Halmstad

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

Varbergs kommun

FALKENBERG
Hitta det här

Kungsbacka

Laholm

HYLTE

Förslag till utveckling av

# Missbruks- och beroendevården i Halland

*Taktisk grupp Missbruk och beroende*

~~*Förslag revidering 2019-05-20*~~

## Förord

Uppdraget med att utreda och lägga fram ett förslag till utveckling av missbruks- och beroendevården i Halland tilldelades den taktiska grup- pen **Missbruk och beroende** i regionsamverkansstrukturen av strategiska gruppen i januari 2012.

Vid valet av upplägg för arbetet fördes ett resonemang i den taktiska gruppen. Vi kom fram till att det fanns mycket kunskap i länet i frågan och att det fanns många fördelar med att använda sig av lokal kunskap
i stället för extern konsulttjänst. Detta inte minst för det fortsatta arbetet i frågan. Vi valde därför en modell med medarbetare som sedan flera år haft en aktiv roll i utvecklings- och förändringsarbete, bland annat inom ramen för implementering av de nationella riktlinjerna på missbruks- och beroendeområdet.

**Åsa Claesson,** utvecklare på Avdelningen för regional samverkan och tidigare enhetschef på socialförvaltningen i Falkenberg, och **Lennart Runevad,** vårdutvecklare och tidigare verksamhetschef för psykiatrin
i norra Halland, har därför gemensamt arbetat med uppdraget. Till stöd i arbetet har de haft Monika Forsman, för närvarande med uppdrag för
regionen, som ansvarat för arbetet med Mångbesökarmodellen (där man utifrån intervjuer med frekventa användare av vård på

Piva i Halmstad fått en fördjupad bild av utvecklingsområden inom verksamheten) och Therese Lind, med uppdrag för regionen, som deltagit aktivt i arbetet med Brukarrevision på Piva i Varberg som utförts av representanter för Brukarrådet och med likvärdigt resultat.

Som ordförande i taktisk grupp Missbruk och beroende har det varit givande att vara en del i det viktiga och behövliga arbetet med att i sam- verkan försöka hitta former för att utveckla missbruks- och beroendevår- den i Halland. Jag har en förhoppning om att resultatet av det aktuella uppdraget ska bidra till en fortsatt utveckling på området.

***Christel Lood***
*Avdelningschef, beroende och psykiska funktionshinder*
*Halmstad*
*kommun (Tidigare ordförande i taktisk grupp*
*Missbruk och beroende)*

## Taktisk grupp Missbruk och beroende

**Carl-Eric Thors** (ordförande)
Distriktsläkare
Närsjukvården

**Lennart Runevad**
Vårdutvecklare
Psykiatrin Halland

**Abdalla Said**
Avdelningschef, Vuxen/Service
Kungsbacka kommun
kommun

**Christel Lood**
Avdelningschef
Halmstad

**Mia Netzén**
Avdelningschef
Varbergs kommun

**Kristina Isaksson**
Avdelningschef Vuxen
Laholms kommun

**Tor Jacobsen**
Enhetschef beroendeenheten
IFO Falkenbergs kommun

**Karin Bengtsson**
Utvecklingsledare
Hylte kommun

**Anders Langemark** (sekr)
Utvecklingsledare
Region Halland

**Åsa Claesson**
Utvecklare Kunskap till praktik
Region Halland

*2014-06-13*

# Innehåll


**1. Sammanfattning** 6

Organisationsskiss 8

**2. Utredningens huvudförslag** 9

2.1 Beroendeavdelning med heldygnsvård 9

2.2 Samlokalisering närsjukvård och kommunernas öppenvård 10

2.3 Samlokalisering öppenpsykiatri och kommuner vid samsjuklighet 11

2.4 Beroendeläkare 12

**3. Utvecklingsområden** 12

3.1 Metodstöd och kompetensutveckling 12

3.2 Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (Laro) 13

3.3 Läkemedelsberoende 13

3.4 Systematiskt arbete inom närsjukvården vid riskbruk/missbruk/beroende 13

3.5 Insatser för unga upp till 25 år 14

3.6 Barn- och föräldraperspektiv 15

3.7 Vårdkedjeperspektiv/samverkan 15

3.8 Former för brukarinflytande 16

3.9 Samordnad individuell plan 16

**4. Beskrivning av uppdraget** 17

**5. Utredningens genomförande** 18

**6. Statistik** 19

6.1 Nationell statistik 19

6.2 Statistik från Halland 19

**7. Brukarrevision på Piva i Varberg** 20

7.1 Bakgrund och genomförande 20

7.2 Resultat och analys 20

**8. Mångbesökarkartläggning på Piva i Halmstad** 21
8.1 Bakgrund och genomförande 21
8.2 Resultat och analys 22

**9. Överenskommelser och nationella riktlinjer** ..... 24
9.1 Regional stödstruktur ..... 24
9.2 Länsövergripande överenskommelse ..... 24
9.3 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården ..... 25
9.4 Kunskap till praktik ..... 25
9.5 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ..... 26
9.6 Prio-satsningen ..... 26

**10. Samlad strategi för ANDT** ..... 26
10.1 Redogörelse för ANDT-strategin (alkohol, narkotika, dopning, tobak) ..... 26
10.2 Åtgärdsprogram för ANDT 2013 ..... 28
10.3 Regeringens proposition "God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården" ..... 28

## 1. sammanfattning och organisationsskiss

Strategiska gruppen i den regionala stödstrukturen beslutade 2012-01-12:

*"att ge taktisk grupp inom programområdet Missbruk, drogberoende i uppdrag att göra en analys/utredning och sammanställning, som redovisar hur en optimal missbruksvård skulle kunna vara organiserad i Hallands län."*

Regeringen beslutade den 14 mars 2013 om propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:77). Ledorden för regeringens utveckling av missbruks- och beroendevården i den antagna propositionen är ökad kvalitet och likvärdighet, ökad tillgänglighet liksom stärkt samverkan mellan huvudmännen.

I regeringsbeslutet ingår en lagstadgad skyldighet från den 1 juli 2013 för kommuner och landsting att ingå överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser. Överenskommelser behövs även för yrkesverksamma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, särskilt i frågor där det kan uppstå konflikter.

I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen är inte ansvaret för tillnyktringsverksamhet eller abstinensvård närmare reglerat. Utvecklingen innebär dessutom att gränsen mellan tillnyktringsverksamhet och abstinensvård håller på att upplösas. På många håll råder brist på sådan verksamhet, vilket drabbar den enskilde som behöver hjälp. Huvudmännen bör själva avgöra hur denna verksamhet organiseras, gärna i samverkan med polisen, Kriminalvården och statens institutionsstyrelse. Regeringen anser därför att dimensionering, organisering och samverkan med berörda aktörer när det gäller tillnyktring och abstinensvård, inklusive de personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB), lämpligen skulle kunna avgöras inom ramen för de lokala överenskommelserna.

Regeringen vill starkt betona att personer med missbruks- eller beroendeproblem ska ha samma ställning och tillgång till vård som andra grupper. Lika självklart är att de omfattas av samma regler om kvalitet, kompetens och rätten till bra bemötande.

Regeringens bedömning är att landsting och kommuner bör ha ett fortsatt gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården. Men det är inte acceptabelt om det i praktiken innebär att ingen tar ansvar för vissa insatser och att dessa inte kommer till stånd på grund av oenighet om finansieringen.

**Huvudförslag 1:**
**Beroendeavdelning med heldygnsvård**

En nyinrättad länsövergripande avdelning med heldygnsvård föreslås för personer som behöver tillnyktring, abstinensbehandling samt nedtrappning av läkemedel.

Beroendeavdelningen bör vara placerad där det finns specialistvård för att kunna samverka mellan kommuner och region. Eftersom enheten betjänar *hela* regionen så kan tillgänglighet för anhöriga vara relevant att ha med som utgångspunkt. Den taktiska gruppen, liksom Brukarrådet Halland, är överens om att behovet av en beroendeavdelning är överordnat den geografiska placeringen.

Huvudprincipen är lättillgänglig vård som en del i en vårdkedja och i samverkan mellan vårdgrannar. Till beroendeavdelningen knyts vårdsamordnare, brukarsamordnare och närståendeombud. ~~Gemensam finansiering föreslås mellan Region Halland och länets kommuner.~~

**Huvudförslag 2:**
**Samlokalisering närsjukvård och kommunernas öppenvård**

För att effektivisera och höja kvaliteten inom missbruks- och beroendevården i öppna former föreslås att hälso- och sjukvårdspersonal från närsjukvården i varje kommun samlokaliseras med kommunernas öppenvård. Genom samordning av resurser med lokal förankring och närhet till brukarna samt genom samverkan med föreslagen beroendeavdelning skapas förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja för personer med missbruks- och beroendeproblematik.

**Huvudförslag 3:**
**Samlokalisering öppenpsykiatri och kommuner vid samsjuklighet**

Det finns i dag inte någon specifik behandling eller organisation av insatser för målgruppen sam-

sjukliga i länet. Psykiatrins öppenvård behandlar det psykiatriska tillståndet men företrädesvis när patienten fått vård för sitt beroende. Socialtjänsten, som ansvarar för vård och behandling, har inte kunskap om eller ansvar för hur den psykiatriska sjukdomen ska behandlas och det finns därför stor risk att målgruppen hamnar mellan stolarna och blir utan adekvat vård.

**Huvudförslag 4:**
**Beroendeläkare**
Bedömningen är att det är av största betydelse att missbruks- och beroendevården i Halland har en eller flera beroendeläkare som bland annat har att medicinskt leda och utveckla beroendevården samt efter möjlighet vara delaktig i, utveckla och stödja alla verksamheter där medicinsk beroendekunskap efterfrågas/behövs.

**Förslag till fortsatta utvecklingsområden:**
- Metodstöd och kompetensutveckling
- Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (Laro)
- Läkemedelsberoende
- Systematiskt arbete inom närsjukvården vid riskbruk/missbruk/beroende
- Insatser för unga personer upp till 25 år
- Förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården
- Vårdkedjeperspektiv/samverkan
- Former för brukarinflytande
- Samordnad individuell plan

Utifrån vad som hittills framkommit är frågan om ungdomar med beroende och brukardelaktighet prioriterade områden. Vidare har framkommit att ett par av de aktuella utredningsområdena har direkt koppling till andra satsningar, exempelvis vad gäller SIP samt inom Prio-satsningen. Den taktiska gruppen bedömer att flertalet av de aktuella fördjupningsområdena är lämpliga att arbeta med i det direkta planeringsarbetet efter det att nödvändiga beslut fattats utifrån utredningsförslaget.

**Kostnader för nyinrättad beroendeavdelning**
Driften av föreslagen avdelning är preliminärt beräknad till 25 miljoner kronor årligen. Beräkningen är gjord utifrån driftskostnaderna för en psykiatrisk avdelning vid vuxenpsykiatrin i Halland, med ett platsantal mellan 12 och 16 vårdplatser samt en personalbemanning på cirka 25 personer. Den planerade beroendeavdelningns ansvar kan i princip delas upp i tre huvuddelar:
- Tillnyktring
- Abstinensvård
- Behandlings- och social planering i samverkan mellan region, kommun och brukaren

Som jämförelse lämnas här en redogörelse för de kostnader länets kommuner har idag för köp av extern vård där missbruk och beroende finns med som placeringsorsak.

| Kommun | Extern vård barn o unga | Extern vård vuxna |
|---|---|---|
| Kungsbacka | 10 000 000 kr | 4 727 202 kr |
| Varberg | 7 190 133 kr | 0 951 528 kr |
| Falkenberg | 3 020 769 kr | 4 900 000 kr |
| Hylte | 791 550 kr | 2 500 000 kr |
| Halmstad | 6 770 200 kr | 6 517 461 kr |
| Laholm | 1 865 000 kr | 3 412 560 kr |
| **Hela länet** | **29 637 652 kr** | **3 008 751 kr** |

I utredningen har beskrivning lämnats om förslag till antal platser för slutenvård samt omfattning på öppenvårdsresurser. Underlaget baseras bland annat på de redovisade underlagen från sjukvården i form av antal inläggningar med missbruksdiagnos och från kommunernas räkning av pågående utredningar och insatser.

I skissen *Förslag till framtida beroendevård* som finns med som en del i utredningen (sid 8) framgår vilka resurser som finns i dag (vitmarkerat). Det som saknas och behövs är det som framgår av skissen i form av brunmarkerade förslag till verksamhet.

Utredningen bygger på att sätta brukarens behov i centrum och att det är ett gemensamt ansvar för kommun och sjukvård att tillgodose detta. Utgångspunkten för förslaget är därför att inte fokusera på gränssnitt då detta inte visat sig verksamt vid uppföljning av liknande verksamheter. I stället tänker vi en gemensam verksamhet

där man redan från början går in med en tydlig ekonomisk ansvarsfördelning och fortsatt håller sig till den. Fördelningen bygger på att kommun och region har ett gemensamt ansvar för tillnykt- ring, regionen har ansvar för avgiftning och kom- munen för behandlingsinsatser.

**Förslag till missbruks- och beroendevård i Halland**

Nya delar

Utvecklingsområden

## varberg

## Beroendeavdelning heldygnsvård

Tillnyktring ▪ Abstinensbehandling
Nedtrappning ▪ Vårdplanering

Vårdsamordnare ▪ Närståendeombud
Brukarsamordnare

- Piva Halmstad
- Laro-mottagning

- Tilma Halmstad

- Beroendeläkare

- Piva Varberg
- Laro-mottagning

- Tilma Varberg

### alla kommuner
- Samlokalisering närsjukvård och kommunernas öppenvård vid missbruk och beroende

### socialtjänst
- Behandlingshem
- LVM-vård

### närsjukvård
- Första linjen
- Tidig upptäckt

### brukare
- Regionalt brukarråd för missbruk och beroende

### alla kommuner
- Samlokalisering/ samverkan öppenpsykiatri – kommun vid samsjuklighet

### utvecklingsområden
- Metodstöd, fortbildning och kompetensutveckling
- Läkemedelsberoende
- Insatser för unga upp till 25
- Systematiskt arbete inom närsjukvården vid riskbruk/missbruk/beroende
- Barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården
- Former för brukarinflytande
- Vårdkedjeperspektiv/samverkan
- Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (Laro)
- Samordnad individuell plan

*** Tilma:** Mottagning för läkemedelsberoende • **Piva:** Psykiatrisk akutvårdsmottagning/avdelning • **Laro:** Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

**Förslag till kostnadsfördelning**

Det finns ingen tydlig nationell linje vad gäller ansvarsfördelningen mellan tillnyktring och abstinensvård. Någon sådan ansvarsfördelning finns inte heller vad gäller ansvaret för den fortsatta planeringen som kan innehålla både medicinsk behandling och social planering/behandling.

Utifrån ovanstående är taktiska gruppen *Missbruk och beroende* överens om att föreslagen beroendeavdelning ska ses som ett gemensamt ansvar för huvudmännen och detta både verksamhetsmässigt och ekonomiskt. En sådan modell följer dessutom regeringens intentioner. En ytterligare faktor som talar för detta är att en sådan fördelning gynnar det fortsatta utvecklingsarbetet som då kan inriktas på nyttan för brukarna i stället för att riskera att fastna i kostnadsdiskussioner.

~~Taktiska gruppen föreslår därmed en kostnadsfördelning mellan Region Hallands hälso- och sjukvård och länets kommuner om 50/50. Fördelningen mellan kommunerna föreslås enligt modell för sociala jouren där varje huvudman ansvarar för en fast kostnadsdel. Resterande kostnad beräknas enligt folkmängd.~~

| | Fast kostnad | Invånarrelaterad kostnad | Totalkostnad |
|---|---|---|---|
| Region Halland | 3 000 000 | 9 500 | 12 500 000 |
| Halmstad | 500 000 | 000 | 412 841 |
| Kungsb. | 500 000 | 2 912 841 | 396 335 |
| Varberg | 500 000 | 2 396 | 355 882 |
| Falkenberg | 500 000 | 335 | 797 780 |
| Laholm | 6 | 855 882 | 228 190 |

Fast kostnad indexeras enligt index SKL.
Invånarrelaterad kostnad utifrån befolkningsunderlag 31 december, årligen.

**Styrning och samordning**

Det föreslås att taktiska gruppen *Missbruk och beroende* får i uppdrag att även fortsättningsvis vara styrgrupp för den planerade verksamheten och de utvecklingsområden som föreslås i utredningen.

**Brukardelaktighet i planering, verksamhet och uppföljning**

Brukarrådet Halland (missbruk och beroende) har deltagit aktivt under utredningens gång och är delaktigt i de förslag som lämnats. Det finns också med en funktion som brukarsamordnare i förslaget till nyinrättad beroendeavdelning.

Hittills har två brukarstyrda brukarrevisioner genomförts i länet – på Piva i Varberg och på stödboendet Tolvan i Falkenberg – och en brukarstyrd brukarrevision har nyligen påbörjats på Ungbo i Halmstad, med stöd från taktiska gruppen *Barn, unga och familj*. Brukarstyrda brukarrevisioner är ett av flera sätt som kan användas för brukardelaktighet vid verksamhetsuppföljning.

## 2. utredningens huvudförslag

Här redovisas utredningens tre huvudförslag. Vart och ett av dem förutsätter fortsatt gemensam planering och konsekvensanalys.

### 2.1 Beroendeavdelning med heldygnsvård

En nyinrättad, länsövergripande avdelning med heldygnsvård föreslås för personer som behöver tillnyktring, abstinensbehandling samt nedtrappning av läkemedel.

Beroendeavdelningen bör vara placerad där det finns specialistvård för att kunna samverka mellan kommuner och region. Eftersom enheten betjänar *hela* regionen så kan tillgänglighet för anhöriga vara relevant att ha med som utgångspunkt. Taktiska gruppen och Brukarrådet Halland är överens om att behovet av en beroendeavdelning är överordnat den geografiska placeringen. Nuvarande patienter med missbruks- och beroendediagnos som i dag läggs in på Piva (psykiatriska intensivvårds- och akutmottagningen) i Halmstad och Varberg kommer då i framtiden att i stället läggas in på den föreslagna beroendeavdelningen, vilket innebär att platser frigörs för patienter med övriga psykiatriska diagnoser.

Behov av tillnyktring och abstinensvård bedöms kunna tillgodoses genom en beroendeavdelning där huvudprincipen är lättillgänglig

vård som en del i en vårdkedja och i samverkan mellan vårdgrannar. Utgångspunkten ska vara att den som själv definierar sig vara i behov av vård och/eller vill bryta sitt missbruk och ingå i den föreslagna vårdkedjan ska kunna beredas plats på beroendeavdelningen. Tillräckligt antal platser behöver därför inrättas för att tillgodose behoven och för att motsvara föreslagen inriktning.

~~Berörda samverkanspartner ska kunna remittera in patienter på beroendeavdelningen utan överprövning utifrån den egna bedömningen att denna insats är mest lämplig i vårdprocessen~~. Vårdtiden ska kunna vara längre än i dag, i syfte att möjliggöra samordnad vårdplanering utifrån ett vårdkedjeperspektiv.

Vårdsamordnare ska finnas på beroendeavdelningen med uppgift att ansvara för att samordnad vårdplanering kommer till stånd samt för att underlätta samverkan mellan öppenvård och beroendeavdelning. Vårdsamordnarna ska vara flexibla i sitt arbetssätt och även kunna möta målgruppen och professionellt verksamma lokalt i länets kommuner.

Brukarsamordnare ska finnas i länet, lämpligen knutna till beroendeavdelningen och med nära samverkan med vårdsamordnarna. Brukarsamordnarna ska utgöra stöd till patienter på beroendeavdelningen samt vara en länk till länets brukarorganisationer för fortsatt stöd efter vårdtiden.

Närståendeombud ska finnas på beroendeavdelningen med uppgift att uppmärksamma anhöriga, såväl barn som vuxna, till patienter med missbruks- och beroendeproblematik och erbjuda råd och stöd. De ska ha ett familjeperspektiv och kunna erbjuda stöd till hela familjen.

Driften av föreslagen avdelning är preliminärt beräknad till 25 miljoner kronor årligen. Vid våra beräkningar har vi utgått från driftskostnaderna för en psykiatrisk avdelning vid vuxenpsykiatrin i Halland, med ett platsantal mellan 12 och 16 vårdplatser samt en personalbemanning på cirka 25 personer. Antalet platser och bemanning kan inte beskrivas i detalj nu, eftersom det påverkas av olika faktorer som först framkommer vid en projektering av avdelningen.

**I proposition 2012/13:77 beskrivs att:**

- I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen är inte ansvaret för tillnyktringsverksamhet eller abstinensvård närmare reglerat. Utvecklingen innebär dessutom att gränsen mellan tillnyktringsverksamhet och abstinensvård håller på att upplösas.
- I praktiken råder det framför allt oklarhet om vilken huvudman som har eller bör ha ansvaret för att erbjuda ändamålsenlig tillnyktringsverksamhet och på många håll råder brist på sådan verksamhet.
- Huvudmännen bör själva avgöra hur denna verksamhet organiseras, gärna i samverkan med polisen, Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse.
- Regeringen anser därför att dimensionering, organisering och samverkan med berörda aktörer när det gäller tillnyktring och abstinensvård inklusive de personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB), lämpligen skulle kunna avgöras inom ramen för de lokala överenskommelserna.

~~Med hänvisning till ovanstående samt att förslaget innebär längre vårdtider för att underlätta vårdplanering föreslås en samfinansiering mellan kommunerna och region Halland~~.

Grundtanken är att avdelningen organiseras inom Psykiatrin Halland, likväl skulle den kunna tillhöra somatiska vården vid Hallands sjukhus. Det finns för- och nackdelar med båda tillhörigheterna.

De medicinska tillstånd som i dag vårdas och behandlas inom den somatiska vården ska göra det även i fortsättningen. Förslaget med beroendeavdelning innebär inte någon patientförskjutning mellan den somatiska och psykiatriska vården.

Personer med missbruk eller beroende har en utbredd samsjuklighet (samtidigt psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom). Stora delar av vården vid tillnyktring/abstinensvård består av medicinsk övervakning och behandling.

Ovanstående kräver en nära samverkan med somatiska vården vid Hallands sjukhus, som bör vara involverad vid projektering av avdelningen.

## 2.2 Samlokalisering närsjukvård och kommunernas öppenvård

För att effektivisera och höja kvaliteten inom missbruks- och beroendevården i öppna former föreslås att hälso- och sjukvårdspersonal från närsjukvården i varje kommun samlokaliseras

med kommunernas öppenvård. Genom samordning av resurser med lokal förankring och närhet till brukarna samt genom samverkan med föreslagen beroendeavdelning skapas förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja för personer med missbruks- och beroendeproblematik.

Hälso- och sjukvårdsinsatser som kan göras på en gemensam öppenvårdsmottagning är exempelvis läkarbedömning, sjukskrivning, poliklinisk avgiftning, motiverande och stödjande samtal, provtagning genom urinprov och utandningsprov, för målgruppen anpassad medicinering samt remittering för provtagning eller annan vård. Även intyg i körkortsfrågor bör kunna skrivas på denna mottagning. Personal från närsjukvården utgör en naturlig del av behandlingsteamet. Det finns även möjlighet att i framtiden integrera former för poliklinisk nedtrappning vid läkemedelsberoende.

En samlokaliserad öppenvårdsmottagning kan även remittera till samt ta emot remisser från den föreslagna beroendeavdelningen. Samverkan mellan öppen- och slutenvård blir naturlig och underlättar vårdkedjeperspektivet.

Ett exempel på samordnade insatser mellan närsjukvården och kommunens öppenvård finns i Falkenberg sedan några år tillbaka, genom en överenskommelse mellan närsjukvårdens vårdcentraler och kommunens öppenvårdsmottagning Klara om fyra timmars läkartid per vecka med placering på Klara. Här framhålls fördelen med att ha närhet till hälso- och sjukvård och möjligheten till samverkan i en sammanhållen vård för patienten. Läkaruppgifterna är integrerade i beroendemottagningens verksamhet och behovsstyrda. Det har visat sig föreligga behov av allmänmedicinsk insats i form av:

- Konsultationer, medicinsk rådgivning, recept, ordination av prover, bedömning av provsvar.
- Utlåtanden till Försäkringskassan, i körkortsärenden till Transportstyrelsen.
- Vid läkemedelsnedtrappning upprättande av nedtrappningsschema.
- Journalföring i VAS.

Målgruppen är personer som deltar i Klaras behandlingsprogram med frågeställningar som berör missbruksrehabiliteringen samt remissfall från sjukvården för nedtrappning av beroendeframkallad medicinering.

En reflektion som görs är att man inom Klaras verksamhet ständigt ser hur patienter tillfrisknar och lämnar ett aktivt missbruk, medan personal på vårdcentraler ofta kan uppfatta målgruppen med missbruks- och beroendeproblem som krävande och jobbig och ser sällan en positiv förändring. Personer som behöver insatser för missbruk och beroende bör därför behandlas vid en samlokaliserad mottagning med samordnade insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst för att få bästa möjliga vård. Denna samverkan kan styras i vårdvalet.

## 2.3 Samlokalisering öppenpsykiatri och kommuner vid samsjuklighet

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom (samsjuklighet). Det finns ingen evidensbaserad specifik behandling vid samsjuklighet, men av största vikt är att båda problemen behandlas samtidigt i samverkan mellan vårdgivarna.

Det finns i dag inte någon specifik behandling eller organisation av insatser för målgruppen samsjukliga i länet. Psykiatrins öppenvård behandlar det psykiatriska tillståndet men företrädesvis när patienten fått vård för sitt beroende. Socialtjänsten, som ansvarar för vård och behandling, har inte kunskap om eller ansvar för hur den psykiatriska sjukdomen ska behandlas och det finns därför stor risk att målgruppen hamnar mellan stolarna och blir utan adekvat vård.

För att underlätta utveckling av vårdformer inom detta område föreslås att personal från kommunerna samlokaliseras med de lokala psykiatriska öppenvårdsmottagningarna.

Gemensamt vårdprogram för kommuner och region gällande samsjuklighet ska skapas. Samordnade insatser kan organiseras i team, jämför case management, eller på annat sätt som passar de lokala förutsättningarna i varje kommun. Utgångspunkten ska vara ett gemensamt ansvar för patientens vård och behov av stöd. Öppenpsykiatrin kan behöva bli mer delaktiga i planering av vård vid ett pågående aktivt missbruk, även om drogfrihet krävs för att adekvata psykiatriska insatser ska komma till stånd. Socialtjäns-

ten behöver samverka närmare den psykiatriska vården och ansvara för insatser i form av psykosocialt stöd och behandling, boende och sysselsättning etc. Genom samlokalisering av personal från socialtjänsten på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna i länet kan gynnsamma former för insatser vid samsjuklighet tas fram.

## 2.4 Beroendeläkare

Psykiatrin Halland har från och till haft en specifik tjänst tillsatt som beroendeläkare. I dagsläget saknas denna befattning.

Bedömningen är att det är av största betydelse att missbruks- och beroendevården i Halland har en eller flera beroendeläkare som bland annat har att medicinskt leda och utveckla beroendevården samt efter möjlighet vara delaktig i, utveckla och stödja alla verksamheter där medicinsk beroendekunskap efterfrågas/behövs.

En befattning som beroendeläkare bör omsorgsfullt definieras med hänsyn till ”Missbruks- och beroendevården Halland.”

# 3. utvecklingsområden

## 3.1 Metodstöd och kompetensutveckling

Genom fortbildning av personal rustas missbruks- och beroendevården att ge personer med riskbruk, missbruk eller beroende en modern vård präglad av hög kvalitet och professionalitet. Det har framförts efterfrågan på kompetensutveckling och fortbildning inom de flesta verksamheter som intervjuats under utredningens gång. Inom en del verksamheter uttalas behov av basutbildning och i andra fortbildning och/eller möjlighet till spetskompetens.

*Kunskap till praktik* har tagit fram en baskurs som omfattar fyra heldagar. Baskursen har ordnats i Halland 2010 och 2012 och sammanlagt har drygt 600 personer i länet deltagit från många olika verksamheter.

Kunskap till praktik erbjuder även sju fördjupningskurser riktade till personal inom missbruks- och beroendevården och angränsade hälso- och sjukvård och socialtjänst. Innehållet är framtaget av Kunskap till praktiks expertgrupp och föreläsarna är några av landets ledande experter inom sitt område. Kurserna består av filmade föreläsningar och ett tillhörande skriftligt kursmaterial. Det innebär att kurserna kan arrangeras lokalt. Deltagarna kan gå på kurs på hemmaplan, och slipper långa resor. Följande områden behandlas:

- Riskbruks-, missbruks- och beroendelära
- Orientering till missbrukspsykologi
- Riskbruk, missbruk, beroende och graviditet
- Juridik, missbruk och beroende
- Kartläggning, bedömning och uppföljning
- Insatser och behandling vid riskbruk, alkohol- och drogberoende samt samsjuklighet
- Föräldrastöd

I Halland har flertalet kommuner genomfört fördjupningsutbildning i riskbruks-, missbruks- och beroendelära under hösten 2012. Planering pågår av fördjupningsutbildning i riskbruk, missbruk, beroende och graviditet i samarbete mellan närsjukvård och socialtjänst samt i föräldrastöd. Kurserna vänder sig till personal inom missbruks- och beroendevården som arbetar med riskbruk, missbruk och beroende. Här ingår personal inom angränsande hälso- och sjukvård, socialtjänst, kriminalvård, frivård, försäkringskassa, arbetsförmedling, brukarorganisationer med mera.

Det är viktigt att personal som möter personer med riskbruk, missbruk eller beroende har tillgång till rätt kompetens. Kunskap till praktik har utbildat metodstödjare/utbildare över hela landet. Syftet är att varje län ska ha en egen bank av utbildare/metodstödjare att använda sig av när personal i länet behöver utbildas. De metoder som Kunskap till praktik utbildat i är AUDIT, DUDIT, ASI, ADAD, MI-metodik, HAP och återfallsprevention.

I Halland finns utbildare inom alla metoder och ett pågående arbete med att ta fram former för kompetensutveckling länsgemensamt inom taktiska gruppen *Missbruk och beroendes* arbetsgrupp för kompetensutveckling, där representanter från länets kommuner, psykiatri, närsjukvård och frivården deltar. Detta arbete ses som mycket viktigt utifrån utredningens erfarenheter av behov av samordnad kompetensutveckling inom missbruks- och beroendevården på alla nivåer. I och med regionbildningen finns tre utbildningsaktörer inom Region Halland:

- FoUU Halland ansvarar för forskning och kompetensutveckling inom främst hälso- och sjukvården samt tandvården.
- Kurs och konferens, Regionservice, ansvarar för utbildning och kompetensfrågor inom regional utveckling, utbildningar av allmän karaktär såsom brand, IT och projekt m m samt samordning av utbildningar för våra halländska kommuner.
- Regionkontoret ansvarar för regionens chefsutvecklingsprogram.

Inom Region Halland finns även Olivia, en verksamhetsinriktad kompetensförsörjningsmodell som knyter samman verksamhetens mål med individens mål. Med hjälp av modellen synliggörs medarbetarnas nuvarande kompetens och behov av kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

## 3.2 Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (Laro)

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga hur behovet av specialiserad vård i form av läkemedelsbehandling vid opiatberoende ser ut och hur vårdhuvudmännens utbud relaterar till behovet. Av rapporten framgår att täckningsgraden – andelen som har en opiatdiagnos och som får behandling – är relativt hög sett över landet totalt. Samtidigt finns stora regionala skillnader och i vissa landsting är situationen inte acceptabel. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att närmare granska situationen i de landsting där närhet, tillgänglighet och täckningsgrad inte är tillfredsställande och lämna förslag till hur den kan öka. Uppdraget ska slutrapporteras senast den 31 mars 2015.

I Halland organiseras Laro-verksamheten (substitutionsbehandling med exempelvis Suboxone och Metadon) i anslutning till Piva i Halmstad samt till öppenpsykiatriska mottagningen i Falkenberg. Den sistnämnda ska dock flyttas till Piva i Varberg inom kort.

Utredningen förslår att Laro-mottagningarna även fortsättningsvis organiseras separat och i anslutning till Piva i Halmstad och Varberg. Hur verksamheten ska bedrivas bör utredas ytterligare, bland annat med fokus på:

- Likvärdig vård och struktur vid båda mottagningarna
- Behandlingsinnehåll
- Former vid långvarig behandling (plan för eventuell nedtrappning, avstånd till medicindelning etc)
- Former och innehåll vid samverkan mellan psykiatri och socialtjänst

## 3.3 Läkemedelsberoende

Under utredningen har behov av inneliggande vård vid komplex problematik vid läkemedelsberoende identifierats. Detta behov tillgodoses genom den beroendeavdelning som föreslås i beskrivningen av huvudförslagen.

I Halland finns verksamheten vid Tilma, som har ett vårdavtal med Region Halland. Tilma vänder sig till personer som har blivit beroende av läkemedel som är smärtstillande, lugnande eller sömngivande. Tilma är en öppenvårdsmottagning som erbjuder hjälp med att bli fri från beroende.

Insatser för behandling vid läkemedelsberoende är under upphandling och nytt avtal väntas träda i kraft den 1 januari 2014.

Former för samverkan mellan Tilma och övrig beroendevård i länet bör utvecklas. Det har också framkommit att en viss överförskrivning av beroendeframkallande läkemedel förekommer inom hälso- och sjukvården och former för att undvika detta bör tas fram. Ett exempel kan vara särskilda beroendesjuksköterskor med uppgift att följa upp förskrivning enligt framtagna rutiner och riktlinjer.

## 3.4 Systematiskt arbete inom närsjukvården vid riskbruk/missbruk/beroende

En utmaning är att vården inte alltid når dem som behöver hjälp och stöd. Missbruksutredningen bedömer att vården i dag endast når en av fem av dem som har olika typer av beroendetillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Personer som har ett riskbruk och som ännu inte har hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador nås i ännu lägre utsträckning. Ökad tillgänglighet och en attraktivare vård, liksom tidig uppmärksamhet och in-

tervention är därför viktiga utvecklingsområden, som även fortsättningsvis behöver uppmärksammas.

Halland har under tidigare år deltagit i utvecklingsarbetet inom det nationella Riskbruksprojektet, som i första hand riktade sig till personal inom primärvården, företagshälsovården och studenthälsovården.

Syftet med Riskbruksprojektet var att genom information och utbildning öka hälso- och sjukvårdspersonalens uppmärksamhet på patienternas alkoholvanor. Målet var att ge frågor om alkohol en naturlig plats i vardaglig hälso- och sjukvård. Projektet avslutades i december 2010. 2010 bestod Riskbruksprojektet av följande delprojekt:

- Motiverande samtal
- Företagshälsovård/Arbetsliv
- Universitet och högskolor
- Familjeläkare
- ST-läkare
- Distrikts- och mottagningssköterskor
- Barnhälsovård
- Barnmorskor
- Sjukhus
- Tobak
- Alkoholhjälpen

Riskbruksprojektet arbetade främst med kompetenshöjande och coachande insatser till olika professioner. En viktig framgångsfaktor var det nära samarbetet med olika nätverksgrupper som var knutna till respektive delprojekt. Nätverksgrupperna fungerade som länk mellan projektledarna på nationell nivå och verksamheterna ute i landet.

En annan viktig framgångsfaktor för arbetet var insatser för att utveckla och sprida kompetens i motiverande samtal (MI) bland hälso- och sjukvårdspersonal. Utbildning i kortare tillämpningar av motiverande samtal genomfördes i varje delprojekt. Nu drivs arbetet vidare genom lokala projekt och de personer som utbildats i det nationella Riskbruksprojektets regi.

I Halland byggdes ett nätverk upp av distriktssköterskor inom närsjukvården som fortfarande finns kvar och träffas sporadiskt, men inte inom en tydlig struktur. Utbildning av MI fortgår löpande och organiseras inom Region Hallands utbildningsprogram.

Utvecklingsarbetet inom närsjukvården för tidig upptäckt vid riskbruk/missbruk/beroende bör fortsätta och intensifieras. Utvecklingsarbetet bör länkas samman med utvecklingen av samordnade insatser mellan närsjukvård och kommunernas öppenvård, enligt huvudförslag 2.

## 3.5 Insatser för unga upp till 25 år

Under utredningen har framförts behov av inneliggande vård för unga personer med missbruks- och beroendeproblematik. Denna vård bör utformas så att den passar målgruppen och bland annat kunna erbjuda längre vårdtider samt ta emot i ett tidigt skede av missbruket. Kunskap behöver också utvecklas kring nya droger för att kunna möta behovet av vårdinsatser.

Avdelning 306 på Östra sjukhusets beroendeklinik i Göteborg har lyfts fram som ett gott exempel. Avdelningen tar emot ungdomar 16–21 år med missbruk av alkohol och narkotika som behöver avgiftning/abstinensbehandling i slutenvård. Man tar emot ungdomar med eller utan psykiatrisk problematik. Avdelningen är en länk i vårdkedjan av insatser för unga missbrukare.

I vårdkedjan ingår bland annat de fyra Mini-Maria-mottagningarna i Göteborg. Vården och insatserna efteråt planeras i nära samarbete med ungdomen, anhöriga, socialtjänsten och andra berörda. I samarbete med Göteborgs stad finns även Götateamet som på uppdrag av socialtjänsten kan erbjuda intensiv öppenvård efter avgiftning på avdelningen.

Vid dialogmöte i Halland med personal som möter unga med missbruks- och beroendeproblematik framkommer att flertalet kommuner i länet har speciella mottagningar för unga. Det bör därför vara fullt möjligt att bygga upp en vårdkedja mellan heldygns- och öppenvård i länet för personer upp till 25 år (eller annat åldersintervall som bedöms mer lämpligt).

Det behövs också psykiatrisk kompetens vid vård av unga personer med missbruk och denna bör kunna inrymmas inom ramen för huvudförslag 3 genom samverkan mellan den psykiatriska öppenvården och kommunerna. Det kan dock finnas anledning att utforma vården annorlunda utifrån målgruppens behov och detta bör utredas vidare utifrån ett vårdkedjeperspektiv för denna grupp.

## 3.6 Barn- och föräldraperspektiv

Kommuner och landsting har sedan den 1 januari 2010 en lagstadgad skyldighet att beakta barns behov av information, råd och stöd när föräldrar eller annan vuxen i barnets direkta närhet har missbruksproblem, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom/skada eller som oväntat eller hastigt avlider.

Insatser riktade till vuxna runt barnen, inte minst föräldrarna, är ett sätt att stödja barnen. Forskning visar att den viktigaste skyddsfaktorn för barnen är relationen till föräldrarna, även när föräldrarna själva har problem. Kunskap till praktik fokuserar därför på stöd i föräldraskapet för föräldrar med missbruk eller beroende. Genom att ge föräldrarna stöd i föräldraskapet kan man skapa bättre förutsättningar för deras barn. Barn i miljöer med missbruk och beroende som får stöd tidigt mår bättre och klarar sig bättre. Målet är att barn som lever i familjer med missbruk/beroende ska ha en så god relation till sina föräldrar som möjligt. Föräldrar som behöver hjälp i sitt föräldraskap ska erbjudas insatser för det, barnen ska identifieras tidigare, samtidigt som deras föräldrar får bättre förutsättningar för att klara av sin föräldraroll på ett bättre sätt. Barnen ska också få stöd av andra vuxna i vardagen.

Socialstyrelsens publicering av öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten och uppmärksamma lokala och regionala skillnader. Sedan 2012 inkluderas i öppna jämförelser även kvalitetsaspekter som rör barns rätt till information, råd och stöd då en förälder eller närstående har missbruks- eller beroendeproblem.

Halland har kommit överens med SKL om att utveckla former för att stärka barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården 2012–2014. Detta kommer att utvecklas ytterligare i en tilläggsöverenskommelse med fokus på samverkan mellan barn- och ungdomsvården och missbruks- och beroendevården inom socialtjänsten under 2013.

Sista veckan i september 2012 gjordes en nationell kartläggning av barn och föräldrar inom missbruks- och beroendevården och resultatet av den presenteras inom kort. Alla behandlingsenheter inom kommun och landsting samt HVB-hem i länet har deltagit i kartläggningen.

Planering pågår inom taktisk grupp *Missbruk och beroende* med utgångspunkt i kartläggningens resultat av hur arbetet ska fortsätta i syfte att bättre uppmärksamma familjeperspektivet inom missbruksvården.

Brukarrådet Halland (missbruk och beroende) är intresserade av att delta i utvecklingsarbete kring familjeperspektivet och har flera idéer kring detta. Representanter från rådet har också deltagit i Region Skånes aktiviteter inom ramen för Kunskap till praktik. Några personer har även deltagit i Lunds universitets socionomprogram där studenter och brukare studerar tillsammans och skrivit fram förslag på hur familjearbetet kan utvecklas inom missbruksvården.

Under 2012 har länsgemensamma nätverksträffar ordnats av processledare missbruk, barn och unga samt samordnare våld i nära relation med kommunernas barngruppsverksamheter för barn i missbruksmiljö, med föräldrar med psykisk ohälsa eller som bevittnat våld. Flera av verksamheterna samfinansieras med psykiatrin. Driftnämnden Psykiatri har beslutat om ett pilotprojekt på initiativ av Hallandsrådet (brukarråd vid psykisk ohälsa) med särskilda grupper för föräldrar med psykisk ohälsa och deras barn. Planering av detta pågår och första grupperna planeras att genomföras under hösten 2013.

Fortsatta insatser och samverkan i länet är av stor vikt för att förbättra barns levnadsvillkor vid missbruk hos föräldrar.

## 3.7 Vårdkedjeperspektiv/samverkan

Vid inventeringen av insatser inom kommun och region har frågan uppstått om en del insatser skulle kunna utföras gemensamt över kommun- och verksamhetsgränser. Diskussioner har också förts inom utredningen om någon form av gemensam heldygnsvård utanför sjukvården, exempelvis för personer med långvarigt missbruk som behöver omvårdnad. Andra möjligheter kan vara länsgemensam behandling eller olika boendeformer.

Av utredningsuppdraget framgår att alla berörda verksamheter, oavsett huvudman, ska medverka och underlätta i sin del och inför nästa steg i vårdkedjan. Gemensamma definitioner och dokument ska om så bedöms lämpligt tas fram inom vårdkedjan och ansvarsgränser mellan huvudmän ska vara tydliggjorda. Utredningens fokus ska vara att forma en specialiserad missbruks-

och beroendevård i samverkan mellan psykiatrin, somatisk hälso- och sjukvård samt socialtjänsten i länets kommuner, med individen i centrum och utifrån ett vårdkedjeperspektiv (inkluderar även personer under 18 år).

För att alla invånare i länet ska få del av en komplett vårdkedja krävs samverkan över kommun- och huvudmannagränser. Ett fortsatt utvecklingsarbete krävs därför i syfte att inventera behov inom respektive verksamhet och diskutera möjligheter till samverkan, tjänsteköp, gemensamma verksamheter etc.

## 3.8 Former för brukarinflytande

I Halland har ett regionalt brukarråd – Brukarrådet Halland (missbruk och beroende) – bildats med stöd av Kunskap till praktik. Brukarrådet består av många olika brukarorganisationer och är även öppet för enskilda medlemmar.

2012 genomförde Brukarrådet Halland en brukarstyrd brukarrevision på Piva i Varberg (se kapitel 10, sid 26). En representant från Halland deltar under 2013 i den nationella utbildningssatsningen på utbildare i metoden brukarstyrda brukarrevisioner. Former för fortsatta brukarstyrda brukarrevisioner bör tas fram och ses som en del i kvalitetssäkring och uppföljning av missbruks- och beroendevården i länet.

Brukarrådet Halland har tidigt under utredningen uttalat intresse av att delta både i utredningsarbetet och i beroendevården i länet. En arbetsgrupp har bildats inom rådet för att diskutera konkreta förslag till förbättrad missbruks- och beroendevård i länet. Diskussioner har också förts löpande på Brukarrådet Hallands möten.

Taktiska gruppen *Missbruk och beroende* beslutade i januari 2013 att ställa sig positiv till medverkan av Brukarrådet Halland i gruppen, med undantag av frågor där det bedöms olämpligt, exempelvis i personfrågor eller liknande. Strategiska gruppen beslutade dock i mars 2013 att inte utöka deltagarantalet i de taktiska grupperna i år. Taktiska gruppen *Missbruk och beroende* avser därför att ta upp frågan om medverkan av brukarrepresentanter från Brukarrådet Halland inför verksamhetsår 2014.

Taktiska gruppen *Missbruk och beroende* har utsett en arbetsgrupp med representanter från taktiska gruppen och Brukarrådet Halland för att ta fram förslag på hur brukarstyrda brukarrevisioner kan användas och organiseras i Halland. Arbetsgruppen menar att det kan vara en del i kvalitetssäkringen att ha brukarmedverkan med från början i planeringen av förändringar i beroendevården. Kontinuerliga brukarrevisioner ger brukarna en röst. Resultatet av revisionen på Piva i Varberg har varit mycket uppskattat och många har pekat på att det är brukare som intervjuat, att det kan ge annan kunskap och att andra frågor kan ställas. I mötet med brukare etableras en kontakt som underlättar kontakt med brukarorganisationerna, som inte professionella kan ge.

Hur kan brukarstyrda brukarrevisioner finansieras? Kan verksamheterna i länet köpa brukarrevisioner av Brukarrådet Halland? Arbetsgruppen menar att det är viktigt att revisionerna just är brukarstyrda och inte påverkas av de professionellas syn på vad som ska undersökas. Det är bra att ha en stomme i brukarrådet och utbilda revisorer genom Kunskap till praktiks utbildningssatsning under 2013.

I huvudförslag 1 föreslås brukarsamordnare i anslutning till den nyinrättade beroendeavdelningen, som ska utgöra en länk till brukarorganisationerna men också vara ett stöd för de personer som kommer in i vårdkedjan. Brukarrådet Halland föreslår en brukarexpedition eller liknande i anslutning till beroendeavdelningen. Denna skulle kunna utgöra utgångspunkten för det gemensamma regionala brukararbetet inom ramen för Brukarrådet Halland, där exempelvis brukarstyrda brukarrevisioner kan samordnas.

Former för samverkan mellan Brukarrådet i Halland, Region Halland och länets kommuner behöver fortsätta att utvecklas i den positiva anda som arbetet bedrivits i hittills.

## 3.9 Samordnad individuell plan

I utredningsuppdraget ingår att belysa orsaker till bristande vårdplanering mellan huvudmän och föreslå förbättringar. Kommuner och landsting har ett lagstadgat ansvar att upprätta samordnade individuella planer enligt hälso- och sjukvårdslagen 3 f § och socialtjänstlagen 2 kap 7 §. När den enskilde behöver insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Den 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
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Strategiska gruppen har beslutat om att utreda frågan om samordnad individuell plan och utredning kring detta pågår.

## 4. Beskrivning av uppdraget

**2011-11-28** beslutade Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Region Halland att ge Driftnämnden psykiatri följande uppdrag, att...

*"Göra en översyn av missbruksvård i egen regi samt värdera behov av missbruksvård. I relation till befintligt utbud/resurser föreslå eventuella åtgärder för att uppnå ytterligare god och säker missbruksvård".*

**2011-12-02** hölls ett dialogmöte på inbjudan av Driftnämnden psykiatri. Där föreslogs att uppdraget samordnas i den taktiska gruppen *Missbruk och beroende*. Uppdraget från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen gällde bara förslag på åtgärder inom hälso- och sjukvård. Vid dialogmötet stod det dock klart att den enskilde påverkas negativt av bristande samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommun såväl som mellan olika delar inom hälso- och sjukvården. Uppdraget föreslogs därför omfatta diskussion om alla delar inom missbruks- och beroendevården för att få till stånd en optimal vårdkedja utifrån målgruppens behov. I samråd med Driftnämnden psykiatris ordförande Bengt Eliasson togs frågan om utredningsuppdraget upp i strategiska gruppen.

**2012-01-12** beslutade strategiska gruppen *"att ge taktisk grupp inom programområdet Missbruk och beroende i uppdrag att göra en analys/utredning och sammanställning, som redovisar hur en optimal missbruksvård skulle kunna vara organiserad i Hallands län".*

**2012-04-20** beslutade taktiska gruppen *Missbruk och beroende* om ett gemensamt underlag för utredningen i syfte att uppnå ytterligare god och säker missbruksvård i Halland med följande utgångspunkter:

- Individens behov ska vara i centrum i en fungerande vårdkedja. En analys bör göras av olika målgrupper och deras behov, allt från riskbruk till samsjuklighet och komplexa vårdbehov. Alla berörda verksamheter, oavsett huvudman, ska medverka och underlätta i sin del och inför nästa steg i vårdkedjan. Gemensamma definitioner och dokument ska om så bedöms lämpligt tas fram inom vårdkedjan och ansvarsgränser mellan huvudmän ska vara tydliggjorda. Det ska finnas ett ledningssystem för helheten – i nuvarande regionalt styrsystem taktisk grupp *Missbruk och beroende.*
- All verksamhet ska genomsyras av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Arbetet ska bedrivas på liknande sätt oavsett om det är i norra eller södra Halland och oavsett kommun, men upplägget i de olika kommunerna kan se något annorlunda ut beroende på lokala förutsättningar. Samverkan över kommun- och verksamhetsgränser ska uppmuntras.
- Missbruks- och beroendevården ska bedrivas i nära samarbete mellan socialtjänst, psykiatrin och somatisk hälso- och sjukvård. Samlokalisering av socialtjänstens och psykiatrins verksamheter bör eftersträvas. En viktig uppgift för närsjukvården är och ska vara att spåra upp och upptäcka patienter med risk- och missbruk.
- Tillnyktringsenhet/er bör förläggas med närhet till sjukvård. Avgiftning och abstinensvård ska bedrivas på beroendeavdelning/ar där regionen är huvudman men där socialtjänsten är med i ett tidigt skede för gemensam planering. Även patienter under 18 år ska kunna läggas in på en sådan mottagning om de behöver avgiftning och abstinensvård. Det ska finnas möjlighet att på beroendeavdelning lägga in även för avgiftning

av beroendeframkallande läkemedel och droger om avgiftning i öppenvård inte har fungerat.
- Mottagning för underhållsbehandling vid opiatberoende ska finnas på de beroendemottagningar där man bedömer att behovet finns. Det ska finnas vårdplatser på beroendeavdelning för inställning vid underhållsbehandling.
- Inriktningen i Länsövergripande överenskommelse för missbruks- och beroendevård i Halland (ansvarsfördelning mellan socialtjänst – psykiatri – närsjukvård) ska följas. Lokala samverkansavtal ska tas fram. Erfarenheter och synpunkter från berörda aktörer inom missbruks- och beroendevården samt från brukarorganisationer ska tas tillvara.

Ovanstående analys/utredning bedömdes behöva kompletteras med:

- Mångbesökarkartläggningen på Piva i Halmstad 2012.
- Brukarstyrd brukarrevision på Piva i Varberg 2012 (intervjuer och enkäter av brukare för brukare inom missbruksvården i norra länsdelen).

Följande punkter avser att tydliggöra de delar av missbruks- och beroendevården som taktiska gruppen bedömer ska ges högst prioritet i utredningen om åtgärder för att uppnå ytterligare god och säker missbruksvård i Halland:

- Säkerställa målgruppens behov av tillnyktring och avgiftning/abstinensbehandling.
- Belysa det systematiska arbetet inom närsjukvården för tidig upptäckt samt för samverkan med övriga aktörer vid riskbruk, missbruk och beroende och vid behov föreslå ytterligare åtgärder.
- Belysa orsaker till bristande vårdplanering mellan huvudmän och föreslå förbättringsåtgärder.
- Utforma en specialiserad missbruks- och beroendevård i samverkan mellan psykiatrin, somatisk hälso- och sjukvård samt socialtjänsten i länets kommuner, med individen i centrum och utifrån ett vårdkedjeperspektiv (inkluderar även personer under 18 år).
-

**2012-06-12** beslutade Driftnämnden psykiatri att ge förvaltningschefen i uppdrag att se över möjligheterna att samla den regionala beroendevården i ett beroendecentrum i samarbete med vårdgrannar och kommuner till kliniken i Halmstad. Även detta uppdrag beslutades samordnas med pågående utredning inom ramen för taktiska gruppen *Missbruk och beroende.*

**2012-09-07** utsågs en arbetsgrupp av taktiska gruppen för att genomföra utredningen.

**2012-10-05** förtydligades uppdraget genom beslut om att arbetsgruppen i första hand ska arbeta vidare med frågor kring tillnyktring, abstinensvård/avgiftning och eventuellt motivationsprogram i anslutning till detta samt parallellt inventera övriga utvecklingsområden inför framtiden. Samtidigt sätter taktiska gruppen målet att vara klar med utredningen 30 april 2013.

## 5. utredningens genomförande

Under utredningen har dialogmöten hållits med följande berörda professionellt verksamma parter:

- Psykiatriska öppenvårdsmottagningar
- Ambulanssjukvården
- Psykiatriska intensivvårds- och akutmottagningarna (Piva)
- Barn- och ungdomspsykiatrin
- Laro-mottagningarna (läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende)
- Tilma – öppenvårdsmottagningar vid läkemedelsberoende
- Medicinakuten Hallands sjukhus
- Närsjukvården
- Socialtjänstens missbruks- och beroendevård för vuxna och unga
- Polisen
- Kriminalvården
- Länets socialnämnder eller motsvarande
- Driftnämnden psykiatri

Avstämning har gjorts löpande i taktiska gruppen *Missbruk och beroende* under utredningens gång. Representanterna i gruppen har sedan fört en löpande dialog inom sina respektive verksamhetsområden.

Kontakt har hållits löpande med det regionala Brukarrådet Halland (missbruk och beroende) samt har dialogmöten även hållits med enskilda brukarorganisationer.

Information från aktuella utredningar och på-

gående nationellt utvecklingsarbete inom området missbruk och beroende har inhämtats.

Erfarenheter och synpunkter har inhämtats från andra län genom nationell samverkan inom Kunskap till praktik. Dialogmöten har hållits med missbruks- och beroendevården inom landstinget i Örebro, avdelning 10 på Kungälvs sjukhus samt med Beroendekliniken och Nordhemskliniken i Göteborg.

## 6. statistik

### 6.1 Nationell statistik

Missbruksutredningens analys av missbrukssituationen i Sverige visar att det finns cirka 330 000 personer med alkoholberoende, 29 500 personer med tungt narkotikamissbruk, 65 000 personer med läkemedelsberoende och 10 000 frekventa användare av dopningsmedel (SOU 2011:35). Samtidigt bedömer utredningen att vården bara når cirka 20 procent av alla personer med olika typer av beroendetillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel.

Omkring 20 procent av alla barn lever i hushåll där någon vuxen dricker så mycket alkohol att det riskerar föräldrarnas egen hälsa, så kallat ”riskbruk” (Ljungdahl 2008). Det motsvarar ungefär 385 000 barn. Med riskbruk menas en alkoholkonsumtion som är eller kan bli skadlig för den som dricker. I en dansk undersökning av personer i åldern 20–40 år uppgav 20 procent att de upplevt att de egna föräldrarnas alkoholkonsumtion utgjort ett problem under deras uppväxt. Allvarliga alkoholproblem är ovanligare. En rapport från Socialstyrelsen visar att 1,2 procent av alla barn har en vårdnadshavare som vårdats i slutenvård med en alkohol- och/eller narkotikadiagnos.

Antalet slutenvårdade personer inom hälso- och sjukvården med missbruks- eller beroendeproblematik tycks öka, oavsett vilken typ av missbruk som har orsakat problemen. När det gäller kommunernas insatser ökar biståndsbedömd öppenvård samtidigt som färre får institutionsvård.

När det gäller tillgänglighet till vård- och stödinsatser visar Socialstyrelsens öppna jämförelser att 75 procent av kommunerna och 85 procent av beroendemottagningarna erbjuder ett personligt möte inom en vecka och samtliga erbjuder detta inom två veckor. 75 procent av beroendemottagningarna upprättar en individuell plan inom två veckor och samtliga inom fyra veckor från första mötet.

När det gäller användningen av kunskapsbaserade metoder visar en utvärdering av Kunskap till praktik att ungefär 20 procent fler verksamheter använde standardiserade bedömningsinstrument och kunskapsbaserade behandlingsmetoder 2012 jämfört med då utvecklingsarbetet startade.

Det pågår omfattande indikatorsarbeten avseende missbruks- och beroendevården. För detta långsiktiga mål har Projektgruppen för uppföljning och utvärdering av *strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken* (ANDT) identifierat i huvudsak tre datakällor eller pågående indikatorsarbeten:

- Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården som leds av Socialstyrelsen.
- Sveriges kommuner och landstings (SKL) implementeringsarbete av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Kunskap till praktik).
- Det arbete som Socialstyrelsen har påbörjat för att utveckla indikatorer inom ramen för revideringen av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendeområdet.

### 6.2 Statistik från Halland

Fem till sex vårdplatser av 74 var i genomsnitt belagda av patienter med huvuddiagnos beroende/missbruk inom vuxenpsykiatrin i Halland 2012. Av de unika patienter som vårdades inom heldygnsvården hade 25 procent missbruk/beroende som huvuddiagnos (285 av 1 154). 21,5 procent av vårdtillfällena bestod av patienter med huvuddiagnos missbruk/beroende (412 av 1918). Drygt 100 patienter vid de psykiatriska öppenvårdmottagningarna har huvuddiagnos beroende/missbruk.

Inom kommunernas socialtjänst var ca 1 200 personer aktuella för utredning och insatser fattade med stöd av myndighetsbeslut under 2012. 44 personer vårdades med stöd av LVM (tvångslagstiftning) och 150 personer fick vård på be-

handlingshem enligt socialtjänstlagen. Cirka 350 personer deltog i gruppbehandling i öppenvård och drygt 750 personer i enskild behandling.

67 personer bodde i boenden med personal dygnet runt, 129 personer erhöll boendestöd och 115 personer bodde i boende med socialt kontrakt eller liknande.

Under 2012 omhändertog polisen 2043 personer enligt lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB).

Under 2011 transporterade ambulansen vid 229 tillfällen personer med diagnos förgiftning.

## 7. brukarrevision på piva i varberg

### 7.1 Bakgrund och genomförande

Våren 2012 bestämde det regionala Brukarrådet Halland (missbruk och beroende) att genomföra en brukarrevision på en avdelning inom psykiatrin i Halland.

”En brukarstyrd brukarrevision innebär att brukare har kontroll över revisionsprocessen. Vilket innebär att ta fram revisionens verktyg, att genomföra revisionen, att analysera och dra slutsatser och att återkoppla resultatet. Genom att det är brukare i stället för professionen eller experter som genomför revisionen får man syn på sådant som man annars inte skulle upptäcka.” (Sveriges kommuner och landsting, SKL 2012).

Brukarrådet valde att genomföra revisionen på Piva (psykiatrisk intensivvårdsavdelning) i Varberg för att det i dag är ett av få alternativ att söka sig till för att bli avgiftad. Syftet med brukarrevisionen var att påvisa behovet av en tillnyktring/avgiftning i Halland och att göra brukarnas röst hörd.

Den brukarstyrda revisionen utformades och utfördes av brukarrevisorer, det vill säga brukare eller närstående med egna erfarenheter av likartad verksamhet. Brukarrevisorerna var alla representanter i Brukarrådet Halland och kom från olika lokala föreningar i länet. Brukarrevisorerna har inte själva varit aktuella i den verksamhet som granskas. Information, förankring och återkoppling till alla berörda brukare, personal, ledning och brukarrevisorer var centrala delar i revisionsarbetet.

Revisionen genomfördes mellan den 18 juni och den 9 september 2012.

### 7.2 Resultat och analys

*Utdrag ur brukarrådets analys:*
Brukarrevisionen visar att behovet av en tillnyktring/avgiftningsenhet är stort i Halland och nödvändig för att få en fungerande vårdkedja.

Vi kan se att den som söker hjälp för sitt beroende inte kommer in på rena missbruksproblem, utan man bör ha någon psykisk diagnos med sig för att komma in på behandling. Alla som vill bli nyktra och drogfria ska få möjlighet till det. Som det fungerar i dag är brukaren mer eller mindre tvungen till att lägga till en psykisk åkomma för att kvala in. Det räcker inte att man söker vård för avgiftning utan brukaren lägger till att han är suicidal eller deprimerad för att komma in.

Hög ålder och män dominerar i vår undersökning. Alkohol och läkemedel är de vanligaste drogerna. Brukarrevisorerna ser ett samband mellan hög ålder och alkoholkonsumtion då brukaren oftast har en längre tids missbruk av alkohol innan han eller hon behöver söka vård. Något vi reflekterar över är vart de unga missbrukarna och drogmissbrukarna tar vägen.

En tanke revisionsgruppen får när svaren analyseras och de diskussioner som uppkommit med brukarna är att läckaget av metadon och subutex används för att självmedicinera, vilket gör att tyngre drogmissbrukare (heroin, amfetamin) inte söker vård på Piva. Brukarrevisorerna hävdar att brukaren tänder av hemma i stället för att söka hjälp. Då brukaren efter en avgiftning på Piva är ren från droger men mår psykiskt dåligt när han skickas hem, börjar det verkliga arbetet med att hålla sig nykter och drogfri.

Det är en tuff utmaning för de flesta brukarna och finns det då inget stöd eller behandling när man kommer ut från avgiftning är det stor risk att man återfaller i missbruk.

Över huvud taget ser vi att en bättre uppföljning efter avslutad avgiftning vore önskvärd. Revisionsgruppen ser här att Brukarrådet Halland skulle kunna fylla en funktion i form av stöd och kontakt i vårdkedjan mellan brukaren och de instanser brukaren behöver ha kontakt med. Under

de samtal brukarrevisorerna haft med brukarna har detta stöd efterlysts då känslan av osäkerhet och rädsla för att lämna avgiftningen utan stöd är mycket stor och skrämmande. Av erfarenhet vet vi att det är ett heltidsjobb att bara hålla sig nykter efter avgiftning. Brukaren behöver ett fortsatt aktivt stöd för att klara av att hålla sig nykter. Att bli utskriven från avgiftning utan en planerad uppföljning gagnar varken vården eller brukaren och revisionen visar att mer än hälften saknar någon sorts uppföljning. Vi ser att det borde finnas en personlig kontakt som knyts till brukaren redan under avgiftning och finns kvar så länge behovet finns.

Brukarrevisorerna har även sett att de flesta anser sig behöva fortsatt vård efter avgiftning. Endast 19 procent har någon sorts behandling planerad efter utskrivning från Piva. Vi ifrågasätter vilken sorts behandling det handlar om eftersom det är stor skillnad på att åka på behandlingshem eller att få antabus utskrivet. Flertalet av de utskrivna brukarna åker hem efter avgiftning. Utifrån brukarens perspektiv innebär det att komma tillbaks till den miljö han eller hon är van att missbruka i. För att lyckas ta sig ur missbruket anser vi att man bör byta miljö och bryta de vanor man har.

I samtalen med brukarna har vi uppmärksammat att de ofta är ensamma, rädda och osäkra människor som har hamnat i en situation där de känner sig utlämnade. Brukarna uttrycker en stor tacksamhet för att någon tar hand om dem och ser dem, och inte behandlar dem som missbrukare utan som människor som behöver hjälp. Av enkätsvar och samtal med brukarna framkommer att personalen får ett gott betyg. Dialogen mellan personal och brukare fungerar bra.

Samtidigt saknas vårdplan för många brukare, vilket kan försvåra hur man går vidare i sin behandling. Revisionsgruppen anser att en vårdplan ska upprättas så snart det är möjligt. Utifrån ett brukarperspektiv hade det aldrig accepterats om det hade handlat om annan vård, till exempel ett benbrott. Då är revisionsgruppen helt säker på att brukaren hade vetat hur länge han skulle vara gipsad och fått återbesök inplanerat innan han lämnat sjukhuset.

Revisionsgruppen anser att man inte behandlas med samma respekt när man söker för missbruk. Att man får ta del av en vårdplan visar på respekt och bemötande.

Brukarna är nöjda med personalens bemötande och det är mycket värdefullt. En missbrukare kanske aldrig oavsett sammanhang blir trevligt bemött. Man ses som samhällets ”skräp” som inte är värt något. Blir man bemött på ett respektfullt sätt har det betydelse och gagnar inte minst brukarens sätt att se på sig själv!

Samtalen mellan brukarrevisorerna och brukarna som varit intagna har varit otroligt positiva och givande. Vi märkte att brukarna var positiva till att göra en förändring. Revisorerna har en bakgrund liknande den brukaren har, vilket gjorde att det var lätt att skapa kontakt.

Den erfarenhet och kunskap som brukaren har är inte något som går att läsa eller studera sig till när det gäller missbruk. Ofta har brukaren ett långt missbruk med både lyckade och misslyckade behandlingar med sig i ryggsäcken. Kan dessa erfarenheter tas tillvara så är vi säkra på att vården skulle bli både bättre och i ett längre perspektiv billigare. Som vi ser det kan inte vården förlora på något sätt om man använder brukare för att få en bättre vård, samtidigt som brukaren får ett erkännande och vinner självkänsla, vilket stärker brukaren i hans eller hennes nykterhet/drogfrihet.

Brukarrådet vet att man med hjälp av dem kan få en bättre fungerande vårdkedja. Genom vår kunskap och erfarenhet har vi lättare att skapa och etablera en kontakt med brukaren än myndigheter.

## 8. mångbesökarkartläggningen på piva i halmstad

### 8.1 Bakgrund och genomförande

Region Halland och länets sex kommuner har ingått en överenskommelse med SKL om att genomföra en mångbesökarkartläggning inom missbruks- och beroendevården. Överenskommelsen sträcker sig över åren 2011–2013 och syftar till att utveckla en modell för uppföljning samt att implementera denna. I kartläggningen definieras en mångbesökare som en person med diagnosen missbruk eller beroende som under de senaste tolv månaderna varit inlagd på Piva tre eller fler gånger.

Kartläggningens övergripande syfte är att belysa hur den beroenderelaterade vården fungerar för mångbesökare i förhållande till deras behov. Vidare att utifrån denna kartläggning identifiera

systembrister i vården, för att kunna behovsanpassa vården bättre. Detta genom att:

- Kartlägga mångbesökares utnyttjande av alla typer av vård- och stödinsatser under en tolvmånadersperiod samt beräkna kostnaderna för dessa insatser.
- Undersöka mångbesökarnas upplevelser och erfarenheter av vård och bemötande.
- Identifiera systembrister.

## 8.2 Resultat och analys

*Utdrag ur utredarnas analys:*
Det kan sammanfattningsvis konstateras att den vårdkedja som i dag erbjuds mångbesökare i södra Halland har förbättringsmöjligheter, och att ingången i vårdkedjan bör göras mer lättillgänglig och förståelig för mångbesökaren.

### Vårdkedjans styrkor och svagheter

Mångbesökare har i intervjuer uttryckt svårighet att bli inlagda på Piva när de själva upplever ett akut behov av inläggning för att kunna bryta ett pågående missbruk. Detta står i motsats till det som påtalas i Missbruksutredningen (2011) och i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (2007) där vikten av en lättillgänglig tillnyktringsenhet ses som ett första steg i en vårdkedja som efterföljs av fortsatt vård och behandling. I den brukarstyrda brukarrevisonen (2012) som genomfördes på Piva i Varberg framkommer också att det behövs en tillnyktrings/avgiftningsenhet i Halland och att den är nödvändig för en fungerande vårdkedja.

### Somatisk vård nödvändig

Kartläggningen visar att de mångbesökare som blir inlagda på sjukhuset på grund av missbruk eller beroende ofta är i fysiskt dåligt skick och därför är somatisk vård nödvändig vid en stor del av vårdtillfällena. Samtidigt är det många mångbesökare som inte uppfyller kriterier för inläggning, vilket kan resultera i fortsatt missbruk och försämrad hälsa med inläggning för somatisk vård som konsekvens.

Kartläggningen visar en sårbar vårdkedja som kan brista redan i sin början, till exempel på grund av att det saknas samordning och beredskap hos övrig personal vid ordinarie personals frånvaro. Mångbesökarna upplever ett behov av att snabbt kunna få hjälp och stöd när de befinner sig i särskilt utsatta situationer och känner att de inte förmår att bli nyktra och drogfria på egen hand. Att missbruks- och beroendevården är lättillgänglig har avgörande betydelse för att ta tillvara den enskildes motivation och erbjuda hjälp snabbt när den enskilde söker hjälp för att förhindra att missbruket eller beroendet orsakar allvarligare skador eller andra konsekvenser för den enskilde (SOU 2011:35).

### Behovs- eller organisationsperspektiv?

Den upplevda svårtillgängligheten i vårdkedjan kan handla om långa väntetider innan behovet av vård bedöms, att det behöver göras flera bedömningar när mångbesökaren skickas mellan avdelningar samt att dessa bedömningar görs av olika personer inom olika professioner och inom olika verksamheter. Bedömningar sker utifrån verksamhetens synsätt, riktlinjer och organisering men till stor del grundar de sig också på den kunskap, kompetens och förmåga till gott bemötande som de professionella besitter.

Mångbesökarna upplever att bedömningar inte alltid sker enligt fastställda kriterier som grundas på kunskap och kompetens om målgruppen och dess problem. Mångbesökarna upplever att bemötandet inte alltid heller är gott. Det kan handla om att personalen inte har tid att lyssna eller resurser att hjälpa. Det kan också handla om en moraliserande attityd eller en trötthet hos personalen när mångbesökaren ständigt återkommer. Samtidigt har många mångbesökare också upplevt ett gott bemötande och ett stort engagemang från personalen. Intresset av att hjälpa på bästa möjliga sätt uppskattas av dem som fått hjälpen och i vissa fall har ett gott bemötande lett till ett avgörande steg för fortsatt nykterhet.

Missbruksutredningen föreslår att utförare av missbruks- och beroendevård bör anordna regelbunden fortbildning av sin personal i vilken reflektion över och träning av bra bemötande utgör en central del (SOU 2011:35). Missbruks- och beroendevården bör organiseras så att den som söker vård möter personal som har ett intresse av att arbeta med målgruppen. Vidare bör man aktivt arbeta med attityder, värderingar och kultur i en sådan verksamhet så att de som söker hjälp eller stöd alltid ska mötas av ett gott och kompetent bemötande.

**Vetenskapligt stöd**

En del brister i samordningen av insatser handlar om att man talar "olika språk" på de olika verksamheterna trots att man talar om samma sak. I Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården poängteras att för att kunna uppnå en effektiv svensk beroendevård krävs att de medicinska och sociala insatserna som ges inom beroendevården grundar sig på gemensamma metoder och tekniker med vetenskapligt stöd och en plattform med gemensamma definitioner och begrepp (2007).

Baskursen *Riskbruk, missbruk och beroende* har genomförts inom ramen för Kunskap till praktik hösten 2010 och våren 2012. Sedan hösten 2012 anordnas även fördjupningskurser inom sju olika områden med nationellt framtaget material som en fortsättning för dem som genomgått baskursens fyra heldagar. Denna utbildningssatsning bör fortsätta genomföras kontinuerligt för att säkerställa kunskap och kompetens inom missbruks- och beroendevården i länet.

I Missbruksutredningen föreslås att i arbetet med utveckling av missbruks- och beroendevården bör de erfarenheter som finns i brukarorganisationerna tillvaratas och möjlighet till brukarinflytande ges. Brukarinflytande ger patienter och klienter möjlighet att påverka vårdens planering och genomförande. Allt arbete med utveckling och förbättring av vården för personer med missbruk och beroende bör ske utifrån ett brukarperspektiv och i en dialog med brukarna.

**Gemensamt ansvar**

En vårdkedja kan ibland brista på grund av bristande samordning mellan huvudmännen eller i den egna organisationen. Kartläggningen visar att mångbesökare kan ha återkommande besök i en verksamhet på grund av missbruks- och beroendeproblematik med samtidig psykisk ohälsa men där det ibland saknas eller finns en ytterst liten kontakt med verksamheter som skulle kunna följa upp med kompletterande insatser.

Av kartläggningens uppgifter framkommer att det sällan inkommer anmälan avseende missbruk till socialtjänsten från andra avdelningar på sjukhuset än Piva, trots att 33 procent av samtliga vårddygn sker på andra avdelningar. Det innebär att vården för mångbesökare som blir inlagda på andra avdelningar riskerar att inte följas upp efter sjukhusvistelsen av andra verksamheter så som socialtjänsten, vårdcentralen eller vuxenpsykiatrimottagning (VPM). Bilden av att "de tyngsta" missbrukarna lämnas åt sitt öde bekräftas också av så väl forskningen (Blomqvist, 2007) som av de kvalitativa intervjuerna i kartläggningen.

**Ingen gemensam planering**

Av kartläggningen framkommer att det ibland sker parallella insatser i olika verksamheter utan att insatserna är samordnade. Det framkommer också att det oftast saknas en samordnad individuell plan (SIP), trots att den är lagstadgad. Det innebär att de olika verksamheterna som var för sig arbetar med den enskilde har ingen eller nästan ingen gemensam planering. Det kan innebära att verksamheterna tillhandahåller insatser som inte är verksamma eftersom de bara behandlar en del av problematiken eller insatser som till och med kan vara kontraproduktiva.

Bristen i samordningen mellan huvudmännen skulle kunna avhjälpas om verksamheter som var för sig är specialiserade inom sitt område kunde samordnas för att kunna komplettera varandra och på det sättet kunna erbjuda en helhetslösning. Av intervjuerna framkommer att mångbesökarna ser att det behövs flera olika typer av insatser men att de bör organiseras på samma plats (gemensamma lokaler). Mångbesökarna förmedlar en önskan om att deras problem ska mötas med ett holistiskt förhållningssätt.

**Långsiktighet eller avgränsade insatser**

Kartläggningen visar att den beroendevård som erbjuds i dag saknar kontinuitet och långsiktighet. Av intervjuerna framkommer att en av anledningarna är en hög personalomsättning och brist på uppföljning efter avslutad insats. En annan anledning är att insatserna ofta är avgränsade i tid och omfattning, till exempel en avgiftning som varar några dagar eller en behandling i ett antal veckor. Upplevelsen är att det går för fort och att det ofta saknas insatser och uppföljning efteråt.

Kartläggningen visar att många insatser är akuta och avgränsade i tid, exempelvis inläggning på sjukhuset. Dessa vårdinsatser följs sällan upp med andra insatser utanför sjukhuset och leder istället till att samma insatser upprepas gång på gång, till ganska höga och onödiga kostnader för samhället och framför allt till en försämrad situation för mångbesökarna. Det framgår också av kartläggningen att vissa andra insatser så som behandling,

samtalskontakter och annat stöd oftast avslutas när en person återfaller i missbruk då personen inte klarar av att fullfölja en uppgjord planering. Samtidigt som det är just vid ett återfall som personen behöver hjälp och stöd som mest.

Kartläggningen visar också att det ofta saknas uppföljning efter vårdtillfällen på sjukhuset. Av intervjuerna framkommer att utskrivning från Piva sker utan uppföljning från verksamheter utanför sjukhuset. Mångbesökarna berättar att de själva får ta kontakt med de berörda verksamheterna, som VPM eller beroendemottagningen. Mångbesökarna tar själva initiativ, de bokar möten och de sammanför verksamheter till gemensam planering.

#### Tidiga insatser

Sammantaget visar kartläggningen att en effektiv vårdkedja behöver vara lättillgänglig och obruten och att den kräver samordning och kontinuitet. Det behövs systematiska och evidensbaserade metoder för tvärprofessionella utredningar i syfte att planera och inleda behandling så snart det är möjligt utan onödig fördröjning. Missbruks- och beroendevården behöver vara lättillgänglig, tillvarata den enskildes motivation och möjliggöra tidiga insatser och därigenom lägga grunden för effektiv vård, behandling och stöd som hjälper den enskilde att komma ifrån ett missbruk eller beroende. Vårdkedjan ska organiseras så att övergången mellan insatserna sker samordnat och utan avbrott och så snart som möjligt utan onödig fördröjning, men framför allt ska möjligheten att få inleda en behandling inte påverkas av brister i tillgängligheten.

#### Vårdkedja utan avbrott

Ovanstående ligger i linje med uppdraget om åtgärder för att uppnå ytterligare god och säker missbruksvård i Halland som taktiska gruppen *Missbruk och beroende* fick den 12 januari 2012. Uppdragets intentioner är bland annat att individens behov ska vara i centrum i en fungerande vårdkedja där alla berörda verksamheter ska medverka och underlätta i sin del och inför nästa steg i vårdkedjan och arbetet ska bedrivas i nära samarbete mellan socialtjänst, psykiatri och somatisk hälso- och sjukvård.

Tillnyktringsenhet/er och abstinensvård ska bedrivas så att en gemensam planering ska vara möjlig. All verksamhet ska genomsyras av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården med gemensamma definitioner och vid behov dokument som ska förtydliga ansvarsgränser. Erfarenheter och synpunkter från aktörer inom missbruks- och beroendevården samt från brukarorganisationer ska tas tillvara.

Intentionerna ovan kan uppnås om en vårdkedja utan onödiga avbrott, där lättillgänglighet till vården, en samordning mellan berörda verksamheter och kontinuitet kan skapas med individens behov i centrum som utgångspunkt.

# 9. överenskommelser och nationella riktlinjer

## 9.1 Regional stödstruktur

2010 beslutade dåvarande Region Halland och de sex kommunerna om övergripande principer för ledning, styrning och uppföljning av samverkansprocesser samt principiell fördelning av ansvar och befogenheter mellan olika aktörer och nivåer. Den regionala samverkan organiseras nu utifrån fem programområden; äldre, funktionsnedsatta, missbruk och beroende, psykisk ohälsa samt barn, unga och familj i tre beslutsnivåer:

- **Strategisk nivå.** Uppdragsbeskrivningar, resursfördelning, uppföljning och fastställande av utvecklingsplaner.
- **Taktisk nivå.** Planering, projektorganisationer och förslag till och verkställande av utvecklingsplanen.
- **Operativ nivå.** Det praktiska genomförandet.

Den sammantagna regionala utvecklingsplanen förankras/anmäls till och godkänns av Kommunberedningen och Chefsgrupp Halland. Aktörerna i den strategiska gruppen utgörs av socialchefer/förvaltningschefer och den taktiska gruppen av avdelningschefer eller motsvarande närmast under avdelningschef/förvaltningschef.

## 9.2 Länsövergripande överenskommelse

Region Halland och de sex kommunerna i länet träffade 2010 en länsövergripande överenskommelse, vars mål är:

- att den missbruks- och beroendevård som Region Halland och kommunerna erbjuder medborgarna är utformad i överensstämmelse med befintlig kunskap om effektiva metoder och arbetssätt enligt Socialstyrelsens riktlinjer.
- att i missbruks- och beroendevården väga samman rådande evidens, professionellas kunskap och erfarenheter och brukarnas upplevelser och önskemål.

Den länsövergripande överenskommelsen utgår från gällande lagstiftning och de förordningar och reglementen som reglerar parternas ansvar för insatser och samverkan och tydliggör respektive huvudmans ansvarsområde. Av överenskommelsen framgår att kommunerna har ansvar för sociala insatser och Region Halland har ansvar för medicinska insatser.

Region Hallands primärvård och specialistvård samt kommunerna har ett gemensamt ansvar för att den enskilde får vård och behandling. Behandling ska ges för hela problematiken samtidigt och valet av behandling ska dokumenteras i en samordnad plan på initiativ av endera parten.

## 9.3 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsen publicerade nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården 2007. Sedan dess har nya behandlingsmetoder introducerats och nya metoder för upptäckt och prevention har tillkommit i vården och omsorgen och riktlinjerna kommer därför att revideras. En preliminär version av de reviderade riktlinjerna beräknas vara klar våren 2014. De reviderade riktlinjerna för missbruks- och beroendevård tar upp följande områden:

- Bedömningsinstrument
- Medicinska test
- Farmakologisk och psykosocial behandling
- Ungdomar/unga vuxna
- Samsjuklighet

I riktlinjerna från år 2007 saknades indikatorer. Därför kommer arbetet med de reviderade riktlinjerna att fokusera på att ta fram relevanta indikatorer för missbruks- och beroendevården.

## 9.4 Kunskap till praktik

Sedan 2008 har staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL) ingått årliga överenskommelser om stöd till utveckling av en mer evidensbaserad missbruks- och beroendevård. Arbetet har fått namnet *Kunskap till praktik* och riktar sig både till socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Under 2013 fortsätter staten att stödja utvecklingsarbetet med fokus på implementering av modeller för systematisk lokal uppföljning i 15 län med stöd från de deltagande länens regionala FoU-enheter.

Stödet ingår sedan 2011 i en bredare överenskommelse om utveckling av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten, som i sin tur har sin grund i den plattform för en evidensbaserad praktik som staten och SKL enades om 2010. Plattformen anger inriktningen för dessa årliga överenskommelser och enligt plattformen är evidensbaserad praktik ett förhållningssätt för ett ständigt och systematiskt lärande.

Tanken är att brukaren och de professionella utifrån bästa tillgängliga kunskap, brukarens erfarenheter och den professionelles expertis fattar beslut om lämpliga insatser. Målet är att brukarna ska få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Brukarens erfarenheter är en viktig kunskapskälla i en evidensbaserad praktik. Inom Kunskap till praktik pågår därför ett arbete att tillsammans med ett antal brukarorganisationer utveckla lokala brukarråd och metoder för brukarstyrd brukarrevision inom missbruks- och beroendevården. Arbetet fortsätter under 2013. Socialstyrelsen har kartlagt forskning och praktik när det gäller metoder för brukarmedverkan och därefter utarbetat en vägledning för såväl verksamheter som brukarorganisationer, som blir en viktig utgångspunkt för fortsatta utvecklingsinsatser.

Region Halland och länets sex kommuner har sedan 2009 ingått överenskommelser med SKL om att delta i Kunskap till praktik.

För 2013 har överenskommelsen gällt:

- Utveckling av ett förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården.
- Stöd till det regionala brukarrådets arbete.
- Fortsättning av det påbörjade arbetet med implementering av Mångbesökarmodellen som en modell för uppföljning.

- Gemensamt med utvecklingsledaren för placerade barn stödja en eller flera kommuner i att utarbeta rutiner mellan dem som arbetar med barn respektive missbruk inom socialtjänsten.

## 9.5 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. De syftar till att lyfta fram evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården för att förebygga sjukdom genom att påverka levnadsvanor.

Riktlinjerna berör metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Dessa kan tillskrivas cirka en femtedel av den samlade sjukdomsbördan, till en total samhällskostnad av 55 miljarder kronor per år.

### Hälsofrämjande förhållningssätt vid samtal om levnadsvanor

För att kunna stödja personer att förebygga sjukdomar relaterade till ohälsosamma levnadsvanor behöver hälso- och sjukvårdspersonal ställa frågor om levnadsvanor. Som vid all annan diagnostik och behandling bör det ske på ett sätt som upplevs relevant för patienten. Vårdpersonalen behöver göra en enskild bedömning av när och hur frågorna ska ställas, så att det sker på bästa möjliga sätt och med lyhördhet för patientens förväntningar och värderingar.

Patienter med ohälsosamma levnadsvanor bör erbjudas hjälp och stöd med någon form av rådgivande samtal. Hälsofrämjande samtal stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och förbättra den. Ett hälsofrämjande samtal utformas som en stödjande dialog som utgår från patientens egen upplevelse av levnadsvanan, och tar hänsyn till patientens motivation till förändring. Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i ett sådant samtal är framför allt att ge patienten kunskap, verktyg och stöd i sin hälsoutveckling.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patientens förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen rekommenderar rådgivning i tre övergripande nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal.

Riktlinjerna utvärderar vilken effekt de olika formerna av rådgivning har på att förändra en viss levnadsvana, och inte vilken effekt de har på hälsan. Det innebär exempelvis att effekten av en åtgärd bedöms utifrån hur många som slutar röka, och inte utifrån hur mycket risken för cancer eller hjärtkärlsjukdom minskar. Ju högre nivå på rådgivningen, desto bättre effekt.

## 9.6 Prio-satsningen

Regeringen beslutade 2012 om en plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa som gäller till 2016. Syftet är att förbättra livssituationen för personer med psykisk ohälsa. Satsningen fokuserar under perioden på barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Taktiska gruppen *Missbruk och beroende* har föreslagit att en del av beviljade medel används till målgruppen samsjukliga, alltså personer med både en psykiatrisk problematik och missbruks- eller beroendeproblematik. Det finns i dag ingen uppbyggd vårdkedja eller ens några specifikt utformade insatser för denna målgrupp, i samverkan mellan psykiatri och socialtjänst. Trots att nationella riktlinjer tydligt uttalar att samsjuklighet ska behandlas med samtidiga insatser gällande det psykiatriska tillståndet och beroendetillståndet så har former för detta inte utarbetats i Halland.

Beslut om hur Prio-medlen ska användas i Halland fattas av strategiska gruppen i maj 2013.

# 10. samlad strategi för andt

## 10.1 Redogörelse för ANDT-strategin

Regeringen beslutade den 22 december 2010 om propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken, ANDT (prop. 2010/11:47). Riksdagen antog den samlade strategin den 30 mars 2011 och beslutade samtidigt om det övergripande målet för ANDT-

politiken: ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk.

Länsstyrelserna spelar en viktig roll för samordning av ANDT-arbetet regionalt och lokat. Deras uppdrag handlar om att föra ut ANDT-politikens mål och inriktning i landet och bidra till att stödja utvecklingen av ett strukturerat, långsiktigt och kunskapsbaserat lokalt arbete. Regeringen fördelar årligen genom Statens folkhälsoinstitut 30 miljoner kr till länsstyrelsernas ANDT-samordningsfunktion och dess lokalt stödjande verksamhet.

Det finns i dag både en tillsyns- och en samordningsfunktion vid varje länsstyrelse. Dessa funktioner utgör en gemensam bas för att bygga ett rättssäkert och likvärdigt system för samordning och tillsyn av ANDT-politiken, med möjlighet att sprida verksamma metoder över landet.

Den samlade strategin syftar till att underlätta statens styrning av stödet på detta område. Strategin anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser under åren 2011–2015. Den omfattar allt från tillgänglighetsbegränsande insatser, narkotikabekämpning, vård och behandling, alkohol- och tobakstillsyn, EU- och internationellt arbete, till lokalt förebyggande verksamhet.

Förutom det övergripande målet innehåller strategin sju långsiktiga mål som ständigt är aktuella, till vilka ett antal prioriterade mål knyts som ska uppnås under strategiperioden, vilken löper till och med år 2015.

1. **Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska.**
   En av de viktigaste åtgärderna för att minska ANDT-relaterade skadeverkningar och problem är att begränsa tillgången och tillgängligheten till ANDT.

2. **Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak.**
   Insatser för att skydda barn mot eget eller andras skadliga bruk av alkohol och tobak eller missbruk av narkotika och dopningsmedel utgör grunden för det hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbetet.

3. **Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska.**
   Verksamma metoder för att förhindra att någon börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska prioriteras.

4. **Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.**
   För att förhindra att personer utvecklar ett skadligt bruk, missbruk eller beroende av ANDT är tidig upptäckt och rådgivning inom primärvården en effektiv metod som också kan bidra till en positiv ekonomisk, social och mer hälsoinriktad samhällsutveckling.

5. **Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.**
   För att personer med missbruks- och beroendeproblematik ska få sina vårdbehov tillgodosedda och slutligen bli drogfria, bör tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser öka och individens ställning stärkas.

6. **Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.**
   Skadligt bruk och missbruk av ANDT bidrar till en stor del av den förtida dödligheten och skador i Sverige. Sambandet mellan ANDT och förekomsten av våld och olyckor är välbelagt. Att minska antalet döda och skadade på grund av eget eller andras bruk ett självklart långsiktigt mål.

7. **En folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDT inom EU och internationellt.**
   Sverige är beroende av och påverkas i allt större utsträckning av omvärlden. Det är nödvändigt att aktivt driva ANDT-politiska frågor inom EU och internationellt. Sverige verkar också för att de strategier och konventioner som Sverige stödjer eller undertecknat får genomslag i den nationella politiken. Det långsiktiga målet är att bidra till en folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDT inom EU och internationellt.

Med en femårig samlad strategi vill regeringen öka förutsättningarna för långsiktighet, ökad samordning och samverkan mellan myndigheter och andra aktörer. Samtidigt vill regeringen betona samtliga aktörers ansvar. För att förverkliga ANDT-politiken krävs insatser från myndigheter, från kommuner och landsting, näringsliv, idéburna organisationer och det övriga civila samhället. Det är regeringens uppfattning att samverkan mellan det hälsofrämjande, förebyggande, brottsbekämpande, behandlande och rehabiliterande områdena bör förstärkas.

## 10.2 Åtgärdsprogram för ANDT 2013

Regeringen beslutade 2013-04-04 om det tredje åtgärdsprogrammet för ANDT-strategin. I åtgärdsprogrammet konkretiseras insatser för att bidra till att nå de prioriterade målen enligt ovan under strategiperioden, det vill säga till och med den 31 december 2015. Exempel på tillkommande åtgärder under 2013:

- Översyn och eventuellt förtydligande av lagstiftningen för att främja kommunernas möjligheter att erbjuda vissa av socialtjänstens insatser i form av service.
- Utreda behov och möjligheter att utveckla ett system för auktorisation, alternativt skärpta tillståndskrav för behandlingsenheter (HVB).
- Se över möjligheten att i samband med översyn av specialistindelning för läkare överväga en ny specialitet i beroendemedicin. När det gäller frågan om specialistutbildning i beroendemedicin för läkare pågår vid Socialstyrelsen en översyn av specialistindelning för läkare med planerat ikraftträdande 2014. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över möjligheten att i samband med nämnda översyn överväga en ny specialitet för beroendemedicin.
- Kunskapsguiden utvidgas till att också omfatta missbruks- och beroendeområdet. Kunskapsguiden är en nationell webbaserad plattform som i dag samlar kunskap inom områdena psykisk ohälsa samt vård och omsorg om äldre. Syftet med Kunskapsguiden är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapsspridning och kunskapsinhämtning samt främja att personal på alla nivåer använder den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna. Kunskapsguiden förvaltas av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen. Det material som presenteras i guiden tas fram av Socialstyrelsen i samarbete med relevanta myndigheter och SKL. Regeringen bedömer att Kunskapsguiden är en viktig resurs för utveckling av en mer kunskapsbaserad praktik. Beslut har därför fattats om att den ska utvidgas till att också omfatta missbruks- och beroendeområdet.

## 10.3 Regeringens proposition ”God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården”

Regeringen beslutade den 14 mars 2013 om propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:77). Ledorden är ökad kvalitet och likvärdighet, ökad tillgänglighet liksom stärkt samverkan mellan huvudmännen.

Ökad tillgång till målgruppsanpassade insatser, en långsiktig satsning för en likvärdig vård av god kvalitet över hela landet och en vård där individens behov står i centrum är nödvändigt om målet för missbruks- och beroendevården ska uppnås.

Behandlings- och stödinsatser generellt ska möta behoven hos både kvinnor och män, men i vissa fall finns behov av könsspecifika insatser. Personer ska få insatser när motivationen finns och alla har rätt att bemötas med respekt. Ett förstärkt brukarinflytande, både över egna insatser och på verksamhetsnivå, är viktiga förutsättningar för att uppnå en vård av god kvalitet.

### Ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453), SoL: 5 kap. 9 a §

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

### Ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL: 8 b §

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

#### Skyldighet att samarbeta

Av paragraferna följer en skyldighet för kommuner och landsting att samarbeta när det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Med utgångspunkt i det perspektiv som personer som missbrukar beroendeframkallande medel och deras närstående har, är det viktigt att det finns överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Skyldigheten att ingå överenskommelser syftar till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård och stöd. Överenskommelser behövs även för yrkesverksamma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, särskilt i frågor där det kan uppstå konflikter. Detta gäller även personer som vårdas i enskild verksamhet som kommuner och landsting har slutit avtal med i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL.

Om ett landsting och en kommun redan har en överenskommelse om ett samarbete beträffande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel, behövs inte någon ytterligare överenskommelse enligt dessa paragrafer.

Paragraferna är utformade på motsvarande sätt som bestämmelserna i 5 kap. 8 a § SoL respektive 8 a § HSL, som reglerar överenskommelser om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Huvudmännen har således redan erfarenheter av att ingå överenskommelser som kan vara värdefulla att ta till vara. Likaså skulle det kunna vara fördelaktigt att överenskommelserna i lämpliga delar samordnas.

Organisationer som företräder personer som missbrukar beroendeframkallande medel och deras närstående bör ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna. Detta innebär dock inget krav på att organisationerna ska godkänna överenskommelsernas innehåll. Samarbetet bör ske när det är möjligt och det är viktigt att landstingen och kommunerna ansträngер sig för att få till stånd en fungerande och långsiktig samverkan med brukarorganisationer.

#### Andra beroendeframkallande medel

Exempel på ”andra beroendeframkallande medel” är vissa flyktiga lösningsmedel, som thinner och lim. Ett beroendeframkallande medel kan också vara sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande. Alla läkemedel och dopningsmedel omfattas av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte.

#### Överenskommelser kring vissa grupper och verksamheter

För att överenskommelserna ska få verklig betydelse för medborgarna, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamheternas resurser och inriktning, krävs överenskommelser som innehåller gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper. På så sätt kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning.

Personer som behöver missbruks- och beroendevård, som är eller ska bli föremål för kriminalvård eller tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, skulle kunna vara sådana grupper. Överenskommelserna skulle kunna innefatta samverkan med andra aktörer, till exempel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse, SiS, samt strukturer för hur sådan samverkan bör ske.

En annan grupp skulle kunna vara personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom.

I socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen är inte ansvaret för tillnyktringsverksamhet eller abstinensvård närmare reglerat. Utvecklingen innebär dessutom att gränsen mellan tillnyktringsverksamhet och abstinensvård håller på att upplösas. Dimensionering, organisering och samverkan med berörda aktörer när det gäller tillnyktring och abstinensvård inklusive de per-

soner som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer, LOB, skulle lämpligen kunna avgöras inom ramen för de lokala överenskommelserna.

Ett annat exempel som kan behöva regleras är behandlingsprogram som inkluderar behandlingsinsatser från landstinget och stödinsatser från kommunen, till exempel program för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Det kan också vara angeläget att överenskommelserna anger hur behandlings- och stödinsatser ska organiseras och tidsmässigt samordnas samt vilken huvudman som ska ansvara för vad. Likaså skulle tidsgränser i form av lokala vårdgarantier kunna fastställas inom ramen för överenskommelserna.

Det är också angeläget att det finns rutiner för att hänvisa personer inom och mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamheter. En grupp där samordnade insatser är av stor vikt, är personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom. För att gemensamt kunna upprätta en individuell plan enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL för de personer som behöver insatser från både kommunen och landstinget, är det också viktigt att ha rutiner för överföring av information med beaktande av gällande sekretessbestämmelser.

Missbruksutredningen bedömde att innehållet i missbruks- och beroendevården bör anpassas för olika målgrupper och att fler målgruppsspecifika insatser bör utvecklas. Det kan exempelvis gälla barn och ungdomar med eget missbruk eller som lever i en familj där det finns missbruk, gravida kvinnor, våldsutsatta kvinnor, personer med funktionsnedsättning och personer med utländsk bakgrund. Det handlar både om att utveckla behandlingsmetoder utifrån olika målgruppers behov och att organisera verksamheten för att på bästa sätt möta olika målgrupper.

Det kan också finnas skäl för en eller flera kommuner och landsting att utveckla gemensamma verksamheter, till exempel i form av beroendecentrum, ungdomsteam i form av så kallad Mini Maria eller gemensam nämnd för missbruks- och beroendevård. Integrerade team kan även innefatta andra aktörer såsom Kriminalvården. Ett exempel är ITOK (integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter), med uppdrag att utreda och inleda behandling av opiatberoende klienter redan under verkställigheten av en kriminalvårdspåföljd.

**Stöd och uppföljning**

Huvudmännen bör erbjudas ett ändamålsenligt stöd i arbetet med att ta fram och följa upp överenskommelserna. Regeringen avser att i samarbete med SKL och utifrån huvudmännens behov, utforma ett ändamålsenligt stöd avseende överenskommelsernas innehåll, utformning och uppföljning liksom hur andra aktörer, till exempel Kriminalvården, SiS och organisationer som företräder brukare och deras närstående, kan involveras i detta arbete. Goda exempel på samverkan med andra aktörer bör tas tillvara och strukturer och modeller för sådan samverkan spridas i syfte att möta olika gruppers specifika behov.

För att säkerställa att överenskommelserna leder till förbättringar för den enskilda individen bör de följas upp. Förutom de kvalitetsuppföljningar som kommunerna och landstingen redan i dag är skyldiga att göra avser regeringen att följa upp huvudmännens genomförande av överenskommelserna. Utöver den statliga tillsynen finns det behov av att följa upp hur de lokala överenskommelserna mellan landsting och kommuner påverkar tillgänglighet, samordning och kvalitet på insatser, inklusive effekter av eventuella lokala vårdgarantier inom ramen för dessa.

Särskilt viktigt är att analysera hur de personer som behöver samordnade insatser av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården eller av olika delar av hälso- och sjukvården, får sina behov tillgodosedda. En sådan grupp är personer med missbruk eller beroende och samtidigt psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom. Analysen bör även omfatta om och i så fall hur andra aktörer till exempel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse och organisationer som företräder brukare har involverats i framtagning av överenskommelserna.

Personer med missbruks- eller beroendeproblem bör ha samma ställning och tillgång till hälso- och sjukvård som andra patientgrupper, liksom få sina behov tillgodosedda inom socialtjänsten på samma sätt som andra klientgrupper. Tillgång till specialiserad behandling som till exempel läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende bör säkerställas i alla landsting.

**Ikraftträdande**

De nya paragraferna trädde i kraft den 1 juli 2013.