



Länsöverenskommelse

Riskbruk - Missbruk - Beroende
Socialtjänst, hälso- och sjukvård 2016

Innehåll

Inledning	4
Riskmissbruk, missbruk och beroende – ett folkhälsoproblem	5
<i>Samarbete inom den egna organisationen</i>	5
<i>Anhöriga och närstående</i>	5
Lokala överenskommelser om samarbete	6
<i>De skriftliga lokala överenskommelserna bör innehålla:</i>	6
Kommunens ansvar	7
<i>Exempel på insatser som kommunerna ansvarar för:</i>	7
Landstingets ansvar	8
<i>Exempel på insatser som landstinget ansvarar för:</i>	8
Lagen om omhändertagande av berusade personer – LOB	9
Brukarperspektiv	10
Samordnad individuell plan – SIP	10
Nationella riktlinjer	11
<i>Bedömningsinstrument</i>	11
<i>Medicinska test</i>	12
<i>Läkemedelsbehandling</i>	12
<i>Psykologisk och psykosocial behandling</i>	13
<i>Psykosociala stödinsatser</i>	13
<i>Behandling vid samsjuklighet</i>	14
<i>Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar</i>	14
Doping	14
Chefsmanual för att stödja implementering	15
Uppföljning och utvärdering	16
<i>Öppna jämförelser, ASI och Loke</i>	16
Länssamordningsgruppens roll inom missbruksområdet	17
ANDT strategi 2016–2020	17
Förslag till mall för lokal överenskommelse	18

Inledning

Sedan 1 juli 2013 föreligger det "en skyldighet för landsting och kommuner att ingå gemensamma överens-kommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, eller dopningsmedel". Skyldigheten regleras genom tillägg i socialtjänstlagen (5 kap. 9a § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (8b § HSL). Trots att denna skyldighet om lokala överenskommelser har funnits ett antal år saknar ännu flertalet av länets kommuner en skriftlig sådan. Denna länsöverenskommelse har som syfte att utgöra en bas för utarbetandet av de lokala överenskommelserna i länet, mellan respektive kommun, berörd landstingsverksamhet och i förekommande fall polismyndigheten.

Målsättningen med den lagreglerade skyldigheten är att stärka samverkan för att bättre tillgodose behov av vård, stöd och behandling för målgruppen. Detta i enlighet med regeringens proposition "God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården" (2012/13:77). Förutom att kravet på överenskommelser skärptes genom lagparagraferna, utökades målgruppen med alkohol- och narkotikamissbruk till att även omfatta personer som missbrukar läkemedel eller dopningspreparat.

Missbruksområdet är synnerligen brett och det pågår en ständig utveckling av verksamma insatser, utrednings- och behandlingsmetoder med mera. Detta återspeglas bland annat i Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende som publicerades våren 2015. Förutom en ny struktur och tydlighet har ungdomar och samsjuklighet tagits med som egna områden. För implementering av de tidigare riktlinjerna från 2007 ledde SKL utvecklingsprojektet Kunskap till Praktik. Något liknande projekt finns inte för de nya riktlinjerna inom området. Däremot har Socialstyrelsen utarbetat ett chefsstöd som även är planerat att digitaliseras. Riktlinjerna som omfattar drygt 150 rekommendationer är av särskild vikt för planering och styrning av verksamheter, men utgör också en kunskapskälla vid val av behandling för den enskilde. Socialstyrelsen ger inte i riktlinjerna några besked om vilken huvudman som bör ansvara för respektive insats utan hänvisar i stället till lokala avtal och överenskommelser. De centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna har med anledning av detta tagits med i detta dokument.

Ett pågående arbete av betydelse för samverkan mellan kommuner, landsting och i detta fall även polisen, är utvecklingsarbetet rörande LOB (Lagen om omhändertagande av berusade personer) med syfte att öka det medicinska omhändertagandet. Varje kommun bör göra en översyn av de rutiner som råder mellan polis, landstingets verksamheter och socialtjänsten i samband med LOB-omhändertaganden för att identifiera eventuella förbättringsområden och dessa rutiner kan med fördel inrymmas i de lokala överenskommelserna.

Likaså finns det som alltid en skyldighet att uppmärksamma barn som växer upp i riskmiljö med föräldrar eller andra närstående som har missbruksproblem. Samverkan rörande de utsatta barnen är i flesta fall både en fördel och en nödvändighet. För barns bästa har skolan och elevhälsan också en viktig roll.

Samverkan mellan verksamheter med olika huvudmän är av stor betydelse men det är också av vikt att personer i behov av stöd och vård för ett riskbruk, missbruk eller beroende inte "faller mellan stolarna" inom den egna organisationen. I samband med att flöden, rutiner och samverkan mellan huvudmän ses över bör därför också motsvarande ske inom den egna organisationen.

Denna länsöverenskommelse är en uppdatering av 2014 års överenskommelse. För innehåll och utformning ansvarar Annika Nordström, FoU Välfärd, Region Västerbotten. Länsöverenskommelsen är fastställd av Länsamordningsgruppen den 24 maj 2016 och AC-konsensus den 27 maj 2016. Nästa uppdatering ska göras under 2018.

Riskbruk, missbruk och beroende – ett folkhälsoproblem

Majoriteten av den vuxna befolkningen i landet dricker alkohol. En del ytterst sparsamt och sällan medan andra både mer och oftare. Andelen riskkonsumenter enligt Folkhälsomyndighetens undersökning "Hälsa på lika villkor" (2013) var 19 procent av männen och 12 procent av kvinnorna. I den äldsta åldersgruppen 65-84 år har det noterats en ökning under senare år även om nivån är fortsatt låg (7 procent). Att äldre kvinnors konsumtion har ökat har redan återspeglats i en ökad vårdkonsumtion.

Tillgängligheten och utbudet av narkotika har ökat, inte minst genom den handel som sker via internet. Priserna är dessutom överlag historiskt låga. Personer som utvecklar ett "tungt missbruk" har ofta en tidig och uttalad social problematik vilket medför att insatser för att förebygga eller bryta en negativ utveckling bör vara diversifierade. Att den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige under senare tid har ökat markant är oroande.

Personer med riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och droger beräknas tillsammans omfatta drygt en miljon av befolkningen i Sverige. Knappt hälften av denna miljon bedöms ha ett riskbruk, dvs de uppfyller inte kriterier för en missbruksdiagnos men använder alkohol eller andra preparat i den utsträckningen eller med så många negativa konsekvenser att det bedöms utgöra en riskabel konsumtion. Att upptäcka och uppmärksamma dessa personer, t ex genom screening, kan ge möjlighet till en tidig intervention vilket i sin tur kan bidra till en förändring. Många förändrar också av olika skäl sina vanor på egen hand, helt utan samhällets insatser.

De som har ett missbruk eller beroende har ett större behov av vård och behandling. Enligt senaste beräkning (2014) rör det sig om knappt 6 procent av befolkningen, motsvarande 285 000 män och 161 000 kvinnor. Det är emellertid en synnerligen heterogen grupp utifrån faktorer som substans/-er som missbrukas, ålder, kön, missbrukets svårighetsgrad, samsjuklighet, skadepanorama, social situation, tillgång till nätverk etc. Det innebär samtidigt att personer med missbruk och beroende av alkohol, läkemedel, narkotiska- och dopningspreparat återfinns i en mängd olika sammanhang, utifrån olika former av behov och att ansvaret inte enbart är något för specialistverksamheterna.

Samarbete inom den egna organisationen

Den lagstadgade skyldigheten om överenskommelser rör samarbetet mellan landsting och kommun. Men det är minst lika viktigt att det också finns samarbete mellan olika delar inom den egna organisationen. Det kan inom kommunen t ex handla om samverkan mellan äldreomsorgen, ekonomiskt bistånd och enheter för utredning och behandlingsstöd. Inom landstinget kan det handla om samverkan mellan somatiska enheter, akutverksamhet, primärvård och psykiatriska kliniker. För att personer med en missbruksproblematik ska uppmärksammas och erbjudas adekvat stöd är det önskvärt att personal även utanför de specialiserade enheterna har en grundläggande kompetens inom området.

Anhöriga och närstående

Med det skattade antalet personer med riskbruk, missbruk och beroende på ca en miljon, är det rimligt att anta att ytterligare några miljoner berörs i egenskap av att vara anhörig eller på annat sätt närstående. Föräldrar, partners, barn, vänner med flera påverkas starkt och är ofta på många sätt involverade, vilket kan vara både svårt och påfrestande. Det finns i en del kommuner gruppverksamhet för anhöriga. Som ett komplement finns också en webbsida med chatmöjlighet för anhöriga och närstående: www.anhorigstodet.se Anhöriga och närstående kan utgöra en positiv resurs, ett viktigt stöd och vara en motivationsfaktor för den enskilde, vilket tas tillvara i strukturerad form i metoden CRAFT, som finns med i de nya riktlinjerna.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för barnen och anmälningar om oro ska göras av alla som i sitt arbete kommer i kontakt eller får vetskap om något som kan innebära att ett barn kan behöva stöd.

Lokala överenskommelser om samarbete

I enlighet med HSL och SoL är landsting och kommuner från och med 1 juli 2013 skyldiga att upprätta överenskommelser om samarbete avseende personer med missbruks- och beroendeproblematik.

HSL § 8 b

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Lag (2013:302).

SoL 5 kap. § 9 a

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Lag (2013:303).

Västerbottens femton kommuner har alla skilda förutsättningar, resurser, samverkansformer, kompetens- och utvecklingsbehov och det är därför viktigt att de enskilda kommuner, landstingets verksamheter och ev polisen tillsammans, formulerar lokala överenskommelser. För att den ska vara användbar är det bra om den är så konkret som möjligt. Ett mallförslag finns på sista sidan.

De skriftliga lokala överenskommelserna bör innehålla:

- ett klagörande av den lokala ansvarsfördelningen mellan kommunens och landstingets verksamheter för förebyggande verksamhet, tidiga insatser, vård och behandling – avseende personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel
- rutiner för utformandet av samordnade individuella planer (SIP)
- en beskrivning om hur de berörda barnen uppmärksammas och ansvaret för dessa barn
- rutiner för LOB- omhändertagna – i samverkan med polisen
- en struktur för ev gemensam kunskapsutveckling inom området och införande av nya metoder/insatser
- en plan för systematisk uppföljning/utvärdering inom området
- rutiner för samverkan- på chefs- och handläggarnivå
- rutiner för avvikelser och eventuella tvister kring ansvarsfrågor
- uppgift om vem/vilka som ansvarar för att den lokala överenskommelsen följs upp

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.

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.

Barn som lever med föräldrar 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 gynnsam 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. 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 missbruksproblemet, 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.

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
- återfallsprevention genom ÅP eller annat stöd
- 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 enl LOB
- hälso- och sjukvård i särskilt boende
- hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt tröskelprincipen

Landstingets ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763), 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 gemensam vårdplanering inom och mellan primärvården, den specialiserade beroendevården, psykiatrin och socialtjänsten.

Västerbottens läns landsting 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.

Hälso- och sjukvården har en lagreglerad skyldighet enligt 2 g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 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 funktionsnedsättning,
- allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
- missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel
- oväntat avlider

I detta sammanhang bör anmälnings- och uppgiftsskyldigheten till socialtjänsten som gäller för offentligt anställda enligt SoL 14 kap. 1 § andra och fjärde stycket understrykas. Enligt lagparagrafen 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. Som sådan är hälsocentralerna strategiskt placerade för screening och tidiga interventioner vid riskbruk av alkohol, även om detta också bör ske inom landstingets övriga vårdenheter, liksom motiverande och eventuell farmakologisk behandling. Utifrån behov kan patienter behöva slussas vidare till specialistsjukvård inom psykiatrin. APP III - Arbetsfördelning mellan Primärvården och Psykiatrin i Västerbotten avseende riskbruk, missbruks- och beroendevård (VLL, 2012) reglerar detta.

Särskilda tillnyktringsenheter och avgiftningsplatser finns vid psykiatriska klinikerna vid Skellefteå lasarett och Nus, men även Lycksele lasarett och länets sjukstugor kan vid behov involveras. Vid de psykiatriska enheterna i länet finns särskilda resurser för utredning och behandling. Personer med missbruk och beroende av alkohol eller narkotika kan emellertid ha skiftande vårdbehov och därför bör sjukhusens samtliga kliniker ha kunskap och kompetens inom missbruksområdet.

Exempel på insatser som landstinget ansvarar för:

- förebyggande arbete och tidiga interventioner vid riskbruk
- screening, diagnostik och behandling i enlighet med befintliga vårdprogram
- tillnyktringsverksamhet
- 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
- läkemedelsassisterad behandling vid beroendetillstånd (LARO)
- avgiftning och behandling av läkemedelsberoende
- psykoterapeutisk behandling
- smittskyddsarbete
- LVM-läkarintyg
- anmälan rörande barn i riskmiljö, LVM, vapen och körkort
- inledande vård på sjukhus vid behov, i samband med LVM-vård

Lagen om omhändertagande av berusade personer – LOB

Socialdepartementet har under en treårsperiod (2014-2016) avsatt 35 miljoner per år för att förbättra den medicinska säkerheten och omsorgen för de personer som omhändertas med stöd av LOB. Målsättningen är att förändra praxis så att färre förs till arrest och att fler fångas upp för fortsatta stöd- och behandlingsinsatser. Alternativa lösningar ses som särskilt viktiga för personer under 18 år. Samarbetet mellan kommuner, landsting och polis betonas för att uppnå detta.

I Västerbotten år 2013 omhändertogs 2 246 personer, de flesta under helgnätterna. Av dessa hade 14 % antingen tillnyktrat på någon av länets båda Tillnyktringsenheter (TNE) eller fått en medicinsk bedömning i ambulans eller på akutmottagning. Hälften av de omhändertagna var i ålder 18-25 år och en fjärdedel (24 %) bedömdes som våldsamma.

I länet har en "Överenskommelse om att utveckla alternativa lösningar till förvaring i arrest för personer omhändertagna enligt Lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB)" undertecknats av ordförande och vice ordföranden i AC konsensus för VLL och kommunerna i Västerbotten, samt av chefen för polisområde Västerbotten. Överenskommelsen gäller från 15 oktober 2015 till och med 31 december 2016, för att därefter stämmas av.

Aktivitetsplanen för ändrad praxis som ingår i överenskommelsen, baseras på den kartläggning som genomfördes av landstingets projektledare under 2014 (Ändrad praxis för omhändertagna med stöd av LOB-kartläggning och förslag till förbättringar, VLL 2015).

I aktivitetsplanen återfinns bland annat utvecklandet av rutiner vid länets båda tillnyktringsenheter tillsammans med utökade öppettider. Tillskapandet av flexibla tillnyktringsplatser vid Lycksele lasarett och länets sjukstugor, samt upprättandet av rutiner för medicinsk bedömning i arrest och vid hemtransport av unga i inlandet. Polisen ska från sin sida samordna sina rutiner vid bedömning och vidare rapportering till socialtjänsten. Kommunerna förväntas erbjuda uppföljande samtal om alkoholvanor för personer som inte tidigare har haft kontakt med anledning av sin alkoholkonsumtion, samt att intensivifiera sina insatser för redan "kända personer" som omhändertagits enligt LOB. Mellan kommuner, polis och landstinget förväntas även rutinerna för planering och samarbete vid större evenemang ses över.

Ett LOB omhändertagande kan vara starten på ett förändringsarbete för den person som omhändertagits. Det kan även vara ett incitament till att uppmärksamma barn och andra i personens närmiljö. På vilket sätt som LOB hanteras lokalt, vilka rutiner som ska gälla för information och samverkan mellan berörda parter och den enskilde, kan med fördel ingå i en lokal överenskommelse om samarbete. Detta även om polisens LOB omhändertaganden inte omfattas av lagparagraferna i SoL och HSL.

Brukarperspektiv

Att ha brukarperspektivet i fokus är viktigt. Det ska vara självklart att alla brukare får ett respektfullt bemötande och 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 respektfullt bemötande
- ett fokus på brukarens erfarenheter, behov och önskemål
- särskild uppmärksamhet rörande missbrukande kvinnors utsatthet för våld
- särskild uppmärksamhet på barnens situation
- särskilt uppmärksamhet om nödvändigheten att anlita tolk

Genom brukarenkäter och brukarrevisioner kan synpunkter och viktig kunskap samlas för att till exempel användas i verksamhets- och kompetensutveckling.

Samordnad individuell plan - SIP

Alla brukare 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 3f§*). Planen ska tydliggöra ansvaret, d v s vem som ansvarar och gör vad av de behov som finns. Båda huvudmännen har lika stort ansvar till 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.

**"När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. 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 landstinget, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

En länsrutin för upprättandet av en SIP är antagen 2013. Denna kompletterades i december 2014 med anledning av IT-stödet Prator och heter nu "Samordnad individuell plan med stöd av IT-tjänsten Prator".

Nationella riktlinjer

Riskbruk av alkohol omfattas av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) som riktar sig till landstingsverksamheter. I dessa framgår att hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal till patienter som har ett riskbruk av alkohol. Dessa riktlinjers åtgärdsnivåer består av enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. De rådgivande samtal som förordas vid riskbruk beskrivs som en dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten på vanligtvis 10-15 minuter. Samtalet kan inkludera motiverande strategier (MI), det ska anpassas till personens ålder, hälsa, risknivåer med mera och kan eventuellt kompletteras med verktyg för uppföljning.

I april 2015 lanserade Socialstyrelsen nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. De omfattar liksom tidigare både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område men har en annan struktur i jämförelse med 2007 års riktlinjer. Förutom att varje rekommendation prioriterats från 1-10, FoU alternativt "icke-göra", innehåller riktlinjerna också bedömningar av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser. Tre nya områden har tagits med; ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser. Riktlinjerna inkluderar inte substanser som GHB, LSD och ecstasy då det för dessa saknas vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet om behandlingsmetoder. Doping ingår inte heller i riktlinjerna utan här hänvisas till den kunskap som det nationella kompetenscentrumet i Region Örebro län kan bidra med.

I riktlinjerna har man valt att inte peka ut vilken huvudman som ska stå för respektive insats utan hänvisar till lokala avtal och överenskommelser. Rekommendationerna i riktlinjerna är heller inte tänkta att vara styrande i varje enskilt fall utan ska ses som vägledande på gruppnivå. Några perspektiv som saknas är kön, ålder, etnicitet och komplicerande sociala förhållanden. I de vetenskapliga studierna som ligger till grund för rekommendationerna saknas även i hög utsträckning uppgifter om blandmissbruk och beroendets svårighetsgrad. De nationella riktlinjerna syftar därför främst till att utgöra underlag för beslutsfattare i lednings- och styrningsfrågor och utgöra ett stöd vid framtagande av lokala rutiner och vårdprogram, inklusive lokala samverkansavtal.

I form av bästa tillgängliga kunskap kan rekommendationerna också vara viktiga för beslut för enskilda personer, men utöver denna kunskapskälla behöver personal även ta hänsyn till patienten/klienten/brukarens egna särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella expertisens kunskap och erfarenheter i enlighet med en evidensbaserad praktik (EBP).

Socialstyrelsen har på sin webbplats www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer publicerat en lättläst sammanställning av riktlinjerna inklusive beskrivningar av metoder som förespråkas, som kan laddas ner eller beställas. Där finns dessutom den fullständiga tillstånds- och åtgärdslistan, de vetenskapliga och hälsoekonomiska underlagen, en metodbeskrivning av de olika metoder som förespråkas samt indikatorer för uppföljning. På webbsidan kan man också se korta videopresentationer av några områden, med personer som haft centrala positioner i framtagandet av riktlinjerna.

Det finns sammanlagt 153 rekommendationer i riktlinjerna. Ett antal av dessa återfinns som centrala rekommendationer, vilka nedan översiktligt presenteras. I samband med utarbetande av de lokala överenskommelserna kan de centrala rekommendationerna utgöra ett av underlagen.

Prioriteringsgrad 1-3 "översätts" i riktlinjerna till BÖR, prioriteringsgrad 4-7 har getts beteckningen KAN och graderna 8-10 står för KAN I UNDANTAGSFALL. Denna rangordning har emellertid inga exakta gränser utan måste bedömas utifrån sammanhang samt de förutsättningar som gäller inom aktuellt område.

Nedan följer en genomgång av de centrala riktlinjerna inom respektive område med prioriteringsgrad. I den fullständiga tillstånds- och åtgärdslistan kan man läsa sig till rekommendationer och prioriteringar för mer specifika tillstånd.

Bedömningsinstrument

För att identifiera eventuella alkohol- eller narkotikaproblem rekommenderas screeninginstrumenten AUDIT (prio 1) och DUDIT (prio 3). Båda är enkla att använda och fungerar både som intervju- och skattningsformulär.

För diagnostik rekommenderas ADDIS, SCID I eller MINI (prio 3). De båda senare används främst inom psykiatrisk vård och båda ger information om eventuell samsjuklighet. ADDIS inkluderar kortare screening-frågor om social situation, ångest, depression och stress samt nikotin- och koffeinintag. En samlad bild över klientens/patientens livssituation och hjälpbehov för val av insats kan fås genom ASI (prio 1). DOK (prio 6) är ett annat instrument med samma syfte men med svagare vetenskapligt stöd än ASI. För bedömning av hjälpbehov för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem rekommenderas ADAD (prio 4).

Medicinska test

Som ett komplement till självrapport och klinisk intervju kan medicinska tester användas för att påvisa eller utesluta intag av olika substanser, inklusive att de kan bidra till att bedöma omfattningen. De kan också användas för att identifiera problem, till återkoppling och uppföljning. Här rekommenderas användning av EtG eller EtS i urin för att upptäcka nyligt intag (prio 2) medan mätning av alkoholhalten i urin för nyligt intag har prioriteringsgrad 7.

För långvarigt högt intag av alkohol bör mätning av CDT eller PEth användas (prio 2) alternativt GT och/eller ASAT och ALAT vilka båda dock rangordnats lägre med hänsyn till sämre sensitivitet och specificitet (prio 3). Endast i undantagsfall kan MCV i blodprov användas för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol (prio 10).

För att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika bör urinprov användas (prio 1). Patientnära drogtestar, t ex i form av stickor analyserade med masspektrometri, kan användas men Socialstyrelsen betonar att testerna inte är tillräckligt tillförlitliga för att ligga till grund för beslut om åtgärder vid t ex kontraktsvård, tvångsvård, körkorts- eller vapenlicenssammanhang (prio 5). Salivprov är mindre känsligt än urinprov vilket återspeglas i rangordningen (prio 7).

Läkemedelsbehandling

I riktlinjerna ingår läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens och beroende, nedtrappning av bensodiazepiner, centralstimulantia samt opiat- och opioidanalgetikaberoende.

Alkoholabstinens - Vid alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens bör personer främst erbjudas bensodiazepiner (prio 1) men klometiazol kan också erbjudas (prio 5). Vid utvecklat delirium tremens har bensodiazepiner eller klometiazol högsta prioritet (prio 1). För alkoholabstinens utan denna extra risk för EP eller DT rekommenderas bensodiazepiner (prio 2) eller med lägre prioritet klometiazol eller karbamazepin (prio 3). Däremot bör inte antihistaminer eller neuroleptika användas i något av dessa sammanhang.

Alkoholberoende - Till personer med alkoholberoende syftar läkemedelsbehandling till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska. De preparat som avses är disulfiram för helnykterhet, akamprosats för minskad konsumtion och antal återfall samt naltrexon för färre tunga dryckesdagar (prio 1). Nalmefen liknar naltrexon men det vetenskapliga stödet för effekten är sämre vilket lett till en lägre prioritering (Prio 4).

Det betonas att studier rörande läkemedelsbehandling vid alkoholberoende oftast inkluderar samtidig psykologisk eller psykosocial behandling, alternativt ett mer omfattande och strukturerat omhändertagande än vad som är brukligt.

Långvarigt bruk av bensodiazepiner - Abstinensbesvär vid försök till utsättning efter långvarigt bruk av bensodiazepiner (4-6 veckor) är vanligt. Personer som har svårigheter att själva avsluta sitt bruk bör erbjudas nedtrappning av bensodiazepin (prio 2). Som tillägg till nedtrappning rekommenderas kognitiv beteendeterapi (prio 2).

Centralstimulantia - Riktlinjerna tar upp läkemedelsbehandling av amfetamin- och kokainmissbruk. Trots begränsat vetenskapligt underlag rekommenderas naltrexon vilket visat sig ha god effekt på amfetaminanvändning och kvarstannande i behandling (prio 4).

Opiatberoende - Socialstyrelsen har tagit fram särskilda föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO). Dessa föreskrifter har varit föremål för en översyn och de nuvarande, som också inkluderar opioidanalgetika, HSLF-FS 2016:1 Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, gäller från 2016-02-15 kan laddas ner på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-3>

Ur föreskrifterna framgår kortfattat att om en läkare bedömer att ett opioidberoende har funnits i minst 1 år kan LARO ordineras. Förutom läkemedel ska behandlingen bestå av psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Om detta inte kan erbjudas av vårdenheten ska en överenskommelse skrivas med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare så att detta kan erbjudas patienten. En sammanvägd bedömning ska göras av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation. Det finns inte något uttalat krav på att socialtjänsten ska involveras i bedömningen, men som vanligt finns krav på SIP när det finns behov av insatser från båda huvudmännen. Läkemedlen kan successivt överlätas till patienten efter 3 månader (med vissa undantag).

De preparat som rekommenderas i riktlinjerna vid opiatberoende är en kombinationen buprenorfin-naloxon (prio 1), metadon (prio 2) alternativt enbart buprenorfin (prio 6). Vid opioidanalgetikaberoende bör personen erbjudas nedtrappning (prio 3) och om detta inte lett till opioidfrihet bör läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon erbjudas (prio 3).

Psykologisk och psykosocial behandling

I riktlinjerna beskrivs psykologisk behandling i högre grad fokusera på intrapsykologiska processer medan psykosocial behandling mer fokuserar på den sociala situationen och sammahanget. Rekommendationerna om psykologisk och psykosocial behandling omfattar missbruk eller beroende av alkohol, bensodiazepiner, cannabis, centralstimulantia och opiater. De belyser även par- eller nätverksterapi som tillägg till annan behandling.

Missbruk eller beroende av alkohol - Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda motivationshöjande behandling MET (prio 1), kognitiv beteendeterapi KBT, återfallsprevention, CRA (Community reinforcement therapy), tolvstegsbehandling eller SBNT (social behaviour network therapy) (prio 2). Psykodynamisk eller interaktionell terapi kan också erbjudas (prio 4). Webbaserad behandling har goda resultat vid riskbruk men för missbruk eller beroende saknas vetenskapligt underlag vilket gör att man i riktlinjerna menar att det endast ska erbjudas inom ramen för forskning och utveckling (FoU).

Långvarigt bruk av bensodiazepiner - I tillägg till nedtrappning av bensodiazepin med läkemedel rekommenderas KBT (prio 2). Detta där sedvanlig utsättning inte är möjlig.

Missbruk eller beroende av cannabis - Personer med missbruk eller beroende av cannabis bör erbjudas KBT eller återfallsprevention med tillägg av MI eller MET (prio 3).

Missbruk eller beroende av centralstimulantia - Amfetamin är den vanligaste illegala narkotiska substansen efter cannabis och dominerar bland personer med intravenöst narkotikabruk. Andra preparat i denna grupp är kokain, crack, amfetaminderivat, meta-mfetamin och metylfenidat.

MATRIX-programmet, som kombinerar tolvstegsbehandling och återfallsprevention med socialt nätverksstöd och regelbundna urinprover, återfinns som en av de behandlingar som finns med i riktlinjerna (prio 3). Med samma prioriteringsgrad återfinns tolvstegsbehandling samt CRA med tillägg av förstärkningsmetod. Även KBT eller återfallsprevention kan erbjudas (prio 4).

Missbruk eller beroende av opiater - I kombination med läkemedelsassisterad behandling bör personer med opiatberoende erbjudas KBT eller återfallsprevention (prio 3) alternativt CRA (prio 4). Även psykodynamisk terapi kan erbjudas (prio 5).

Nätverks- eller parterapi vid alkohol- eller narkotikaproblem

- Meningsfulla och stödjande sociala nätverk har visat sig ha positiv påverkan på utfallet av annan psykologisk-, psykosocial- eller läkemedelsbehandling. Rekommendationerna är därför att erbjuda parterapi (prio 3) eller nätverksterapi (prio 4) som tillägg till annan behandling till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika.

Psykosociala stödinsatser

I riktlinjerna hänvisas till 5 kap. 9 § SoL där det står att socialnämnden aktivt ska se till att personer med missbruk får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån missbruket. Arbete/sysselsättning, boende, stöd i samordning av myndighetskontakter och stöd till nätverket är några viktiga områden.

IPS-modellen (individual placement support) har som grundidé att personer som vill arbeta får hjälp till ett arbete med lön, på arbetsplatser på den öppna marknaden, tillsammans med ett integrerat behovsbaserat stöd. Rekommendationen är att personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika med svag arbetsmarknadsanknytning erbjuds arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen (prio 3). Arbetsförberedande träningsmodeller har en lägre prioritet (prio 6).

Personellt boendestöd kan bidra till ökad boendestabilitet. Det saknas vetenskapligt underlag men utifrån beprövad erfarenhet och ett konsensusförfarande har ett individanpassat personellt boendestöd bedömts tillhöra prioriteringsgrad 4.

Vid hemlöshet har boendetrappa, dvs att personer successivt kvalificerar sig för en egen bostad genom olika boendeformer, bedömts vara något som endast i undantagsfall kan erbjudas (prio 8). I stället bör personer erbjudas boendeinsatser i form av värdkedja, som främst fokuserar på stöd och vårdinsatser, eller bostad först (prio 4).

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av modeller med det gemensamt att de syftar till att samordna vård- och stödåtgärder och se till att klienten/patienten får adekvat vård eller stöd. Målgruppen är personer med låg psykosocial eller kognitiv funktionsnivå. Individuell case management i form av strengths model bör erbjudas personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning (prio 4). För personer som dessutom har en svår psykisk sjukdom bör case management i form av integrerade eller samverkande team erbjudas (prio 3).

I riktlinjerna betonas att anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblem omfattas av bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL, där det står att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. HSL har inte någon motsvarande paragraf men ska när det ges tillfälle ge upplysningar om metoder att förebygga sjukdom eller skada. Detta inkluderar också anhöriga som vårdar eller stödjer en person med missbruk eller beroende. Psykosocialt stöd i form av AL- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram bör erbjudas de anhöriga (prio 2). Coping skills training kan vara ett alternativ (prio 3).

Anhöriga kan också spela en viktig roll i att motivera en närstående till att söka och ta emot behandling. En manualbaserad metod som har fokus på detta är CRAFT (Community reinforcement approach and family training). Den bygger på KBT-orienterade terapeutiska strategier och bör erbjudas anhöriga som vill motivera sin närstående (prio 3).

Behandling vid samsjuklighet

Med samsjuklighet avses personer som uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk eller beroende och någon annan form av psykisk störning. Studier har visat att 30-50 procent av de som vårdas för sitt missbruk har samtidig psykisk sjukdom. Omvänt har cirka 20-30 procent av de som vårdas för psykisk sjukdom ett samtidigt missbruk eller beroende. Det handlar om en synnerligen heterogen grupp med varierande grad av missbruk, olika symptom av psykisk sjukdom och varierat behov av stöd- och behandlingsinsatser. Det är dock viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att substansrelaterade psykiska symptom identifieras innan behandling för den psykisk sjukdom påbörjas.

Det finns endast begränsad forskning inom området samsjuklighet och befintliga studier skiljer sig mycket åt avseende patientgrupper, behandlingar, mått och tidsperioder. Förutom behandling av den psykiska sjukdomen i enlighet med Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofrenilikhande tillstånd eller Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna, är det dock viktigt att beroendetillståndet också behandlas parallellt. De rekommendationer om läkemedel i aktuella riktlinjer, avser dels samtidig bipolär sjukdom där personer kan erbjudas behandling av valproat som tillägg till litium (prio 6) och personer med alkoholberoende och samtidig adhd som kan erbjudas atomoxetin (prio 5).

Beträffande psykologisk och psykosocial behandling finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för rekommendationer om specifika integrerade behandlingsmetoder. Men både den psykiska sjukdomen och missbruket eller beroendet bör erbjudas integrerade behandlingsmetoder till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom (prio 3). Detsamma kan erbjudas vid samtidig depression (prio 6).

Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar

Med ungdomar avses personer i ålder 12-18 år, även om studier rörande ungdomar kan ha varierande åldersgränser. Det är främst användning och missbruk av alkohol och cannabis som studerats och det finns därför en osäkerhet om hur väl riktlinjerna kan gälla vid andra substanser.

Vid missbruk hos ungdomar samspelar ofta psykiska och sociala faktorer för utveckling av ett missbruk och det är endast psykologisk och psykosocial behandling som ingår i riktlinjerna. Läkemedel prövas sällan på ungdomar och effekter av dessa har därför inte studerats.

Kort intervention med 1-2 samtal som ofta grundas på MI, MET (motivational enhancement therapy), MET i kombination med KBT, ACRA eller ACC, har samma prioriteringsgrad (prio 3). Familjbehandling har visat sig ha god effekt på cannabis- och alkoholanvändande och FFT (functional family therapy) eller MDFT (multidimensional family therapy) bör erbjudas ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem (prio 3). Multisystemisk terapi eller BSFT (brief strategic family therapy) kan även erbjudas (prio 4).

Dopning

Det är enligt lag förbjudet att införa, överlåta, framställa, förvärva i överlåtelsesyfte, sälja, inneha eller bruka dopningspreparat. Bruket och missbruket av dopningspreparat uppges öka i hela landet men det finns inte några rekommendationer om behandling i riktlinjerna eftersom underlag om åtgärder till stor del saknas. I dagsläget finns det ingen särskild verksamhet i länet för vård och behandling vid missbruk av dopningspreparat. Provtagning för identifiering och uppföljning samt stöd att bryta missbruket bör dock erbjudas inom ramen för gängse verksamheter. I Örebro bedrivs ett Nationellt kompetensutvecklingsprojekt för dopningsproblematik och Örebro läns Dopningsmottagning tar emot patienter från hela landet. Rådgivningstelefon: 019-602 33 60.

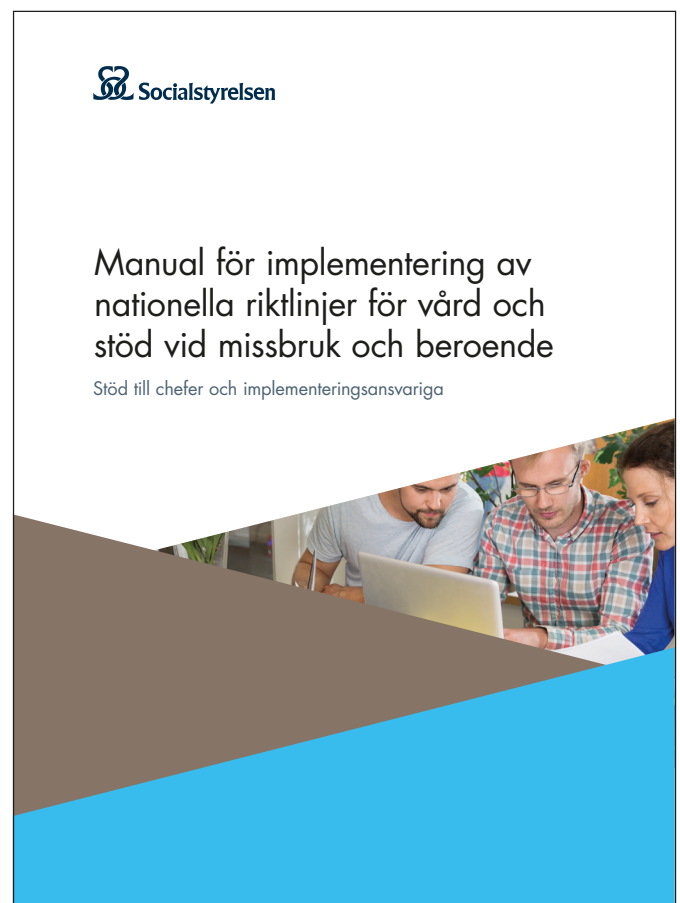
Chefsmanual för att stödja implementering

Socialstyrelsen har tagit fram en chefsmanual för att stödja implementeringen av de centrala rekommendationerna i riktlinjerna, vilka presenterats ovan. Förutom att manualen är ett hjälpmedel för att utkristallisera vilka insatser som är mest angelägna ger också manualen konkret vägledning i implementeringsarbetets fyra faser: Behovsinventering, Struktur för implementering, Genomförande samt Lära och förbättra.

Implementeringen av riktlinjerna med stöd av manualen är tänkt att ske enligt följande 15 steg, varav chefen ansvarar för att de första 5 stegen blir utförda. Från och med steg 6 är arbetsgruppen ansvarig.

1. Inhämta kunskap om rekommenderade insatser i riktlinjerna (läs boken, se filmerna som introducerar de olika områdena, diskutera)
2. Genomför behovsinventering.
3. Genomför prioritering mellan delområden.
4. Undersök kapacitet för förändringsarbete. Här kan Socialstyrelsens verktyg "Beredskap för förändring" eller EBP-termometern användas. www.socialstyrelsen.se
5. Skapa motivation genom att beskriva behovet (använd bedömningsinstrument, prioriterings-underlaget, statistik)
6. Organisera ett implementeringsteam (en arbetsgrupp och en ledare)
7. Besluta om vilken insats som ska införas.
8. Förklara hur den nya insatsen kan möta behovet (genom ex vis studier och erfarenheter påvisa nyttan)
9. Säkerställ att nödvändiga resurser finns tillgängliga (tid, pengar, kompetens, lokaler etc.).
10. Ta fram en implementeringsplan (mätbara mål, roller, ansvar, utbildning, handledning, uppföljning).
11. Utbilda (inhämta kunskap om den insats som ska införas).
12. Förbered systematisk uppföljning (samlar baslinjedata och fokusera på de förhållanden som den nya insatsen är tänkt att påverka).
13. Inför insatsen i en pilot (säkerställ tillgång till handledning och stöd från organisationen).
14. Återkoppla erfarenheter av implementeringspiloten (helst genom systematisk uppföljning).
15. Implementering i full skala.

Manualen, som bland annat består av ett flertal mallar, kommer att i september 2016 publiceras på Socialstyrelsens webbsida för de nationella riktlinjerna, tillsammans med en digital version. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjermissbrukochberoende>



Uppföljning och utvärdering

För att säkerställa att den behandling som ges är den mest relevanta för den enskilde brukaren och leder till önskvärt resultat, krävs en systematisk uppföljning på verksamhets-, grupp- och individnivå. Uthållighet och verksamhetsutveckling främjas av att resultaten regelbundet återkopplas på alla nivåer.

INDIVIDNIVÅ	Ex. på frågeställningar: Vilken behandling passar bäst för denne person? Vilka behov har X fått hjälp med? Hur har det gått för X efter 6 månader? Hur upplever X sin egen situation?
GRUPPNIVÅ	Ex. på frågeställningar: Vilka insatser har bäst utfall för kvinnor med ett narkotikamissbruk? Vilken effekt har intensivt boendestöd på alkoholkonsumtionen hos berörda brukare? Hur upplever klienterna bemötandet vid utredning för vård?
VERKSAMHET/ORGANISATION	Ex. på frågeställningar: När vi i kommunen ut till de personer som behöver vård- och behandling? Hur ser sambandet ut mellan tidigare insatser och antal placeringar på HVB-hem? Kan det ökade antalet anställda minska utgifterna för vård- och behandling?

Uppföljning och utvärdering kan ha olika syften; att kontrollera och ge beslutsunderlag, att främja och förbättra eller att kunskapsutveckla och kritiskt granska. Val av metod styrs dels av aktuell frågeställning och dels av vilken nivå som avses. Tid och resurser kan också påverka utformningen.

Öppna Jämförelser, ASI och Loke

Socialstyrelsen ansvarar för de Öppna jämförelserna som från 2016 har fått en ny utformning där de olika delarna integreras. Från senaste ÖJ för missbruks- och beroendevården som avser 2015, framgår att 36 procent av kommunerna i landet uppger att de har en överenskommelse med landstingen som innehåller gemensamma mål, resurs- och ansvarsfördelning samt rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal. I Västerbotten är det endast tre kommuner som svarat att de har en sådan överenskommelse. Öppna jämförelser kan ge en bild av missbruksvården i länet men den bilden är långt ifrån komplett. Socialstyrelsen skriver själv att "Tyngdpunkten i öppna jämförelser är som tidigare socialtjänstens förutsättningar för god kvalitet inom missbruks- och beroendevården. Eftersom kommuner och landsting har ett delat ansvar för missbruks- och beroendevården redovisas även indikatorer som belyser förutsättningar för kvalitet för landsting och beroendemottagningar." Om den vård som ges leder till positiva resultat för den enskilde kan inte fångas av ÖJ.

ASI (Addiction severity index) är ett i riktlinjerna högt prioriterat instrument för bedömning av svårighetsgrad och komplexitet i missbruket, vilket är värdefullt vid utredning och val av behandling. Förutom denna ASI Grund finns en uppföljningsmodul; ASI Uppföljning. Förutom uppföljning kopplat till den enskilde kan data analyseras på gruppnivå. Manualer, instruktionsfilmer och annan information om ASI finns att läsa på Socialstyrelsens websida. <http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/asi-intervjun>

LOKE (LOKAl Evidens) är en modell för lokal uppföljning med fokus på verksamhetsutveckling. Modellen har tagits fram av socialförvaltningen i Umeå och svarar upp mot behovet att systematiskt dokumentera, följa upp och utvärdera om verksamheter gör någon skillnad för klienter och brukare på individ-, grupp- och verksamhetsnivå. Grunden i LOKE är verksamhetens idé om vad den ska åstadkomma och den ram mot vilken man sedan undersöker om verksamheten gör det den säger att den skall göra. Implementeringen av modellen kan se olika ut men resultatet av uppföljningen lägger en grund för verksamhetsutveckling med syfte att bättre tillgodose brukarnas behov. Så kallade LOKE-verkstäder för att lära sig modellen och komma igång med arbetet arrangeras regelbundet av FoU Välfärd, Region Västerbotten.

Länssamordningsgruppens roll inom missbruksområdet

Länssamordningsgruppens roll inom missbruksområdet
Länssamordningsgruppen i Västerbottens roll:

- medverka till en övergripande ansvarsfördelning för tidig upptäckt, förebyggande verksamhet, vård och behandling utifrån aktuella riktlinjer, föreskrifter och lagstiftning
- verka för att identifierade problemområden på länsövergripande nivå mellan huvudmännen, men även internt inom respektive organisationer, blir belysta och föremål för utredning och åtgärd
- följa upp att lokala överenskommelser mellan kommuner, landsting och i förekommande fall polismyndigheten, skrivs i länet
- stötta utvecklingsarbete, kompetens- och kunskapsutveckling inom området
- verka för användande av system för uppföljning och utvärdering
- följa utvecklingen i länet med utgångspunkt från Socialstyrelsens Öppna jämförelser

ANDT strategi 2016–2020

En ny samlad **strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT)** för åren 2016-2020 har antagits och lanserats februari 2016 (Skr 2015/16:86). Jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet ska i enlighet med strategin tydliggöras och genomsyra ANDT-arbetet på alla nivåer. Det övergripande målet för alkohol-, narkotika- dopnings- och tobakspolitiken är detsamma som tidigare:

”Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk”.

Strategin innehåller sex mål som tillsammans ska bidra till att uppnå det övergripande målet:

- Tillgång till alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak ska minska.
- Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel och tobak eller debuterar tidigt med alkohol ska successivt minska.
- Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.
- Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.
- Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.
- En folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt huvudansvar för att stödja genomförandet av ANDT-strategin. I länet är Länsstyrelsen en regional aktör med en särskild länssamordnare inom ANDT. Länsstyrelsens Länssamrådsgrupp för ANDT arbete träffas fyra gånger per år med representanter från Västerbottens läns landsting, Region Västerbotten, Västerbottens idrottsförbund, polismyndigheten, samlade nykterhetsrörelsen, studenthälsan vid Umeå universitet, IQ, CAN, Länsbildningsförbundet och Trafikverket.

Varje kommun i länet har egna ANDT-samordnare för det lokala förebyggande arbetet. För ytterligare information se: www.vasterbottenforebygger.se

Förslag till mall för lokal överenskommelse

För att en lokal överenskommelse inte ska bli ett uddlöst dokument är det önskvärt att den är så konkret som möjligt. Att sätta sig ner och fundera och diskutera med representanter med mandat från de olika verksamheterna hur de personer i kommunen som har ett missbruk och beroende, och dennes närstående, ska kunna erbjudas stöd, vård och behandling grundad på bästa tillgängliga kunskap, är i sig en bra grund för samverkan. Men för att tydliggöra det man överenskommit om ska det också dokumenteras skriftligt.

Nedan följer några förslag till rubriker och innehåll:

- Rutiner för SIP (vem initierar, var och när sker träffen, hur sker inbjudan, dokumentation, uppföljning mm)
- Barn i riskmiljö (hur och var uppmärksammas barn som växer upp i riskmiljö, ev Barn-far-illa grupp, hur kan/bör en orosanmälan göras, återrapportering etc)
- Rutiner vid polisens omhändertagande i enlighet med LOB. För denna del sker samverkan även med polisen (medicinsk bedömning var/när, tillgång till tillnyktring inom VLL, LOB-rapportering till socialtjänst när/hur, efterföljande kontakt var/när etc. Särskilda arrangemang vid ex festivaler och liknande?)
- Kompetensutveckling (behovsinventering utifrån riktlinjerna)
- Uppföljning/utvärdering (hur hantera resultat från ÖJ, behov av lokala uppföljningar, när och vem gör ASI och när, forum för presentation av resultat etc)
- Rutiner för samverkan- på chefs- och handläggarnivå (hur ofta träffar, vad ska tas upp, vilka ingår etc)
- Rutiner för avvikelser och eventuella tvister kring ansvarsfrågor
- Vem/vilka ansvarar för att den lokala överenskommelsen följs upp

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

EXEMPEL

	Handläggning inom socialtjänst	Handläggning inom primärvård	Handläggning inom 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 en ASI utredning om vuxen, ADAD för unga, missbruksutredning med samtal och kontakt med anhöriga	Provtagning, bedömningssamtal förmedling av kontakt till socialtjänst	Provtagning, bedömningssamtal
Läkemedelsbehandling	Hänvisning till primärvård	Antabus, Campral...	
Etc.....			

Produktion och text: Annika Nordström, FoU Välfärd, Region Västerbotten
Grafisk form: Helen Bäckman, Region Västerbotten
Omslagsfoto: Jonas Nilsson Lee
Tryck: Tryckeri City, Umeå
Upplaga: 300 exemplar



REGION
VÄSTERBOTTEN

FoU Valfärd, Region Västerbotten
En regional aktör för forskning och
utveckling inom socialtjänst och
berörda delar av hälso- och sjukvården

