för placeringen mellan sig. Fördelningen av kostnaden görs utifrån en gemensam bedömning avseende vad och hur stor del som utgör regionens ansvar respektive kommunens ansvar.

Principen är att frågor om kostnadsfördelning ska diskuteras på chefsnivå. Varje verksamhet bör således säkerställa att en person i chefsled ansvarar för att i förekommande fall diskutera kostnadsfördelning mellan huvudmännen.

- Överenskommelse om kostnader vid HVB-hemsplacering ska dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan kommunen och regionen
- Kostnaden ska preciseras i det enskilda fallet
- Kommunen och regionen upprättar avtal med HVB-hemmet var för sig. HVB-hemmet fakturerar parterna separat och enligt upprättade avtal
- Behov av placering ska fullföljas utan dröjsmål även om kostnadsansvaret är oklart
- I det fall en SIP inte hinner komma till stånd innan en placering skett ska en sådan genomföras senast inom en vecka efter placering
- Ingen av parterna får avvisa deltagande i SIP och kostnadsansvar med motivering att placering redan ägt rum
- Vid akutplacering ska kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 10 arbetsdagar efter beslut om placering
- HVB-hemmet ska i sin dokumentation tydliggöra vilken information som avser sociala- respektive medicinska insatser.

När placeringen avser barn eller ungdom se också "Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet"
<https://www.regionjh.se/download/18.43d8c27c16b6c2d1f0c37a/1561031381870/L%C3%A4ns%C3%B6vergripande%20%C3%B6verenskommelse%20placerade%20barn%202018.docx>

Respektive huvudman har ansvar för vårdplanering och dokumentation utifrån sitt ansvarsområde. Vid gemensamma placeringar ska vårdplanering inför placering samt uppföljning under vårdtiden ske gemensamt mellan huvudmän och den enskilde inom ramen för SIP-rutinerna. Är detta inte möjligt med anledning av t ex akuta situationer, den enskildes uteblivna samtycke eller annan orsak, ska strävan ändå vara att åstadkomma detta under placeringens gång.

Integrerad verksamhet mellan regionen och kommunerna

En framgångsfaktor för att samlat möta behoven hos personer med missbruks- och beroendeproblem är samtidiga insatser och att tydligt samordna insatserna utifrån den enskildes behov.

SVOM behandlade i februari 2015 en utredning och analysarbete kring integrerad verksamhet. Av protokollet framgår att Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner då var överens om att gå vidare i arbetet med en gemensam integrerad missbruksenhet. Utgångspunkten är att hela länet på sikt skulle involveras men att själva uppbyggnadsarbetet skulle starta mellan Östersunds kommun och Regionen.

Huvudmännens tjänstemän har gjort flera försök men inte kunnat enas om formerna för lokalfrågan och organisatorisk form för en integrerad missbruksenhet – därför är parterna nu överens om att i strukturerad form fortsätta med erfarenhetsutbyten, gemensamma aktiviteter, chefsamverkan mm. I detta bör samtliga kommuner ingå. Detta innebär:

- Erfarenhetsutbyte av personal mellan de olika verksamheterna, psykiatri – socialtjänst, genom att personal arbetar en halvdag i varandras verksamhet regelbundet
- Gemensamma Laro-konferenser varje månad
- Gemensamma utbildningsinsatser för ökad samsyn, t ex när det gäller LVM, Laro, Läkemedel, förhållningssätt
- Diskussioner kring riktlinjer för orosanmälan för barn som far illa och orosanmälan för vuxna, LVM anmälan och erfarenhetsutbyte av detta
- Konsultativ tid för länet i beroendefrågor som bemannas av personal från psykiatrin och socialtjänsten
- Återkommande chefsdiskussioner med avstämningsmöten var tredje månad kring policyfrågor, minst en gång per år ska patienter, brukare och närstående deltar för dialog och erfarenhetsutbyte.
- Regelbunden återkoppling i politiska arenor t. ex. SVOM

Huvudfrågan kring integrerad verksamhet behöver lyftas till förnyade beslut i SVOM.

Läkarförskrivna narkotikaklassade läkemedel

En inkörsport till beroendeproblem kan vara läkarförskrivna narkotikaklassade läkemedel. Vad som kan börja som smärtstillande behandling efter en olycka eller operation kan i värsta fall sluta med ett tungt opioidmissbruk.

I Sverige har vi i grunden en sund läkemedelsförskrivning och tämligen goda system för kontroll och uppföljning. Samtidigt finns det anledning till oro och förbättringar, bland annat mot bakgrund av att antalet anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om överförskrivning mer än fördubblades mellan 2014 och 2018. Felaktig förskrivning är också den vanligaste orsaken till att IVO kritiserar eller anmäler legitimerad personal till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Det har vid olika tillfällen framkommit i första hand från polisen att kända missbrukare i Jämtlands län ertappas med betydande mängder narkotikaklassade läkemedel som är utskrivna av läkare.

Det är därför av stor vikt att sjukvården är restriktiv med förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och att man noggrant följer upp förskrivningarna och är bättre på att följa upp patienter efter en längre tids användning av narkotiska läkemedel för att tidigt upptäcka begynnande missbruk och beroende och därmed minimera risken för överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel och följer upp patienter efter en längre tids användning för att tidigt upptäcka begynnande missbruk och beroende.

Skulle det uppmärksammas att läkare misstänks för att överförskriva narkotikaklassade läkemedel så ska kontakt inledas med berörd läkaren och ansvarig verksamhetschef.

Tillnyktring – ansvarsfördelning

Tillnyktringsenheten, TNE, var en del av Beroendeenheten i Region Jämtland Härjedalen. Verksamheten stängdes 1 november 2017. TNE byggde på en samverkan mellan kommunerna och regionen och gemensam finansiering. Verksamheten upphörde när kommunerna inte ville teckna nytt avtal om tillnyktringsverksamhet i samverkan med Region Jämtland Härjedalen. Bakgrunden var olika syn på vad i tillnyktring som är hälso- och sjukvård och vad som är socialtjänst och därmed ansvarsfrågan mellan huvudmännen.

Hösten 2020 har SVOM påbörjad diskussion om utvärdering av konsekvenserna av nedläggningen. Dessutom utreds nationellt under 2021 med bl a en djupanalys i Jämtland/Härjedalen. Det arbetet avvaktas innan ansvarsfördelning mellan region och kommuner diskuteras vidare.

Samverkan kring LVM-ärenden

LVM (SFS 1988:870 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall) är avsedd att komplettera socialtjänstlagen när frivillig vård bedöms vara otillräcklig. Socialtjänsten har ansvar för att utreda behov av tvångsvård, ansöka om och planera för vård samt ansvara för den samlade planeringen av åtgärder.

Läkarintyg i samband med LVM-utredning utfärdas i första hand av primärvård om inte pågående behandling är inledd inom Beroendeenheten.

Myndigheter har en skyldighet att anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. (6 § LVM)

Kvarhållningsskyldighet

Verksamhetschefen, för den sjukhusenhet där personen med missbruksproblem vistas, är skyldig att hålla kvar en patient tills de praktiska arrangemangen kring överföringen till LVM-hem kan ordnas. Skyldigheten förutsätter inte att den omhändertagne tagits in på sjukhus för slutenvård. Det räcker att den omhändertagne vistas vid en sjukhusenhet för vård. Sjukhusenheten bör dessförinnan gjort en bedömning av om LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) är tillämplig eller om det föreligger en sådan nödsituation att patienten måste ha vård. Kvarhållning bör ske under kortast möjliga tid och under former som inte äventyrar patientsäkerheten och som är etiskt godtagbara.

Diskussion om ansvar och möjligheter pågår mellan socialtjänst, polis, akuten och psykiatri för att skapa tydliga rutiner.

Samverkan kring målgruppen 13 – 29 år

JämtBus och Länsövergripande överenskommelse placerade barn finns som också ska beaktas i samverkan kring missbruk och beroende för barn och unga i åldern 13-29 år. Grundinställningen är att samverkan mellan de verksamheter som möter barn och unga ska ske kontinuerligt och att insatser i första hand ska ges förebyggande.

Det finns en skyldighet att uppmärksamma barn som växer upp i riskmiljö med föräldrar eller andra närstående som har missbruksproblem. Samverkan runt de utsatta barnen är i de flesta fall både en fördel och en nödvändighet. Här har skolan och elevhälsan också en viktig roll. Regionens primärvård genomför drogtester genom urinprov vid hälsocentral för ungdomar under 18 år, på uppdrag av skola, elevhälsa eller socialtjänst. Mödravårdscentraler, Barnavårdscentraler och ungdomsmottagningarna möter också delar av denna åldersgrupp varför uppmärksamhet kring målgruppen i denna överenskommelse är viktig att poängtera också i deras uppdrag.

Socialtjänsten och Barn- och ungdomspsykiatri möter var för sig ungdomar som befinner sig i en riskzon att utveckla ett missbruk och/eller ett beroende och som samtidigt har någon form av psykisk ohälsa eller funktionshinder/diagnos. En integrerad mottagnings- och behandlingsenhet i likhet med de MiniMaria-mottagningar som finns i landet skulle behövas också i Jämtland Härjedalen. Huvudmännen är överens om att gemensamt fortsätta utveckla lösning på detta behov med sikte på att ställningstagande kring detta är klart till nästa revidering av denna överenskommelse.

Samverkan gällande anhöriga (inkl. barn) enligt SoL, HSL och Barnkonventionen

Missbruks- och beroendevården fokuserar inte bara på personerna med missbruk eller beroende utan också på deras familjer. Anhöriga, inte minst barn, kan ha behov av hjälp och stöd. Stödet kan ges via föräldrarna eller direkt till barnet. I alla situationer där professionella möter personer med missbruk eller beroende som är föräldrar eller lever med barn, måste barns och ungas situation uppmärksammas och deras rättigheter, behov av hjälp och stöd tillgodoses.

För missbruks- och beroendevården räcker det inte att i utredning och behandling ha fokus enbart på en persons missbruk. Vården behöver också fokusera på hur missbruket har påverkat och påverkar relationerna och samvaron i personens familj. Frågor om föräldraskap och stöd till anhöriga kommer därmed naturligt in i den kartläggning, problemformulering och vårdplanering som görs kring den vuxna med missbruksproblem. Trygghet, begriplighet och sammanhang är nyckelord i situationer som väcker oro, osäkerhet och kan vara svåra att förstå. Det handlar om sådant som trygg anknytning, gott föräldraskap, fungerande struktur i vardagen, fungerande förskola och skola, kamrater och stöd i övrigt nätverk.

Förutsättningar för begriplighet och sammanhang kan öka, till exempel genom adekvat information och svar på frågor, öppen kommunikation i familjen och även möjligheten att dela erfarenheter med andra i liknande situationer.

Detta är viktigt i både kommunernas arbete och i regionens arbete med individerna – men extra viktigt blir det när individerna har insatser från både kommun och region. I samverkan kring individerna ska samverkan kring de anhöriga också uppmärksammas.

Stärkt samverkan genom lokala programområden och vård och insatsprogram för skadligt bruk och beroende

2018 gick alla Sveriges regioner samman i ett nationellt system för kunskapsstyrning. Som första steg bildades 26 nationella programområden, dessa ska mötas upp av motsvarande sjukvårdsregionala programområden (RPO) och lokala programområden (LPO) för varje region. Målet är att få en jämlik, kunskapsbaserad och resurseffektiv hälso- och sjukvård. Bästa möjliga kunskap ska finnas i varje patientmöte. Inom programområdet psykisk hälsa finns missbruks och beroendefrågorna.

<https://www.kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/np0/npopsykiskhalsa.721.html>

Området missbruk och beroende är ett angeläget för både regioner och kommuner. Samverkan är en utmaning på både organisations- och patient- och brukarnivå. LPO psykisk hälsa inrättas för att leda, styra och samordna kunskapsstyrningsarbetet inom området. Deras övergripande uppdrag är att bidra till en säker, god och jämlik vård i länet. Lokala arbetsgrupper, LAG tillsätts med tidsbegränsning i förhållande till uppdrag, exempelvis implementering av nationella vård- och insatsprogram (VIP) och framarbetande av rutiner/riktlinjer för samverkan på individnivå inom området.

Vård- och insatsprogram (VIP) Skadligt bruk och beroende lanserades i december 2020 och kommer i Jämtlands län att implementeras genom analyser, riktlinjer och samverkan i LPO psykisk hälsa. Genom att sammanställa och tillgängliggöra olika kunskapsunderlag på en gemensam plats för både specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola ökar förutsättningarna för likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn. Utifrån nationella riktlinjer och andra kunskaps-sammanställningar presenteras information på ett sätt som är anpassat efter olika yrkesgruppers/ personals behov inför eller i mötet med patient/brukare. Målet är en god och jämlik vård över landet.

Det kommer vara viktigt att LPO Psykisk hälsa har kommunal representation och att kanaler för att sprida information om LPO Psykisk hälsas arbete upparbetas.

Samordnad individuell plan, SIP

Alla personer som får vård och behandling från två eller flera huvudmän ska enligt lag erbjudas att en skriftlig, samordnad individuell plan upprättas (SoL, 2 kap 7§ och HSL 16 kap 4§). Planen ska tydliggöra ansvaret, d v s vem som ansvarar och gör vad av de behov som finns. Båda huvudmännen har lika stort ansvar för att erbjuda och upprätta en plan.

För personer med en psykiatrisk problematik och som samtidigt missbrukar bör man alltid utgå från att en plan behövs för att behoven ska tillgodoses. En vårdplan ska också finnas för personer i hemsjukvård.

Planen ska upprättas om Regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller Regionen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

För att öka stödet till verksamheterna i arbetet med SIP finns sedan 2020 funktionen SIP-stödare i Region

Jämtland Härjedalen och länets kommuner. Syftet med SIP-stödjare är att möjliggöra en hållbar kunskapsspridning kring SIP och systematiskt förbättra samverkan mellan verksamheterna och huvudmännen. Syftet är att förbättra användandet av SIP genom att personalen får ökat stöd i arbetet, exempelvis genom att SIP-stödjaren vid behov arrangerar interna utbildningar samt ger dagligt stöd i SIP.

Kommunerna i Jämtlands län ska ha minst en utsedd SIP-stödjare per socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Region Jämtland Härjedalen ska ha minst en utsedd SIP-stödjare per hälsocentral/mottagning/öppenvårdsteam.

Brukarmedverkan

Sveriges Kommuner och Regioner har uttalat att synen på patienter/brukare som ”mottagare” av hälso- och sjukvård resp. socialtjänst behöver förändras mot en syn och en praktik där de är medskapare. Metoder för att systematiskt synliggöra och ta tillvara kunskap, erfarenheter och synpunkter behöver utvecklas. Personer med nedsatt autonomi kräver särskild hänsyn, stöd och kompetens för att kunna vara delaktiga i sin egen process.

Att åstadkomma brukarinflytande kräver en struktur och en långsiktig strategi. Brukarmedverkan behövs på tre nivåer: strategisk nivå, enhetsnivå och individnivå. Det är viktigt att brukarna finns med redan från början och att det finns intresse hos den eller de som leder verksamheten. Cheferna måste kunna engagera och motivera personalen genom att tillhandahålla utbildning och avsätta resurser för att möjliggöra brukarmedverkan.

JLB/NSPH Jämtlands län är en paraplyförening som 2011 bildades av länets brukarorganisationer inom psykiatri, NPF och beroendevården. JLB /NSPH strävar efter ökad brukarmedverkan och förbättrad kvalitet och bemötande hos berörda vårdgivare. Se vidare på hemsidan: www.jlbz.se. På strategisk nivå deltar JLB/NSPH Jämtlands län i processer kopplade till ”område psykisk hälsa”. Viss samverkan har även påbörjats mellan JLB/NSPH Jämtlands län och vuxenpsykiatrin där bl.a. en brukarstyrd brukarrevision genomfördes under 2019.

NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa se hemsida) har nationellt och regionalt, som här i Jämtlands län, förklarat sin vilja att bidra med erfarenhetskunskaper.

”I de fortsatta satsningarna vill vi bidra med våra samlade erfarenheter som patienter, brukare och anhöriga. Vi har med oss viktig kunskap om vad som hjälper vid psykisk ohälsa men det är också en fråga om människosyn, medborgarintressen, rättssäkerhet och demokrati. Idag saknas rutiner, systematik och strukturer för kontinuerligt samarbete med brukarrörelsen. Många anser att det är viktigt att ta tillvara brukarnas erfarenheter och åsikter för att utveckla arbetet, men det finns inte några system eller strukturer för att ta tillvara dessa erfarenheter utan de dyker upp mer som öar av goda exempel på brukarmedverkan. Vi vill se en samlad strategi och plan för en verklig delaktighet där vår röst blir lyssnad till och ges möjlighet att spela en aktiv roll i det fortsatta utvecklingsarbetet inom psykiatrin. Kanske görs frågan om brukarmedverkan svårare än den behöver vara. Vad som krävs är fokus på frågan, tid, resurser och en vilja att utveckla demokratiska och meningsfulla former för inflytandet. Vi bidrar gärna med exempel på hur detta kan gå till och de verktyg som vi tagit fram för detta. Bland dessa finns exempelvis återhämtningsmetoder, studiecirkel, peer support, patientforum, brukarrevision, partssammansatta kvalitetsteam, värdecaféer och erfarenhetsbaserad handledning. Även Hjärnkolls antistigma arbete behöver involveras i större utsträckning än för närvarande. Många brukare/patienter inom psykiatrin upplever fortfarande ett diskriminerande förhållningssätt även inom vården.”

2013 utfärdade Socialstyrelsen: ”Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruk. Vägledningen riktar sig i första hand till personal inom socialtjänsten, psykiatrin samt missbruks- och beroendevården, men kan även användas av brukarorganisationer. Vägledningen bygger på bästa tillgängliga kunskap – forskning samt kunskap och erfarenhet från praktiken och brukarna. Att ha brukarperspektivet i fokus är viktigt. Det ska vara självklart att alla brukare får ett inkluderande bemötande, att vägen till stöd, vård och behandling är lättillgänglig och att brukarens erfarenhet, kunskap och önskemål finns med som en självklar

del i utredning, bedömning och val av insats och behandling.

Kontakt, vård och behandling ska präglas av:

- ett inkluderande bemötande
- utgångspunkt från brukarens erfarenheter, behov och önskemål
- särskild uppmärksamhet rörande missbrukande kvinnors utsatthet för våld
- särskild uppmärksamhet på barnens situation
- särskild uppmärksamhet om nödvändigheten att anlita tolk
- särskild uppmärksamhet på samtidiga psykiska och fysiska sjukdomar (samsjuklighet)
- genom personcentrerad vård (i team) säkerställa en obruten vårdkedja eller en integrerad samtidig vård
- Genom brukarenkäter och brukarrevisioner kan synpunkter och viktig kunskap samlas och användas i verk samhets- och kompetensutveckling.

Den enskilde och dennes anhöriga ska bli sedda, lyssnade på och respekterade av personalen. Personer som sökt hjälp hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården framhåller ofta att det är två frågor som är viktiga att få möjlighet att besvara: vad har fört dig hit, och vad vill du ha hjälp med? Det är viktigt att se individens hela livssituation och dennes sociala nätverk. Patienten/brukaren och anhöriga har kunskap och erfarenheter som är ett nödvändigt komplement till professionens och tillför verksamheten kvalitet.

Lokala överenskommelser

Jämtlands läns åtta kommuner har alla skilda förutsättningar, resurser, samverkansformer, kompetens- och utvecklingsbehov och det är därför viktigt att de enskilda kommunerna, Regionens verksamheter och i vissa fall polisen tillsammans, har möjlighet att formulera lokala överenskommelser som komplement till denna överenskommelse. För att den ska vara användbar är det bra om den är så konkret som möjligt. Ett mallförslag finns på näst sista sidan.

I samband med att flöden, rutiner och samverkan mellan huvudmän ses över bör motsvarande också göras inom den egna organisationen. Inom kommunen kan det handla om samverkan mellan äldreomsorg, ekonomiskt bistånd och enheter för utredning och behandlingsstöd. Inom Regionen kan det handla om samverkan mellan somatiska enheter, akutverksamhet, primärvård och psykiatriska kliniker.

I arbetet i länet för att fler omhändertagna ska tillnyktra inom sjukvården, bli medicinskt bedömda samt vid behov länkas vidare till andra insatser är samverkan mellan kommuner, Region och polis betydelsefullt. Varje kommun bör göra en översyn av rutinerna i samband med LOB-omhändertaganden. Dessa rutiner kan med fördel inrymmas i lokal överenskommelse. Detta gäller även SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) där det är av stor vikt att det finns rutiner i varje kommun som säkerställer snabbt omhändertagande av misstänkta rattfyllerister och drogtrattfyllerister.

De skriftliga lokala överenskommelserna behöver inte samordnas för alla berörda verksamheter. Det är där behov finns av förtydliganden som lokala överenskommelser kan göras. Mall för lokal överenskommelse se bilaga 1

Lokala (styr)grupper med företrädare för berörda verksamheter och samarbetsrutiner inom andra områden finns redan i många kommuner och dessa kan i många fall användas i arbetet för utformandet av denna överenskommelse inom missbruksområdet. Förutom att skriftligt tydliggöra ansvarsfördelning och rutiner kan processen i framtagandet av dokumentet ge tillfälle till analys och identifikation av förbättringsområden.

När samverkan inte fungerar

Oenigheter om tolkningen får ej leda till att enskilda inte får sina behov tillgodosedda. Oenigheten dokumenteras enligt ordinarie avvikelserutiner.

Om en part anser att samverkansöverenskommelsen inte följs skall detta i första hand lösas genom dialog mellan chefer på motsvarande nivå i kommunen och region. Krävs förtydliganden och ändringar av överenskommelsen, eller om oenigheten inte kan lösas på verksamhetsnivå hänskjuts frågan till de regionala samverkansarenorna Fredagsgruppen och LIFO. Tvister om kostnads- och ansvarsfördelning mellan huvudmännen i enskilda personärenden, som inte kunnat lösas i dialog mellan chefer, hänskjuts i oidentifierad form till Fredagsgruppen och LIFO.

Enskilda personer som har synpunkter eller klagomål på hur överenskommelsen följs kan vända sig till den tjänsteperson inom kommun eller regionen som den har mest kontakt med och/eller förtroende för. Tjänstepersonen har därefter att göra en bedömning utifrån ärendets art och överlämna synpunkten till den verksamhet som är berörd. Återkoppling skall ske till den enskilde. Enskilda kan också använda sig av kommunernas synpunktshandling och regionens klagomålshandling, där man också kan vara anonym, eller vända sig till regionens patientnämnd.

I de fall parterna inte kan enas hänskjuts tvister till allmän domstol.

Uppföljning och utvärdering

Vård och stöd för den enskilde ska systematiskt följas upp av respektive huvudman utifrån aktuell lagstiftning.

Uppföljning av samverkan enligt denna överenskommelse ska ske årligen genom initiativ i LIFO och/eller Fredagsgruppen och rapporteras till SVOM. Ämnen för uppföljning är:

- Tillgänglighet, samordning och kvalitet i insatser
- Placeringar i HVB-hem (volym, motiv, samt vård och behandlingsinnehåll).
- Analys av anmälda avvikelser i samverkan mellan huvudmännen – med syfte att se vilka förbättringar som krävs.
- Analys av Socialstyrelsens Öppna Jämförelser för missbruks- och beroendevården

Sociala vård- och omsorgsgruppen, SVOMs roll inom missbruksområdet är:

- Medverka till att det finns en tydlig och övergripande ansvarsfördelning för tidig upptäckt, förebyggande verksamhet samt vård och behandling utifrån aktuella riktlinjer, föreskrifter och lagstiftning
- Verka för att identifierade problemområden på länsövergripande nivå, mellan huvudmän och internt inom respektive organisation, blir belysta och föremål för utredning och åtgärd

Denna överenskommelse sträcker sig fram till 2023. Revidering kan komma att behövs tidigare pga de nationella initiativ som pågår.

Bilaga 1: Förslag till mall för lokal överenskommelse

En lokal överenskommelse bör vara konkret. Representanter med mandat från olika verksamheter samverkar och enas om hur personer som har missbruk/beroende och dennes närstående ska erbjudas stöd, vård och behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Förslag till rubriker och innehåll:

Barn i riskmiljö

- hur och var uppmärksammas barn som växer upp i riskmiljö, hur kan/bör en orosanmälan göras, återrapportering

Rutin för samverkan på chefs- och handläggarnivå

- hur ofta träffar, vad ska tas upp, vilka ingår

Tidig upptäckt

- i respektive verksamhet
- när/hur hänvisar vi till varandra

Utredning

- vad behöver utredas, vem utreder vad

Behandling

- vilken behandling behövs, vem erbjuder vad

Samsjuklighet

- vem upptäcker, hur initieras samverkan
- utredning, på flera håll? stöd/behandling

Anhöriga

- vad erbjuds och av vem

Rutiner vid polisens omhändertagande i enlighet med LOB

- Medicinsk bedömning var/när
- tillgång till tillnyktring
- efterföljande kontakt var/när
- Särskilda arrangemang ex. festivaler

Rutiner för SMADIT

- vem hjälper polisen med ev. provtagning
- vem håller SMADIT-samtalet
- vad erbjuds den som är motiverad att gå vidare till behandling

Kompetensutveckling

- behovsinventering utifrån riktlinjerna
- samplanering

Uppföljning/utvärdering

- hur hantera resultat från ÖJ
- behov av lokala uppföljningar
- forum för presentation av resultat

Rutiner för avvikelser och eventuella tvister kring ansvarsfrågor

- Rutiner för SIP, vem initierar och hur sker inbjudan, var och när sker träffen
- dokumentation, uppföljning mm

Vem/vilka ansvarar för att den lokala överenskommelsen följs upp

- hur ofta

För en konkret ansvars- och arbetsfördelning av insatser, mellan socialtjänst, primärvård, psykiatrisk specialistvård kan ett enkelt rutsystem användas enligt nedanstående förslag.

EXEMPEL	Handläggning socialtjänst	Handläggning primärvård	Handläggning specialistvård
Tidig upptäckt och tidiga insatser	AUDIT, DUDIT, Rådgivande samtal (MI-inspirerat)	AUDIT, DUDIT, Rådgivande samtal (MET)	AUDIT, DUDIT, Rådgivande samtal (MET)
Bedömning av behov	Socialsekreterare genomför ASI utredning om vuxen, ADAD för unga, missbruksutredning med samtal och kontakt med anhöriga	Provtagning, bedömningssamtal förmedling av kontakt till socialtjänst	Provtagning, bedömningssamtal
Stödmedicinering	Hänvisning till primärvård	Provtagning, förskrivning, uppföljning	
Samsjuklighet	ASI-utredning, LSS	Somatisk utredning/behandling	Psykiatrisk utredning/behandling

Referenslista

- **Handlingsplan mot missbruk och beroende – tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13–29 år**, fastställd av SKLs styrelse dec 2018
<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/missbrukochberoende.1165.html>
Planen omfattar 43 punkter om hur man tidigt ska upptäcka och bättre ta hand om unga som hamnat i missbruk. Planen, som ska bli en underlätta samarbete och samordning mellan huvudmän.
- **Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019**
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf> innehåller rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. De vänder sig till beslutsfattare och profession inom området.
- Socialstyrelsens nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för **behandling av spelmissbruk och spelberoende**, utkom 2018.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2018-12-5.pdf>
- På **www.stodlinjen.se** finns självhjälpsprogram samt information för såväl den som själv spelar, den som är anhörig eller den yrkesverksamme.
- Regeringen beslutade i februari 2016 om en förnyad samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. **ANDT-strategin** gäller för perioden 2016-2020.
https://www.regeringen.se/contentassets/0cb3c9b3b28b49678a7205a3672b3e85/rk_21340_socialdep_folder_tillg_web.pdf
- En **regional strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT)** för åren 2015–2020 har antagits för länet.
<https://www.lansstyrelsen.se/download/18.4e0415ee166afb5932416930/1542113602862/Regional-ANDT-strategi-for-Jamtlands-lan-2015-2020.pdf> Syftet är att strategin och årliga handlingsplaner ska bidra till att stärka det lokala ANDT-arbetet samtidigt som den regionala nivån i ökad utsträckning ska vara ett stöd för länets kommuner och organisationer.
- **SMADIT** är en samverkan mellan Polisen, länets kommuner och Region JH med syfte att ge stöd till personer som rapporterats för ratt-, drogratt- eller sjöfylleri.
<https://mobilisering.nu/alkohol/smadit-jamtlands-lan/>
- 2013 utfärdade Socialstyrelsen: **”Vägledning om brukarinflytande** inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Vägledningen riktar sig i första hand till personal inom socialtjänsten, psykiatrin samt missbruks- och beroendevården, men kan även användas av brukarorganisationer. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>
- Socialstyrelsen har tagit fram en **stöd för implementering**.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>