



Datum
2016-03-23

Social & Arbetsmarknad
Emma Bertheussen, Nämndsekreterare
0221-255 25
emma.bertheussen@koping.se

KÖPINGS KOMMUN Stadskansliet	
2016 -03- 3 0	
Dnr	Diariet

Kommunstyrelsen

Missiv avseende överenskommelse om samverkan mellan Landstinget Västmanland och Köpings kommun avseende personer med missbruk eller beroende

Härmed översändes protokollsutdrag på social- och arbetsmarknadsnämndens beslut den 23 mars § 32;

att föreslå Kommunstyrelsen att anta överenskommelsen "Samverkan kring personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, anda beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel" mellan Landstinget Västmanland och Köpings kommun med giltighetstid 1 januari 2016 till 31 mars 2018.

Protokollsutdrag biläggs.

KÖPINGS KOMMUN
Social- och arbetsmarknadsnämnden

Andreas Trygg
Ordförande

David Schanzer-Larsen
Förvaltningschef



SAN § 32

Au § 111

Dnr SAN 2016/27

Överenskommelse om samverkan mellan Landstinget Västmanland och Köpings kommun avseende personer med missbruk eller beroende

Sedan 2013 har landstinget och kommunen, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL), skyldighet att ingå en skriftlig överenskommelse om sitt samarbete när det gäller personer med missbruks- eller beroendeproblematik.

Överenskommelsen om samverkan avser att uttrycka parternas gemensamma mål och viljeinriktning, uppfylla lagstiftningens krav och medverka till att förtroendevalda och andra beslutsfattare kan skapa långsiktiga strukturer för samverkan, samarbete och ansvarsfördelning. Syftet med överenskommelsen är att personer med missbruks- eller beroendeproblematik ska få en jämlik och säker vård, samt omsorg med kontinuitet och delaktighet.

Beslut

Social- och arbetsmarknadsnämnden beslutar

att föreslå Kommunstyrelsen att anta överenskommelsen "Samverkan kring personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, anda beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel" mellan Landstinget Västmanland och Köpings kommun med giltighetstid 1 januari 2016 till 31 mars 2018.

Exp. till: Kommunstyrelsen
Diariet

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

Giltighetstid: 1 januari 2016–31 mars 2018

Överenskommelse mellan



Denise Norström
Ordförande
Landstingsstyrelsen

Elizabeth Salomonsson
Ordförande
Kommunstyrelsen

INNEHÅLL

1. PARTER	5
2. BAKGRUND	5
3. SYFTE MED SAMVERKAN	5
4. MÅLGRUPP	6
5. GEMENSAMMA UTGÅNGSPUNKTER OCH MÅL FÖR SAMVERKAN	6
6. ÖVERGRIPANDE FORMER OCH RUTINER FÖR SAMARBETET	6
7. LOKALA LEDNINGSGRUPPER FÖR SAMVERKAN OCH HANDLINGSPLANER	7
8. GEMENSAM VÄRDEGRUND	8
9. BARNENS RÄTTIGHETER	9
10. PATIENT-, BRUKAR- OCH ANHÖRIGORGANISATIONER	9
11. GEMENSAM KOMPETENSUTVECKLING	10
12. UTVECKLINGSOMRÅDEN	11
12.1 Tillnyktring	11
12.2 Omhändertagande av berusade personer	11
12.3 Abstinensvård	11
12.4 Dopning	11
12.5 Läkemedelsmissbruk	12
12.6 Ungdomar	12
12.7 Spelmissbruk	14
12.8 Äldre	14
12.9 Brukarmedverkan	15
12.10 Kompetensutveckling	15
12.11 Samlokaliserade mottagningar	16
13. STRUKTUR OCH ANSVAR FÖR SAMVERKAN	16
14. DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE FÖR PATIENTER, BRUKARE OCH ANHÖRIGA	18
15. AVVIKELSER	18
16. TVISTER	19
17. UPPFÖLJNING	19
18. GILTIGHETSTID OCH UPPSÄGNING	19
REFERENSER	20
Bilaga 1 VERKSAMHETERNAS HUVUDSAKLIGA ANSVAR	21
Kommunen	21
Socialtjänsten	21
Individ- och familjeomsorgen	22
Äldreomsorgen	22
Omsorg om personer med funktionsnedsättningar	23

INNEHÅLL

Landstingets huvudsakliga ansvar	24
Primärvården	24
Läkemedel	24
Barn- och ungdomshälsan	25
Barn- och ungdomspsykiatri	25
Barn- och ungdomskliniken	25
Vuxenpsykiatri	26
Beroendecentrum västmanland	26
Avdelning 91	26
Övrig specialistsjukvård	27
Gemensamt ansvar och samarbete	28
Ungdomsmottagningarna	28
Polisen	28
Kriminalvården	28
Frivården	29
Statens institutionsstyrelse (SiS)	29
Försäkringskassan	30
Arbetsförmedlingen	30
Samordningsförbund	30
Bilaga 2 LAGSTIFTNING OCH FÖRESKRIFTER	31
FN:s Barnkonvention	31
Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)(1982:763)	31
Offentlighets- och sekretesslagen	31
Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)	31
Socialtjänstlagen, SoL:	32
Lagen om vård av unga (LVU)	36
Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)	36
Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) / Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)	37
Individuell plan enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)	37
Samordning av insatser för rehabilitering och habilitering för personer med omfattande och långvariga behov insatser från båda huvudmännen (SOSFS 2007:10)	37
Samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning i landstingets slutenvård (SOSFS 2005:27)	37
Samordnad vårdplanering vid öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)	38
Bilaga 3 ORDLISTA/BEGREPPSFÖRKLARINGAR	40
Bilaga 4 VÅRDKEDJOR TILLNYKTRING/ABSTINENSVÅRD	51

1. PARTER

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

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

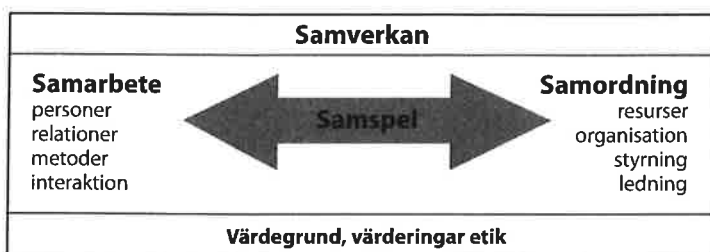
2. BAKGRUND

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

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

Begreppen samarbete, samverkan och samordning definieras enligt följande:

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



3. SYFTE MED SAMVERKAN

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

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

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

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

4. MÅLGRUPP

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

5. GEMENSAMMA UTGÅNGSPUNKTER OCH MÅL FÖR SAMVERKAN

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

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

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

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

6. ÖVERGRIPANDE FORMER OCH RUTINER FÖR SAMARBETET

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

³ Begreppet missbruk definieras i ordlistan

⁴ Se bilaga 4, exempel på vårdkedjor

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

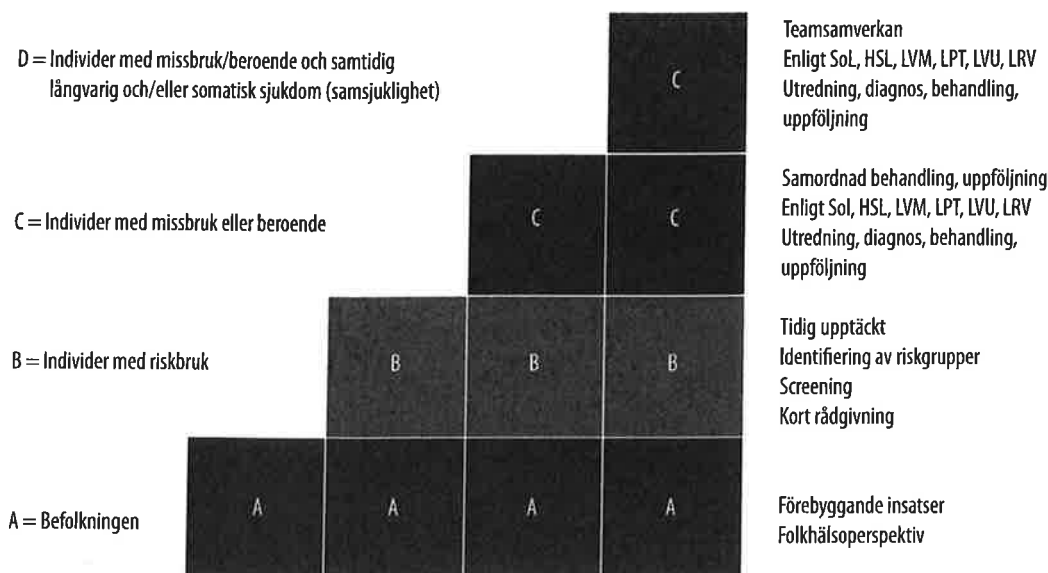
7. LOKALA LEDNINGSGRUPPER FÖR SAMVERKAN OCH HANDLINGSPLANER

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

Handlingsplanen ska:

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

7.1 Ansvar och interventioner på olika behovsnivåer



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

8. GEMENSAM VÄRDEGRUND

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

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

Den enskildes egen medverkan vid och ansvarstagande för vård och behandling är väsentlig för att ett gott vårdresultat ska uppnås. Personalen ska tillsammans med den enskilde och de anhöriga fokusera på och bygga vidare på det som är friskt och som fungerar. Den enskilde ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de olika alternativ som finns när det gäller undersökning, vård och behandling för att kunna tillvarata sina personliga intressen. Den omsorg, vård och behandling som erbjuds ska i möjligaste mån vara evidensbaserad. Familjens och närståendes delaktighet har stor betydelse och de ska därför, i samråd med den enskilde, kontinuerligt engageras i arbetet.

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

8.1 Grunden för samarbete

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

9. BARNENS RÄTTIGHETER

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

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

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

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

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

10. PATIENT-, BRUKAR- OCH ANHÖRIGORGANISATIONER

Många frivilligorganisationer arbetar för personer som har missbruksproblem. Organisationernas insatser kan variera från allmänt förebyggande arbete och rehabilitering till vård och behandling. För många människor kan kontakten med dessa

6

Se bilaga 2, FN:s barnkonvention

organisationer vara ett första steg på väg mot professionell omsorg, vård och behandling men också en väg in eller ut från behandlingshem. Frivilligorganisationernas verksamhet utgör därför ett viktigt komplement till kommunens och landstingets utbud.

11. GEMENSAM KOMPETENSUTVECKLING

11.1 Gemensam kunskap och metoder

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

11.2 Gemensam utbildning och kompetensutveckling

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

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

11.3 Metoder⁷

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

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

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

12. UTVECKLINGSOMRÅDEN

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

12.1 Tillnyktring⁸

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

12.2 Omhändertagande av berusade personer⁹

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

12.3 Abstinensvård¹⁰

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

12.4 Dopning

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

8 Bilaga 4. Förslag på vårdkedja

9 Bilaga 4. Förslag på vårdkedja

10 Bilaga 4. Förslag på vårdkedja

Dopning ingår inte i de nationella riktlinjerna (2014) eftersom underlag om åtgärder till stor del saknas. Ett nationellt vårdprogram har utarbetats av Dopingjouren och behandlingsenheterna i Göteborg, Stockholm och Örebro utifrån deras erfarenhet av missbruk av anabola androgena steroider. Örebro läns landsting har hösten 2013 fått regeringens uppdrag att fördjupa kunskapen om dopningsmissbruk och utveckla behandlingsformerna för personer som missbrukar dopningsmedel. Uppdraget innebär att ta fram metoder för att förebygga, upptäcka och behandla dopningsmissbruk samt att lägga fast en plattform för forskning.

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

Med utgångspunkt från kunskapsläget, det pågående arbetet nationellt samt i länet med länsstyrelsens samordningsansvar kring ANDT är inriktningen för åren 2015 och 2016 att ta vara på det arbete som pågår och vid revidering av överenskommelsen 2018 följa upp vilken utveckling som skett inom området och utreda eventuella samverkansfrågor.

12.5 Läkemedelsmissbruk

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

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

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

12.6 Ungdomar

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

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

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

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

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

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

12.6.1 Barn och ungdomspsykiatri

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

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

-
- | | |
|----|---------------------------------------------|
| 11 | Motivational Enhancement Therapy |
| 12 | Kognitiv Beteende Terapi |
| 13 | Adolescent Community Reinforcement approach |
| 14 | Assertive Community Care |
| 15 | Functional family therapy |
| 16 | Multidimensional family therapy |
| 17 | Brief strategic family treatment |

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

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

12.6.3 Barn till föräldrar med missbruk och/eller beroende

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

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

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

12.7 Spelmissbruk

Spelmissbruk är ett område där huvudmännens ansvar är oklart. Det förekommer att rätten dömt till kommunens fördel men också domar som dömt till landstingets fördel. I Västmanland hänvisar merparten av kommunerna till landstinget när en klient ansöker om hjälp för spelmissbruk. Ett par av länets kommuner erbjuder öppenvårdsbehandling för spelmissbruk, både individuellt och i grupp.

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

Eftersom det saknas klara nationella riktlinjer för vem av huvudmännen som bör ta ansvar för behandling av spelmissbruk behöver kommunerna och landstinget gemensamt utreda hur vården ska organiseras i länet, på ett för befolkningen jämlikt sätt.

12.8 Äldre

Forskningen visar att alkoholskador samt psykisk ohälsa ökar hos äldre. Den visar också att kunskapen om hur vanligt alkoholproblem är bland äldre är dålig. Äldre remitteras i mindre omfattning än yngre till vård eller behandling.

Samtal med äldre har visat att äldre inte får frågor om alkohol även om det skulle vara befogat och att, även när vårdpersonal upptäcker alkoholproblem drar man sig för att göra något åt detta.

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

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

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

12.9 Brukarmedverkan

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

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

12.10 Kompetensutveckling

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

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

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

12.11 Samlokaliserade mottagningar

Socialstyrelsen gör bedömningen att rekommendationerna i de reviderade nationella riktlinjerna²¹ kommer att kräva utökad samverkan, både mellan kommuner och landsting, och mellan olika kommuner. Det är viktigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna. Vidare kan det innebära att små kommuner behöver samarbeta för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och behandling.

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

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

13. STRUKTUR OCH ANSVAR FÖR SAMVERKAN

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

Nedan beskrivs hur samverkan organiseras i Västmanlands län.

13.1 Samverkan på länsnivå

13.1.1 Förtroendevalda

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

19 Samordnad Individuell Plan

20 Motiverande Intervju

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

I Västmanland är styrelsen för Västmanlands kommuner och landsting (VKL) det länsgemensamma organet för samverkan. VKL:s styrelse kan rekommendera parterna att fatta beslut och det är sedan landstinget och kommunerna som fattar det politiska beslutet.

Vård- och omsorgsberedningen är ett politiskt forum för samverkan mellan landstinget och kommunerna i länet. Uppdraget är bland annat att uppmärksamma brister i samverkan, undanröja hinder för samverkan och stötta utvecklingen av vård och omsorg i Västmanland.

13.1.2 Tjänstepersoner

På länsövergripande nivå finns Chefsforum (socialchefer, landstingschefer och tjänstepersoner från VKL) för att behandla gemensamma samverkansfrågor mellan kommunerna och landstinget.

Områden som Chefsforum följer upp är exempelvis:

- Att ansvara för uppföljningen av överenskommelserna och rapportera till den politiska nivån.
- Sammansättning och arbetsformer för lokala ledningsgrupper för samverkan
- Aktiviteter för att stärka samverkan mellan huvudmännen, till exempel gemensam kompetensutveckling
- Att på systemnivå följa upp att personer som är i behov av samordnade insatser får det och analysera brister som upptäcks i samarbetet
- Chefsforums representant ansvarar för att frågor som behöver delges och behandlas i den egna organisationen förs vidare dit
- Följer utvecklingen inom området

13.2 Samverkan på lokal nivå

13.2.1 Tjänstepersoner

På lokal nivå ska det finnas en ledningsgrupp för samverkan bestående av chefer från kommunen och landstinget (vårdcentral och psykiatri) som möts regelbundet, minst två gånger per termin. Socialchefen (alt den chef som socialchefen utser) är ansvarig för att vara sammankallande. Gruppen utser vem som ska vara ordförande, hur minnesanteckningar skrivs samt till vilka de ska spridas. Det är viktigt att även representanter för andra aktörer från den lokala nivån bjuds in att delta i samverkan, det kan vara försäkringskassan, arbetsförmedlingen, samordningsförbunden, polisen och skolan. Representanter för de länsgemensamma enheterna Beroendecentrum Västmanland, Rättpsykiatri Västmanland och Hjälpmedelscentrum bjuds in vid behov.

Ledningsgruppen för samverkan har i uppdrag att utforma en handlingsplan med utgångspunkt från denna överenskommelse. I handlingsplanen ska åtgärderna för hur samarbetet ska utvecklas dokumenteras. Resultatet av samarbetet ur ett brukarperspektiv ska belysas. Informationsplikt om förändringar hos huvudmännen bör skrivas in i den lokala handlingsplanen.

Handlingsplanen ska årligen följas upp och revideras och resultatet ska rapporteras till Chefsforum som i sin tur rapporterar till Vård- och omsorgsberedningen.

Behovet av samverkan på kommunnivå gäller såväl:

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

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

14. DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE FÖR PATIENTER, BRUKARE OCH ANHÖRIGA

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

14.1 Organisationer

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

Organisationer för patienter, brukare och anhöriga i Västmanland har bildat ett nätverk kallat Västmanlands samverkan för psykisk hälsa (VSPH) för att samordna sitt arbete bland annat i kontakter med kommuner och landsting.

14.2 Individen

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

15. AVVIKELSER

Den som uppfattat att det skett avvikelse från det man kommit överens om ska göra rapportering enligt respektive huvudmans rutin.

16. TVISTER

Tvister mellan parterna som inte kan lösas på handläggare-/behandlar-/läkarnivå ska i första hand lösas mellan ansvariga chefer. Den som upplever att någon/några av parterna i samverkansarbetet avviker från de rutiner som man fastställt för arbetet, ska aktualisera en avvikelserapportering enligt gängse rutiner.

Tvistefrågor som är av principiell karaktär och som inte kan lösas lokalt kan lyftas av cheferna till länets Chefsforum för beredning och förslag till åtgärd. Om tvist skulle uppkomma som inte kan lösas av Chefsforum ska ett medlarråd tillsättas, det utses av landstingsdirektören och direktören för VKL.

17. UPPFÖLJNING

De lokala ledningsgrupperna för samverkan ska årligen rapportera till Chefsforum, som sedan i sin tur rapporterar till Vård- och omsorgsberedningen, hur samverkan har bedrivits utifrån intentionerna i denna överenskommelse.

18. GILTIGHETSTID OCH UPPSÄGNING

Denna överenskommelse gäller från och med 1 januari 2016 till och med 31 mars 2018.

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