

Överenskommelse avseende riskbruk, missbruk och beroende i Jämtlands län

2016 – 2018



Innehåll

2016 – 2018	1
1. Inledning och bakgrund	3
1.1 Evidensbaserad praktik (EBP)	3
1.2 Nationellt perspektiv	4
1.3 Regionalt perspektiv	5
1.4 Lokalt perspektiv	5
2. Mål och syfte.....	5
2.1 Mål.....	5
2.2 Syfte.....	5
2.3 Utgångspunkter för samverkan	6
2.3.1 Brukarmedverkan	6
2.3.1.1 Brukarråd för långsiktigt hållbar brukarmedverkan:.....	7
2.3.2 Anhöriga och närstående	7
2.3.3 Barn	7
2.3.3.1 Barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården.....	8
4. Målgrupper	8
3.1 Personer med missbruk.....	8
3.2 Personer med missbruk/beroende.....	9
3.3 Särskilda målgrupper att uppmärksamma	10
4. Kommunernas och Region Jämtland Härjedalens ansvar	10
Sammanfattning av GAP-analys Jämtland Härjedalen.....	10
4.1 Interventioner på olika behovsnivåer	11
4.2 Interventioner för tidiga insatser, bedömning, behandling och dokumentation	12
4.3 Kommunens ansvar	13
4.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar:	14
4.5 Tillnyktring:	16
4.6 LVM: Lagen om vård av missbrukare i vissa fall	16
4.6.1 Kvarhållningsskyldighet.....	16
4.6.2 LARO	17
4.6.3 Kartläggning av LOB- Lagen om omhändertagande av berusade personer.....	17
5. Samverkan, Samarbete, Samordning	17
5.1 SIP: samordnad individuell plan	17
5.2 SMADIT; Samverkan mot alkohol och droger i trafiken	17
5.3 Dopning	18
6. Lokala Överenskommelser	18

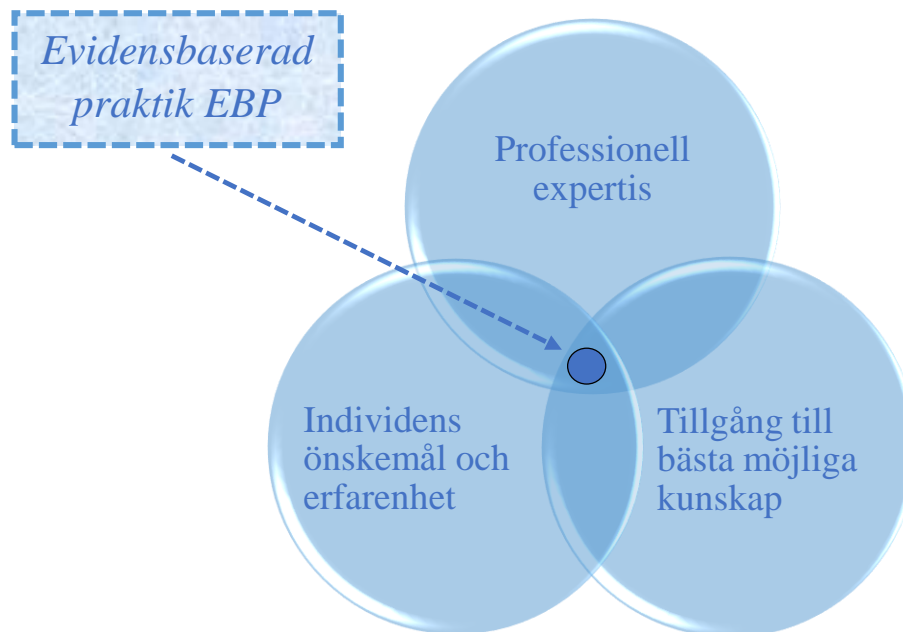
7. Genomförande	18
8. Uppföljning	18

1. Inledning och bakgrund

Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län har utarbetat en gemensam länsövergripande överenskommelse gällande riskbruk, missbruks- och beroendevården i länet. Överenskommelsen reglerar ansvar, roller och samverkan mellan Jämtlands kommuner och Region Jämtland Härjedalen beträffande riskbruk, missbruk och beroende. Överenskommelsen bygger på "Nationella riktlinjer för Vård och stöd i missbruk och beroende" (Socialstyrelsen 201). Riktlinjerna förtydligar hur socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens verksamhet kan samarbeta kring målgruppen. Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner har också beslutat om ett gemensamt måldokument Framtidens Hälso- och sjukvård 2014-2025.

1.1 Evidensbaserad praktik (EBP)

Innehållet i överenskommelsen ska bygga på evidensbaserad praktik. Kommuner och hälso- och sjukvården ska tillsammans sprida och implementera evidensbaserad kunskap och utveckla evidensbaserad praktik. I en evidensbaserad praktik integreras den aktuella bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter med brukares erfarenheter och förväntningar samt med professionens expertis. Det innebär ett förhållningssätt med ett ständigt och systematiskt lärande, där brukaren och de professionella utifrån bästa tillgängliga kunskap tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser. Ett systematiskt förbättringsarbete där insatser följs upp metodiskt fungerar som en drivkraft i en evidensbaserad verksamhet.



Figur 1. Evidensbaserad praktik

Innehållet i denna överenskommelse ligger i linje med nya lagar och andra satsningar och strategier inom området.

Myndigheter har en lagstadgad skyldighet att samverka och ha överenskommelser om samarbete när det

gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Nya bestämmelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på detta område. Några grupper lyfts fram där samverkan är särskilt viktig; t.ex. personer med psykisk störning och samtidigt missbruk.

I regeringens samlade strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak; *ANDT- politiken* beskrivs bl.a. mål som att "antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska" och att "personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet".

Sedan hösten 2006 pågår en kraftsamling i länet – *Mobilisering mot droger*. Initiativet kommer från den politiska ledningen från såväl kommunerna som dåvarande landstinget tillsammans med polismyndigheten. *Mobilisering mot droger* omfattar hela kedjan från förebyggande insatser till vård och behandling för personer med missbruksproblem.

Arbete med folkhälsa är ett upplysande och förebyggande arbete med insatser som vänder sig till befolkningen som helhet. Uppdraget för folkhälsoarbete ligger hos stat, kommun och landsting. *Länsgemensam folkhälsopolicy – Jämtlands län* med visionen "Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län" utgör en grund för lokala handlingsplaner som respektive huvudman ansvarar för utifrån lokala förutsättningar. För att folkhälsoarbetet ska bidra till en positiv utveckling i länet krävs att folkhälsoaspekterna integreras i den ordinarie verksamheten och i styrande dokument.

Den länsgemensamma överenskommelsen mellan kommunerna och hälso- och sjukvården om riskbruk, missbruk och beroende i länet kommer genom sitt förtydligande av ansvar, roller och samverkan ha stor betydelse i ambitionen att minska drog- och alkoholskadorna i Jämtlands län.

1.2 Nationellt perspektiv

Efter en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) påbörjades 2008 ett utvecklingsarbete; Kunskap till praktik. Utvecklingsarbetet syftar till att förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. Utgångspunkten för arbetet är de nationella riktlinjerna som beskriver vilka behandlings- och rehabiliteringsinsatser som har störst medicinsk, social och ekonomisk effekt. Den bärande idén i utvecklingsarbetet är att kommuner och landsting/regioner ska ta ett gemensamt ansvar. SKL har därefter träffat överenskommelser med alla län i landet.

För att riktlinjer ska omsättas i praktiken krävs samarbete mellan den nationella, regionala och lokala nivån. SKL har åtagit sig att sprida kunskap, erfarenheter och konkreta verktyg för implementeringen av riktlinjerna, stödja de regionala aktörerna i planering, genomförande och uppföljning samt ge ekonomiskt stöd.

SKL vill främja en långsiktig kunskapsförsörjning och en organisationsstruktur för erfarenhetsutbyte mellan kommuner, landsting/regioner, FoU-enheter, universitet och högskolor.

Alla län har erbjudits att bygga upp en resurs med utbildare och metodstödare på länsplanet samt nyttja den utbildningsplan för en nationell baskurs "Riskbruk, missbruk och beroende" som utarbetats och som följs av arbetsmaterial och fördjupningsutbildningar.

Jämtland inledde sitt arbete i Kunskap till praktik 1 september 2009.

I propositionen (Prop.2012/13:77) har regeringen föreslagit att det i hälso-och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen införs bestämmelser om att kommuner och landsting/regioner ska ingå överenskommelser om ett samarbete med varandra i fråga om personer som missbrukar alkohol,

narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Lagändringen trädde i kraft den 1/7 2013. Syftet med ändringarna är att stärka samverkan mellan landsting/regioner och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen.

1.3 Regionalt perspektiv

Denna reviderade överenskommelse har utarbetats av operativ/projektgrupp i samverkan och dialog med Jämtlands läns brukarråd (JLB).

En utredning "Integrerad verksamhet missbruk och beroende" är gjord och rapport med beslutsförslag är framtagen för hur länet ska utveckla den integrerade verksamheten.

1.4 Lokalt perspektiv

Alla åtta kommuner i Jämtland har tillsatt en lokal styrgrupp bestående av chefstjänstemän inom socialtjänst och primärvård samt representanter från Region Jämtland Härjedalens Beroendeenhet.

I de fall privata vårdgivare finns representerade i kommunen deltar dessa i styrgruppsarbetet som ordinarie ledamot eller som ersättare. I en kommun deltar representant från brukarorganisation. Till styrgruppen finns i de flesta fall även arbetsgrupper eller referensgrupper kopplade. I sju av åtta kommuner finns politisk representation i styrgruppen.

De lokala styrgrupperna ska utifrån sina förbättringsområden utarbeta lokala överenskommelser, vilka ska tydliggöra den lokala vårdkedjan, de olika aktörernas ansvar och hur samverkan ska organiseras. De lokala överenskommelserna ska utgå från länsöverenskommelsen.

2. Mål och syfte

2.1 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 kvalitativa och effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser som möjligt. 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.

2.2 Syfte

Syftet med den länsgemensamma överenskommelsen är att tydliggöra omfattningen av och innehållet i den verksamhet som huvudmännen ska bedriva samt ansvarsfördelningen dem emellan. Överenskommelsen syftar till att tydliggöra samverkansansvaret, definiera olika begrepp samt ge vägledande rekommendationer för riskbruk, missbruks- och beroendevården i Jämtland.

Dokumentet ska vara ett underlag för lokala överenskommelser mellan huvudmän.

Vidare syftar överenskommelsen till att frågorna på regional nivå ska hanteras i befintliga samverkansstrukturer. Formaliserad samverkan gällande hälso- och sjukvård och socialtjänst mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen sker på olika nivåer och inom olika områden¹.

2.3 Utgångspunkter för samverkan

Parterna är överens om att:

- Tillsammans med individen utforma ett stöd som ökar individens möjlighet till ett självständigt och meningsfullt liv
- Utforma stödet så att personens egenmakt stärks, det vill säga att öka färdigheten att ta kontroll och ansvar över sitt liv.

2.3.1 Brukarmedverkan

Av 8 a § HSL (Hälso- och Sjukvårdslagen) och 5 kap 8 a § Sol (Socialtjänstlagen) framgår att organisationer som företräder brukare eller deras närstående bör ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelser mellan landsting/region och kommun. Brukarnas erfarenheter och önskemål är en av tre viktiga kunskapskällor när det gäller att utveckla en evidensbaserad praktik. Det handlar om inflytande och medverkan på individ- verksamhets- och systemnivå.

På individnivå handlar det om den enskildes rätt att påverka sin livssituation och den enskilda vård och det sociala stöd som behövs. Vården för den enskilde väljs och utformas i samarbete mellan individen och behandlaren.

På verksamhetsnivå handlar det om möjligheten till delaktighet i beslut rörande verksamheter, till exempel inom en klinik eller inom socialtjänsten, genom fokusgrupper, brukarenkäter, brukarråd eller brukarrevision.

På systemnivå sker delaktighet genom exempelvis medverkan vid utarbetande av policyprogram eller genom politisk påverkan. Brukarorganisationer ska erbjudas möjlighet att vara del i styr- och arbetsgrupper på lokal och regional nivå.

Bemötandet är, inom alla nivåer, avgörande för hur den fortsatta kontakten och vården kommer att

¹ Politiska arenor är SVOM (samverkansorgan mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna inom vård- och omsorgsområdet) och Barnarenan (samverkansorgan mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna inom barn- och ungdomsområdet).

I SVOM ingår förtroendevalda från regionstyrelsen, regionens beredningar, socialnämnder/ motsvarande samt förvaltningschefer från kommuner och region Jämtland Härjedalen samt handläggare från Regional utveckling i Jämtlands län.

I Barnarenan ingår presidierna i BUZ (Barn och Utbildning i Z-län) och Sociala samrådsgruppen och från region Jämtland Härjedalen regionråd och oppositionsråd. Tjänstemannastöd ges från regionalutveckling och region Jämtland Härjedalen

Tjänstemannaarenor är Fredagsgruppen och L-IFO.

Fredagsgruppen är en samverkansgrupp på förvaltningschefsnivå mellan verksamhetsområdeschefer i region Jämtland Härjedalen och utsedda förvaltningschefer inom vård och omsorg i kommunerna. Handläggare inom regional utveckling deltar. Fredagsgruppen är beredande till SVOM.

fungera. Bemötandet ska präglas av en humanistisk människosyn och alla människors rätt till ett värdigt liv.

På länsnivå har Regionala Utvecklingsgruppen (RUG, bestående av representanter från alla åtta kommuner samt hälso- och sjukvården och FoU Jämt) ett uppdrag att arbeta med brukarmedverkan och delaktighet i socialtjänstens samtliga områden. I detta arbete kommer även föreliggande överenskommelse och missbruksvården i övrigt att ha en självklar plats.

2.3.1.1 Brukarråd för långsiktigt hållbar brukarmedverkan:

I Jämtlands län bildades Jämtlands läns brukarråd i missbruk, beroende och psykiatri (JLB) i april 2011 och blev en förening i december 2012. JLB är en organisatorisk plattform för regional/lokal samverkan inom psykisk ohälsa, missbruks- och beroendevård (www.jlbz.se).

JLB är även utsedd att vara en ett regionalt NSPH-nätverk i Jämtlands län, vilket underlättar utbildning och kvalitetssäkring för JLB.

JLB bildades inom ramen för utvecklingsarbetet "Kunskap till praktik" för att på regional/lokal nivå kunna genomföra och arbeta efter modellen evidensbaserad praktik. Innan JLB:s tillkomst fanns ingen brukarorganisation inom länet som kunde fylla den rollen. JLB är numera en känd aktör inom samtliga åtta kommuner och inom Region Jämtland Härjedalen.

2.3.2 Anhöriga och närstående

Anhöriga och närstående till personer med riskbruk, missbruk och beroende är viktiga. För den enskilde kan anhöriga och närstående vara avgörande för resultatet av vård och behandling.

Patientsäkerhetslagen, som trädde i kraft 1 januari 2011, beskriver ökade krav på att informera och göra patienter och närstående delaktiga i vården. Bland annat beskrivs vikten av att ta tillvara patienters och anhörigas kunskaper och erfarenheter.

För anhöriga och närstående är det också viktigt att veta att det finns stöd för egna behov. Genom en ändring i SoL från 1 juli 2009 är det möjligt att söka stöd för egen del om man vårdar en närstående som till exempel har missbruks- eller beroendeproblem och fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar. Information från huvudmännen att JLB:s stödfunktioner finns.

2.3.3 Barn

Barnkonventionen är en hörnsten i kommunernas och i hälso- och sjukvårdens verksamhet. I samband med arbetet mot missbruk och beroende ska det finnas tydliga riktlinjer för hur berörda barn ska uppmärksammas och för hur barnens behov ska kunna tillgodoses. Det ska också vara tydligt hur arbetet ska bedrivas så att både landsting/regioner och kommuner får och bibehåller kompetens för att möta berörda barn och för att genomföra stödgrupper.

Enligt SoL 14 kap.1 § är "myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdomar samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till barns skydd".

Den 1 januari 2010 trädde en ny lagstiftning inom HSL i kraft. Den innebär att personal inom hälso- och sjukvården enligt 2g§ Hälso- och sjukvårdslagen särskilt skall beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med:

1. Har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning

2. Har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. Är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel

2.3.3.1 Barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården

Arbete med barn och föräldraperspektivet i missbruks- och beroendevården har förstärkts under 2012-2014 genom en statlig riktad satsning. En nationell kartläggning genomfördes hösten 2012 för att få kunskap om föräldrar i missbruks- och beroendevården och deras barn, vad de får för stöd, vilket stöd föräldrarna får i föräldrarollen och deras behov av insatser. I länets arbete ingår bl. a. att utifrån resultatet från kartläggningen analysera utvecklingsområden i länet samt erbjuda personal stöd med anledning av detta. Det är viktigt att arbetet med detta område fortsätter.

4. Målgrupper

3.1 Personer med missbruk

Hög alkoholkonsumtion, 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 självmord. De flesta alkoholrelaterade skador orsakas av personer med riskfylld alkoholkonsumtion.

Enligt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) är en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas alkohol per vecka för män och 9 standardglas för kvinnor att anse som riskbruk. Med standardglas avses 12 gram alkohol, vilket motsvarar cirka 12 cl vin, 3,5 cl starksprit, 30 cl starköl eller 50 cl folköl. Med riskbruk avses också allt berusningsdrickande. Med berusnings- drickande avses 5 eller fler standardglas för män respektive 4 eller fler standardglas för kvinnor, vid ett och samma tillfälle.

Det är viktigt att både socialtjänst och hälso- och sjukvård vid nybesök diskuterar livsstilsfrågor. Tidig upptäckt och identifiering innebär att man aktivt, systematiskt och rutinmässigt arbetar med att ta reda på om de personer som söker hjälp – oavsett orsak – kan ha riskfyllda alkohol/ narkotika/ läkemedelsbruk.

Identifikation av högkonsument är en uppgift för alla verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Identifikation av högkonsument är särskilt angeläget inom primärvård, psykiatrisk öppenvård, på akutmottagningar och vid mottagningsenheter inom socialtjänsten.

Särskild uppmärksamhet ska ske vid:

Hälso- och sjukvård

Olycksfall

Långvarig smärtproblematik

Hjärtarytmier

Högt blodtryck

Depressioner

Upprepat självdestruktivt beteende

Självordsförsök

Socialtjänst

Kriminalitet

Våld inom familjen

Försummelse av barn

Långvariga ekonomiska bekymmer

Upprepat självdestruktivt beteende

Självordsförsök

3.2 Personer med missbruk/beroende

I Sverige används främst ICD-10 (ICD-10 Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning) vid diagnostik av sjukdomar m.m. inom hälso- och sjukvården. DSM-IV (DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders) används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet. De båda diagnostiska systemen stämmer till stora delar överens när det gäller beroendetillstånden. DSM 5 är på gång att användas inom psykiatrin men har ännu ej översatts helt till svenska.

För att det ska vara frågan om ett missbruk enligt DSM-IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månadersperiod. För beroende krävs att tre av sammanlagt sju kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månadersperiod.

Missbruk

1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem

Beroende

1. Behov av allt större dos för att uppnå rus effekt.
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 skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

3.3 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 samtidigt 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
- Insatser för äldre (65+)
- Insatser för unga under 18 år

”Riktlinjer för samverkan gravida missbrukande kvinnor” finns som dokument

3.3.1 Ungdomar

Många människors missbruks- och beroendeproblem startar eller grundläggs i ungdomsåren. Hos en majoritet av de ungdomar som utvecklar ett missbruk eller beroende kvarstår problemen i vuxen ålder, trots att många av dem har varit föremål för omfattande insatser. Vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren finns ökad risk för försämrad skolgång, antisociala och kriminella aktiviteter, minskande av sociala aktiviteter, psykiska besvär samt utsatthet för våld och övergrepp. För ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och prövade på ungdomar och deras förutsättningar.

Vid missbruk hos ungdomar samspelar ofta psykiska och sociala faktorer och påverkar missbruket. Förekomsten av samtidigt missbruk och psykiska problem är hög. Liksom för vuxna är det 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.

Med ungdomar avses åldern 12–18 år, men behöver dock inte ses som en strikt gräns när rekommenderade behandlingsmetoder är tillämpbara.

4. Kommunernas och Region Jämtland Härjedalens ansvar

Sammanfattning av GAP-analys Jämtland Härjedalen

Den GAP-analys som gjordes våren 2014 visade att både regionens samt kommunernas beroendevård i stort följer de nya nationella riktlinjerna. Det finns dock en viss skillnad i kompetens och utbud mellan de mindre kommunerna kontra Östersund. Detta då resurserna till missbruks- och beroendevården är begränsade i de mindre kommunerna samt att patient/klientunderlaget oftast är för litet. En strävan efter likvärdig beroendevård i hela länet är en viktig fråga utifrån en likabehandlingsprincip.

De utvecklingsområden som finns handlar främst om utbildningsförutsättningar och samordning av dessa på länsnivå. Exempelvis MET (motivational enhancement therapy) som rekommenderas och där antalet utbildare är få och kostnader för utbildningen hög skulle kunna bli billigare om den samordnas och utbildare utbildas lokalt.

Samverkan lyfts även fram som ett utvecklingsområde. Främst samverkan mellan kommun och primärvård, men även mellan specialistpsykiatri, kommun och primärvård. Resurspersoner som kan hjälpa till att stötta i implementeringen av riktlinjerna ses som nödvändigt.

4.1 Interventioner på olika behovsnivåer

<p>Individer med missbruk och beroende och samtidig svår psykiatrisk sjukdom och/eller somatisk sjukdom, samsjuklighet med komplexa vårdbehov:</p>		<p>Case Management enligt ACT-modellen*. Gemensam vårdplanering, SIP** Utredning, diagnos, behandling och uppföljning, Stödgruppsverksamhet</p>
<p>Individer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom, samsjuklighet:</p>		<p>Gemensam vårdplanering. SIP. Utredning, diagnos, behandling och uppföljning. Stödgruppsverksamhet</p>
<p>Individer med missbruk och/eller beroende</p>		<p>Samordnad behandling. SIP. Utredning, behandling och uppföljning. Självhjälsgrupper och stödgruppsverksamhet.</p>
<p>Individer med riskbruk</p>		<p>Tidig upptäckt och identifiering av riskgrupper. Screening och kort rådgivning. Självhjälsgrupper och stödgruppsverksamhet.</p>

Befolkningen		Förebyggande insatser, ANDT***-strategi. Folkhälsoperspektivet
---------------------	--	--

* ACT: Assertive Community Treatment

** SIP: Samordnad Individuell Plan

***ANDT: Alkohol, Narkotika, Dopning, Tobak

4.2 Interventioner för tidiga insatser, bedömning, behandling och dokumentation

Det är viktigt att personal hos respektive huvudman kan kommunicera och samarbeta på ett professionellt sätt. En förutsättning är att man använder samma terminologi, definitioner och screenings- och bedömningsinstrument.

Personer med missbruk eller beroendeproblematik är ingen homogen grupp; specifika problembilder ger specifika behovsnivåer. Detta ställer krav på olika insatser och ofta kombinationer av insatser. Insatserna behöver vara differentierade och individanpassade och samtidigt från huvudmännen. Insatserna ska följas upp och dokumenteras.

Som grund för insatser ska manualbaserade bedömnings- och screeningsinstrument användas:

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) Screening av alkoholvanor och identifiering av skadlig konsumtion.
- DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) Screening av narkotikabruk och identifiering av narkotikakonsumtion. Innefattar även läkemedel.
- ASI (Addiction Severity Index) Bedömning av problemtyngd och hjälpbehov av missbruk och beroendeproblem samt uppföljning av insatser.
- ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) Bedömning av behov, problemtyngd samt uppföljning av insatser för ungdomar med alkoholproblem.

Som grund för att inom hälso- och sjukvården identifiera en hög alkoholkonsumtion och/eller droganvändning och för att följa upp motivationsinsatser och behandlingsmål samt göra observationer inför utfärdandet av olika intyg kan olika biologiska markörer användas:

- GT (γ-Glutamyltransferas. Markör för alkoholorsakad vävnadsskada)
- ASAT (Aspartataminotransferas. Markör som indikerar leverskada vid långvarig överkonsumtion av alkohol)
- ALAT (Alaninaminotransferas. Markör som indikerar leverskada vid långvarig överkonsumtion av alkohol)
- CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin. Specifik markör för organskada vid långvarig överkonsumtion av alkohol)
- PEth (Markör för att upptäcka långvarigt alkoholmissbruk)
- Urinprov för drogtester

Kort rådgivning är en effektiv metod för att minska konsumtionen hos personer med begynnande alkohol/drogproblem. Att även erbjuda personer en form av dialog som uppfattas som respektfull är

viktigt. Vid identifierat riskbruk eller missbruk ska rådgivning och stöd till vidare behandling erbjudas enligt metoden:

- MI (Motivational Interviewing). MI är en patientklientcentrerad samtalsmetod där metodens kärna består av en öppen diskussion om fördelar och nackdelar med ett visst beteende. Metoden är generaliserbar till arbete med andra riskfaktorer och flera beteendeproblem.

Andra metoder som kan användas i och efter behandling är:

- HAP (Haschavvänjningsprogrammet). Tekniken hjälper klienten att förändra det tankemönster som utvecklats under missbrukstiden och därigenom öka personens sociala och psykologiska kompetens. Tekniken är matchad mot den kunskap som finns om cannabis påverkan på människan.
- ÅP (Återfallsprevention). Återfallsprevention är en behandlingsmetod som syftar till att klienter ska öka sin förmåga att känna igen risksituationer för återfall och hitta strategier för att förebygga återfall.
- KBT (kognitiv beteendeterapi)
- MI/MET

Utöver de ovan beskrivna, kan andra insatser och metoder för tidig upptäckt, bedömning, behandling och dokumentation förekomma. Dessa redovisas i förekommande fall i lokala överenskommelser utifrån lokala förutsättningar.

4.3 Kommunens ansvar

Socialtjänsten skall främja medborgarnas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Vidare skall verksamheten bygga på respekt för självbestämmande och integritet.

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Socialtjänsten ska utifrån ett helhetsperspektiv genomföra utredning och bedömning av vårdbehov. Den ska planera för och genomföra insatser i samråd med den enskilde och i förekommande fall med den enskildes anhöriga. Socialtjänsten ska särskilt beakta barns och anhörigas situation.

Samordnad individuell plan skall upprättas om man bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Läs ytterligare information under punkten 5.1.

Kommunen ansvarar för:

- Tidig upptäckt med screeninginstrumenten AUDIT och DUDIT
- Information och rådgivning

- Uppsökande verksamhet
- Motivationsarbete
- Återfallsprevention
- Utredning och behandling i form av öppenvård, familjehemsvård och/eller vid institution i egen eller annans regi
- Samordning av stödinsatser
- Boende och boendestöd
- Psykosocial behandling
- Anhörigstöd och nätverksarbete
- Ansökan om tvångsvård enligt LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall)
- Tillnyktring (not. www.jll.se//samverkan)

Psykosocial behandling innebär att interventionen skall rikta sig till den enskildes psykologiska och sociala livssituation med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende, samt främst syfta till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar. Psykosocial behandling och socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning är ett ansvar för socialtjänsten.

Förekommande insatser kan vara beroende av kommunens storlek och resurser. Mindre kommuner kan identifiera viktiga förbättringsområden och söka samverka med annan kommun, större och/eller näraliggande, för att på så sätt kanalisera sina resurser och skapa kostnads- effektivitet.

4.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (Lag1997:142).

Enligt HSL ska hälso- och sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador och arbetssättet ska utmärkas av delaktighet med den enskilde. Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta barns och anhörigas situation och behov.

Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen i länet.

Samordnad individuell plan skall upprättas om man bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Läs ytterligare information under punkten 5.1.

Det ska finnas en tydlig rollfördelning och rutiner inom hälso- och sjukvården som tydliggör primärvården/ område allmänmedicins roll i förhållande till psykiatrin när det gäller gruppen av patienter med missbruks- och beroendeproblematik. De delar av missbruks och beroendevården som berör hälso- och sjukvården ska beskrivas i särskilda vårdprogram.

Region Jämtland Härjedalen ansvarar

för:

Primärvård:

- Tidig upptäckt, screening (instrument AUDIT/DUDIT) och diagnostisering.

- Riskbruk
- Information, rådgivning och tidiga insatser
- Alkohol och läkemedelsmissbruk utan psykiatrisk samsjuklighet som fordrar specialistvård.
- Abstinensbehandling i öppenvård som ej kräver specialistpsykiatrisk kompetens
- Samverkan med socialtjänst och andra myndigheter **SIP**
- Konsultation/kompetensstöd till socialtjänst och andra myndigheter
- Körkortsärenden där betydelsen av missbruk/beroende av alkohol eller läkemedel på körförmåga måste intygas. Gäller ej patienter som är aktuella vid Beroendeenhetens öppenvård.
- Urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av i princip alla olika substanser som kan missbrukas.
- Riskbruk/missbruk/beroende av alkohol och/eller läkemedel hos patienter utan sps
- U-drogscreening, blodprovstagnig och läkemedelsutdelning för psykiatrins patienter när detta av praktiska skäl inte kan ske vid område psykiatri

Somatisk specialistvård:

- Tidig upptäckt med screening (instrument AUDIT/DUDIT) och diagnostisering.
- Information och rådgivning
- Behandling av delirium tremens (medicinkliniken)
- Utredning och behandling av somatiska missbrukskomplikationer och samsjuklighet som fordrar somatisk specialistvård (alla specialiteter).
- Inledande somatisk slutenvård för LVM-omhändertagna patienter.
- Samverkan med socialtjänst och andra vårdgrannar

Psykiatrisk specialistvård:

- Riskbruk/missbruk/beroende hos patienter med specialistvårdskrävande psykisk samsjuklighet ("sps")
- Narkotikamissbruk
- Bedömning och i utvalda fall behandling av alkoholmissbruk/beroende, 18 – 25 år utan sps
- Gravida och spädbarnsföräldrar med mb/beroende i samverkan med område Barn/Kvinna enligt särskilt dokument.
- Missbruk/beroende hos unga 16 – 18 år, vanligen i samverkan med BUP/UPM/BUH
- Missbruk/beroende av alkohol och/eller läkemedel hos patienter utan sps som inte kunnat brytas trots åtgärder enligt extern remissmall.
- Övervakad tillnyktring för vuxna
- Slutenvårdskrävande abstinensbehandling från 16 år
- Abstinensbehandling i öppenvård som kräver specialistpsykiatrisk kompetens
- Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO "underhållsbehandling" med Suboxone eller Metadon)
- Utredning och/eller medicinsk behandling av ADHD hos beroendeenhetens målgrupp.
- Körkortsärenden gällande patienter som är aktuella vid Beroendeenhetens öppenvård eller där den psykiska störningens betydelse för körförmåga måste intygas av specialist.
- Tidig upptäckt, screening, bedömning och diagnostisering av missbruk/beroende hos psykiatrins patienter
- Missbruk/beroende av alkohol och läkemedel vid psykiatrisk samsjuklighet som fordrar specialistvård.
- Rådgivning/konsultation/kompetensstöd till vårdgrannar
- Inledande psykiatrisk slutenvård för LVM-omhändertagna patienter.

- Samverkan med socialtjänst och andra vårdgrannar

Beroendeenheten:

Med samsjuklighet avses här psykisk störning som fordrar specialistvård.

- Läns- och områdesresurs för konsultation, rådgivning och kompetensstöd i beroendefrågor.
- Övervakad tillnyktring och abstinensbehandling i slutenvård.
- Andra slutenvårdskrävande beroendeinsatser.
- Narkotikamissbruk/beroende utan samsjuklighet.
- Narkotikamissbruk/beroende under aktiva faser vid samsjuklighet.
- Missbruk/beroende hos unga 16 – 18 år i samverkan med BUP, BUH och/eller UPM
- Abstinensbehandling till unga 16 – 18 år.
- Bedömning och i utvalda fall behandling av alkoholmissbruk/beroende hos patienter 18 – 25 år utan samsjuklighet.
- Missbruk/beroende av alkohol eller läkemedel som efter insatser i enlighet med remissmall försvårar eller omöjliggör behandling av samsjuklighet vid respektive enhet.
- Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO)
- Utredning och/eller medicinsk behandling av ADHD gällande Beroendeenheten målgrupp.
- Körkortsärenden gällande Beroendeenhetens målgrupp.
- Missbruk/beroende hos gravida och/eller spädbarnsföräldrar i samverkan med områdena Barn och Kvinna.
- Neuropsykologisk testning och andra psykologbedömningar av beroendeenhetens målgrupp.

4.5 Tillnyktring:

Region Jämtland Härjedalen (område psykiatri) driver en verksamhet för personer med missbruk-och beroendeproblematik. Detta arbete sker inom beroendeenheten. Arbetet omfattar såväl öppen som slutenvård. Kommunerna som också arbetar med samma målgrupp, har bland annat ansvar för tillnyktring. På kommunernas uppdrag bedriver beroendeenheten tillnyktringsverksamhet (TNE) i anslutning till beroendeavdelning 1B.

4.6 LVM: Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

LVM (SFS 1988:870) 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)

4.6.1 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.

4.6.2 LARO

Beroendeenheten har ansvaret att bedöma behovet av LARO (läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiat beroende).

4.6.3 Kartläggning av LOB- Lagen om omhändertagande av berusade personer.

Kartläggning av polisens LOB-verksamhet utgår från ett regeringsbeslut om att fördela medel till att stötta lokala och regionala utvecklingsarbeten i syfte att öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden för de som omhändertas enligt lagen om omhändertagande av berusade, LOB.

5. Samverkan, Samarbete, Samordning

Riskbruk, missbruks- och beroendevården omfattar ett stort verksamhetsfält där kunskapsnivå, traditioner och arbetssätt är olika. För att identifiera alla personer som har ett riskbruk och hjälpa de personer som är i behov av missbruks- och beroendevård behövs en god samverkan mellan olika huvudmän. Personer med riskbruk, missbruk eller beroendeproblematik är ingen homogen grupp, vilket ställer krav på differentierade, individanpassade och samtidiga insatser från huvudmännen. Genom systematiskt förbättringsarbete och strukturer för samarbete över huvudmannagränserna når vi bättre resultat.

5.1 SIP: samordnad individuell plan

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3f §) och SoL (2 kap 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Syftet med planen är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att enskildas behov av hälso- och sjukvård och socialtjänsten tillgodoses.

Om den enskilde samtycker till individuell plan, och kommun och hälso-sjukvården bedömer att den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen skall sådan plan påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen skall framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman skall svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Om det redan finns en plan, antingen på grund av annan bestämmelse eller på frivillig grund, behövs ingen ny plan så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda (prop. 2008/09:193 s.19 f.)(Sen tidigare finns individuell plan i LSS § 10).

5.2 SMADIT; Samverkan mot alkohol och droger i trafiken

I Jämtlands län omhändertar polisen cirka 370 personer per år, alltså drygt en person per dag, för ratt- och drogfylleri. Detta skapar stora risker i trafiken. För att minska mängden drog- och rattfylleri

har ett samarbete inletts mellan polisen, beroendeenheten och socialtjänsten i form av samverkansmetoden SMADIT (samverkan mot alkohol och droger i trafiken) för att snabbt erbjuda professionell hjälp till dessa individer.

5.3 Dopning

Dopning är ett ökande samhällsproblem i vårt land. Vi har påbörjat ett arbete med att utveckla ett aktivt samarbete mellan aktörer i lokalsamhället (polis, gymägare, vårdpersonal, socialtjänst, skola, idrottsrörelsen, föräldrar etc.) för att minska tillgången på anabola androgena steroider och andra dopningspreparat. Under de närmaste åren kommer ett samarbete att fördjupas med nationellt samverkansprojekt PRODIS – Prevention av dopning i Sverige som arbetar för att förebygga användningen av anabola androgena steroider och andra dopningspreparat tillsammans med länets gym/träningsanläggningar. Arbetet kallas för 100% ren hårdträning. En av de verksamma insatserna i arbetet är att diplomera tränings anläggningarna med årligt återkommande uppföljning.

6. Lokala Överenskommelser

Lokala överenskommelser ska utarbetas i länets alla åtta kommuner. De lokala överenskommelserna ska utgå från den länsövergripande överenskommelsen, men beskriva lokala förhållanden och behov. De ska tydliggöra den lokala vårdkedjan, de olika aktörernas ansvar och hur samverkan ska organiseras.

7. Genomförande

Alla deltagande parter/huvudmännen förbinder sig att utifrån sitt uppdrag organisera sina verksamheter så att överenskommelsen "Riskbruk, missbruk och beroende i Jämtlands län" får genomslag i praktiken.

Alla deltagande parter har ett eget ansvar för kompetensutveckling av sin personal för att uppnå erforderlig kompetens enligt de nationella riktlinjerna. Tillsammans ska parterna/huvudmännen planera för och så långt det är möjligt samordna sin fortbildning för att säkerställa det gemensamma ansvarstagandet för riskbruk, missbruk- och beroendefrågor.

Frågor rörande överenskommelsens genomförande hanteras i de befintliga strukturer som finns på regional och lokal nivå.

8. Uppföljning

Överenskommelsen "Riskbruk, missbruk och beroende i Jämtlands län" ska gälla i tre år fr.o.m. 2016-2018. Överenskommelsen skall revideras årligen. Ansvarig för att revidering sker är Region Jämtland Härjedalen (hälso- och sjukvården samt regional utveckling).

Ansvarig för att upprätthålla och revidera aktuella vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen är chef för respektive enhets vårdprogram.

Varje huvudman har skyldighet att informera de andra huvudmännen om planerade förändringar i den

egna verksamhet som kan påverka förutsättningar för samverkan eller samordning eller få andra konsekvenser för de andra huvudmännens verksamhet.

I de fall tvister kring tolkning och tillämpning av detta avtal uppstår mellan parterna hänskjuts dessa i första hand till respektive ansvarig överordnad chef. I de fall parterna inte kan enas hänskjuts tvister till allmän domstol.