

Reviderat januari 2013

Avtal om missbruks- och beroende- vård i Kronobergs län

Riktlinjer för socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens
verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem





REGIONFÖRBUNDET
SÖDRA SMÅLAND

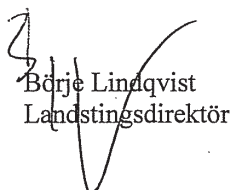
**Landstinget
Kronoberg**

Riktlinjer för missbruk och beroendevård i Kronobergs län har under hösten 2010 antagits av ansvarig nämnd i alla kommuner i Kronobergs län och Landstinget Kronoberg.

Riktlinjerna gäller från 1 januari 2011. Uppföljning och revidering senast 30 juni 2014.

3 januari 2013

Landstinget Kronoberg


Börje Lindqvist
Landstingsdirektör

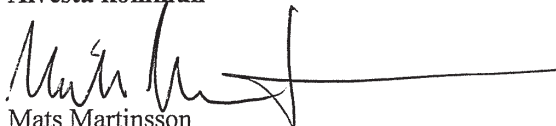
Lessebo kommun


Ann Lund
Socialchef

Alvesta kommun


Rose-Marie Eriksson
Förvaltningschef

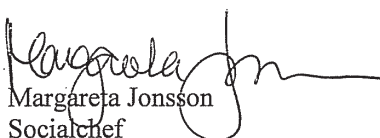
Alvesta kommun


Mats Martinsson
Förvaltningschef

Älmhults kommun


Kulla Persson Kraft
Socialchef

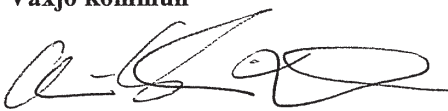
Uppvidinge kommun


Margareta Jonsson
Socialchef

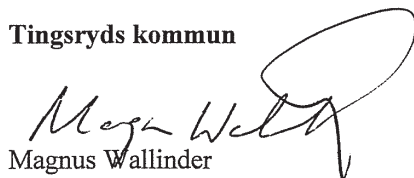
Markaryds kommun


Laila Siljedahl
Förvaltningschef

Växjö kommun


Ann-Christin Norlander
Förvaltningschef Omsorgsförvaltningen

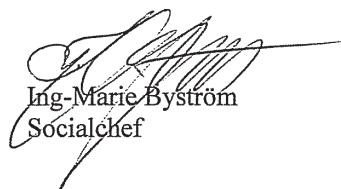
Tingsryds kommun


Magnus Wallinder
Socialchef

Växjö kommun


Per Sandberg
Förvaltningschef Arbete och Velfärd

Ljungby kommun


Ing-Marie Byström
Socialchef

Innehållsförteckning

Inledning och syfte.....	3
Gemensamma riktlinjer.....	3
Lokala samverkansavtal.....	4
Förutsättningar för samverkan.....	4
Tvister.....	5
Brukarinflytande.....	5
Definitioner.....	6
Kommunens och landstingets ansvar.....	7
Kommunens yttersta ansvar.....	7
Förebyggande och tidiga insatser.....	7
Kommunen.....	8
Landstinget.....	8
Gemensamt bedömnings- och screeningsinstrument.....	8
Motiverande samtal.....	8
Vård och behandling och andra stödinsatser.....	9
Kommunens ansvar.....	10
Vård och behandling och andra stödinsatser.....	10
Landstingets ansvar.....	11
Vård och behandling.....	11
Primärvården.....	11
Beroendevården.....	11
Psykiatri.....	11
Neuropsykiatri.....	11
Samordnad vårdplanering.....	12
Individuell plan.....	12
Vårdplanering och insatser i samband med abstinensbehandling.....	13
Vårdplanering och insatser i samband med samsjuklighet.....	13
Dokumentation.....	14
Gemensamt bedömningsinstrument ASI/ADAD.....	14
Behandlingsuppföljning.....	14
Särskilda grupper.....	14
Barn.....	14
Ungdomar/Unga vuxna.....	14
Våldsutsatta kvinnor med alkohol-/narkotikaberoende.....	15
Gravida kvinnor.....	15
Aktuell lagstiftning.....	15
Tvångsvård.....	15
Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.....	15
Kvarhållningsskyldighet.....	16
Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128).....	16
Uppgiftslämnande – undantag i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	17
Anmälningsansvar.....	18
Allas.....	18
Socialtjänstens.....	18
Sjukvårdens.....	18
Anmälningsansvar gällande barn.....	18
Anmälan enligt körkortslagen (1998:488).....	19
Anmälningsansvar vapen.....	19
Referenslista.....	19
Lagar, propositioner och offentliga utredningar.....	20
Ordlista.....	20
Bilagor.....	21
Tolkning av AUDIT.....	21
Snabbguide till uträkning av poäng för DUDIT.....	22
Definition av missbruk och beroende enligt DSM-IV.....	22

Inledning och syfte

Regeringen beslutade sommaren 2008 att göra en samlad översyn av den svenska missbruks- och beroendevården. Uppdraget gick till Gerhard Larsson som även tidigare lett utredningar inom området. I en diskussionspromemoria som Missbruksutredningen presenterat har otydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner särskilt lyfts fram som ett område där det förekommer allvarliga brister. Följden av den otydliga ansvarsfördelningen blir enligt Larsson att de olika huvudmännens vård- och stödinsatser har svårt att kugga i varandra. Personer som är i behov av vård och stöd tvingas vänta och får inte hjälp medan motivationen finns till att bryta ett missbruk. Personer utreds flera gånger eftersom huvudmännen har svårt att kommunicera uppgifter samt att tidsmässiga glapp uppstår mellan insatserna som gör att de förlorar i effektivitet och att risken för återfall i missbruk ökar.

Detta dokument har tagits fram på uppdrag av styrgruppen¹ för projektet Kunskap till praktik. Uppdraget att lämna förslag på gemensamma riktlinjer för missbruks- och beroendevården i Kronobergs län tilldelades arbetsgruppen² inom samma projekt. Dessa riktlinjer ska ligga till grund för de enskilda vårdgivarnas verksamhet. Arbetsgruppen har valt att fokusera på samverkan och ansvarsfördelning.

Gemensamma riktlinjer

De gemensamma riktlinjerna ska:

- klargöra ansvarsgränserna gällande förebyggande arbete och tidig upptäckt av missbruk samt vård och behandling av personer med missbruk,
- innehålla rutiner för samverkan mellan de olika aktörerna samt beskriva hur insatserna är organiserade inom och mellan yrkesgrupper, funktioner, verksamheter och huvudmän. Respektive huvudman har ansvar för att samverkan och rutiner fungerar även internt inom den egna organisationen,
- vara ett styrande dokument. Det är kommun- respektive landstingsledningens ansvar att de lokala verksamheterna ges kunskap om och mandat att arbeta i enlighet med samverkansöverenskommelsen,
- vara utformad så att lokala verksamheter kan tillämpa samverkansöverenskommelsen vid formulering av egna interna riktlinjer för samverkan,
- fastställa rutiner för uppföljning av samverkansöverenskommelsen så att detta görs kontinuerligt, och
- vara politiskt förankrade.

De gemensamma riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i Kronobergs län ska uppdateras regelbundet och minst en gång/år. Vart fjärde år ska en mer omfattande revidering göras.

¹ Styrgrupp: Regionförbundets nätverk för förvaltningschefer inom socialtjänst och hälsosjukvård. Länets åtta kommuner och Landstinget Kronoberg.

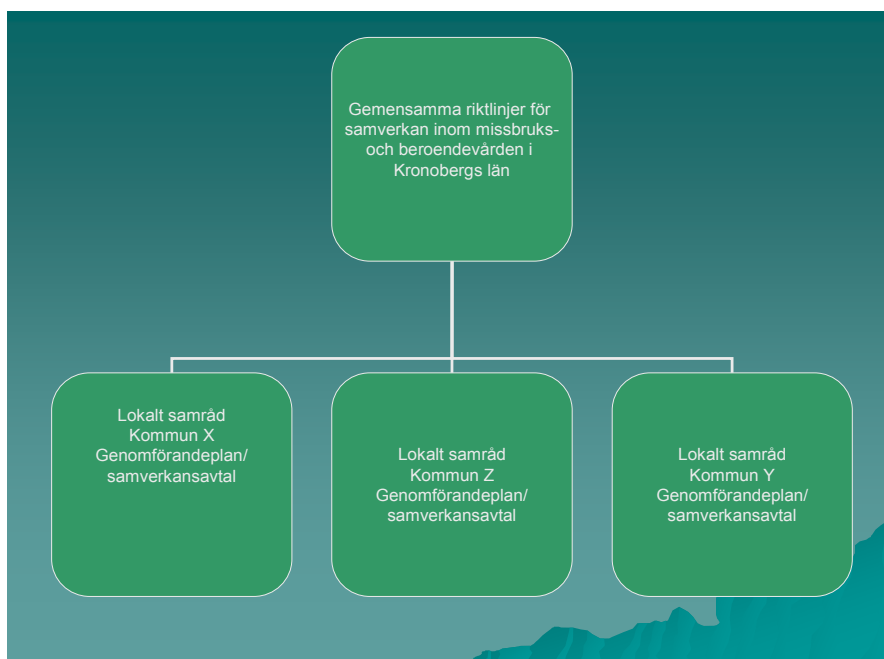
² Arbetsgruppen: Britt-Marie Johansson, Växjö kommun. Gunilla Degerman, RSMH. Olof Cronberg, Landstinget Kronoberg. Beatrice Sjöstrand, Landstinget Kronoberg. Ansvarig för arbetet har varit Per Svensson, Kunskap till praktik.

Lokala samverkansavtal

- De gemensamma riktlinjerna ska kompletteras med lokala samverkansavtal mellan socialtjänst, beroendevård, psykiatri, primärvård och kriminalvård.
- De lokala samrådsgrupperna bör träffas regelbundet och samverkansavtalen ska revideras vid behov, och minst en gång/år.
- Kommunerna ska tillsammans med landstinget och kriminalvården utarbeta rutiner för olika aktiviteter/händelser. Rutinerna ska utgå från de gemensamma riktlinjerna för länet och kan antingen gälla övergripande för hela länet eller enbart kommunvis. Ex. på rutiner: förstagångsbesök, LVM³, hantering av anmälningar, utredningsgång och läkemedelsassisterad behandling.

Det ska finnas ett lokalt samråd i varje kommun där företrädare för kommunen och landstinget ingår samt vid behov även företrädare för kriminalvården.

De lokala samråden ska upprätta samverkansavtal gällande förebyggande arbete och vård och behandling i enlighet med riktlinjernas intentioner. I samverkansavtalet ska ansvarsområden för respektive huvudman klargöras liksom rutiner för samverkan. Det är angeläget att chefspersoner med mandat ansvarar för upprättandet av samverkansavtalet samt att detta förankras bland personalen i de olika verksamheterna.



Förutsättningar för samverkan

För att uppnå lyckade behandlingsresultat inom missbruks- och beroendevården krävs i allmänhet god samverkan mellan olika vårdgivare. Samverkan *"innebär i detta sammanhang att man tillsammans med andra, ofta personer med annan utbildning och som är styrda av andra regelsystem och en annan organisatorisk position, arbetar mot gemensamt mål"*⁴.

³ Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

⁴ Danermark 2000 s. 15.

Förutsättningen för samverkan är⁵:

- att samverkan har en klar och tydlig ledning,
- att samverkan har ett klart uttalat mål,
- att tillräckliga resurser ställs till förfogande,
- att skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats, och
- att hindrande skillnader undanröjs eller om det inte går, sätt att hantera dem utvecklas.

Twister

Om det råder olika uppfattningar mellan landstinget och kommun om ansvarsfrågor är risken stor att det blir den enskilde som drabbas genom att han/hon tvingas vänta och inte får hjälp när motivationen till att bryta ett missbruk finns. Det är därför viktigt att det finns rutiner för hur tvister kring ansvarsfrågor ska hanteras.

Om tvister mellan landsting och kommun uppstår så ska dessa hanteras av särskilt utsedda företrädare för respektive huvudman. Företrädarna har ett gemensamt ansvar att diskutera sig fram till en gemensam lösning utifrån de gemensamma riktlinjerna. Företrädarna från landsting och kommun bör vara chefspersoner på den operativa nivån med mandat att fatta beslut i aktuella frågor.

I samtliga länets kommuner ska det finnas utsedda grupper med företrädare från kommun och landsting som har ansvar för att lösa eventuella tvister kring ansvarsfrågor.

Brukarinflytande

Begreppet brukare avser i detta sammanhang en person som använder offentliga tjänster och inte har möjlighet att välja en alternativ producent. Utifrån detta beroendeförhållande är det nödvändigt att den enskilde får möjlighet att vara delaktig.

Brukarinflytande kan exempelvis ske genom att insatsen väljs och utformas i samarbete mellan den enskilde och socialarbetaren eller behandlaren. Ett annat sätt kan vara att flera användare tillsammans påverkar socialtjänstens eller hälso- och sjukvårdens insatser genom att bilda brukarråd och inleda en dialog med huvudmannen för utveckling eller att genomföra en brukarrevision.

Inflytandet kan alltså ske både på individ-, verksamhets- och strukturell nivå. Det kan också handla om att genomföra brukarenkäter, fokusgrupper med brukare etc.

Lokala rutiner för en formaliserad samverkan med brukare ska finnas i varje enskild kommun samt inom landstingets beroendevård.

⁵ Danermark 2000 s. 47.

Definitioner

Riskbruk

Riskbruk innebär en alkoholkonsumtion som om den fortsätter kan leda till missbruk och beroende med svåra medicinska och sociala skador som följd⁶. Ibland definieras riskbruk utifrån en viss mängd alkohol. Det är dock individuellt och situationsbetingat vad som är riskfyllt. Olika personer har olika känslighet för hur omfattande alkoholkonsumtion som fordras för att ge alkoholrelaterade skador och sociala problem. Vanligt är att det blir negativa följder även för barn och övriga närstående när en anhörig har för hög alkoholkonsumtion. I Sverige betecknas all användning av narkotika som missbruk eftersom det är olagligt.

Samsjuklighet

Med samsjuklighet menas att en klient, patient med missbruk/beroendeproblem samtidigt har en somatisk eller psykisk sjukdom eller personlighetsstörning⁷.

Neuropsykiatriska funktionshinder

Med termen neuropsykiatri avses symtom och svårigheter som har sin grund i hjärnan och hjärnans funktion. Många anser att kopplingen till psykiatri är olycklig eftersom det rör sig om medfödda funktionshinder och inte psykiatriska sjukdomar.

Personer med dessa funktionshinder har svårigheter inom flera områden såsom uppmärksamhet, impulskontroll, reglering av aktivitetsnivå, socialt samspel, inläring, minne och motorik.

Missbruk och beroende enligt DSM-IV

För att det ska vara frågan om ett *missbruk* enligt DSM-IV⁸ krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månaders period. För *beroende* krävs att tre av sammanlagt sju kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månaders period.

⁶ Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se.

⁷ Socialstyrelsen 2007 s. 184.

⁸ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

Missbruk	Beroende
<ol style="list-style-type: none"> 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, ex. vid bilkörning eller i arbetslivet. 3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket. 4. Fortsatt användning trots återkommande problem. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt. 2. Abstinensbesvär när bruket upphör. 3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs. 4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget. 5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika. 6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas. 7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Kommunens och landstingets ansvar

Kommunens yttersta ansvar

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Förebyggande och tidiga insatser

Alkohol och narkotika	Kommun	Landsting
Riskbruk	<ul style="list-style-type: none"> • AUDIT/DUDIT • Kort rådgivning genom motiverande samtal • Psykosocial behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Livsstilstest • AUDIT/DUDIT • Kort rådgivning genom motiverande samtal • Biologiska markörer med • Feedback

Det är angeläget både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården att vid nybesök orientera sig om den sökandes livsstil, särskilt inom primärvård, psykiatrisk öppenvård och på akutmottagningar, samt inom socialtjänstens mottagningsfunktioner.

Kommunen

Personalen inom kommunen – framförallt inom socialtjänsten, äldreomsorgen och skol- och fritidsverksamheten – ska ha kunskap om riskbruk- och missbruksbeteende och veta när och hur de vid behov ska kunna hänvisa vidare. Socialtjänsten ska ha rutiner för att regelbundet och strukturerat identifiera risk- och missbruk.

Landstinget

Inom landstinget ska det vara lika självklart att ställa frågor kring bruk av alkohol som det är att ställa frågor om bruk av tobak. För personer med riskbruk av alkohol kan det räcka med enkla frågor om alkoholvanorna samt att ge kort rådgivning för att generera en minskning av alkoholkonsumtionen. Enligt socialstyrelsens riktlinjer tillhör dessa insatser några av de mest effektiva förebyggande insatserna inom sjukvården.

Gemensamt bedömnings- och screeningsinstrument

För att bedöma graden av alkohol- och narkotikamissbruk ska kommunen, landstinget och kriminalvården använda bedömningsinstrumenten AUDIT⁹ för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor och DUDIT¹⁰ för att identifiera narkotikamissbruk.

Som frågeformulär för att identifiera personer med riskabla eller skadliga alkoholvanor ska AUDIT användas. Det är ett enkelt och snabbt screeningtest som är kvalitetssäkrat och används inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård. AUDIT finns i skriftlig form och intervjuform. Testet innehåller tio frågor som maximalt kan ge 40 poäng. Motsvarande test för att identifiera narkotikamissbruk är DUDIT. Utifrån resultatet av dessa test kan man göra en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara.

Innan screeningformuläret används måste man ha vunnit den enskildes förtroende, så att denne är införstådd med att formulären används i hans/hennes eget intresse.

När en persons riskbruk eller missbruk identifierats är det viktigt att erbjuda effektiva åtgärder för att uppnå minskad konsumtion. Särskild uppmärksamhet ska riktas vid olycksfall, långvarig smärtproblematik, hjärtarytmier, högt blodtryck, depressioner, upprepat självdestruktivt beteende, parrelaterade problem, våld inom familjen, försummelse av barn, kriminalitet och långvariga ekonomiska problem.

Motiverande samtal

Motiverande samtal, MI¹¹, är en metod där patienten/klienten får hjälp med att för sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst beteende för att underlätta ett beslut om förändring.

Om det vid ett besök inom kommunens eller landstingets verksamheter framkommer att individen har ett riskbruk av alkohol ska kontakt erbjudas med socialtjänsten eller primärvården. Kort rådgivning ska initieras enligt ett motiverande förhållningssätt.

⁹ Alcohol Use Disorders Identification Test.

¹⁰ Drug Use Disorders Identification Test.

¹¹ Motivational Interviewing.

Vård och behandling och andra stödinsatser

Alkohol och narkotika	Kommun	Landsting
Samsjuklighet	Socialtjänsten ska erbjuda behandlingsinsatser för missbruks- eller beroendeproblemen. Socialtjänsten ska även erbjuda boende, sysselsättning, försörjningsstöd samt andra sociala insatser.	Sjukvårdens uppgift är att sörja för utredning, behandling och rehabilitering av somatisk sjukdom eller psykisk sjukdom eller personlighetsstörning. Svårighetsgraden på den psykiska sjukdomen avgör var i hälso- och sjukvården patienten får hjälp. Vid lättare fall är det primärvårdens ansvar och vid tyngre och svårare fall allmänpsykiatri/beroendemottagning.
Neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk/beroende	Socialtjänsten ska erbjuda behandlingsinsatser för missbruks- eller beroendeproblemen. Socialtjänsten ska även erbjuda boende, sysselsättning, försörjningsstöd samt andra sociala insatser.	Sjukvårdens uppgift är att sörja för utredning, behandling och rehabilitering av neuropsykiatriska funktionshinder.
Redan identifierade diagnostiserade alkohol och narkotikaproblem	<ul style="list-style-type: none"> • Utredning • Öppenvårdsbehandling • Psykosocial behandling • Institutionsbehandling • Försörjningsstöd • Boende • Sysselsättning • Anmälningansvar gällande barn 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinensbehandling • Farmakologisk behandling • Behandlingsövervakning • Psykiatrisk behandling • Somatisk behandling • Anmälningansvar gällande barn, vapen och körkort
Institutionsbehandling¹²	Vid all institutionsvård ska en samordnad vårdplan för eftervården upprättas. Delat kostnadsansvar för vården ska gälla. Kostnaderna delas utifrån respektive huvudmans ansvarsområde. Noteras att kostnader för logi i samband med institutionsvård alltid delas lika.	Vid all institutionsvård ska en samordnad vårdplan för eftervården upprättas. Delat kostnadsansvar för vården ska gälla. Kostnaderna delas utifrån respektive huvudmans ansvarsområde. Noteras att kostnader för logi i samband med institutionsvård alltid delas lika.

¹² När öppenvårdsinsatser från bägge huvudmännen ömsesidigt bedöms vara otillräckliga utifrån genomförda utredningar ska institutionsvård övervägas.

Kommunens ansvar

Vård och behandling och andra stödinsatser

Kommunens arbete kring missbruksproblematik regleras i SoL¹³. Hjälp 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 LVM.

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, 14 kap. 1 § andra och fjärde stycket SoL. Vidare ska socialtjänsten enligt lag ha särskild uppmärksamhet på barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling.

Enligt lagstiftningen ska socialtjänsten utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov 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 fler aktörer, framförallt landstinget.

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 och behov av annan social rehabilitering.

Boendet är ett grundläggande livsvillkor och en viktig del i kommunens insatser. Socialtjänsten har ansvar för särskilt boende för vissa grupper, vilket är en biståndsbedömd insats.

Exempel på insatser som kommunerna ansvarar för inom området vård och behandling:

- information och rådgivning,
- uppsökande verksamhet,
- motivationsarbete,
- återfallsprevention,
- utredning, vård och behandling av missbruk i form av öppenvård, familjevård och/eller vid institution i egen eller annans regi,
- samordning av stödinsatser för den enskilde,
- boende och boendestöd,
- psykosocial behandling,
- träning av psykosociala färdigheter,
- kontaktpersoner,
- anhörigstöd och nätverksarbete,
- färdighetsträning, och
- ansökan om tvångsvård enligt LVM, där socialtjänsten ansvarar för att utreda och ansöka, förvaltningsrätten dömer och Statens Institutionsstyrelse ansvarar för vården.

¹³ Socialtjänstlag (2001:453).

Landstingets ansvar

Vård och behandling

Enligt HSL¹⁴ 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, psykiatri och socialtjänsten.

Primärvården

Primärvården ska erbjuda en väl fungerande första linjens hälso- och sjukvård. Det innebär att systematiskt arbeta förebyggande med tidig upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot alkohol och psykisk ohälsa. Vidare ska primärvården ge kunskap om egenvård och medverka till tidig upptäckt av barn som far illa. I arbetet ingår även att arbeta med behandling av personer med riskbruk och behandling av de somatiska åkommor som är relaterade till missbruk/beroende.

Vid komplicerat missbruk av alkohol/narkotika (med misstanke om blandmissbruk, kriminalitet, bostadslöshet etc.) ska personen hänvisas till bedömning inom den specialiserade beroendevården. Vid behov ska även socialtjänsten kontaktas.

Beroendevården

Beroendemottagningens uppdrag är:

- kartläggning/utredning av patienter med beroende-/missbruksproblematik och misstänkt samsjuklighet beroende-/psykiatrisk sjukdom,
- poliklinisk abstinensbehandling,
- underhållsbehandling för opiatberoende, och
- behandling av patienters beroende/missbruk vid samsjuklighet.

Beroendevården ska aktivt medverka till att insatserna för personer med komplexa vårdbehov p.g.a. psykisk störning och missbruk är samordnade och att det finns dokumenterade, ändamålsenliga rutiner med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer i varje kommun.

Psykiatri

Psykiatriens arbetssätt ska utmärkas av samverkan såväl internt som med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer. Former ska finnas för ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från flera aktörer. Det är viktigt att i varje samverkansärende upprätta en skriftlig vårdplan som tydligt anger vilken vårdorganisation som är ansvarig för de olika insatserna. Konsultation och kompetensstöd ska erbjudas vårdgrannar och andra myndigheter. Vid behandling av personer med samsjuklighet, psykisk störning och missbruk, ska detta ske samtidigt och integrerat i samverkan med beroendevården och socialtjänsten.

Neuropsykiatri

Behandling av personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk ställer krav på integrerade insatser. Neuropsykiatri ska utreda, diagnostisera och föreslå/initiera lämplig behandling. Neuropsykiatri ska samverka med socialtjänst och beroendevård i syfte att ge målgruppen ett allsidigt omhändertagande.

Exempel på insatser som landstinget ansvarar för inom området vård och behandling:

¹⁴ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

- abstinensbehandling i öppen- och slutenvård,
- LVM-läkarintyg,
- alkohol- och drogkontroller inom ramen för medicinsk behandling,
- somatiska och psykiatriska utredningar, vård och behandling
- utredning och behandling av beroendetillstånd (inkl. medicinsk vård, behandling och rehabilitering av läkemedelsberoende),
- läkemedelsassisterad behandling av beroendetillstånd,
- psykoterapi, och
- våldsrisk- och suicidriskbedömning.

Samordnad vårdplanering

Individuell plan

Alla som får vård och behandling från flera huvudmän ska ha en gemensam skriftlig individuell plan som beskriver det gemensamma uppdraget.

2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL

”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 individuell plan ska upprättas när det finns ett behov av det. Det är de två huvudmännen som ska avgöra i vilka fall det finns behov av en individuell plan. Skyldigheten att upprätta en plan är dock långtgående och situationer där den enskilde eller närstående nekas en individuell planering bör vara undantagsfall. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

En tydlig situation när en individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om en person som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser.

När det gäller personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar bör man som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses.

I planen ska huvudmännens ansvar anges så konkret och tydligt som möjligt. Det kan handla om en ansvarsfördelning som behöver tydliggöras för den enskilde och de närstående, men som är tämligen okomplicerad, t.ex. att kommunen ger insatser på vissa bestämda tider enligt ett uppgjort schema, och att den psykiatriska vården finns tillgänglig om behov uppkommer på nätter och helger.

En särskild rubrik för frågor angående hemmavarande barn ska finnas med. Frågan ska ställas till såväl män som kvinnor.

Ett exemplar av vårdplanen ska finnas hos de inblandande parterna. Den enskilde ska alltid godkänna och ha en kopia av planen.

I en enskild persons rehabiliteringsprocess kan det finnas andra viktiga aktörer än socialtjänsten och hälso- och sjukvården, t.ex. Arbetsförmedlingen, Kriminalvården och Försäkringskassan. I socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldighet ingår att tillsammans med den enskilde och de närstående identifiera dessa aktörer, deras insatser och ge dem möjligheter att delta i planeringen. Eftersom den enskilde måste samtycka till att planen upprättas är det denne som avgör vilka insatser som ska redovisas i planen¹⁵.

Vårdplanering och insatser i samband med abstinensbehandling

Abstinensbehandling vid alkoholberoende/narkotikaberoende som kräver medicinsk behandling är en landstingsangelägenhet som kan ges inom såväl öppen- som slutenvård. Vid akut abstinensbehandling ska ett första steg tas till samordnad vårdplanering för de individer som så önskar. Kontakt med socialtjänsten ska erbjudas i samband med inläggning och en gemensam vårdplan upprättas som ska finnas klar vid utskrivning. Vid informationsöverföringen bör Cosmic LINK användas. Cosmic LINK är en del av VIS¹⁶ som även används mellan slutenvård vid sjukhus, vårdcentraler och den kommunala hemsjukvården.

Planerad abstinensbehandling i öppenvård sker genom primärvården eller allmänpsykiatri. Läkaren ska alltid återkoppla provsvar till berörd patient (biokemisk feedback).

En samordnad vårdplan med individens samtycke ska erbjudas innan behandlingen påbörjas. Önskar individen vidare vård och behandling genom socialtjänsten ska utredning inledas utan dröjsmål. ASI¹⁷ ska vara en del av utredningen. Socialtjänsten ska efter utredning erbjuda evidensbaserad psykosocial behandling. Förutom dessa behandlingsinsatser ska socialtjänsten bistå med sysselsättning och boende.

Vårdplanering och insatser i samband med samsjuklighet

- Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för klienter/patienter med missbruk eller beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom.
- Om socialtjänsten misstänker att samsjuklighet föreligger ska, med klientens samtycke, utan dröjsmål kontakt tas med primärvård eller öppenvårdspsykiatri för en bedömning.
- Om hälso- och sjukvården misstänker att samsjuklighet föreligger ska, med patientens samtycke utan dröjsmål kontakt tas med kommunens missbruksvård.
- En samtidig vård och behandling för båda problemen är viktig, samordnad tillsammans av kommunens socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård.

¹⁵ Prop. 2008/09:193 s. 19 f.

¹⁶ Landstingets vårdinformationssystem.

¹⁷ Addiction Severity Index.

- Inom kommunerna ska det finnas lokala riktlinjer för samarbete och samordning gällande behandling av patienter med psykisk sjukdom eller personlighetsstörning och samtidigt missbruk eller beroendeproblem. Alla dessa identifierade patienter/klienter ska ha upprättade vårdplaner (samtycke) som är gemensamma mellan kommunens socialtjänst och psykiatrins öppenvård alternativt primärvården.

Dokumentation

Enligt SoL ska genomförandet av biståndsbeslut som rör stödinsatser, vård och behandling noggsamt dokumenteras. Med handläggning av ärenden avses alla åtgärder som nämnden genomför från aktualisering till det att ärendet avslutas. Undantag från denna regel kan göras för ex. rådgivning som rör alkohol och/eller annan missbruksproblematik. Hälso- och sjukvården är skyldig att dokumentera enligt patientdatalagen.

Gemensamt bedömningsinstrument ASI/ADAD

Vid val av insats, behandling, planering och uppföljning ska bedömningsinstrumentet ASI användas. För ungdomar rekommenderas ADAD¹⁸, som är den evidensbaserade "ungdomsversionen" av ASI.

ASI-intervjun ger en kartläggning av personens livssituation och problem, vilket sedan ligger till grund för bedömning av hjälpbehovet. Intervjun innehåller frågor som täcker olika livsområden av betydelse för personer med missbruk eller beroende. ASI-intervjun ställer höga krav på intervjuaren och kräver därför utbildning.

Inom landstingets beroendevård samt inom kommunernas socialtjänst ska ASI användas vid kartläggning av patienter/klienters livssituation.

Behandlingsuppföljning

All behandling ska dokumenteras och följas upp med ASI, biokemisk feedback och klinisk bedömning.

Särskilda grupper

Barn

Hälso- och sjukvården och dess personal har uttryckliga skyldigheter att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd (2 g § HSL och 2 kap 1 a § andra stycket LYHS¹⁹). Detta gäller bland annat om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Socialtjänsten har uppdraget att verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden samt att stödja barn i utsatta situationer (5 kap 1 § SoL).

Ungdomar/Unga vuxna

Unga vuxna mellan 18-25 år har den högsta alkoholkonsumtionen i jämförelse med andra åldersgrupper. I denna ålder grundläggs ofta de alkoholvanor en person får som vuxen. Förebyggande

¹⁸ Adolescent Drug Abuse Diagnosis.

¹⁹ Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).

åtgärder är därför särskilt viktiga för att förhindra att ett missbruk/beroende utvecklas. När det gäller vård och behandling av ungdomar och unga vuxna finns det i dagsläget inga evidensbaserade metoder specifikt för dessa grupper. De beprövade erfarenheter som finns bör tillämpas.

Våldsutsatta kvinnor med alkohol-/narkotikaberoende

Forskning visar att missbrukande kvinnor är mer utsatta för våld än andra kvinnor. Det är därför viktigt att kvinnor som kommer i kontakt med socialtjänsten och hälso- och sjukvården rutinmässigt tillfrågas om våldsutsatthet.

Gravida kvinnor

Det är viktigt att upptäcka alkohol- och narkotikaproblem hos gravida kvinnor. Vid fall av missbruk hos gravida ska specialistvård erbjudas. Snabb och kraftfull intervention är av största vikt. Detta gäller från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

Den instans som upptäcker att en gravid kvinna har missbruksproblem eller beroende, vanligtvis MVC²⁰, ska helst tillsammans med kvinnan ta kontakt med socialtjänsten, beroendemottagning och specialistmödravården för vidare utredning och bedömning av hjälpbehovet.

Av 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § i OSL²¹ framgår att sekretessen inte hindrar att uppgifter om en gravid kvinna eller närstående till henne lämnas från en socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdsmyndighet till annan sådan myndighet om det behövs för att skydda det väntade barnet.

Kvinnans familjesituation kan vara av stor vikt för hennes möjligheter att skydda fostret och ge barnet det omhändertagande som är nödvändigt efter förlossningen. I detta sammanhang är det viktigt att också pappans situation uppmärksammas.

Det bästa är naturligtvis att få den gravida kvinnan att lämna sitt samtycke till att socialtjänsten och hälso- och sjukvården utbyter uppgifter. Barnets intresse går emellertid före kvinnans rätt till integritetsskydd.

Rekommendationen idag är att gravida kvinnor helt ska avstå från alkohol under graviditet.

Aktuell lagstiftning

Tvångsvård

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

LVM reglerar förutsättningarna för hur personer med ett fortgående missbruk oberoende av samtycke kan komma under behandling. Detta innebär inte att vårdinsatser enligt annan lagstiftning först måste prövas och misslyckas innan vård enligt LVM kan bli aktuell²². Den enskildes tillstånd kan vara av sådan grad och art att vård inte kan avvaktas utan risk för dennes hälsa. Tvångsvårdens syfte är att bryta ett destruktivt beteende så att möjligheter finns för att bygga upp en motivationsnivå hos personer med missbruksproblem så att vården kan fortsätta på en frivillig nivå. Vården ska därför inriktas på att tillsammans med brukaren göra en långsiktig planering för dennes rehabilitering.

"4 § Tvångsvård skall beslutas om,

²⁰ Mödravårdscentralen.

²¹ Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).

²² Nya sociallagarna 2010 s. 424.

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,

2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt, och

3. han eller hon till följd av missbruket

a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,

b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller

c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.”

Om det finns en psykiatrisk störning som anses tillräckligt svår bör behandlingen ges inom en psykiatrisk klinik²³ även då det finns en missbruksproblematik. Om individen är så till den grad psykiskt sjuk att denne är i behov av psykiatrisk vård bör vården behandlas enligt LPT²⁴. Om missbruket dock bedöms som det primära samt tvångsåtgärder nödvändiga bör LVM i första hand tillämpas och psykiatrisk tvångsvård vara en sista utväg för att klara av de allvarliga psykiatriska komplikationerna till följd av missbruket.

Kvarhållningsskyldighet

Verksamhetschefen för den sjukhusenhet där en person med missbruksproblem vistas enligt LVM, 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 sådan vård²⁵.

Det ligger i sakens natur att man på sjukhuset dessförinnan gjort en bedömning av om LPT är tillämplig eller om det föreligger en sådan nödsituation att patienten måste ha vård. Kvarhållningen bör ske under kortast möjliga tid och under former som inte äventyrar patientsäkerheten och som är etiskt godtagbara²⁶.

Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)

Tvångsvård ska syfta till att den som är i nödvändigt behov av slutna psykiatrisk vård blir istånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

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

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

²³ Prop. 1990/91:58.

²⁴ Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

²⁵ Prop. 2004/05:123 s. 54

²⁶ Nya sociallagarna 2010 s. 457

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.”

Patienten måste motsätta sig sådan vård som menas i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges på hans eller hennes samtycke.

Öppen psykiatrisk tvångsvård inleds alltid inom slutenvård och efter ansökan till förvaltningsrätten av chefsöverläkaren med bifogad samordnad vårdplan som upprättas med andra aktörer ex. kommunen. Förvaltningsrätten beslutar om öppen psykiatrisk tvångsvård som är förenat med särskilda villkor ex. drogfrihet, medicinering.

Uppgiftslämnande – undantag i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

I OSL finns en bestämmelse som reglerar uppgiftslämnandet. Sekretess utgör enligt den bestämmelsen inte hinder mot att uppgift om en enskild person med missbruksproblem eller om hans närstående lämnas från en myndighet inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården till annan sådan myndighet, om det behövs för att person med missbruksproblem ska få nödvändig vård, behandling eller stöd.

”25 kap 12 § Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3-5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

26 kap 9 § Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.”

Anmälningansvar

Allas

Anmäla om någon individ misstänks fara illa så att tvångsvård kan föreligga enligt LVM.

Socialtjänstens

Utreda och bedöma den enskildes vårdbehov enligt socialtjänstlagen. Om vårdbehov föreligger och samtycke inte står att få ska socialnämnden ansöka om vård enligt LVM hos Förvaltningsrätten. Dessutom har socialtjänsten ett särskilt ansvar för att en samordnad vårdplan mellan de olika vårdgivarna tas fram.

Sjukvårdens

Anmäla till socialtjänsten när fara för liv och hälsa föreligger:

”Vad gäller läkares anmälningsskyldighet är den begränsad till fall då vederbörande ej kan beredas vård av läkaren eller eljest inom sjukvården. Kan enligt läkarens uppfattning tillfredsställande vård ordnas inom sjukvårdens ram föreligger därför inte anmälnings- eller uppgiftsskyldighet. Föreligger däremot inte sådan vårdmöjlighet är läkaren på förfrågan av socialnämnden uppgiftsskyldig beträffande den som kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Självfallet kan delade meningar råda mellan socialnämnden och läkaren om vård kan beredas inom sjukvården. I sådant fall torde läkarens uppfattning vara utslagsgivande. Anser han vårdmöjligheterna tillräckliga, kan följaktligen uppgiftsskyldighet icke anses föreligga.”²⁷

Anmälningansvar gällande barn

Alla myndighetspersoner har ett anmälningansvar vid misstanke att barn kan fara illa. I 14 kap.1 § SoL står det:

”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 socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa för ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådan myndighet.”

I SOU 2001:72 s. 24 definieras barnmisshandel på följande sätt:

”Barnmisshandel är när en vuxen person

- *utsätter ett barn för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp kränkningar eller*
- *försummar att tillgodose barnets grundläggande behov.”*

Vid misstanke om sociala problem och/eller att minderåriga barn far illa ska alltid socialtjänsten/socialjouren kontaktas. En kontaktlista ska upprättas med telefonnummer till mottagningsfunktion inom socialtjänsten.

²⁷ Nya sociallagarna 2010 s. 438.

Anmälan enligt körkortslagen (1998:488)

10 kap. ”2 § Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.

Om en läkare vid undersökning finner det sannolikt att körkortshavaren av medicinska skäl är olämplig att ha körkort och körkortshavaren motsätter sig fortsatt undersökning eller utredning, får läkaren anmäla förhållandet till Transportstyrelsen.

Bestämmelserna i första och andra styckena gäller även den som har körkortstillstånd eller traktorkort.”

Om en person har körkort och inte visar tillbörlig respekt och hörsamhet för alkohol/droger och trafik ska en anmälan göras till transportstyrelsen enligt körkortslagen. Det är läkarens uppgift att bedöma om patienten av medicinska skäl är uppenbart olämplig att inneha körkort.

Innan anmälan görs ska läkaren underrätta patienten och meddela att anmälan inte automatiskt innebär förlust av körkort men att vederbörande kan tvingas visa nykterhet genom provtagning under en period. För patienten kan körkortsinnehav respektive förlust av körkort ha en väsentlig funktion som motivation för att ta itu med sina problem. När det gäller andra droger som t.ex. hasch, amfetamin etc. betraktas allt innehav som missbruk och är anmälningspliktigt. Man ska motivera i journalen varför man anmäler respektive inte anmäler till transportstyrelsen.

Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortsinnehavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon. Vägledning för läkarens beslut om anmälan finnes i Vägverkets författningssamling²⁸.

Anmälningsansvar vapen

Läkare har anmälningsansvar när det gäller vapenlicens enligt vapenlagen (1996:67) 6 kap. 6 §:

”En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till polismyndigheten i den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd för skjutvapen.”

Referenslista

Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen, 2008.

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen, 2007.

Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län. Kommunförbundet Stockholms län och Stockholms läns landsting, 2008.

Samverkan. Himmel eller helvete? Danermark, 2000.

²⁸ VVFS 2008:980.

Strategi för samverkan. Kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen, 2007.

Lagar, propositioner och offentliga utredningar

SFS 1986:223. *Förvaltningslagen.*

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen.*

SFS 1998:488. *Körkortslagen.*

SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslagen.*

SFS 1984:387. *Polislagen.*

SFS 1985:1100. *Skollagen.*

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen.*

SFS 1996:67. *Vapenlagen.*

Prop. 2001/02:14. *Hälsa, lärande och utveckling.*

Prop. 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.*

Prop. 2004/05:123. *Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.*

Prop. 2002/03:53. *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*

Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

SOU 2001:72. *Barnmisshandel: Att förebygga och åtgärda.*

SOU 1998:31. *Det gäller livet: Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem.*

SOU 1994:13. *Ny socialtjänstlag.*

Ordlista

ASI. Addiction Severity Index, ett utredningsinstrument som täcker in sju problemområden i livet; fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol användning, narkotika användning, kriminalitet, familj och umgänge samt psykisk hälsa.

Instrumentet består av standardiserade frågor och varje del avslutas med att klienten skattar sitt problem och hjälpbehov på en femgradig skala.

AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test, ett formulär med tio enkla frågor som brukaren själv fyller i.

Biokemisk feedback. Biologiska markörer som följs upp i patientsamtal.

DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, diagnoskriterier för psykiska sjukdomstillstånd där även missbruk finns med.

DUDIT. Drug Use Disorder Identification Test, ett frågeformulär som består av elva frågor om droganvändning.

Farmakologisk behandling. Avser återfallsprofylaktisk behandling med t.ex. disulfiram, naltrexon, akamprosot, buprenorfin och metadon.

Frågor om din hälsa. Frågor om fysisk aktivitet, alkohol, rökning/snusning, allmänt hälsotillstånd och psykiskt hälsotillstånd.

Psykosocial behandling. Begreppet bör enligt socialstyrelsens definition uppfylla kriterierna evidens (avser systematiska och teoretiska metoder med stöd i forskning), intention (avsikten är att hjälpa enskilda individer att komma ifrån sitt missbruk eller beroende), kompetens (utövare av behandlingen ska ha lämplig kompetens) och terapeutisk kontext (verksamheten som utövar praktiken ska vara anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter).

Ytterligare kriterier som bör vara uppfyllda är att interventionen riktar sig mot den enskildes psykologiska och sociala (psykosociala) livssituation med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende.

Interventionen syftar främst till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med ett uttalat fokus på den enskildes missbruk eller beroende.

Bilagor

Tolkning av AUDIT

Kort utdrag ur WHO:s manual:

Att använda AUDIT är bara ett första steg med syfte att hjälpa patienter att minska alkoholrelaterade hälsoproblem och risker. Tolkning ska ske med kliniskt omdöme och värderas i ett större sammanhang. AUDIT kan inte ensamt ställa alkoholdiagnos.

Räkna poäng

I formuläret finns fem kolumner för svar på de tio frågorna. Svar i vänstra kolumnen ger 0 poäng, nästa kolumn 1 poäng, tredje kolumnen 2 poäng, nästa och högra kolumnen 4 poäng. För fråga 9 och 10 saknas svarsmöjlighet i andra och fjärde kolumnen och man kan därför bara få 0, 2 eller 4 poäng på dessa frågor. Poängen sammanräknas sedan.

Tolkning av poängen

Högre poäng betyder sannolikhet att riskbruk, skadligt bruk, eller beroende föreligger.

- WHO anger att 8 poäng eller mer är lämplig nivå som indikator på riskbruk, skadligt bruk, eller beroende föreligger.
- För kvinnor anses att en lägre gräns, 6 poäng är lämplig.
- För personer över 65 år rekommenderar WHO en poäng lägre nivå, d.v.s. 7 poäng.
- Över 16 poäng indikerar allvarliga alkoholproblem. Vid 8-15 poäng räcker ofta kort rådgivning då det ofta är ett riskbruk och inte ett beroende.
- Över 20 poäng indikerar starkt att ett beroende föreligger.

Vilka frågor som renderar poäng kan ge vägledning

- Fråga 1 och 3 ger indikation på skadligt bruk.
- Fråga 4 till 6 ger indikation på beroende.
- Fråga 7 till 10 ger indikation på alkoholskador.

Snabbguide till uträkning av poäng för DUDIT

För frågorna 1-9 motsvarar svarsalternativen 0,1, 2, 3 och 4. För frågorna 10 och 11 är poängantal för varje svarsalternativ 0, 2 och 4. Räkna ihop poängtalerna för alla 11 frågorna. Maxpoäng är 44.

Har en manlig klient 6 poäng eller fler har han/hon sannolikt drogrelaterade problem – antingen missbruk/skadligt bruk eller beroende. En kvinnlig klient med 2 poäng eller fler har sannolikt drogrelaterade problem. För yngre mellan 16 och 25 år är det 7 poäng för män och 3 poäng för kvinnor som pekar på drogrelaterade problem. (Dessa siffror är preliminära, men kan användas som riktlinjer än så länge.)

Observera att socialstyrelsen påpekar i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård att all användning av narkotika är ur legal synpunkt förutom läkarordinerade otillåten i Sverige, så vidare utredning rekommenderas även när poängantalet är 1 eller mer ”för att avgöra huruvida det rör sig om illegalt bruk”²⁹.

Har klienten 25 poäng eller mer är han eller hon sannolikt beroende av droger.

Definition av missbruk och beroende enligt DSM-IV

Substansrelaterade störningar

De substansrelaterade störningarna är indelade i två grupper: *Substansberoende/substansmissbruk* respektive *Substansbetingade störningar* (intoxikation, substansbetingad konfusion, substansbetingad varaktig demens, psykotiskt syndrom, substansbetingat förstämningssyndrom, substansbetingat ångestsyndrom, substansbetingad sexuell funktionsstörning och substansbetingad sömnstörning).

Missbruk	Beroende
<p>A. Ett maladaptivt substansbruk som leder till klinisk signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:</p> <ol style="list-style-type: none">1. upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (t.ex. substansrelaterad upprepat arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer; substansrelaterad frånvaro, avstängning eller relegering från skola; substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll)2. upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (t.ex. substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner)	<p>Ett maladaptivt substansbruk som leder till klinisk signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:</p> <ol style="list-style-type: none">1. tolerans, definierat som endera följande:<ol style="list-style-type: none">a. ett behov av påtaglig ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effektb. påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen2. abstinens, vilket visar sig i något av följande:<ol style="list-style-type: none">a. abstinenssymptom som är karaktäristiska för substansen (anges under abstinenskriterium A och B för de olika substanserna)

²⁹ Socialstyrelsen 2007.

<p>3. upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (t.ex. att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende)</p> <p>4. fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmännisklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (t.ex. slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning)</p> <p>B. Symptomen har aldrig uppfyllt kriterierna för beroende för denna substans.</p>	<p>b. samma substans (eller en liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom</p> <p>3. substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs</p> <p>4. det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket</p> <p>5. mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (t.ex. att besöka flera olika läkare för att få recept), nyttja substansen (t.ex. kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter</p> <p>6. viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket</p> <p>7. bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen (t.ex. fortsatt bruk av kokain trots vetskap om kokainbetingad depression, fortsatt drickande trots vetskap om magsår som förvärrats av alkoholen)</p> <p><i>Specificera om:</i></p> <p>med fysiskt beroende: belägg för tolerans eller abstinens [d.v.s. endera av kriterium (1) eller (2) föreligger] utan fysiskt beroende: inga belägg för tolerans eller abstinens [d.v.s. varken kriterium (1) eller (2) föreligger].</p>
---	--



REGIONFÖRBUNDET
SÖDRA SMÅLAND

Regionförbundet södra Småland är en gemensam organisation för kommunerna och landstinget i Kronobergs län. Vi är ett nav för regional utveckling med det övergripande uppdraget att ta tillvara länets möjligheter och främja dess utveckling.

Vår vision är ett gott liv i södra Småland.

www.rfss.se