

# Riktlinjer för riskbruk- missbruk- och beroendevård i Jönköpings län

Riktlinjer för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet  
för personer med riskbruk, missbruk- och beroendeproblem

## Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Inledning   | 3  |
| Alkohol och drogförebyggande arbete i Jönköpings län 2009-2014                            | 3  |
| Nationella Riskbruksprojektet   | 3  |
| Utgångspunkt för samarbete  | 3  |
| Avgränsning   | 4  |
| Värdegrund  | 4  |
| Bemötande   | 4  |
| Samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer                                 | 4  |
| Definitioner  | 4  |
| Gemensam klassifikation   | 5  |
| Modell för interventioner på olika behovsnivåer   | 5  |
| Upptäckt och förebyggande arbete  | 5  |
| Förebyggande och tidiga insatser  | 6  |
| Barn till föräldrar som har missbruks- eller beroendeproblem                              | 6  |
| Barn som far illa – anmälningsskyldighet  | 6  |
| Bedömning och dokumentation   | 7  |
| Psykosocial behandling och läkemedelsbehandling   | 7  |
| Psykosocial behandling  | 8  |
| Sekretessbrytande bestämmelse   | 9  |
| Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM  | 9  |
| Kvinnor och missbruk  | 9  |
| Abstinensbehandling   | 10 |
| Läkemedelassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende                                | 10 |
| Gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblem  | 10 |
| Samsjuklighet   | 11 |
| Case management   | 12 |
| Suicidprevention  | 12 |
| Betalningsansvar för placeringar på externa behandlingshem                                | 13 |
| Riksavtalet   | 13 |
| Ledningsgrupper för samverkan mellan kommuner och landsting                               | 13 |
| Utveckling, utbildning och metodstöd  | 14 |
| Handlingsplan för utveckling och implementering av riktlinjerna                           | 15 |
| Bilagor:  |    |
| 1. Handlingsplan för det alkohol- och drogförebyggande arbetet i Jönköpings län 2009-2014 |    |
| 2. Klassificering inom hälso- och sjukvård  |    |
| 3. Förkortningar i nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård                  |    |
| 4. Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna.                |    |

## Inledning

En arbetsgrupp med representanter från kommunerna, vuxenpsykiatri och primärvården, folkhälsoavdelningen samt NSPH har fått uppdrag att utveckla ett förslag på samarbetsdokument som kan reglera övergripande samarbetsformer kring missbruks- och beroendevården i Jönköpings län. Dokumentet bygger på de [nationella riktlinjerna](#) (Socialstyrelsen, 2007) och förtydligar hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården i länet kan samarbeta kring målgruppen. Riktlinjerna innehåller sedan tidigare upprättade rutiner och riktlinjer inom området och utgår från samma rubriker som de nationella riktlinjerna:

- upptäckt och förebyggande arbete
- bedömning och dokumentation
- psykosocial behandling och läkemedelsbehandling
- gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblem
- samsjuklighet

Inom länet finns två näraliggande projekt och handlingsplaner som helt eller delvis sammanfaller med föreliggande riktlinjer för Jönköpings län:

### ***Alkohol och drogförebyggande arbete i Jönköpings län 2009-2014***

[Handlingsplan för det alkohol- och drogförebyggande arbetet i Jönköpings län 2009-2014](#), ANDT, behandlar prevention och förebyggande arbete inom länet och antogs av Läns-LAKO i mars 2009<sup>1</sup>.

Delmål 8 i denna handlingsplan<sup>2</sup> sammanfaller delvis med ”*Riktlinjer för riskbruk, missbruk och beroende i Jönköpings län*” och där slås fast att kommunerna och landstinget ska tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården.

### ***Nationella Riskbruksprojektet***

Riskbruksprojektets målsättning är att frågor om alkoholvanor ska ha en självklar plats inom hälso- och sjukvården och ingår därav som en del i riktlinjerna för riskbruk- missbruk och beroendevård i länet<sup>3</sup>.

### ***Utgångspunkt för samarbete***

Personer som ökar sitt intag av alkohol, droger eller beroendeframkallande läkemedel kommer att öka risken för att utveckla missbruks- och beroendeproblem. Detta kan i sin tur medföra att dessa personer utvecklar olika psykosociala, psykiatriska och somatiska besvär. Omvänt har patientgruppen med psykiatriska tillstånd en större risk än den övriga befolkningen att utveckla missbruks- och beroendeproblem.

Detta är viktiga samband, vilket förtydligar att vård och behandlingen för personer med missbruks- och beroendeproblem utgör ett gemensamt ansvar och uppdrag för både kommunernas

---

<sup>1</sup> Se modell sida 3, nivå A.

<sup>2</sup> Delmål 8, se bilaga 1.

<sup>3</sup> Se modell sida 3, nivå B.

socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård. Vård och behandling ska ske i samarbete och i förekommande fall tillsammans med arbetsgivare.

### ***Avgränsning***

Nationella riktlinjer avser missbruk och beroende hos vuxna.

### ***Värdegrund***

I Jönköpings län har Kommuner i Samverkan och Landstinget tagit fram en gemensam värdegrund:

- Vi utgår från patientens/brukarens behov
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit
- Vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens

### ***Bemötande***

Bemötandet är avgörande för hur den fortsatta kontakten och vården kommer att fungera. Bemötandet ska präglas av en humanistisk människosyn och alla människors rätt till ett värdigt liv.

### ***Samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer***

[NSPH](#)<sup>4</sup> är länsövergripande samverkanspartner och lokal samverkan ska stimuleras. Brukarinflytande utgår från följande nivåer:

- **Individnivå:** den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som behövs. Vården för den enskilde väljs och utformas i samarbete mellan individen och behandlaren.
- **Verksamhetsnivå:** möjligheten till delaktighet i beslut i en verksamhet, till exempel en klinik eller inom socialtjänsten. Detta kan ske genom t.ex. fokusgrupper med brukare, brukarråd eller genom brukarenkäter.
- **Systemnivå:** påverkan på organisations- eller systemnivå, exempelvis vid utarbetande av policyprogram eller politisk påverkan. Brukarorganisationer ska erbjudas möjlighet att vara del i styr- och arbetsgrupper.

### ***Definitioner***

Det är viktigt att personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som arbetar med missbruks- och beroendevård kan kommunicera och samarbeta på ett professionellt sätt. En förutsättning är att man använder samma terminologi, definitioner och skattnings- och bedömningsinstrument för att underlätta kommunikationen mellan verksamhetsområdena.

- ”Avgiftning” ska benämnas, **abstinensbehandling**
- ”Missbrukare” ska benämnas **personer med missbruks- och beroendeproblem**
- **Riskbruk** är ett bruk av alkohol som är eller kan bli skadligt, men där missbruk eller beroende inte föreligger

---

<sup>4</sup> Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH. Ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer för en bättre psykiatri.

- ”Dubbel diagnos” ska benämnas **samsjuklighet** dvs. patienter med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom
- Övriga termer och begrepp ska definieras enligt [socialstyrelsens termbank](#)

### **Gemensam klassifikation**

Sjukvården klassificerar enligt ICD 10 Diagnostik och klassifikation av sjukdomar, kapitel V, psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiv substans<sup>5</sup>

### **Modell för interventioner på olika behovsnivåer**

|  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| Individer med missbruk och beroende och samtidig svår psykiatrisk sjukdom och/eller somatisk sjukdom, samsjuklighet med komplexa vårdbehov |   |   |   | E | Case Management enligt ACT-modellen. Gemensam vårdplanering. Utredning, diagnos, behandling, uppföljning |
| Individer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom, samsjuklighet                                     |   |   | D | D | Gemensam vårdplanering<br>Utredning, diagnos, behandling, uppföljning                                    |
| Individer med missbruk och/eller beroende  |   | C | C | C | Samordnad behandling<br>Utredning, behandling, uppföljning   |
| Individer med riskbruk   | B | B | B | B | Tidig upptäckt<br>Identifiering av riskgrupper, screening, kort rådgivning                               |
| Befolkningen   | A | A | A | A | Förebyggande insatser<br>ANDT, Folkhälsoperspektiv   |

### **Upptäckt och förebyggande arbete**

**Alla verksamheter som möter personer med riskbruk, missbruk eller beroende ska använda metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser.**

Uppdraget att ge tidiga insatser och förebygga missbruks- och beroendeproblem har många verksamheter, primärvård (oavsett driftsform), kvinnohälsovård, barnhälsovård, psykiatriska mottagningar, akutmottagningar, ungdomsmottagningar och socialtjänsten i sin helhet.<sup>6</sup> Särskild uppmärksamhet gäller för blivande föräldrar och personer i fertil ålder.

- Som hjälp för att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion ska den personal som ansvarar för att möta patienten/klienter ha kompetens för att använda och analysera resultatet av bedömningsinstrumentet AUDIT<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Se bilaga 2 om hälso- och sjukvårdens klassificeringar.

<sup>6</sup> För hälso- och sjukvården finns ett FAKTA-dokument under Levnadsvanor - Alkohol

<sup>7</sup> Se bilaga 3 med förtydligande av förkortningar använda i Nationella riktlinjer

- Frågeformuläret ska användas på nya patienter/klienter och kan med fördel användas i samband med andra screeningsinstrument som omfattar andra levnadsvanor.

### ***Förebyggande och tidiga insatser:***

Om det vid ett besök inom kommunens socialtjänst, primärvård eller psykiatri framkommer (t.ex. via analys av AUDIT och DUDIT) att patienten/klienten har ett riskbruk av alkohol eller missbruks- och beroendeproblem, ska kort rådgivning initieras.

- Kort rådgivning ska bygga på metoden ”Motiverande samtal”, en patientcentrerad metod där patienten utan påtryckning får hjälp att för sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst beteende.

### ***Barn till föräldrar som har missbruks- eller beroendeproblem***

**Personal som i sitt arbete möter personer med missbruks- eller beroendeproblem har skyldighet att uppmärksamma barnets situation och barnets behov av information, råd och stöd<sup>8</sup>.**

För att uppmärksamma barnets situation har Socialstyrelsen givit ut en vägledning för socialtjänsten [Barn och unga i familjer med missbruk](#).

För Landstinget i Jönköpings län gäller policydokumentet [Barn som anhörig](#)

[Familjeformuläret](#) är ett verktyg för personal inom sjukvården att synliggöra om patienter har minderåriga barn och att utifrån den kunskapen hjälpa föräldrar att ge sina barn det stöd som behövs.

### ***Barn som far illa - anmälningsskyldighet***

”Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden. Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detta gäller även dem som är anställda hos sådana myndigheter”<sup>9</sup>.

- [Råd och anvisningar vid anmälan till socialnämnden](#)
- [Rutinbeskrivning för anmälan om att ett barn/ungdom far illa](#)
- [Anmälningsblankett för anmälan om barn och unga som far illa](#)

Barnombud ska finnas i alla verksamheter inom kommun och landsting. Barnombudets roll är att uppmärksamma barnets behov av information, råd och stöd.

I länets kommuner och landsting pågår ett arbete att utveckla och stödja barnombud och barngruppsverksamheter.

<sup>8</sup> Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 2 kap 1 a §

<sup>9</sup> Socialtjänstlagen 2001:453, 14 kap. 1 §

## Bedömning och dokumentation

**I Jönköpings län ska personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården dokumentera alla bedömningar och insatser. Insatserna ska även följas upp och dokumenteras.**

Socialtjänsten ska utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov samt planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och i förekommande fall med dennes anhöriga. Vården ska dokumenteras och följas upp.<sup>10</sup>

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

- **AUDIT**, Screening av alkoholvanor och identifiering av skadlig konsumtion.
- **DUDIT**, Screening av narkotikabruk och identifiering av narkotikakonsumtion. Innefattar även läkemedel.
- **ASI**, Bedömning av problemtyngd och hjälpbehov av missbruk och beroendeproblem, samt uppföljning av insatser.
- **ADAD**, Bedömning av behov, problemtyngd, samt uppföljning av insatser för ungdomar med alkoholproblem.
- Drogtester enligt [Socialstyrelsens rekommendationer](#).

## Psykosocial behandling och läkemedelsbehandling

**Personer med ett identifierat missbruks- och beroendeproblem<sup>11</sup> ska i första hand få sin behandling inom socialtjänsten, primärvården eller psykiatrin där personen bor. Tillgång till läkemedelsbehandling/psykosocialbehandling ska finnas.**

- Det är den lokala ledningen för hälso- och sjukvården och ledningen för kommunens socialtjänst som tillsammans ska planera hur vård och behandlingen skall organiseras.
- Verksamheten ska lokalt samordnas mellan socialtjänstens personal inom missbruksverksamheten och med yrkeskompetens från primärvården<sup>12</sup> och psykiatrin inom området, t.ex. läkare och sjuksköterskor.
- Den organisation som tar emot en hjälpsökande har ett ansvar, att i samråd med den hjälpsökande, se till att denne får hjälp inom rätt organisation.
- Tillgänglighet, snabb kontakt, kontinuitet ska präglade vården.

---

<sup>10</sup> SOSFS 2006:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

<sup>11</sup> Se modell sida 3 nivå C

<sup>12</sup> Regelbok för vårdval, 3.15 "Vårdenheten ska aktivt medverka till organiserad samverkan med andra vårdenheter och vårdnivåer inom och utanför landstinget"

- ASI ska ligga till grund för behandlingsarbete och uppföljning av insatser för socialtjänsten. Vid upptäckt av psykisk och/eller somatisk ohälsa ska kontakt initieras hos psykiatri och primärvård.

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

Inom landstinget finns 'Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna' fastställt som ett FAKTA-dokument<sup>13</sup> och som anger gränssnittet mellan primärvård och psykiatri. Vårdriktlinjernas sammanfattning av gränssnittet:

Primärvårdens ansvar:

- Är första linjens hälso- och sjukvård
- Behandling av lätta och måttliga psykiska besvär. Ansvaret avser samtliga behandlingsinsatser för denna patientgrupp
- Insatser vid kris och andra mer tidsbegränsade psykosociala insatser

Psykiatrins ansvar:

- Svårare psykiska störningar och funktionshinder (psykos, suicidrisk, djupare/allvarlig depression, ångestillstånd, personlighetsstörning etc.) Ansvaret avser samtliga behandlingsinsatser för denna patientgrupp
- Vid behov av psykiatrisk slutenvård
- Vid behov av psykiatrisk tvångsvård
- Då primärvårdens insatser visat sig otillräckliga eller då behov föreligger av hjälp med diagnostik och bedömning (second opinion) för att komma vidare.
- Då psykiatrin har behandlingsresurser som inte rimligen kan finnas inom primärvården

FAKTA-dokumentet 'Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna'<sup>14</sup> tar även upp specificerad ansvarsfördelning inom sjukvården för *personer med missbruksproblem* och där det framgår att:

- Primärvårdens huvuduppgift är primärpreventiv och att uppmärksamma och diagnostisera riskbruk, missbruk och beroende.
- I samarbete med kommunens missbruksvård understödja vård och behandling.
- Handläggning av körkortsintyg se bilaga 4

### ***Psykosocial behandling***

**Socialtjänsten ska kunna erbjuda differentierade behandlingsinsatser till de som söker vård och behandling. Behandlingsinsatserna ska bygga på evidens och vara individuellt anpassade.**

Insatsen kan vara i form av information och rådgivning men även i form av biståndsbedömd insats.

<sup>13</sup> FAKTA-dokument gäller oavsett driftform inom primärvården

<sup>14</sup> Se bilaga 4, FAKTA-dokument 'Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna' .



De psykosociala behandlingar som anses ha effekt ska ha fokus på missbruket, exempel på dessa är:

- Motivationshöjande behandling
- Haschavvänjningsprogram
- CRA - Community Reinforcement Approach
- Återfallsprevention
- 12-stepsbehandling
- Kognitiv beteendeterapi
- Dynamisk terapi

Kommunerna har även ansvar för socialt stöd. Exempel på detta är:

- Uppsökande verksamhet
- Boende och boendestöd
- Arbetsträning
- Färdighetsträning
- Kontaktpersoner
- [Stöd till anhöriga](#)

Vid institutionsbehandling ska krav på kvalitet och evidens gälla och kontroll kan göras på [Socialstyrelsens Nationella HVB-register](#).

### ***Sekretessbrytande bestämmelse***

Sekretessen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel.<sup>15</sup>

### ***Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM***

[LVM](#) är avsedd att komplettera socialtjänstlagen när frivillig vård bedöms vara otillräcklig

- Socialnämnden har ansvar för att utreda behov av tvångsvård och att planera vården och ansvara för den samlade planeringen av åtgärder.
- Läkarintyg i samband med LVM-utredning utfärdas i första hand av primärvård om inte behandlingskontakt är inledd med beroendemottagningen.
- Myndigheter har en skyldighet att anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM-lagen enl. 6 § LVM.

### ***Kvinnor och missbruk***

De nationella riktlinjerna tar inte upp genusperspektivet men flera studier visar att det finns ett antal områden inom vilka kvinnor skiljer sig från män, när det gäller behov av särskilda behandlingsinsatser. Kvinnor tar snabbare skada av missbruket och kan behöva prioriteras till behandling.

Ett [länsövergripande nätverk](#) har via projekt hos länsstyrelsen fått till uppgift att sammanställa och bevaka forskning gällande kvinnors behov i behandling.

---

<sup>15</sup> [Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\) kap 25 § 12 och kap 26 § 9](#)

### ***Abstinensbehandling***

**Abstinensbehandling ska finnas tillgängligt och kunna erbjudas i såväl öppen som slutenvård.**

Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna<sup>16</sup>:

- Svår berusning med hög promille (3,5 ‰ eller svår allmänpåverkan) i utandningsluften är en intoxikation som kräver medicinskt omhändertagande och handläggs inom somatisk akutsjukvård.
- Vid svår abstinens och komplikationer till missbruk dvs. abstinensbehandling där det föreligger risk för delirium, abstinenskramper, suicid kan inläggning på länsresursenheten, avd E, Länsjukhuset Ryhov eller aktuell psykiatrisk allvårdsavdelning inom resp. sjukvårdsområde vara aktuell.
- Läkemedelsberoende handläggs primärt av den organisation som har forskrivit läkemedlet.
- Psykiatrin skall medverka vid mycket svårbehandlat läkemedelsberoende som ex kräver substitutionsbehandling.

### ***Läkemedelassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende***

Alla patienter som aktualiseras för läkemedelassisterad behandling vid opiatmissbruk, LARO<sup>17</sup> utreds av Beroendemottagningen vid länsjukhuset Ryhov. Behandlingen sker enligt HSL och den ansvarige läkaren ansvarar för att en vårdplan upprättas och kontinuerligt uppdateras i samråd med patienten. Om patienten har behov av insatser från socialtjänsten genomförs samordnad vårdplanering enligt [HSL 3 f §](#) och [SoL 2:7 §](#).

Vid godkänd ansökan erbjuds slutenvårdad upptrappning (i förekommande fall abstinensbehandling inför upptrappning) vid länsavdelning E vid länsjukhuset Ryhov.

Därefter bör behandling och uppföljning ske vid respektive psykiatrisk klinik på Högländet och i Värnamo i samarbete med socialtjänsten lokalt för patienter som accepterats för behandling med buprenorfin (Subutex eller Suboxone).

För patienter i behandling med metadon sker förskrivning och samordning av uppföljningen från Beroendemottagningen vid länsjukhuset Ryhov. Dock krävs att utdelning av medicin även här sker lokalt vid psykiatriska mottagningar och att den psykosociala behandlingen sker i samarbete mellan psykiatrin och socialtjänsten där patienten bor. I fall där patienten bor långt från sådana mottagningar bör man söka andra lösningar med i första hand primärvården.

## **Gravida kvinnor med riskbruk- missbruks- och beroendeproblem**

**Intag av alkohol, droger eller beroendeframkallande läkemedel under graviditet kan ge skadliga effekter på fostret, vilket innebär att gravida kvinnor utgör en särskild riskgrupp som måste uppmärksammas.**

---

<sup>16</sup> Se bilaga 4, FAKTA-dokument 'Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna' .

<sup>17</sup> Se SOSFS 2009:27 [Läkemedelassisterad behandling vid opiatberoende](#)

- Alla verksamheter som kommer i kontakt med gravida kvinnor har ett särskilt ansvar att:
  - uppmärksamma och informera de blivande föräldrarna om alkohol och drogers påverkan på foster och barnets framtida hälsa
  - uppmuntra till kontakt med kvinnohälsovården om inte denna inletts
  - i samverkan med de blivande föräldrarna initiera kontakt med det lokala tvärprofessionella samverkansteamet för att planera graviditet, förlossning och första tiden hemma
- Kvinnohälsovården har vid inskrivning av nya gravida kvinnor ett särskilt ansvar och uppdrag att utföra screening (AUDIT) av de blivande föräldrarna. Identifieras ett riskbruk skall kort rådgivning initieras enligt metoden ”motiverande samtal”. Riktlinjer vid upptäckt ska följas.

I sekretesslagen<sup>18</sup> finns sekretessbrytande bestämmelser där det framgår att sekretessen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte hindrar att ’uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet’.

Kvinnans familjesituation kan vara av stor vikt för hennes möjligheter att skydda fostret och ge barnet det omhändertagande som är nödvändigt efter förlossningen. Det bästa är naturligtvis att få den gravida kvinnan att lämna sitt samtycke till att socialtjänsten och hälso- och sjukvården utbyter uppgifter. Barnets intresse går emellertid före kvinnans rätt till integritetsskydd. Rekommendationen idag är att gravida kvinnor helt ska avstå från alkohol under graviditet.

## Samsjuklighet

**Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom<sup>19</sup>.**

Riktlinjerna säger:

- Om socialtjänsten misstänker att en klient med missbruks och beroendeproblem har psykisk eller somatisk sjukdom ska, med klientens samtycke, omedelbar kontakt tas med primärvård eller öppenvård psykiatri för en bedömning.
- Om hälso- och sjukvården misstänker att en patient med psykiatrisk diagnos och/eller somatisk ohälsa har missbruks och beroendeproblem ska, med patientens samtycke, omedelbart kontakt tas med kommunens missbruksvård.

Riktlinjerna slår fast att behandlingen ska ske samtidigt och i samförstånd!

<sup>18</sup> [Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\) kap 25 § 12 och kap 26 § 9](#)

<sup>19</sup> Se modell sida 3 nivå D

Inom kommunerna ska det finnas lokala riktlinjer för samarbete och samordning att behandla patienter med psykisk/somatisk sjukdom och samtidig missbruks/beroendeproblematik. Alla identifierade patienter/klienter ska ha upprättade vårdplaner som är samordnade mellan kommunens socialtjänst och primärvården alternativt psykiatrins öppenvård.

Samordnad vårdplanering är reglerad i Socialtjänstlagen 2 kap 7 §, SoL samt Hälso- och sjukvårdslagen 3 f §, HSL. För samordnad vårdplanering har det i länet träffats en överenskommelse mellan kommun och landsting: [Överenskommelse om samordnade insatser mellan landstinget och kommunerna i Jönköpings län med utgångspunkt från aktuell lagstiftning i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt i föreskrifter och allmänna råd.](#)

Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna<sup>20</sup>:

- Primärvården handlägger missbruksrelaterade somatiska problem.
- Missbruksrelaterade somatiska problem som inte kan skötas inom primärvården remitteras till den somatiska sjukvården.
- Missbruk/beroende i kombination med lätt till måttlig psykisk störning handläggs inom primärvården.
- Missbruk/beroende i kombination med allvarlig psykiatrisk störning handläggs vid psykiatrisk öppen- eller slutenvård.
- Slutenvårdsbehandling av blandmissbruk och/eller narkotikamissbruk sker på avdelning E, Länssjukhuset Ryhov.

### ***Case management***

Patienter med *svår* psykisk sjukdom/störning och/eller somatisk sjukdom samt samtidig missbruks- eller beroendesjukdom s k samsjuklighet med komplexa vårdbehov<sup>21</sup>, där komplexa vårdbehov karaktäriseras av att andra insatser har prövats utan framgång och att dessa individer ofta 'faller mellan stolarna'. För denna grupp finns i länet ett beslut om att införa case management enligt ACT-modellen. Samverkan mellan kommun och landsting regleras i ett länsavtal.

### ***Suicidprevention***

Personer med missbruksproblem liksom psykisk sjukdom utgör riskgrupper för suicid. Det är därför viktigt att personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har goda kunskaper om suicidprevention.

I hälso- och sjukvården finns ett [Vårdprogram om suicidprevention för vuxna](#) framtaget. Inom sjukvården bedöms suicidrisken i tre olika grader: låg suicidrisk, medelhög eller svårbedömd suicidrisk och hög suicidrisk. I vårdprogrammet framgår det att primärvården har ansvar för att fånga upp patienter med suicidrisk och göra suicidriskbedömning när patienten kan vara i riskzonen, t.ex. vid depression, missbruk och krisreaktion. Vid medelhög till hög eller svårbedömd suicidrisk krävs alltid medverkan av läkare och beslut om vårdnivå. Hög eller svårbedömd suicidrisk bör medföra inläggning och psykiatrisk vård. I riskfall kan LPT behöva användas. Primärvården ska remittera till psykiatrisk klinik vid bedömd hög eller svårbedömd suicidrisk. En suicidnära patient ska alltid erbjudas och rekommenderas en psykiatrisk kontakt.

---

<sup>20</sup> Se bilaga 4, FAKTA-dokument 'Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna'.

<sup>21</sup> Se modell sida 3 nivå E

I länet finns en särskild larmplan framtagen [Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid. Ett exempel från Jönköpings län](#). Målet är att all personal inom kommun och landsting, som kommer i kontakt med suicidnära människor, ska ha kunskap om hur och när larmplanen kan användas.

2010-2011 kommer ett specifikt projekt<sup>22</sup> inom kommunerna att arbeta med suicidprevention. ”Målet är att utifrån det nationella suicidpreventiva handlingsprogrammets strategier formulera suicidpreventiva mål på kommunal nivå och att utbilda personal i de bedömningsinstrument som finns”.

### ***Betalningsansvar för placeringar på externa behandlingshem***

I policydokumentet ['Vård och omsorg i samverkan'](#)<sup>23</sup> antaget i Läns-LAKO 2004 slås det fast att under speciella omständigheter och med stor restriktivitet är det möjligt och lämpligt att huvudmännen delar kostnaden vid placering vid enskilda behandlingshem. Det betonas att placering i externa behandlingshem endast kan bli aktuellt när 'egna' alternativ inom kommun och landsting är uteslutna och att behandlingshemmet bedöms kunna tillföra viktiga insatser. I de fall kommunen och landstinget ej kommer överens ska ärendet anmälas till två särskilt utsedda chefstjänstemän från kommunen respektive landstinget vilka gemensamt avgör frågan.

### ***Riksavtalet***

'Den som vistas inom vårdlandstinget till följd av vård med stöd av LVM, LVU, LRV, LPT, SoL eller är häktad eller är föremål för kriminalvård i anstalt ska av vårdlandstinget erbjudas såväl omedelbar som icke omedelbar vård i enlighet med följande. En sådan patient ska inte sändas hem för vård till sitt hemlandsting och någon kontakt när patienten vårdas behöver vårdlandstinget inte ta med hemlandstinget', se [Komplettering av riksavtalet för utomlänsvård för att trygga tillgången till vård för intagna på anstalt och institution](#)

## **Ledningsgrupper för samverkan mellan kommuner och landsting**

[Ledningsgruppen för samverkan mellan kommun och landsting](#) är ett samverkansorgan avseende vård och omsorg i gränssnittet mellan kommuner och Landstinget i Jönköpings län. Ledningsgruppens uppdrag är att driva strategifrågor som inte kan eller ska lösas lokalt, exempelvis avtalsfrågor, policydokument, omvärldsbevakning samt frågor som rör värdegrundarbete avseende det gemensamma uppdraget för äldre, barn och unga, missbrukare, psykiskt funktionshindrade med mera.

[Styrgrupp för samverkan psykiatri/missbruk](#) har till uppdrag att:

- Stimulera och stödja samverkan inom psykiatri och missbruk/beroendeområdet.
- Initiera, samordna och utveckla länsgemensamt samarbete i strategiska frågor inom området.
- Behandla alla frågor som rör området.
- Fatta beslut om utvecklingsfrågor som rör hela länet efter förankring och sanktion i den egna organisationen.

<sup>22</sup> Modellbyggande i Jönköpings län- till nytta för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och deras anhöriga.

Projektagare: Regionförbundet i Jönköpings län, primärkommunala nämnden

<sup>23</sup> Se rubrik Institutionsvård för en begränsad målgrupp inom psykiatri samt Bilaga 3 Angående kostnadsfrågan landsting/kommun vid placering på externa behandlingshem.

- Följa och på länsnivå samverka kring nationella riktlinjer och uppdrag för målgruppen psykiskt sjuka/störda vuxna.
- Följa och stödja metodutvecklingsprogrammet ”Case Management” för personer med psykiskt funktionshinder och samtidigt missbruk.
- Ge uppdrag till Hedvig-gruppen gällande riskbruk, missbruk och beroende
- Följa upp länsövergripande projekt inom området.
- Vara en länk till medicinsk programgrupp psykiatri.

[Hedvig](#) är en referensgrupp till Styrgrupp för samverkan psykiatri/missbruk för frågor som rör målgruppen med samsjuklighet eller enbart missbruk/beroende och är över 18 år.

### **Utveckling, utbildning och metodstöd**

Beroendemottagningen i Jönköping som är en specialistenhet ansvarar för vissa fortbildningsinsatser samt för årliga nätverksmöten för erfarenhetsutbyte om målgruppen inom Jönköpings län.

FoUrum, Regionförbundet Jönköpings län, primärkommunal samordning har utbildare i evidensbaserade metoder och erbjuder utbildning i ASI, Haschavvänjningsprogrammet, Motiverande intervju, Återfallsprevention samt AUDIT/DUDIT. FoUrum genomför även Nationella BAS-utbildningen.

Landstingets folkhälsoavdelning erbjuder utbildning och metodstöd i Motiverande intervju framför allt för primärvården. Folkhälsoavdelningen har även utbildare i levnadsvanor och AUDIT.

### **Arbetsgrupp**

Hedvig-gruppen gav följande personer i uppdrag att utarbeta länsriktlinjerna:

Ulf Eek, psykiatri, Jönköping

Peter Nilsson, primärvården, Tranås

Bengt-Ove Eriksson, kommunen, Gislaved

Mattias Jonsson, Folkhälsoavdelningen

Lena Brandt Johnson, NSPH

Charlotta Johansson, Kunskap till praktik i Jönköpings län

Annika Petersson, Kunskap till praktik i Jönköpings län

## **Handlingsplan för implementering av riktlinjerna**

För att genomföra länsriktlinjerna måste olika strategiska initiativ tas för att säkra implementeringen.

- att länets styrgrupp för samverkan psykiatri/missbruk ansvarar för genomförande och uppföljning i länet
- att varje organisation har ett ansvar att se över samarbetsrutiner mellan egna enheter
- att lokala styrgrupper där ledning för hälso- och sjukvården (primärvård och psykiatri), kommunens socialtjänst och brukarorganisationerna etableras
- att de lokala styrgrupperna ansvarar för att riktlinjerna tillämpas och följs upp
- att lokala styrgrupper och länets styrgrupp gemensamt ansvarar för att nödvändiga utbildningsinsatser för riktlinjernas implementering erbjuds till berörd personal

## Handlingsplan för det alkohol- och drogförebyggande arbetet i Jönköpings län 2009-2014

### Delmål 8

I delmål 8 fastslås behovet av ökad beredskap för att stödja personer med riskbruk, missbruk och beroende genom följande åtgärder och ansvarsfördelning:

- Utveckla arbetet med riskbruk inom hälso- och sjukvården, studenthälsan, företagshälsovården och ungdomsmottagningarna. (Landsting och kommunerna)
- Upprätta en strukturerad screening för kvinnohälsovård, barnhälsovård och övrig primärvård för att upptäcka riskbruk. (Folkhälsoavdelningen, barnhälsovården, kvinnohälsovården)
- Erbjud berörd personal utbildning om riskbruk, screening och motiverande samtal. (Landstinget)
- Tillse att det finns resurser på varje vårdcentral för alkoholordgivning. (Landstinget)
- Utveckla samverkan mellan Landsting och kommunal missbruksvård. (Landsting och kommun)
- Tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. (Kommunerna och Landstinget)
- Verka för tillgänglig missbruks- och beroendevård i länets alla kommuner. (Samrådsgruppen, kommunerna, Länsstyrelsen och Landstinget)
- Öka samverkan mellan aktörer inom det förebyggande arbetet och missbruks- och beroendevården. (Samrådsgruppen, kommunerna, Länsstyrelsen och Landstinget)
- Verka för stärkt stöd för anhöriga till missbrukare, särskilt barn i riskmiljöer (Kommunerna och samrådsgruppen)
- Erbjud stöd för anhöriga till personer med missbruksproblem i kommunerna. (Kommunerna)
- Marknadsföring av Alkoholhjälpen<sup>24</sup>. (Länssamordnaren)

---

<sup>24</sup> [www.alkoholhjalpen.se](http://www.alkoholhjalpen.se)



### **Klassificering inom hälso- och sjukvård**

ICD 10, Diagnostik och klassifikation av sjukdomar, kapitel V, psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiv substans.

Missbruk betecknas enligt ICD-10 med *skadligt bruk*, dvs. bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk som vid leverinfektion (hepatit) vid intravenöst missbruk, eller psykisk som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion.

Beroende enligt ICD 10

1. Stark längtan efter drogen
2. Svårighet att kontrollera intaget
3. Fortsatt användning trots skadliga effekter
4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
5. Ökad tolerans
6. Fysiska abstinenssymptom

The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) är utgiven av Världshälsoorganisationen (WHO). Den är avsedd som en basklassifikation för allmänt medicinskt-statistiskt bruk och Hälso- och sjukvården i Sverige är därför bunden till denna klassificering för att kunna skapa internationell jämförbarhet i hälso- och sjukvårdsstatistiken.

### **Definition av missbruk (enligt DSM-IV)**

#### **Minst ett av följande kriterier under en och samma 12-månadersperiod**

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

### **Definition av beroende (enligt DSM-IV)**

#### **Minst tre av följande kriterier under en och samma 12-månadersperiod**

1. Behov av större dos för att uppnå ruseffekt
2. Abstinensbesvär när bruket upphör
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs
4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga och psykiska skador.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) är ett amerikanskt system för diagnos och klassifikation av psykiska sjukdomstillstånd och är en av världens mest använda diagnosmanualer inom psykiatrin. Den fjärde upplagan gavs ut år 2000 och används i dag parallellt med WHO:s klassifikation av sjukdomar ICD-10.

### Bilaga 3

#### **Förkortningar i nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård**

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)= psykologiskt test för identifikation av personer med riskabla alkoholvanor och alkoholproblem

CDT (Carbohydrate-Deficient transferrin) = biologiskt test som mäter långvarig överkonsumtion av alkohol

GT (Glutamyltransferas) = biologiskt test som mäter långvarig överkonsumtion av alkohol, GT mäter leverpåverkan

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) =psykologiskt test för identifiering av narkotikakonsumtion och narkotikaproblem

ASI (Addiction Severity Index) = bedömer klientens hjälpbehov

DOK (dokumentation och utvärdering inom missbrukarvården) = underlag för behandlingsplanering, utredning, bedömning och uppföljning

ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) = en ungdomsversion av ASI, ger bättre underlag för behandlingsplanering

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) = är ett av de internationellt mest spridda testen för att identifiera personer med alkoholproblem eller beroende

MAPS (Monitoring Area and Phase System) = är ett redskap för att strukturera och tillvarata information av vikt för klientens behandling. Det är en metodik för klient och enhetsbeskrivning som kompletterar ASI-intervjun

DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) = Manual som täcker alla psykiatriska sjukdomstillstånd

ICD 10 (International Classification of Diseases) =klassifikationssystem för svensk sjukvård som definierar beroende och skadligt bruk

FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy) = motiverande rådgivning

MI (Motivational intervjuing) =motiverande samtal, en partientcentrerad metod

KBT (kognitiv beteendeterapi) = terapiformen utgår från antagandet att människans svårigheter i livet har sitt ursprung i hur han eller hon tänker

CRA (Community Reinforcement Approach) = omfattar Motiverande Intervju (MI) och återfallsprevention, innefattar kognitiva och beteendemässiga inslag och riktar sig mot klientens boende, arbete, sysselsättning och missbruk

## Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna

| Missbruk   | Handläggning inom primärvård   | Handläggning inom somatik   | Handläggning inom psykiatri   | Återremiss till primärvården                                     |
|--|--|---|---|--|
| <p><b>Missbruk</b></p> <p>Läkemedel</p> <p>Narkotika</p> <p>Alkohol</p> <p>Blandmissbruk</p> | <p>Primärvårdens huvuduppgift är primärpreventiv och att uppmärksamma och diagnostisera riskbruk, missbruk och beroende samt att handlägga missbruksrelaterade somatiska problem.</p> <p>I samarbete med kommunens missbruksvård understödja vård och behandling.</p> <p>Huvudansvar vid LVM.</p> <p>Läkemedelsberoende handläggs primärt av den organisation som har förskrivit läkemedlet.</p> | <p><b>Svår berusning</b></p> <p>Hög promille (3,5 % eller svår allmänpåverkan) i utandningsluften är en intoxication och kräver medicinskt omhändertagande.</p> <p>Handlägga missbruksrelaterade somatiska problem som ej kan skötas inom primärvården.</p> | <p><b>Svår abstinens och komplikationer till missbruk</b></p> <p>Vid <b>avgiftning</b> där det föreligger risk för delirium, abstinenskramp, suicid kan inläggning på beroendeenheten Ryhov eller psykiatriska allvårdsavdelningen vara aktuell.</p> <p>Missbruk i kombination med allvarlig psykisk sjukdom hanteras vid psykiatrisk öppen- eller slutenvård.</p> <p>Substitutionsbehandling vid <b>narkomani</b>.</p> <p>Medverka vid mycket svårbehandlat läkemedelsberoende <b>som ex kräver substitutionsbehandling</b>.</p> | <p>För somatisk uppföljning Vb, och för aversionsbehandling.</p> |
| <p><b>Dubbeldiagnos</b> (samtidig missbruksdiagnos och psykiatrisk diagnos)</p>              | <p>Lätt till måttlig psykisk störning vid samtidigt missbruk.</p>  |   | <p>Missbruk i kombination med allvarlig psykisk störning.</p> <p>Öppenvårdsbehandling med Subutex och Metadon ska inledas på avd E.</p> <p>Slutenvårdsbehandling av blandmissbruk och/eller narkotikamissbruk sker på avd E, Länsjukhuset Ryhov.</p> <p>Insatser för patient med dubbeldiagnos och stort vård- och stödbehov kan samordnas av en case manager i enlighet med avtalad strukturerad samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst.</p>  |  |
| <p><b>Handläggning av körkortsintyg</b></p>  | <p>Körkortsintyg kan handläggas av distriktsläkare om länsstyrelsen så anger.</p>  | <p>Körkortsintyg kan handläggas av specialist om länsstyrelsen så anger.</p>  | <p><b>Körkortsintyg</b> för patient med pågående psykiatrisk kontakt utfärdas på den psykiatriska enheten. Pat som inte har kontakt med psykiatrin hänvisas till socialmedicinsk mottagning eller privatpraktiserande psykiater/allmänläkare.</p>   |  |