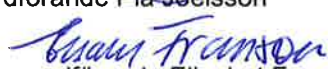
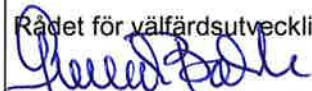


REGION DALARNA

**VÅRDPROGRAM FÖR MISSBRUKS- OCH
BEROENDEVÅRDEN FÖR "GOD KVALITET OCH
ÖKAD TILLGÄNGLIGHET".**

Vårdprogrammet gäller Dalarnas kommuner och Landstinget Dalarna.

Dokumenttyp: Vårdprogram	Dokumentnamn: Länsövergripande vårdprogram för missbruks- och beroendevården
Giltigt från och med: 2016-04-01	Giltigt till och med: 2019-03-31
Ansvarig för revidering: Region Dalarna	Antagen av och datum: Länsnätverk förvaltningschefer inom hälsa och välfärd
Version: Version 1	Godkänd av: Länsnätverket förvaltningschefer inom hälsa och välfärd  Ordförande Pia Joelsson  Vice ordförande Elisabet Franson Rådet för välfärdsutveckling  Ordförande Gunnar Barke
Dokumenthistorik: Version 1	Diarienummer: RD 2016/37

Innehåll

Förord	4
Inledning och bakgrund	5
Syfte.....	6
Mål.....	6
Samverkan och värdegrund.....	6
Orosanmälan angående barn.....	7
Förekomst av riskbruk, missbruk och beroende	8
Tidig upptäckt och förebyggande arbete	8
Rutiner för tidig upptäckt.....	8
AUDIT	9
DUDIT.....	9
Utredning och diagnos	11
Definition av skadligt bruk/missbruk och beroende.....	11
Utredning	12
Diagnosinstrument.....	12
Bedömning av hjälpbehov	13
Medicinska test för påvisande av intag av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning. ...	13
Medicinsk utredning och bedömning	14
Psykosocial utredning och bedömning	15
Dopning	15
Ansvar	16
Läkemedelsberoende	17
Alkohol	18
Alkoholabstinens.....	18
Läkemedelsbehandling.....	18
Alkoholberoende.....	18
Läkemedelsbehandling.....	18
Psykiologisk och psykosocial behandling	19
Narkotika	19
Opioider	19
Opioidabstinens	19
Läkemedelsbehandling.....	19
Opioidberoende	20
Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende	20
Psykiologisk och psykosocial behandling	21
Cannabis	21
Psykiologisk och psykosocial behandling	22
Internetdroger (Nätdroger)	22
Centralstimulantia.....	22
Läkemedelsbehandling.....	23
Psykiologisk och psykosocial behandling	23
Tvångsvård	23
Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)	23
Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)	25

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)	25
Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB)	26
Psykologisk och psykosocial behandling som inkluderar personer i patientens/klientens sociala nätverk	26
Psykosociala stödinsatser	26
Arbete och sysselsättning	27
Boende.....	27
Boendestöd	27
Insats vid behov av case management (vård- och stödsamordning).....	27
Insatser för anhöriga	27
Särskilda målgrupper	27
Ungdomar med missbruk under 18 år	27
Psykologisk och psykosocial behandling	29
Barn till föräldrar med missbruksproblem.....	30
Kvinnor med missbruk	31
Gravida kvinnor.....	31
Bruk av alkohol hos äldre.....	33
Samsjuklighet.....	35
Läkemedelsbehandling.....	37
Psykologisk och psykosocial behandling	37
Psykosociala stödinsatser.....	37
För målgruppen med utländsk härkomst, etnicitet med flera grupper	37
Kvalitetssäkring	38
Socialtjänsten.....	38
Landstinget	38
Svenska beroenderegistret	38
Socialtjänst och landstinget	39
Brukarmedverkan och uppföljningar.....	39
Hälso- och sjukvård för placerade utomläns	39
Befintliga regionala stödstrukturer för ledning av missbruks och beroendevården	39
Gemensamma begrepp	40
Förkortningar	41
Referenser	42
Arbetsgruppens deltagare	45

Bilagor

Checklista för akutläkares handläggning av patient som omhändertagits för vård enligt LVM

Checklista för socialtjänstens handläggning av klient som omhändertagits för vård enligt LVM

Förord

Det länsövergripande vårdprogrammet för Dalarna syftar till att ge länets invånare med missbruk och beroendeproblem god kvalitet, jämlik vård och ökad tillgänglighet i vården samt att ge kunskapsstöd till verksamheterna.

Arbetsgruppen tillsattes av chefsgruppen på Region Dalarna och är representativ för Dalarnas kommuner och landsting samt de olika professionerna inom verksamhetsområdet.

Arbetsgruppen har haft som mål att ange de krav som ställs i de Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende¹ samt att belysa forskningsresultat från den evidensbaserade praktiken.

Den länsövergripande överenskommelsen om samverkan mellan kommuner och landstinget inom missbruks- och beroendevården och vårdprogrammet är de länsövergripande styrdokumentet för missbruks- och beroendevården i Dalarna. Mot denna bakgrund ska regionala, lokala rutiner och överenskommelser träffas.

Länet skiljer sig åt gällande resursfördelning och tillgång till tjänster och service. Vårdprogrammet anger vad vi ska erbjuda och en nivå med utgångspunkt från jämlikhetsperspektivet som kräver sin lösning för att vi ska nå de nationella målen inom missbruks och beroendevården.

Länet har tidigare ingått olika överenskommelser gällande missbruks- och beroendevården samt psykiska och fysiska funktionshinder, men då Landstinget Dalarna inte haft något sammanhållande vårdprogram för de olika verksamhetsnivåerna återstår ett internt arbete inom landstinget. De nya nationella riktlinjerna har sänkt ålderskategorin att gälla även ungdomar 12-18 år, vilket innebär att vi som län inte har någon specifik verksamhet som kan erbjuda rådgivning, stöd, och eventuellt abstinensbehandling för denna specifika åldersgrupp. Det finns därför starka önskemål från kommunerna att i samverkan med hälso- och sjukvården utreda hur en läns-gemensam verksamhet avseende missbruksvård för barn och ungdom kan skapas i länet.

Personal inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten behöver kompetens-utveckling för att leva upp till den grundläggande nivån för tidig upptäckt. Verksamheterna behöver också utveckla mer differentierade stödinsatser för att tillgodose de olika målgruppernas behov.

Inledning och bakgrund

Socialstyrelsens första nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården² publicerades år 2007 och vände sig både till socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Avsikten var att etablera en gemensam grund till stöd för huvudmännens insatser. Den nationella samanställningen pekar på brister och områden som behöver vidareutvecklas. Regeringen tillsatte år 2008 en särskild utredare för att göra en översyn av den samlade svenska missbruks- och beroendevården. I uppdraget ingick att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras. Regeringen överlämnade remiss:

”God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården” till Lagrådet den 31 januari 2013. Från den 1:a juli 2013³ införs en ny paragraf i Hälso och sjukvårdslagen, (1982:763, 8b § HSL) och likalydande paragraf i socialtjänstlagen införs i (2001:453) SoL, (5 kap. 9a § SoL).

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

Det nu aktuella länsövergripande vårdprogrammet har anpassats till de reviderade nationella riktlinjerna ”Nationella Riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende” (NR)¹ som Socialstyrelsen publicerade i maj 2015.

Riksdagen antog i mars 2011 ”En samlad nationell strategi för alkohol-, narkotika-, dopings- och tobakspolitiken” (ANDT-strategin)⁴. Strategin innehåller sju långsiktiga mål för arbetet och visar på den politiska viljeinriktningen för att motverka missbruk och beroende samt att stärka det förbyggande arbetet. Det övergripande målet är: Ett samhälle fritt från narkotika och med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. Strategin rör alla aktörer i samhället.

Länsstyrgruppen för missbruk och beroendevården (från och med 1 januari 2015 Regionala utvecklingsgruppen för missbruk och beroende) i Dalarna har genom Region Dalarna getts i uppdrag att utarbeta ett gemensamt vårdprogram för landstinget Dalarna och Dalarnas kommuner för missbruks och beroendevården. Vårdprogrammet är tillsammans med den länsövergripande överenskommelsen om samverkan mellan kommuner och landstinget inom missbruks- och beroendevården, (se bilaga 1 som bifogas efter slutgiltigt beslut), de länsövergripande styrdokumenterna för missbruks- och beroendevården i Dalarna.

Syfte

Vårdprogrammet ska bidra med kunskapsstöd till de berörda verksamheterna för att erbjuda en god och likvärdig vård för att hjälpa den enskilde att komma ifrån ett missbruk eller begränsa skadorna av ett fortgående missbruk. Vårdprogrammet ska vara ett underlag för överenskommelser och lokala avtal/handlingsplaner mellan huvudmännen.

Mål

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten uppmärksammar riskbruk, missbruk eller beroende tidigt genom systematiskt arbete och rutiner. Personer med missbruk eller beroende ges samma goda bemötande som andra patient eller klientgrupper och har **samma rätt till jämlik vård**.

Vården är välkänd och innehållsmässigt och organisatoriskt utformad så att den är attraktiv och lätt tillgänglig för berörda målgrupper. Innehållet i vård och behandling är specifikt anpassad för olika målgrupper t.ex. barn och unga, gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning, äldre, samsjuklighet, genus, etnicitet m.fl.

Personer med missbruk- beroende erbjuds insatser med stöd av rekommendationer i NR som har rangordnats efter en bedömning av evidensen (forskningsbaserad kunskap, professionens erfarenhet och brukarens delaktighet), tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektivitet.

Vården omfattar medicinska, psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser och psykosociala stödinsatser som samordnas utifrån den enskildes individuella behov.

Enligt NR har socialtjänsten och hälso- och sjukvården gemensamt ansvar för psykosocial behandling och psykosociala stödinsatser. Personer med problem med alkohol, doping, läkemedel, opioider och andra beroendeframkallande medel ska ingå i det gemensamma ansvarstagandet.

Ökad tillgänglighet innebär att all personal inom landstinget och socialtjänsten har klara rutiner hur en patient/klient med behov av insatser ska slussas vidare för att få rätt stöd.

Samverkan och värdegrund

Målgruppens komplexa behov av insatser, den otydliga lagstadgade ansvarsfördelningen mellan myndigheterna och efterfrågan av tjänster tillsammans med att de offentliga tjänsterna alltmer har specialiserats, har skapat ett större behov av samverkan mellan olika organisationer och professioner.

Samverkansansvaret

Samverkan är allas ansvar. En väl fungerande samverkan leder till att vi använder de gemensamma resurserna på bättre och effektivare sätt. En väl fungerande samverkan med individens behov i centrum leder till att den enskilde får större förutsättningar att lyckas i sin rehabilitering.

För att kunna åstadkomma och uträtta något tillsammans är det idag nödvändigt att kunna överskrida olika gränser som professionella och organisatoriska samt att kunna överskrida gränser mellan olika samhällssektorer.

Förutsättningar för samverkan⁵:

- en klar och tydlig ledning
- klart gemensamt uttalat mål
- tillräckliga resurser ställs till förfogande
- skillnader mellan parter avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats
- hindrande skillnader undanröjs och/eller utvecklas

För att främja samverkan krävs en gemensam grund och ett gemensamt arbete som syftar till att:

- Bygga upp tillit
- Hantera spänningar
- Hitta gemensamma mål
- Utveckla en gemensam kultur
- Engagemang och tydligt ledarskap

Lokala överenskommelser och avtal ska upprättas för flödet i den fortsatta utredningen avseende handläggning inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Ansvarsfördelning landsting och kommuner, se Bilaga 1 (bifogas efter slutgiltigt beslut).

Orosanmälan angående barn

All personal ska se till barns bästa. Vid oro för ett barn som anhörig eller patient ska hälso- och sjukvårdspersonal göra en orosanmälan enligt 14 kap. 1 § SoL till socialtjänsten.

OROSANMÄLAN GÄLLANDE BARN

Både hälso- och sjukvården och tandvården omfattas av skyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL att genast anmäla till socialnämnden när man i verksamheten får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Det innebär att anmälningsskyldiga som i sin verksamhet "får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa" genast ska göra en anmälan till socialnämnden. Socialtjänstlagen har bestämmelser om möten i samband med att en anmälan görs (14 kap. 1 a § SoL) och om så kallad återkoppling (14 kap. 1 b § SoL) vilka som syftar bland annat till att underlätta för anmälaren att avgöra när en anmälan ska göras (prop. 2012/13:10 s. 46).

Förekomst av riskbruk, missbruk och beroende

Alkohol är en riskfaktor för ett 70-tal sjukdomstillstånd varav ett 30-tal för vilka orsakssambanden är identifierade. De vanligaste är olika former av hjärt-kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa⁶. I Socialstyrelsens Dödsorsaksregister framkommer att det år 2014 var 1950 alkoholrelaterade och 765 narkotikarelaterade dödsfall i åldern 0 - 85+ år i Sverige⁷.

I den nationella folkhälsoenkäten⁸ år 2014 uppgav 16% (19% av männen, 13% av kvinnorna) av de svaranden (16-84 år) att de hade en riskkonsumtion av alkohol. Andelen personer med missbruk eller beroende av alkohol uppskattas till 5,9% av befolkningen i Sverige, vilket motsvarar cirka 285 000 män och 161 000 kvinnor⁹. En individs överdrivna alkoholkonsumtion kan påverka negativt både närstående och andras situation i omgivningen⁹.

I folkhälsoenkäten⁸ uppgav 11,5% av de intervjuade att de någon gång hade använt cannabis. Det var 2,3% som hade använt cannabis senaste året och det var vanligast i ålderskategorin 16 år - 29 år (7,8%). Av de tillfrågade var det 4,4% som hade använt annan narkotika någon gång i livet varav 0,8% hade använt det under senaste året.

Ett aktivt arbete inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård för tidig upptäckt av riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och droger är av stor betydelse för att insatser ska kunna erbjudas i så tidigt skede som möjligt. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Oberoende av vilken anledning en person söker socialtjänst bör han eller hon erbjudas hjälp om det finns ett underliggande alkohol- eller narkotika-problem som bidragit till den totala problembilden.

Tidig upptäckt och förebyggande arbete

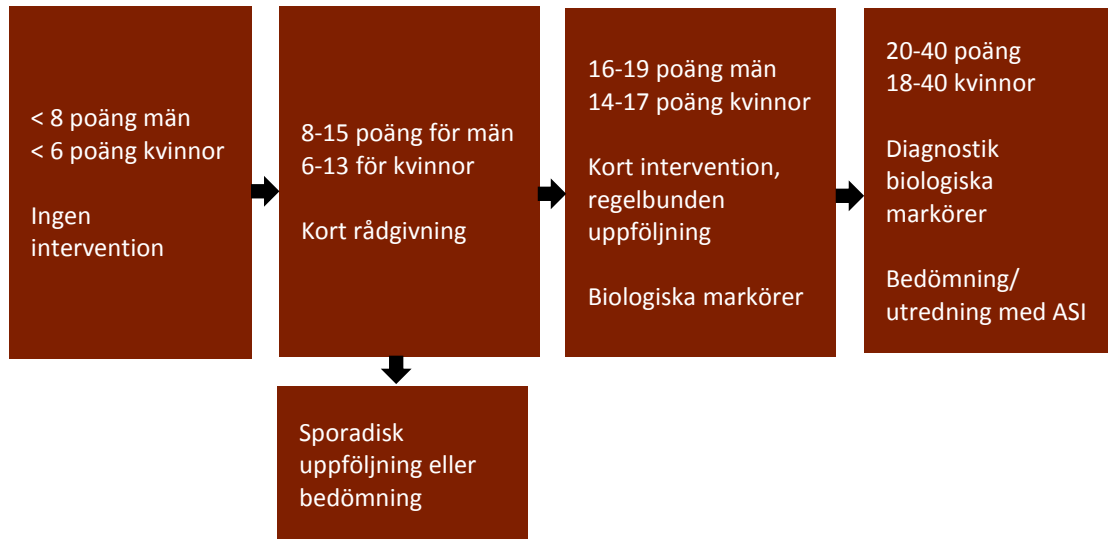
Rutiner för tidig upptäckt

Primärvården ska säkerställa att upprättade rutiner och program för screening och uppföljande samtal finns inom första linjens mottagning. Personal inom Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ställa frågor om alkohol- och drogvanor. Båda myndigheterna har ett ansvar att se individen i sitt sammanhang och att anlägga ett helhetsperspektiv för att bedöma den enskilde och vårdens inriktning och stöd.

För att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion ska nya patienter/klienter erbjudas

- screening av alkohol- och drogkonsumtion med hjälp av självskattningsinstrumenten AUDIT respektive DUDIT

Alla nybesök som uppfyller kriterier för (inom kroppssjukvården, olycksfall, hjärtarytmi, högt blodtryck, bukspottskörtelinflammation, mag- och tarmbesvär, leversjukdomar och olika cancerformer), smärta, sömnproblem, ångest och depression ska erbjudas screening.

AUDITIdentifiering med stöd av AUDIT²

Vägledning med stöd av AUDIT poäng

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

En tidig screening som visar på bruk av alkohol och värden kring 15 för män och 13 för kvinnor för AUDIT ska följas upp vid nästa besök inom socialtjänst eller Hälso- och sjukvården. Vid höga värden för AUDIT 20-40 (för kvinnor 18-40) ska patientens/klientens livssituation avgöra fortsatta insatser då det finns hög sannolikhet att patienten har ett alkoholberoende. Vid höga värden, särskilt på frågorna 4-6 (beroendefrågorna) och/eller 7-10 (skadefrågorna) bör det alltid ske en fördjupad utredning avseende alkoholproblematiken.

DUDIT

DUDIT¹⁰ är ett självskattningsinstrument som bygger på att identifiera narkotikaproblem eller icke ordinerad konsumtion av smärtstillande eller sömnmedel/lugnande medel eller en i icke överensstämmelse med förskrivning av dessa medel.

Formuläret omfattar 11 frågor; frågorna 1-9 har svarsalternativ som är poängsatta från vänster till höger 0,1,2,3,4 och frågorna 10-11 0,2,4.

Ingen droganvändning: 0 poäng

Drogrelaterade problem: ≥ 2 poäng för kvinnor (16 år-25 år, 3 poäng), ≥ 6 poäng för män (16 år-25 år, 7 poäng).

Drogberoende: 25 poäng för både män och kvinnor.

- Socialstyrelsen betonar att all icke-ordinerad narkotika-konsumtion är illegal vilket innebär att har patienten/klienten 1 poäng bör detta utredas vidare.
- För en bedömning av narkotikaproblemen rekommenderas DUDIT-E.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska använda AUDIT och DUDIT för tidig upptäckt.

Erbjuda rådgivande samtal enligt MI till vuxna med riskbruk av alkohol och droger.

Om samtycke från patienten finns att kontakta socialtjänstens missbruks- och beroendeenhet ska detta göras enligt de lokala samverkans avtal som finns upprättade i alla kommuner. Avböjer patienten ska hälso- och sjukvården erbjuda psykosociala insatser och fortsätta motivationsarbetet. För att öka tillgängligheten för klienten/patienten ska rutiner finnas för fortsatt kontakt och uppföljning. Den fortsatta handläggningen av klienten/patienten kräver båda huvudmännens delaktighet. Interna rutiner ska finnas inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården för fortsatt handläggning.

I de fall där en patient avböjer kontakt med socialtjänsten ska en bedömning göras av nedanstående kriterier för sekretessbrytande regler:

- *Sekretessbrytande bestämmelse finns i Offentlighets och sekretesslagen, (2009:400, OSL, 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § OSL). 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 om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne*
 1. *inte har fyllt arton år,*
 2. *fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller*
 3. *vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.*

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Lag (2013:406).

- *Övriga verksamheter som ansvarar för tidig upptäckt är studenthälsovården och företagshälsovården (se arbetsmiljöverkets föreskrifter). Arbetsmiljöverket jämställer skolan som en arbetsplats. Det lokala arbetet som drivs av folkhälsosamordnarna i kommunerna och som har delat kommunalt och Hälso- och sjukvårdsansvar, ska genom samtliga aktörer såsom BRÅ, frivilliga organisationer m fl. arbeta för att sprida kunskap och information kring tidig upptäckt.*

Utredning och diagnos

Klienter/patienter som genom screening (AUDIT och DUDIT) konstaterats ha ett missbruk/beroende ska erbjudas fortsatt kontakt och kartläggas utifrån riskbrukets karaktär och livssituation i övrigt. Klienter som aktualiseras inom socialtjänsten och som testat högt på AUDIT och/eller DUDIT ska anmälas till missbruks- och beroendeenhet inom den egna kommunen. För patienter inom hälso- och sjukvården ska en fortsatt kontakt direkt erbjudas patienten för vidare utredning av missbruket/beroendet.

Definition av skadligt bruk/missbruk och beroende

Diagnoskriterier

Skadligt bruk enligt ICD-10

Minst ett av följande kriterier ska uppfyllas under en och samma 12-månadersperiod.

- Upprepat substansbruk - som leder till misslyckanden i att fullgöra sina skyldigheter socialt
- i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada
- som ger problem med rättvisan
- trots medvetenhet om konsekvenser socialt, samhälleligt eller kroppsligt
- som inte uppfyller kriterierna för beroende!

Uppfylls beroendekriterierna kan det inte anses som skadligt bruk

Substansberoende enligt ICD-10

(Upprepade symtom i minst tre av följande kriterier)

- Tolerans
- Abstinens
- Kontrollförlust
- Varaktig önskan/misslyckade försök att minska/kontrollera intaget
- Betydande del av livet ägnas åt att skaffa alkohol, dricka alkohol och återhämta sig från alkoholintaget
- Viktiga aktiviteter (socialt, yrkesmässigt och på fritid) överges eller minskas på grund av användningen
- Fortsatt användning av alkohol eller droger, trots vetskapen om att detta orsakar eller förvärrar kroppsliga eller psykiska besvär

Diagnoser enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Skadligt bruk (ICD-10) motsvaras av missbruk i DSM-IV.

Beroende (ICD-10) motsvaras av beroendediagnosen i DSM-IV.

I DSM-5 ersätts missbruk/beroende av lindrigt (2-3 kriterier), medelsvårt (4-5 kriterier) och svårt (>5 kriterier) substanssyndrom (t.ex. alkohol syndrom, amfetaminsyndrom).

Utredning

Vid utredning av en patient/klient som bedöms vara beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning ska uppgifterna vara tillförlitliga, riktiga och trovärdiga. Två huvudkrav ställs på biologiska och psykologiska test för att upptäcka och bedöma svårighetsgraden på problemet, nämligen att de har en dokumenterad reliabilitet (tillförlitlighet) och validitet (användbarhet). Särskild uppmärksamhet bör ges validiteten då flera test som rekommenderas i de nationella riktlinjerna som gäller psykologiska test kräver utbildning av handläggare men också fortlöpande uppdateringar av testgenomförandet för att testen ska ha relevans vid problembedömningen.

Personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska dokumentera alla bedömningar och insatser. Insatserna ska även utvärderas och följas upp.

När alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsproblem har identifierats ska utredning inledas för att ställa rätt diagnos.

Diagnosinstrument

- SCID I bör användas inom specialiserad psykiatri och beroendevård. Ger viktig information om eventuell samsjuklighet.
- Alternativt bör hälso- och sjukvården använda MINI som är en kortfattad diagnostisk intervju för klinisk bedömning enligt DSM-IV kriterierna. Ger också information om samsjuklighet.
- ADDIS och ADDIS-Ung, används för vuxna samt unga vuxna patienter/klienter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och kriminalvård, behandlingshem, försäkringskassa med flera. Instrumentet används också för tidig upptäckt av alkohol- och drogproblem samt i rehabilitering av personer som är långtidssjukskrivna på grund av smärttillstånd. ADDIS instrumentet är ett strukturerat intervjuformulär som består av 75 grundfrågor som ställs till patienten/klienten. Huvuddelen av frågorna rör personens bruk, erfarenheter samt upplevda konsekvenser av alkohol, läkemedel och droger. Svartalternativen är ja eller nej. Då en fråga besvarats med ja, följer i relevanta fall frågor om senaste år och senaste månad samt debutålder. Med instrumentet följer två diagnoschecklistor för bedömning av beroende och skadligt bruk (ICD-10) respektive beroende och missbruk (DSM-IV).

Bedömning gällande suicidrisk ska göras i samtliga fall. Utredning med stöd av dessa instrument kan ge viktig information om patientens psykiatriska tillstånd som kan ha relevans vid tillsättandet av åtgärder. Vid den första kontakten där patientens missbruk och beroende ska utredas ska personal inom hälso- och sjukvården ha ett professionellt bemötande och kompetens om beroendefrågor. Omfattningen och noggrannheten vid utredningen i nya ärenden kan vara avgörande för hur vården planeras och för att inte förbise faktorer som kan vara ett hinder i den fortsatta behandlingen/vården.

Bedömning av hjälpbehov

För att utreda och identifiera vilka behov av insatser och rehabilitering som patienten/klienten har, måste hänsyn tas till dennes livssituation och individuella behov.

Nedanstående instrument ska användas:

- ASI, Bedömning av problemtyngd och hjälpbehov av missbruk och beroendeproblem, samt uppföljning av insatser. Ska användas av socialtjänsten både vid grundintervju och vid uppföljning
- ADAD är en standardiserad intervju som ger underlag för en bedömning av behov, problemtyngd, samt uppföljning av insatser för ungdomar med alkohol och/eller drogproblem
- DUDIT-E, självskattningsinstrument för att upptäcka narkotikaproblemets svårighetsgrad

Medicinska test för påvisande av intag av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning.

De biologiska markörerna ska ge svar på identifiering, problembedömning och uppföljning.

För att identifiera ett pågående eller avslutat alkoholintag kan man mäta blod, urin eller utandningsluft.

För test av utandningsluft rekommenderas hälso- och sjukvården och socialtjänsten att använda instrument IR-detektor eller bränslecellsteknik för att upptäcka pågående intag av alkohol.

Nyligt intag

- För mätning av alkoholkonsumtion för att spåra nyligt intag ska hälso- och sjukvården mäta EtG och EtS i blod och urin.

Långvarigt högt intag

- För långvarigt högt alkoholintag rekommenderas alternativa blodtester såsom PEth och CDT. Enligt socialstyrelsen har GT något sämre sensitivitet än CDT och PEth. För att identifiera långvarig alkoholkonsumtion ska även ASAT, ALAT tas, men där viss försiktighet råder gällande andra faktorer som kan påverka testresultatet. Testet visar leverpåverkan och kan vara viktig vid antabus och/eller annan läkemedelsbehandling.

För att påvisa ett pågående intag av alkohol kan socialtjänsten testa utandningsluft med IR- detektor eller bränslecellsteknik.

- För att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika eller läkemedel ska urinprov tas.
- Patientnära tester(snabbtest) kan användas och ger omedelbara provsvar men tolkningen av dessa är i hög grad beroende på avläsarens kunskap.

I utredningssyfte eller när missbruket kräver en juridiskt hållbar testning ska provet skickas till ackrediterade laboratorier för analys. Det kan förekomma falska positiva svar, det är därför viktigt att be om verifiering av provsvaret.

Drogtester som utförs på begäran av socialtjänstens beroendeenheter kan vara av signifikant betydelse i handläggningen av även andra typer av ärenden. Vid misstanke om missbruk/beroende kan drogtester undanröja och bekräfta misstankar vilket kan vara av betydelse i juridiska sammanhang såsom, familjerättsliga ärenden(vårdnad, boende och umgänge), vårdnadstvister, vid ansökningar om LVU och LVM men även prövning av vapenlicenser och körkortsärenden samt anställningar.

Medicinsk utredning och bedömning

Hälso- och sjukvården utreder och diagnosticerar vad gäller missbruk- och beroendeproblem konsumtionens omfattning, fysiska skadeverkningar, användandet av narkotiska preparat och eventuellt blandmissbruk (även dopning) och läkemedelsmissbruk.

Hälso- och sjukvården ska bistå socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamheter i utredning med komplettering av biologiska markörer och diagnosticering.

Resultat av utredning av hjälpbehovet samt resultat av medicinska tester ska återkopplas till patienten/klienten. Återkopplingen bjuder in patienten/klienten i behandlingen och gör grunderna för beslut tydliga och mer öppna. De svarar inte bara mot kravet att informera klienten/patienterna utan är också motivationsskapande och kan i vissa sammanhang ses som ett första steg i missbruks- eller beroende-behandlingen. Återkoppling av testresultaten ska göras av utbildad personal till patienten/klienten som också ska vara delaktig i planeringen av vård, behandling och stödinsatser.

Samverkansavtal ska upprättas för att säkerställa att varje myndighet har etablerade kontakter vart man ska vända sig för tillgodose kravet på professionell utredning av både medicinsk och psykosocial karaktär.

Hälso- och sjukvård ansvarar för biologiska markörer och diagnosticering.
Socialtjänst ansvarar för psykosocial utredning.

Psykosocial utredning och bedömning

Socialtjänsten ska vid utredning av hjälpbehov vid missbruk- och beroendeproblem använda bedömningsinstrumentet ASI (Addiction Severity Index) för vuxna > 18 år. För ungdomar < 18 år se särskilda målgrupper.

ASI är en standardiserad och strukturerad intervju som främst är avsedd för användning i missbruks- och beroendevården och drogrelaterad behandlingsforskning. Instrumentet innehåller frågor på sju livsområden: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkoholanvändning, narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Dessutom finns ett antal bakgrundsfrågor. Frågorna inom respektive livsområde gäller tidigare i livet och den senaste 30-dagarsperioden. Ett mindre antal frågor går sex månader respektive tre år tillbaka i tiden. Totalt omfattar instrumentet 180 frågor enligt manualen. De flesta frågor har bundna svarsalternativ som kan kompletteras med öppna svar. Den intervjuade skattar inom respektive livsområde graden av oro och besvär samt hjälpbehov utmed en skala från 0 till 4, där 0 innebär inget problem/inget behov av hjälp och 4 innebär mycket stort problem/mycket stort behov av hjälp. För varje livsområde skattar även intervjuaren enligt en skala från 0 till 9, där 0 innebär inget problem och 9 mycket stort problem.

Intervjun kan användas såväl i utredningsskedet som vid planering och utveckling av vård- och behandlingsinsatser. Med uppföljningsintervjun är det också möjligt att göra jämförelser före och efter insats. En utvecklad datorversion gör det möjligt att aggregera data på gruppnivå för att få information om klientgrupper. Instrumentet riktar sig till vuxna över 18 år med missbruks och missbruksrelaterade problem. Den finns i två versioner ASI Grund och ASI uppföljning.

Socialtjänsten ska använda bedömningsinstrumentet ASI i den psykosociala utredningen av hjälpbehov vid missbruk och beroendeproblem. Personalen ska ha genomgått utbildning i instrumentet.

Dopning

Personer som missbrukar anabola androgena steroider (AAS) drabbas i mycket stor utsträckning av medicinska komplikationer som de söker sjukvården för. Eftersom patienterna/klienterna inte alltid berättar om sitt missbruk kan det vara svårt att identifiera den bakomliggande orsaken till besvären. Dopning av AAS är framför allt förknippat inom idrotten för ökad prestationsförmåga men inte sällan används AAS för att också stärka självkänslan och förekommer även i kriminella sammanhang.

Med **dopning** menas missbruk av hormonpreparat och andra läkemedel som finns med i "Lagen om förbud mot vissa dopningsmedel" (1991:1 969), med avsikt att öka musklernas styrka och volym.

När bör man misstänka AAS-missbruk?

- Extrem muskulär fysionomi
- Massiv viktuppgång under kort tid
- Bröstkörtelförstoring

- Nyttillkommen svår akne
- Krympande testiklar
- Nedsatt sexfunktion-infertilitet
- Prematurt håravfall
- Sen-muskelbristningar
- Nyttillkomna psykiska besvär med aggression, depression, oro-panikångest

Specifika tecken hos kvinnor vid AAS-missbruk

- Menstruationsrubbnings
- Basröst
- Klitorisförstoring
- Ökad skäggväxt och kroppsbehåring

Ytterligare information kan inhämtas i det "Nationella vårdprogrammet: missbruk av anabola androgena steroider (AAS) och andra hormonläkemedel".

http://www.dopingjouren.se/Global/PDF/Missbruk%20av%20AAS_sept2012.pdf¹¹

Ansvar

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Vidare ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skada. (2 c § HSL).

Enligt socialtjänstlagen ska socialtjänsten arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 kap, 7 § SoL). Socialtjänsten ska aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel, samt dopningsmedel. (5 kap. 1 § SoL).

I den nationella ANDT-strategin⁴ lyfts det långsiktiga målet att antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak successivt ska minska. Strategin lyfter bland annat att samordnande insatser som syftar till tidig upptäckt bör förstärkas på lokal nivå och att metoder bör utvecklas för att öka kunskapen och stärka samordningen för att motverka dopningsmissbruket i samhället.

Kommunernas socialtjänst ger frivilligt stöd och insatser enligt socialtjänstlagen (SoL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Socialtjänstlagen ger inte kommunerna någon rätt att använda tvång. Tvång i samband med missbruk regleras i Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt i Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Ett regionalt utvecklingsarbete pågår i länet med bland annat polismyndigheten, lokala gym med flera.

Hälso- och sjukvården ansvarar för information kring skadeverkningar, rådgivande samtal enligt MI och behandling av fysiologiska skador.

Läkemedelsberoende

Hälso- och sjukvården ansvarar för att få en minskad och säkrare förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. Vid varje förnyelse av recept ska läkare med patientens samtycke inhämta Läkemedelsförteckning från Apoteket eller via Mina vårdkontakter alt. 1177 Vårdguidens e-tjänster (<http://www.1177.se>).

Läkarens ställningstagande;

- Är det en engångsordination eller del i en längre plan. Behövs ny läkarbedömning för ytterligare recept eller kan det förlängas.
- Finns indikationer på beroende eller missbruk?
- Har ut trappnings försök gjorts eller finns plan för sådan?
- När bör nästa läkemedelsförteckning inhämtas?

Långvarigt bruk av ångestdämpande, sömngivande och muskelavslappnande läkemedel kan leda till beroende. Bensodiazepiner kan vid beroendeutveckling ha stora negativa konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan och det sociala livet.

- Vid långvarigt bruk ska klienten/patienten få hjälp med nedtrappning och Medical management.

Risk för allvarliga abstinenskomplikationer bland annat delirium tremens och epileptiska anfall finns vid längre tids höga dosanvändning.

- Sluten vård kan behövas.
- Där sedvanlig utsättning inte är möjlig kan behandlingen kompletteras med KBT.

Beroende av **opioidanalgetika** har ofta sitt ursprung i långvarig smärtlindring som en följdfeffekt av åtgärder inom hälso- och sjukvården eller att läkemedlet har införskaffats illegalt. Det förekommer också bland tyngre blandmissbrukare. Behandlingen av patienter som har primärt beroende av opioidanalgetika har oftast högre grad av social stabilitet, samt lägre grad av annan droganvändning och intravenöst bruk vilket ger bättre förutsättningar att rehabiliteras. Patienter med opioidanalgetikaberoende som ej uppnår drogfrihet med hjälp av nedtrappning bör erbjudas läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende om patienten uppfyller förutsättningarna för behandlingen, se avsnittet om läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende.

Frågor ska också ställas gällande alkoholkonsumtion och droganvändning AUDIT och DUDIT screening.

LÄKEMEDELSBEROENDE

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ansvarar för att ställa frågor kring läkemedelsanvändning. Hälso- och sjukvården ansvarar för nedtrappning vid läkemedelsberoende. Nedtrappning ska i första hand ske på sedvanligt sätt. Om detta inte har lett till opioidfrihet så ska nedtrappning av opioidanalgetika ske med buprenorfin eller i kombination med naloxon.

Alkohol

Alkoholabstinens

Enligt NR definieras avgiftning att substansen eller drogen elimineras ur kroppen. Med abstinensbehandling avses lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktionerna som uppträder i anslutning till att intaget av drogen upphör. Det finns enligt nationella riktlinjerna ett visst vetenskapligt stöd för att vårdstrukturen har betydelse för abstinensbehandlingen. Abstinensbehandling ska kunna erbjudas i både öppen vård och sluten vård.

Läkemedelsbehandling

Abstinensstillstånden är alkoholabstinens, alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens samt svår alkoholabstinens(delirium tremens).

- Vid alkoholabstinens ska hälso- och sjukvården behandla med bensodiazepiner
- För personer med alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens ska hälso- och sjukvården behandla med bensodiazepiner
- För personer med delirium tremens ska hälso- och sjukvården behandla med bensodiazepiner eller klometiazol (enbart i sluten vård).

Alkoholberoende

Hälso- och sjukvården gör den medicinska bedömningen för att ta ställning till läkemedelsbehandling. Hälso- och sjukvården bör utse en Medical manager.

Med Medical management avses sedvanligt medicinskt omhändertagande, det vill säga när läkaren eller annan medicinsk personal följer upp sin patient till exempel när det gäller följsamhet till behandling (i vilken mån patienten har tagit läkemedlet) och eventuella biverkningar. Kan inkludera provtagning, medicinsk undersökning, administrativa insatser samt återkoppling och diskussioner om hur det går för patienten.

Finns behov av stödinsatser från socialtjänsten får den medicinskt ansvarige kalla till samordnad individuell vårdplanering (SIP).

Läkemedelsbehandling

Rekommenderade läkemedel vid alkoholberoende är:

- Disulfiram (Antabus), Akamprosat(Campral) eller Naltrexon. Preparatet nalmefen kan jämföras med naltrexon och har god effekt men har inte utvärderats tillräckligt och har därför lägre prioritering.

Hälso- och sjukvården ansvarar för läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens och vid alkoholberoende.

Psykologisk och psykosocial behandling

Enligt Socialdepartementets prop.2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet i missbruks och beroendevården*³, är regeringens bedömning att psykosocial behandling ska erbjudas av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. För att den medicinska vården ska bli effektiv behöver den ofta kombineras med psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser.

Rekommenderad psykologisk och psykosocial behandling till antabusbehandling är 12-stepsprogrammet som bygger på Minnesota-modellen (MM). Där individen arbetar med att få insikt i sitt beroende, om möjligheterna till förändring genom att ta emot stöd, att ta beslut om att ta emot hjälp att inventera egna hinder och bearbeta dessa med gruppens hjälp samt bearbetande av skam – och skuldproblematik. Deltagande i MM har effekt för att kvarstanna i behandling. Alternativ till MM med bra effekter bedöms också återfallsprevention (RP), kognitiv beteendeterapi (KBT) och motivationshöjande behandling, (MET).

Psykologiska och psykosociala behandlingar som ska erbjudas

- MET
- KBT eller återfallsprevention, Community reinforcement approach (CRA), 12-stepsbehandling
- Kan erbjudas: Psykodynamisk terapi

För ett effektivt användande av myndigheternas resurser ska lokala samverkansrutiner upprättas för individen ska få lättillgänglig vård och samordnade insatser, medicinska och psykosociala.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska ansvara för psykologisk och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol.

Narkotika

Opioider

Opioidabstinens

Läkemedelsbehandling

Opioidabstinens är ett allvarligt tillstånd som ofta kräver den specialiserade beroendevårdens heldygnsvård. I behandlingen ingår behandling med metadon och buprenorfin.

- Hälso- och sjukvården ska använda buprenorfin och i andra hand rekommenderas metadon. Patienten kan ha särskilda skäl för det senare.

Rekommendation är baserad på att patienterna kvarstannar i abstinensbehandlingen.

Opioidberoende

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Syftet med den läkemedelsassisterade behandlingen vid opioidberoende är att förebygga återfall och förbättra funktion och minska komplikationer och dödlighet. Från och med 15 februari 2016 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1)¹² om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende i kraft och därmed upphävdes Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2009:27. De nya föreskrifterna avser opioidberoende, vilket inkluderar beroende av naturliga opioider, t.ex. heroin, morfin och opium och semi-syntetiska och syntetiska opioider som t.ex. metadon, buprenorfin, fentanyl, tramadol och dextropropoxifen. Detta innebär att de nya föreskrifterna även innefattar beroende av opioideanalgetika vilket avser iatrogen beroende (orsakat av åtgärder inom hälso- och sjukvården, t.ex. långtidsbehandling med opioider vid smärta) och illegal användning av opioideanalgetika (illegalt införskaffande). Narkotikapreparat vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska vara godkänt för behandling vid opioidberoende och ges samtidigt med psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Utgångspunkt för insatser ska vara patientens behov och hänsyn till dennes integritet och självbestämmande. Vid behov kan vårdenheten erbjuda den psykologiska, psykosociala eller psykosociala stödinsatsen genom överenskommelse med annan vårdgivare eller kommuns försorg.

Insatser ska förebygga avbrott i behandlingen, påverka motivation, förbättra det psykiska måendet och förhindra annat missbruk. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende får endast ges till vuxna > 20 år. Undantag kan göras om särskilda skäl finns för ungdomar < 20 år. För att ordinerar läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska den ordinerande läkaren med specialistkompetens i psykiatri eller beroendemedicin ha bedömt att patienten har ett minst 1-årigt opioidberoende. Innan ordination av den läkemedelsassisterade behandlingen sker ska läkaren göra en bedömning av beroendets allvarlighetsgrad, beroende av andra preparat eller alkohol och om detta tillsammans med ordinerat preparat kan innebära en påtaglig medicinsk risk för patienten, sociala situation och hälsotillstånd. Behandlingen kan ges vid tvångsvård. Vid frihetsberövande ska läkaren bedöma om vården kan fortsätta utifrån ett patientsäkerhets perspektiv.

I de riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende som antogs av avd. 65 den 2011-03-26, ska beslut om vård föregås av en omfattande utredning av social, psykologisk och medicinska karaktär göras. Socialtjänsten ansvarar för att utreda bostads och försörjningssituation, ekonomi, nätverk, relationer och en ASI-utredning samt vid eventuell kriminell belastning ska också frivården medverka.

Vårdplan och vid behov en samordnad individuell plan (SIP) upprättas i samråd med patient och socialtjänst. Läkaren ansvarar för att vårdplan upprättas.

Därefter ska en behandlingsåtgärdsplan upprättas från landstingets beroendeenhet och psykiatri gällande deras insatser och där socialtjänstens insatser (boende, ekonomi, arbete och sysselsättning) ska finnas med. Det ska också anges hur behandlingen ska följas upp.

- Hälso- och sjukvården ska vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ordinera läkemedel som är en kombination av buprenorfin-naloxon alternativt metadon.
- Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon till personer med opioidanalgetikaberoende, där nedtrappning inte lett till opioidfrihet.

Psykologisk och psykosocial behandling

Vid läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende ska psykologisk och psykosocial behandling ges som

- KBT eller återfallsprevention.
- alternativt Community Reinforcement Approach (CRA).

Syftet med den psykosociala behandlingen är då att lindra eller förbättra psykiska problem samt att öka följsamhet till behandling, påverka motivationen och minska avbrott och annat missbruk.

Hälso- och sjukvården bör behandla personer med

- opioidabstinens med buprenorfin
- opioidabstinens med metadon
- opioidberoende med buprenorfin-naloxon
- opioidberoende med metadon
- opioidanalgetikaberoende med buprenorfin-naloxon

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda personer med opioidberoende i läkemedelsassisterad behandling

- KBT eller återfallsprevention
- CRA

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan erbjuda personer med opioidberoende i läkemedelsassisterad behandling

- förstärkningsmetod (contingency management) eller psykodynamisk terapi.

Cannabis

Risker förknippade med cannabisanvändning är främst relaterade till social och psykologisk funktion. Långvarig eller regelbunden användning av cannabis kan också medföra risker både för den fysiska och psykiska hälsan. Risker med cannabisanvändning inkluderar panik, dysfori och psykossymptom som hallucinationer och förföljelse idéer. Nedsättning av kognitiva funktioner som kan visa sig i form av bland annat försämrat korttidsminne, splittring av tankeverksamhet, störd tidsuppfattning och bristande förmåga att behålla uppmärksamheten samt psykomotoriska funktioner.

Psykologisk och psykosocial behandling

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda

- KBT (med inriktning mot missbruk och beroende) eller återfallsprevention med tillägg av MI eller MET
- HAP programmet

1. **Den medicinska fasen**, beskrivs som den fas då brukaren genomgår abstinens av drogen och behandlingen påbörjas med information kring symtom fysiska och psykiska vid nedtrappningen. Hälso- och sjukvården ska vara delaktiga i form av "Medical management" vid den första fasen då abstinenssymtomen är allvarliga och det finns riks för avbrott i påbörjad behandling.

2. **Den psykologiska fasen**. Den andra fasen pågår under den period cannabis lugnande effekt inte längre håller ångesten på en låg nivå och då känslorna växer fram likt en stor våg för att därefter avta och lägga sig på en för personen adekvat nivå.

3. **Den sociala fasen**. Den tredje fasen pågår från det att känslorna börjar stabiliseras och de kognitiva förmågorna återhämtat sig.

Internetdroger (Nätdroger)

Det förekommer användning av droger som inhandlas via Internet. En del av dessa har inte hunnit bli narkotikaklassade men kan ge samma effekt och påverkan som narkotikaklassade medel och en del innehåller både och. Tillverkarna förändrar den kemiska sammansättningen av drogerna allt eftersom dessa blir narkotikaklassade. Vanliga nätdroger är Spice, syntetiska cannabinoider, designerdroger och nya psykoaktiva droger som ej ännu är klassade som narkotika. Vid utredning av drog-användning ska internetdroger inkluderas. Karolinska universitetslaboratoriet, missbrukslaboratoriet, har utvecklat både en screening- och en verifieringsmetod för metaboliter till SPICE-substanser. Det sker en ständig förändring och introduktion av tidigare okända substanser så aktuell information kan erhållas via t.ex.

<http://www.karolinska.se/for-vardgivare/kliniker-och-enheter-a-o/kliniker-och-enheter-a-o/karolinska-universitetslaboratoriet/klinisk-farmakologi/missbrukslaboratoriet/>

Centralstimulantia

Med centralstimulantia menas preparat som stimulerar det centrala nervsystemet. Det gäller till exempel amfetamin, amfetaminderivat, metamfetamin och metylfenidat. Till denna grupp hör även kokain samt den kristalliniska form av kokain som kallas crack.

Amfetamin är efter cannabis den mest brukade illegala narkotika substansen i Sverige och dominerar bland personer med intravenöst narkotikabruk. Intravenöst bruk leder bland annat till risk för hepatit och andra infektioner.

Sambandet mellan amfetaminberoende och kriminell livsföring är starkt. Den omedelbara fysiska effekterna av amfetamin är påverkan av hjärta, kärl och lungor.

Vid höga doser finns risk för inre blödningar. Användare har också förhöjd risk för att utsättas för våld och olyckor.

Läkemedelsbehandling

- Hälso- och sjukvården kan behandla amfetaminberoende med naltrexon (syftet med läkemedelsbehandling är att personen kvarstannar i behandling) och i undantagsfall behandla personer med kokain missbruk med antidepressiva läkemedel för kokainberoende.

Psykologisk och psykosocial behandling

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat:

- 12- stegsbehandling eller CRA
- KBT eller återfallsprevention
- rådgivande samtal enligt MI
- Bör erbjuda MATRIX-programmet

Hälso- och sjukvården ska behandla amfetaminberoende med naltrexon och endast i undantagsfall med antidepressiva läkemedel vid kokain missbruk/ eller beroende.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda patienter/klienter med missbruk och eller beroende av centralstimulantia psykologisk och psykosocial behandling i form av 12-stegsbehandling eller CRA, KBT eller återfallsprevention och rådgivande samtal enligt MI eller bör erbjuda MATRIX-programmet.

Tvångsvård

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

I lagens 4 § står vilka förutsättningar som krävs för att ett tvångsomhändertagande enligt denna lag kan ske;

1. Om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk
2. Vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt och
3. Om han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c) kan komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående

LVM anmälan till socialnämnden.

Inga hinder finns för personal inom hälso- och sjukvården att anmäla in till socialnämnden att en patient har ett allvarligt missbruk.

Socialnämnden tar ställning till om anmälan ska utredas jämlikt Socialtjänstlagen alternativt öppna utredning jämlikt LVM.

LVM-utredning

I den LVM utredning som socialtjänsten sammanställer ska utredningen visa på ett långvarigt beroende av alkohol eller droger, vilka insatser som vidtagits och varför vård inte kan beredas på annat sätt. Ett läkarintyg ska bifogas utredningen (§ 9 LVM) om det inte bedöms obehövt. Med uppenbart obehövt avses t.ex. det förhållandet att det redan finns ett aktuellt läkarintyg i ärendet. Socialtjänsten bör skicka en kort bakgrund till utredningen till anvisad läkare

Läkarundersökning och läkarintyg § 9 LVM.

Blankett för läkarintyg enligt LVM § 9 finns att hämta på <http://doktorerna.com/blanketter-intyg-lakarutlatande/>

Läkarintyget ska bekräfta missbrukets medicinska konsekvenser för brukaren och på vilket sätt hans fortsatta missbruk är livshotande. Läkarintyget ska inte innehålla en bedömning av om det finns förutsättningar för vård enligt LVM.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29)¹³ reglerar Hälso- och sjukvårdens ansvar om utförande av intyg inom hälso- och sjukvården. Enligt 2 § ska verksamhetschefen fastställa ändamålsenliga rutiner och entydigt fördela ansvaret för de intyg som utfärdas inom verksamhetsområdet. Rutinerna och ansvarsfördelningen ska dokumenteras. Dessa föreskrifter skall iakttas när intyg utfärdas enligt 9 § LVM.

Det bör enligt Socialstyrelsen, vara specialistkompetent läkare i företrädesvis psykiatri eller allmänmedicin som utses till att skriva intyg.

Läkarintyget utgör inte bara en del av underlaget för nämndens ansökan och förvaltningsrättens ställningstagande om vårdbeslut, utan är också ett viktigt underlag för bedömning av medicinska och psykiatriska vårdinsatser då vården påbörjas. Den läkare som vid LVM-hemmet skall ta ställning till medicinska och psykiatriska behandlingsinsatser har ofta inte tillgång till andra medicinska dokument än nämnda läkarintyg. Därför bör intyget innehålla en så komplett medicinsk och psykiatrisk sjukdomshistoria som möjligt¹⁴. Enligt tidigare överenskommelser som har ingåtts mellan Landstinget Dalarna och Dalarnas 15 kommuner ska lokala avtal reglera samarbetet gällande det gemensamma ansvarstagandet i beroendevården.

Vård vid sjukhus av LVM-omhändertagen person och transport till LVM-hem. Statens institutionsstyrelses (SIS), instruktion till undersökande läkare samt checklista för akutläkarens handläggning av patient som omhändertagits för vård enligt LVM; **se Bilaga 2.**

Statens institutionsstyrelses (SIS), instruktion till socialtjänsten angående läkarbedömning av LVM omhändertagen person samt checklista för socialtjänstens handläggning av klient som omhändertagits för vård enligt LVM; **se Bilaga 3.**

Om syftet med tvångsvård kan tillgodoses genom en mindre ingripande åtgärd, ska man välja den åtgärden. Inget hinder finns för att vården kan inledas med LPT. Hälso- och sjukvården måste därför abstinensbehandla patienten oavsett om patienten ska tvångsvårdas enligt LVM eller samtycker till en frivillig placering enligt SoL.

SiS- institutioner och HVB- hem har inte läkare på plats för att bedöma om ett tillstånd kan betraktas som allvarligt alternativt livshotande. De kan heller inte ge vård om personen är aggressiv och utåtagerande. Vad gäller LVM behandling vid opiatberoende måste patienterna vid placeringen vara helt abstinensbehandlade.

Hälso- och sjukvården: Specialistkompetent läkare i psykiatri eller allmän medicin ansvarar för LVM intyg. Socialtjänsten ansöker om tvångsvård enligt LVM hos förvaltningsrätten.

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

§ 3 Vård skall också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

§ 4 Beslut om vård med stöd av denna lag meddelas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden.

Omedelbart omhändertagande

§ 6 Socialnämnden får besluta att den som är under 20 år omedelbart skall omhändertas, om

1. det är sannolikt att den unge behöver beredas vård med stöd av denna lag, och
2. rättsens beslut om vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för den unges hälsa eller utveckling eller till att den fortsatta utredningen allvarligt kan försvåras eller vidare åtgärder hindras.

Socialtjänsten är den myndighet som genom beslut av socialnämnd ansöker hos förvaltningsrätten om tvångsvård av den enskilde enligt LVU. En proportionalitetsprincip har införts i LVU, d.v.s. om syftet med tvångsvård kan tillgodoses genom en mindre ingripande åtgärd, ska man välja den åtgärden. Inget hinder finns för att vården kan inledas med LPT.

Hälso- och sjukvården ansvarar för att specialistkompetent läkare i psykiatri eller allmän medicin ansvarar för läkarbedömning/intyg vid tvångsvård enligt LVM/LVU.

Hälso- och sjukvården ansvarar för bedömning av vård enligt LPT.

Socialtjänsten ansvarar för bedömning av vård enligt LVM och LVU.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

LPT vid vård inom missbruk och beroende.

Vård som ges med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, kan i vissa fall bli aktuell även när pat. vårdas enl. HSL eller LVM.

Vård enl. LPT kan endast genomföras med så kallad tvåläkar- bedömning, det vill säga en legitimerad läkare anställd inom offentlig sjukvård skriver vårdintyg och en

specialist i psykiatri tar intagningsbeslut om vårdintyget bedöms giltigt. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. ges bestämmelser om de läkarintyg som avses i 4 § och 11 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Kriterierna är desamma som gäller personer i övrigt det vill säga:

Personen skall

- lida av allvarlig psykisk störning,
- vara i behov av kvalificerad psykiatrisk dygnet runt-vård samt
- motsätta sig den enl. ovan erbjudna vården

Vården enl. LPT skall löpande omprövas och avskrivas så snart kriterierna ej uppfylls längre. Vården kan då ev. fortsätta enl. HSL, det vill säga på frivillig väg.

Vid behov kan patienten även under pågående vård enl. LVM bli aktuell för vård enl. LPT.

Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB)

Enligt 1 § LOB så har polisen rätt att omhänderta en person om denne ”är så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att han inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller för någon annan”... Om personens tillstånd kräver det ska personen undersökas av läkare så snart som möjligt. Polisen ska också fortlöpande se till den omhändertagne och tillkalla läkare eller föra personen till sjukhus när tillståndet bedöms ge anledning till det (6 §, LOB). När personen har överlämnats till hälso- och sjukvården häver polisen omhändertagandet och Hälso- och sjukvårdslagen gäller.

Psykologisk och psykosocial behandling som inkluderar personer i patientens/klientens sociala nätverk

- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör uppmärksamma, motivera och vid behov erbjuda personer med missbruks- beroendeproblem av alkohol och/eller narkotika relationsfokuserade insatser.

Psykosociala stödinsatser

Socialtjänsten ska enligt lag verka aktivt för att personer med missbruksproblem får den hjälp och vård de behöver för att uppnå frihet från missbruk (5 kap. 9 § SoL) och ...”främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning” (3 kap. 2 § SoL). Bostad är en grundläggande rättighet i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna¹⁵. En stor andel av personer med missbruks- och beroendeproblem har bl.a. samsjuklighet, relationsproblem med familj och sociala nätverket, avsaknad av arbete och bostad. Behov av insatser kan finnas inom flera områden och från flera huvudmän.

De planerade insatserna ska finnas med i vårdplaneringen och i den samordnade vårdplanen (SIP).

Arbete och sysselsättning

Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen som är en samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten inom var och ens ansvarsområde och Arbetsförmedling och Försäkringskassa, eller andra former av arbetsförberedande träningsmodeller.

Boende

Socialtjänsten bör erbjuda hemlösa personer med missbruk/beroende boendeinsatser i form av vårdkedja eller bostad först. Boendetrappa kan erbjudas i undantagsfall.

Boendestöd

Socialtjänsten ska erbjuda boendestöd till personer med missbruk och beroende för att bidra till ökad boendestabilitet, och för att klara vardagen i bostaden och i samhället.

Insats vid behov av case management (vård- och stödsamordning)

Socialtjänsten och hälso-sjukvården ska erbjuda personer med missbruk/beroende och behov av vård- och stödsamordning insatser enligt case management ex. strengths model. Möjlighet ska finnas till insatser av integrerade eller samverkande team.

Insatser för anhöriga

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska inom var och ens ansvarsområde erbjuda insatser för anhöriga. Insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna är Al- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram och coping skills training.

För att stödja personer i det sociala nätverket som vill motivera närstående till behandling bör socialtjänsten erbjuda CRAFT till anhöriga.

Särskilda målgrupper

Ungdomar med missbruk under 18 år

Socialtjänsten ska aktivt förebygga och motverka missbruk hos barn och ungdomar vad gäller alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, beroendeframkallande medel samt doping (5 kap. 1 §, SoL). Inom hälso- och sjukvården är primärvården med vårdcentral, ungdomsmottagningar och samtalsmottagningar för barn och ungdom första linjens vårdgivare. Skolhälsovården är en viktig samarbetspartner.

En ungdom under 18 år med missbruk och beroende av alkohol och droger ska mötas av en personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som har kunskap om barns och ungdomars utveckling, psykiatriska diagnoser, ungdomsvård och missbruks och beroende. För ungdomar under 18 år som blir aktualiserade inom socialtjänsten på grund av misstanke om alkohol och drogrelaterade problem är föräldrarnas delaktighet ett krav.

NRs rekommendationer riktar sig till barn och unga 12 år -18 år men kan även inkludera yngre och äldre personer då de vetenskapliga studierna som

rekommendationerna baseras på inkluderar ungdomar i ett åldersspann 10 år - 23 år och med en medelålder av cirka 16 år.

- Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska använda AUDIT och DUDIT vid screening av alkohol och drogvanor med komplettering av E-DUDIT.
- NR anger ej diagnosinstrument för barn och ungdomar med undantag för ADDIS-ung, se avsnittet för vuxna. Diagnostisering för missbruk/beroende sker vid BUP eller den vårdgivare inom hälso- och sjukvården som har mottagning för barn och ungdomar med riskbruk-missbruk beroende. Diagnosinstrumenten är för barn under 18 år MINI-kid eller K-SAD.
- Kan kompletteras med Becks ungdomsskalor för screening av psykiatrisk samsjuklighet samt beteenden som ökar missbruksrisken. Becks ungdomsskalor mäter depression, ångest, antisociala beteenden, kriminalitet samt självbild hos ungdomar 7-18 år och är normerad för svenska förhållanden. Utförs av psykolog eller läkare.
- Hjälpbehov. Socialtjänsten bör använda ADAD som innefattar nio olika områden: fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika. Utredaren och den unga gör efter intervjun en bedömning av svårighetsgrad och behandlingsbehov inom varje område. För varje område skattas klienten sina problem och behandlingsbehov samt utredarens skattning av den unges behandlingsbehov.
- Läkemedelsbehandling. Ingen läkemedelsbehandling rekommenderas för ungdomar < 18 år, men behovet måste vara individuellt anpassat.

Det finns flera identifierade riskfaktorer och skyddsfaktorer som har samband med missbruk och beroende senare i livet. Riskfaktorer är bland annat låg kognitiv funktion, missbruk/beroende hos förälder/föräldrarna, skolk, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och tidig debutålder vid alkohol/drogintag. Protektiva (skyddsfaktorer) är bland annat hög kognitiv funktion, god relation till föräldrar, drog/alkoholfria vänner, god socio-ekonomisk hemmiljö och god relation till skolan. Fler riskfaktorer och färre skyddsfaktorer förhöjer risken för missbruk/beroende. En ackumulering av riskfaktorer förhöjer risken för missbruk/beroende.

Insatser som ges ska vara anpassade efter individens behov och ska inkludera familjenätverket. En gemensam individuell plan (SIP) ska upprättas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården där insatserna ska ges samtidigt och i progression och i samverkan med föräldrar och skola.

Mycket av behandlingen för ungdomar i yngre tonåren handlar om att stärka kompetens och självkänsla för att utveckla motståndskraft.

Finns ungdomen redan aktuell inom BUP ska fortsatt behandling ske i samverkan med socialtjänsten.

Psykologisk och psykosocial behandling

Rekommendationerna avser psykologiska och psykosociala insatser vid alkohol- och narkotikaproblem.

- Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska använda kort intervention med stöd av MI eller MET (när material MET för unga är tillgänglig)
- Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska använda MET i kombination med KBT individuellt eller i grupp (Personal ska ha grundläggande psykoterapiutbildning och handledning eller vara legitimerad psykoterapeut)
- Eller socialtjänsten bör använda ACRA (CRA för unga) eller motsvarande insatser som riktar sig både till substansproblemen och boende, vardagen, fritid och sociala kontakter
- Eller socialtjänst och hälso- och sjukvård bör använda ACC (utveckling av ACRA med tillägg av case management) vid eftervård efter avslutad behandling i öppenvård eller placering till personer med substansproblem och annan psykiatrisk problematik
- Förutom den individuella behandlingen ska socialtjänst och hälso- och sjukvård erbjuda familjebehandling. De nationella riktlinjerna rekommenderar i första hand FFT (functional family treatment) eller MDFT (multidimensional therapy) vilka har god effekt på alkohol och cannabisanvändande
- I andra hand rekommenderas BSFT (brief strategic family treatment).

SAMMANFATTNING:

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten använder screening instrument: AUDIT, AUDIT-E, DUDIT och DUDIT-E.

Socialtjänsten utreder hjälpbehovet med stöd av ADAD.

Hälso- och sjukvården utreder med diagnosinstrumenten MINI, samt K-SADS eller MINI-kid (de sistnämnda för barn < 18 år). ADDIS-ung kan användas.

Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska ge insatser som är åldersadekvata och anpassade efter ungdomens behov.

Psykologisk och psykosocial behandling:

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ansvarar för att ge kort intervention med stöd av MI (ett eller två samtal) eller MET (när MET-unga tillgänglig).

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska använda MET i kombination med KBT individuellt eller i grupp

- eller socialtjänsten bör använda ACRA (CRA för ungdom) som innefattar insatser avseende substansproblem och boende, fritid, sociala kontakter
- eller socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör använda ACC (ACRA+Case management) till personer med samsjuklighet eller t.ex. antisocialt beteende, vid eftervård eller avslutad placering

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan använda HAP

Barn till föräldrar med missbruksproblem

I den regionala överenskommelsen som antogs av Velfärdsberedningen (2013-11-01), har Dalarnas 15 kommuner och Landstinget Dalarna träffat en överenskommelse för att stärka utsatta barn.

Den 1:a januari 2010 infördes en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som ger hälso- och sjukvårdens verksamheter och dess personal skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd:

Bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen(1982:763, 2 g §) och Patientsäkerhetslagen 2010:659, 6 kap. 5 § som rör barn som anhöriga:

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. Har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning,
2. Är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Missbruk och beroende hos föräldrar är en av flera riskfaktorer för framtida missbruk och beroende hos barnen¹⁶. I en svensk uppföljningsstudie av barn som har vuxit upp med föräldrar med missbruk och/eller psykisk sjukdom och som har varit sjukhusvårdade, var risken förhöjd för missbruk, psykisk ohälsa, behov av samhällsinsatser och högre dödlighet i vuxen ålder jämfört med övriga i befolkningen¹⁷.

Kartläggningen som SKL genomförde under 2012 för vuxna i missbruksvård¹⁸ visar hur medvetna vuxna är om att deras missbruk/beroende har konsekvenser för deras barn och vilken oro föräldrarna känner. Resultat från den nationella kartläggningen visar att 32% är oroliga för sina barn, 56% vill prata om sitt föräldraskap och 53% vill prata om barnens behov. I Dalarna var antalet föräldrar som var kartlagda 71 och antalet berörda barn 152.

För närvarande finns inga evidensbaserade metoder som rekommenderas.

Socialtjänsten och Hälso- och sjukvården uppmanas därför att stärka skyddsfaktorerna samt att insatser såsom familjeterapeutiska, familjepedagogiska samt andra insatser ska dokumenteras i genomförande planer med uppställda mål, uppföljning av insatsernas effekt och utvärdering.

Risikfaktorer:

- Bristande föräldraförmåga
 - utagerande beteende och dålig impuls kontroll (oftare våld)
 - brist på närvaro, nedstämdhet och tillbakadragenhet
 - brist på struktur, kontinuitet och planering = kaos
- Dysfunktionella familjemönster
- Barnen tvingas ta på sig föräldraansvar
- Oftare även psykiska problem
- Kontinuerlig stress
- Sämre lösningsstrategier

Skyddsfaktorer:

- Icke missbrukande förälder kompenserar för missbrukets konsekvenser
- Låg konfliktnivå i familjen
- Bibehållen daglig struktur med rutiner och vardagsrytm
- Barn exponeras inte för drickande
- Barn får adekvat information om det som pågår i familjen
- Relationen mellan barnet och föräldern utvecklas
- Barn får bygga upp förtroendefulla relationer med andra vuxna i barnens närhet

Barns rätt till information, råd och stöd ska beaktas av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska stärka skyddsfaktorerna genom att erbjuda adekvat stöd.

Rekommendation vid bruk av alkohol hos gravida samt småbarnsföräldrar med riskbruk av alkohol

Hälso- och sjukvården ska;

erbjuda rådgivande samtal enligt MI till gravida som brukar alkohol (prioritet 2) och till föräldrar eller andra vårdnadshavare med riskbruk av alkohol som har späd- eller småbarn (prioritet 3). Till stöd för sjukvårdspersonal används metoden "Att föra barn på tal".

Kvinnor med missbruk

Kvinnor med missbruk och beroendeproblematik ska ha samma rätt till insatser för att komma från sitt missbruk. För kvinnor ska frågor kring misshandel, psykiskt, fysiskt och sexuellt samt allvarliga relationsproblem ställas. Utredning kan behöva kompletteras med riskbedömning gällande våld i nära relation samt suicidrisk.

Se länsövergripande policy för Våld i Nära relationer och Socialstyrelsens handbok Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer¹⁹.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19795/2015-4-4.pdf>.

Handläggare bör helst vara kvinnor för att underlätta för klienten/patienten att tala om sin rädsla och känslor av skam, skuld²⁰.

Gravida kvinnor

Gravida kvinnor som i någon verksamhet screenas för tidig upptäckt av alkohol ska informeras om skadeverkningar på fostret och uppmanas att helt avstå från alkohol.

Gällande tidig identifikation ska alla målgrupper screenas med AUDIT och DUDIT (lägre gränser för kvinnor och **nolltolerans för gravida kvinnor**). Vid behov ska MI

ges och vid misstanke om riskbruk ska brukaren slussas vidare inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården till personal med missbrukskompetens och som förstår kvinnors situation och specifika behov. Graviditeten kan för kvinnor med avancerat missbruk av alkohol och narkotika, vara en stor möjlighet och motivation till förändring. De flesta kvinnor avbryter eller minskar sitt missbruk när de är gravida, men återupptar det några månader efter födelsen om de inte får fortsatt stöd och hjälp¹. Långsiktiga förebyggande och behandlande insatser för gravida kvinnor med missbruksproblem och deras barn är av stor betydelse.

Gravida kvinnor med pågående missbruk

Mödravården har vid inskrivning av nya gravida kvinnor ett särskilt ansvar och uppdrag att utföra screening (AUDIT & DUDIT) av de blivande föräldrarna. För gravida definieras allt alkoholbruk som riskbruk²¹.

Identifieras ett riskbruk skall rådgivande samtal enligt MI-metoden initieras.

Det finns i OSL (2009:400) sekretessbrytande bestämmelse som gäller inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, **se sid 10**.

Skyddet för närstående gäller inte för det ofödda barnet. Resonemanget har istället fokuserats till den blivande modern där det anses att om inte hennes vägran till medverkan till vård kan tillskrivas en psykisk störning är det rimligt att det beror på missbruket och att drogberoendet tagit en så allvarlig vändning att hon är i trängande behov av vård för att komma ifrån detta.

Enligt ”Socialjuridik”¹⁶ kan 4 § LVM:s kriterier på den blivande modern provas. Även den blivande moderns psykiska hälsa kan på sikt skadas om hennes barn föds med oåterkalleliga skador.

Landstinget Dalarna kan erbjuda specialistvård inom mödravården som erbjuder dessa kvinnor kontakt och följer upp deras graviditet fram till förlossningen. Den gravida kvinnan ska även aktualiseras inom socialtjänsten.

Det finns stöd för att tidig intervention på primär nivå på mödravårdscentralerna har effekt. Mödravårdscentralen bör särskilt uppmärksamma unga ensamstående kvinnor med dåligt nätverk, nedstämdhet och dålig ekonomi. Finns familj eller partner ska nätverket involveras om kvinnan samtycker och även vara delaktiga i utformningen av det psykosociala stödet.

Landstinget Dalarnas vårdprogram för ” Psykisk ohälsa och sjukdom inför graviditet, barnafödande och amning” antaget 2013-06-16 behöver kompletteras med rutiner och regler kring screening, rådgivande samtal samt uppföljning avseende alkohol och drogberoende. Som redan framgår av dokumentet är annan psykisk ohälsa ofta relaterat till missbruk och beroende. Anmälningsskyldighet gäller även vid oro och misstanke om missbruk och beroende, se tidigare angivna sekretessbrytande regler.

Socialtjänsten bör för unga kvinnor också förbereda för ett mer långsiktigt stöd. Samtycke ska först provas.

Socialtjänsten ska utreda enligt ASI och behandlingen ska utformas med hänsyn till fostrets hälsa. För gravida kvinnor med narkotikaproblem följer samma rutin. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska samverka kring insatser. När missbruket

fortsätter under graviditeten är hälso- och sjukvården och socialtjänstens gemensamma insatser akut och angeläget för fostret.

I vissa fall kan en placering på HVB alternativt SiS vara nödvändig varför det är viktigt att styrka intag av alkohol och droger samt omfattning. Drogtester ska därför skickas till ackrediterade laboratorier för att vara juridiskt gällande vid ansökan om LVM.

Behandling

Att beakta vid handläggningen av kvinnor med missbruks- och beroendeproblem:

Kvinnlig personal är betydelsefull i behandlingssituationer. Individuella samtal med möjlighet att få en nära relation bör utgöra ett centralt inslag i kvinnobehandling.

Det behövs ett mångfacetterat behandlingsutbud som erbjuder en kombination av både grupp och individuell behandling innehållande samtal om maktstrukturer, föräldraroll, relationer, sexualitet, kroppsuppfattning, ekonomi och psykiska problem.

Behandlingen behöver bearbeta trauman efter fysiska, psykiska och sexuella övergrepp. Könsspecifik behandling är att föredra för kvinnor med psykisk ohälsa, trauman och relationsproblem. Behandlingen bör beröra kvinnors rädsla, skam och skuld.

För kvinnor utan annan psykisk ohälsa och med intakt social situation och relationer kan kortare interventioner i mer könsblandade miljöer vara tillräckliga. Ett familjeperspektiv, inkluderar män och kvinnors missbruksproblematik och de utsatta barnens behov.

Insatser för kvinnor. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda psykosociala insatser lämpade för kvinnor.

Frågor kring misshandel, psykiskt, fysiskt och sexuellt samt allvarliga relationsproblem ska ställas och sedvanlig suicidriskbedömning ska utföras. Utredning kan behöva kompletteras med test av våld i nära relation.

Om möjligt ska en kvinnlig socialsekreterare kunna erbjudas. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda gemensamma och samtidiga stödinsatser för gravida kvinnor med pågående missbruk och beroendeproblem. Inom Hälso- och sjukvården vilar ett särskilt ansvar att alltid screena gravida kvinnor och även ställa frågor kring bruk av alkohol och droger för en längre tidsperiod än vad AUDIT och DUDIT anger.

Vid upphandling av HVB ska denna grupps behov särskilt tillgodoses.

Bruk av alkohol hos äldre

Andelen högkonsumenter av alkohol har ökat bland de äldre. I de nationella folkhälsoenkäterna framkommer att andelen kvinnor i åldern 65 år - 84 år med en riskkonsumtion av alkohol har ökat från 3% år 2009 till 6% år 2014 och hos männen från 9% till 11%²². Bland personer som hade vårdats i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos har andelen patienter 60 år eller äldre ökat från 22% år 2000 till 37% år 2013 och likaså har andelen alkoholrelaterade dödsfall ökat⁹.

Depression är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa hos äldre och cirka 10% - 15% av personer 65 år eller äldre uppskattas ha en depression²³. Depressivt syndrom (82%),

alkoholmissbruk/beroende (27%), personlighetsstörning (11%) och psykoser (8%) var de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos suicidfall i åldern 65 år eller äldre i Sverige²⁴.

Tidig upptäckt genom screening vid biståndsansökningar samt ett aktivt arbete i redan aktuella ärenden inom äldreomsorgen med bland annat ökad kunskap om missbruk och beroendeproblem kan öka preventionen och tillgängligheten till behandling samt bidra till ökad livskvalitet för de äldre. Folkhälsoinstitutet anser att en lägre screeningsgräns för AUDIT bör göras för att begränsa alkoholskadorna i denna grupp och lyfter också fram att det behövs mer kunskap om den åldrande kroppens sårbarhet.

Varningssignaler för alkoholbruk hos äldre

- Återupprepade fallskador
- Det fysiska och psykiskt tillståndet varierar
- Personen framstår som fysiskt svag
- Utseendet förändras
- Ändrade sovvanor
- Svettas
- Inkontinens och diarré
- Depression kan medföra ökat alkoholintag och ökat alkoholintag kan medföra depression
- Gömmer flaskor

Genusspecifika skillnader i drickandet bland äldre.

Att kvinnor dominerar i äldre åldrar kommer inte längre att begränsa omfattningen av alkoholproblemen eftersom kvinnor dricker i ungefär samma utsträckning som män idag. Studier har emellertid hittills visat att det finns klara könsskillnader i alkoholkonsumtion bland äldre. Bland äldre kvinnor så minskade det måttliga drickandet medan det mer omfattande drickandet var stabilt. Bland män var mönstret det motsatta, det måttliga drickandet var stabilt och det mer omfattande drickandet minskade. En slutsats av översikten var att behandlingsinsatser för missbrukare idag är anpassade efter yngre åldersgrupper och att insatser behöver utvecklas för att möta behoven hos äldre personer med missbruksproblem²⁵.

Symtomen bland äldre med missbruksproblem är atypiska som t ex fall, förvirring och depression eller döljs av andra hälsoproblem, fysiska eller psykiska, som kan göra en upptäckt svårare. De få studier som finns om behandling av äldre med missbruksproblem visar dock på att äldre kan tillgodogöra sig behandling lika väl som yngre personer²⁶.

Missbruks-och beroendevården inom äldreomsorgen

Socialtjänsten ska i alla verksamheter förebygga missbruk av alkohol och droger.

Kommuner ska formulera riktlinjer för hur alkohol och drogproblem ska hanteras inom äldreomsorgen. Hemtjänstpersonal bör ha en grundläggande utbildning inom missbruksområdet och *ha klara rutiner för att inte vara möjliggörare av att missbruk uppstår*. Samverkan ska ske mellan berörda enheter inom socialtjänsten och vid behov med hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens skrift **”Se tecken och ge rätt stöd”** ger vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård²⁷ för att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning.

<https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/vagledning-socialtjanst.pdf>

Demens och alkoholdemens

Missbrukare med långvarigt bruk av alkohol drabbas ofta av alkoholdemens. En viktig förutsättning för att brukaren/patienten ska få tillgång till de särskilda insatser som finns är att tillståndet hos brukaren/patienten är diagnostiserad. Klienten/patienten som utretts har också rätt att få en god man utsedd som kan tillvarata dennes intressen. Erfarenheterna visar att denna målgrupp ofta faller mellan stolarna och far illa då samordningen inte fungerar.

Socialtjänsten är i ofta uppdelad i Individ- och familjeomsorg samt Vård och omsorg. Kommunernas beroendeenheter ansvarar för att ge information, stöd och behandling till personer med beroendeproblematik och vård- och omsorgsverksamheterna ansvarar för omsorg. Personer med samsjuklighet har ofta debuterat som yngre i vårdkedjan men alkohol- och drogrelaterad demens utvecklas över tid.

Hälso- och sjukvårdens primärvård gör basutredningen samt eventuellt remitterar till minnesmottagning. För att en nödvändig basutredning ska kunna genomföras krävs alkohol- och drogfrihet.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska därför gemensamt planera för hur utredningen ska genomföras i första hand i öppna former.

Äldreomsorgen ska:

Äldreomsorgen ska internt ta fram rutiner och riktlinjer för tidig upptäckt.

Individ- och familjeomsorgen ska:

Vid upphandling av HVB ska den äldre målgruppens behov tillgodoses samt insatser ska ges med beaktande av specifika behov för kvinnor och män.

Hälso- och sjukvårdens ansvar:

Landstingets primärvård ska särskilt uppmärksamma både läkemedelskonsumtion och riskbruk i kombination med förskrivna läkemedel. Vid upptäckt av en äldre persons riskbruk av alkohol som samtidigt medicinerar ska detta tas upp med läkaren.

Samsjuklighet

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter som uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk och beroende och för någon annan form av psykisk störning. Resultat från studier har visat att personer med missbruk eller beroende har dubbelt så stor risk att drabbas av psykisk sjukdom än personer utan missbruk/beroende. Andelen av vårdade missbrukare som har en psykisk sjukdom är uppskattad till 30% - 50% och andelen patienter med missbruk/beroende av patienter vårdade för psykisk ohälsa uppskattas till cirka 20% - 30%. Ängest och depressionsåkommor samt personlighetsstörningar är vanligast

förekommande. I gruppen missbrukare beräknas ca 20% även ha neuropsykiatriska funktionsnedsättning.

På grund av målgruppens komplexa problem och svårighetsgrad förutsätts samordning från huvudmännen och gemensam planering av olika typer av behandlingar och stödinsatser.

Sekretessbrytande bestämmelse enligt OSL (2009:400), **se sid 10.**

Ansvarsområdena regleras i "Länsövergripande överenskommelse om samverkan för kommuner och landsting i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år" ²⁷.

http://www.regiondalarna.se/wp-content/uploads/2015/09/VuX-2015-08-24_Lansovergripande-overenskommelse-psykiska-funktionsnedsattningar-fran-18-ar.pdf

giltig från och med 2011-11-01 och till och med 2016-12-31 samt i "Gemensamma riktlinjer för missbruks- och beroendevården i Dalarna"²⁸. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom.

- Om socialtjänsten misstänker att en klient med missbruks- och beroendeproblem har psykisk eller somatisk sjukdom skall, med klientens samtycke, omedelbar kontakt tas med primärvård eller öppenvårdspsykiatri för en bedömning.
- Om hälso- och sjukvården misstänker att en patient med psykiatrisk diagnos och/eller somatisk ohälsa har missbruks och beroendeproblem skall, med patientens samtycke, omedelbart kontakt tas med kommunens missbruksvård.
- En samtidig vård och behandling för båda problemen är viktig, samordnad tillsammans av landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst.
- Det finns ingen evidensbaserad behandling för samsjuklighet specifikt, men inget talar emot att använda de metoder som idag är effektiva för missbruk och beroendeproblem respektive psykiatriska problem.
- Inom kommunerna skall det finnas lokala riktlinjer för samarbete och samordning att behandla patienter med psykiska problem och samtidigt missbruk och beroendeproblem. Varje patient skall ha en samordnad individuell plan (SIP) (patientens samtycke krävs) som är gemensam mellan kommunens socialtjänst och psykiatrins öppenvård alternativt primärvården.

Personer med ett identifierat missbruks- och beroendeproblem skall i första hand få sin behandling inom socialtjänsten, primärvården eller psykiatrin där personen bor.

- Det är den lokala ledningen för hälso- och sjukvården och ledningen för kommunens socialtjänst som tillsammans skall planera hur vård och behandlingen skall organiseras.
- Verksamheten skall lokalt samordnas mellan socialtjänstens personal inom missbruksverksamheten och med yrkeskompetens från primärvården och psykiatrin inom området, t.ex. läkare och sjuksköterskor²⁸.

Läkemedelsbehandling

Rekommendationerna fokuserar på läkemedlets effekt på missbruk och beroende vid samsjuklighet och inte effekter på den psykiska sjukdomen.

- Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling av alkoholberoendet med valproat som tillägg till litium till personer med alkoholberoende och samtidig bipolär sjukdom.
- Hälso- och sjukvården kan erbjuda behandling av alkoholberoendet med atomoxetin till personer med alkoholberoende och samtidig adhd.

Psykologisk och psykosocial behandling

- Hälso- och sjukvård och socialtjänsten ska erbjuda integrerad behandlingsmetod som inbegriper KBT med eller tillägg av stödjande samtal enligt MI.
- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan erbjuda integrerad behandlingsmetod till personer med alkoholmissbruk/beroende och samtid depression.

Psykosociala stödinsatser

- Klienten/patienten ska erbjudas en case manager (CM, vård- och stöd-samordnare) för att underlätta samordning av insatser för sina medicinska, socialpsykiatriska och missbruks- och beroendeproblem (se Psykosociala stödinsatser, **sid 26.**)

För målgruppen med utländsk härkomst, etnicitet med flera grupper.

Dalarnas län behöver utveckla insatser med hänsyn taget till mångkulturella faktorer. Insatser erbjuds inom socialtjänsten med stöd av socialtjänstlagen och ska vara individuellt anpassade, vilket innebär att den enskilde behöver vara delaktig i utformandet av stödåtgärden och att en följsamhet och öppenhet finns att tillgodose eventuella önskemål om utförare, delaktighet med mera, samt placeringsalternativ (samkönade eller inte) och behandlingsmodeller. Särskild hänsyn behöver också iaktas gällande patienten/klientens nätverk.

Kvalitetssäkring

Socialtjänsten

I den nationella satsningen ”Kunskap till praktik” blev kommunerna inbjudna att delta i pilot projekt för att testa olika instrument för att utvärdera missbruksenheter och öppenvårds insatser. I Dalarna valde några kommuner att testa UIV som utvecklats i Göteborgs stad och som förvaltas av FoU Väst/GR²⁹. Utvärderingsinstrumentet är utformat så att brukarens synpunkter insamlas i dialogform (50 frågor) och som ska ge brukarens syn på hur insatserna har bidragit till bättre förutsättningar att hantera livsområden där det finns ett förändringsbehov samt hur brukaren upplevt kvalitén. Även handläggaren ska svara på frågor. Frågorna handlar bland annat om missbrukets karaktär, vilken insats som varit aktuell, vårdgivare, vårdtid och skattning av effekten av insatsen. Frågorna omfattar också alla livsområden, familj, boende, arbete etc. Svaren sammanställs i en nationell databas som är tillgänglig för användare.

Intresset för UIV har varit stort och idag använder 14 av 15 missbruksenheter UIV som utvärderingsinstrument för insatser inom enheten.

På grund av det stora intresset och att instrumentet är lätt att använda ökar databasens kvantitativa information och viktiga och relevanta uppgifter kan användas för användarna angående utvärdering av effektiva insatser samt jämförelser över tid inom den egna verksamheten såväl i jämförelser med andra kommuner.

Fördelar med UIV

- UIV ger handläggare möjlighet att vilka insatser som förefaller ha god effekt utifrån brukarens förändringsbehov.
- UIV ökar kunskapen om insatser, resultatet kan jämföras med andra kommuner som gett insatser till samma målgrupp.
- UIV visar vilka vårdgivare som har goda resultat för en viss typ av insats, och kan användas som stöd vid upphandling.
- UIV ger förutsättningar för att ta fram mål för verksamheterna som kan följas upp utifrån brukarnytta.
- UIV bidrar till ökad kvalitet och att ekonomiska resurser kan utnyttjas bättre.

Utvärderingsinstrumentet ger både analys av verksamhetens insatser individ- och gruppnivå.

Landstinget

Svenska beroenderegistret

Landstinget rapporterar till ett flertal nationella psykiatriska kvalitetsregister varav Svenska Beroenderegistret (SBR)³⁰ är ett. Registrering kräver samtycke från patient. SBR innehåller nyregistrering, slutenvårdsregistrering, tre-månaders och ettårs-uppföljningsregistrering och avslutsregistrering. Ytterligare information kan inhämtas via: <http://www.psykiatregister.se>.

Socialtjänst och landstinget

Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvårdens och kommunernas missbruks- och beroendevård.

Kvalitetsindikatorer

I den länsövergripande överenskommelsen om samverkan inom missbruks- och beroendevården står det att varje huvudman följer upp sin verksamhet utifrån det som gäller för respektive verksamhet.

Socialstyrelsen har tagit fram 24 indikatorer för NR¹.

Ytterligare indikatorer finns i ”Nationella indikatorer för God vård”³¹ och i ”Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården”³² samt i de nationella kvalitetsregistren och UIV.

Brukarmedverkan och uppföljningar

Det finns idag utbildade brukarrevisorer (utbildning genom Högskolan Dalarna) som genomför revisioner inom kommun såväl som landstingsdrivna verksamheter i Dalarna. Samarbete planeras med studieförbunden för att säkra en långsiktig hållbarhet för brukarrevisorer.

Lokalt brukarråd finns i Borlänge som efter konsolidering kan fungera som stöd vid uppstart i andra kommuner. Kommunerna och landstinget har ett gemensamt ansvar och uttalad vilja att främja utvecklingen av en ökad brukardelaktighet på läns/gruppnivå t.ex. i form av brukarrevisorer, brukarföreträdare som referensgrupper och mentorsprogram riktat mot olika målgrupper m.m.

Hälso- och sjukvård för placerade utomlans

Om vårdvistelsen är utomlans omfattas brukaren av nedanstående riksavtal för vård som uppstår i samband med placering³³.

<http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal.943.html>

Huvudmännen (socialtjänsten och landstinget Dalarna) bör ha tydlig information och regler för vad som gäller vid placeringar utomlans.

Se www.1177.se

Befintliga regionala stödstrukturer för ledning av missbruks och beroendevården

Region Dalarnas chefsgrupp med representativt urval från kommuner och Landstinget Dalarna under ledning av chefen för Utveckling, Hälsa och Velfärd.

Välfärdsberedningen med politiskt valda deltagare ur direktionen för Region Dalarna.

Regionala utvecklingsgruppen för missbruk och beroende under ledning av landstinget Dalarna samt Regionala utvecklingsgruppen för psykiatri. Dessutom finns lokala samverkansorganisationer.

Gemensamma begrepp

- 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
- **Samsjuklighet** dvs. patienten/brukare med missbruks-och beroendeproblem och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom
- **SVPL**, Samordnad vård plan upprättas när en patient skrivs ut från sluten vård och ska ha fortsatt medicinsk eller annan hälso- och sjukvårdsinsats i kombination med stödåtgärder från socialtjänsten, samtycke och delaktighet krävs från patienten. Hälso- och sjukvården kallar.
- **SIP**, Samordnad individuell plan för personer som behöver stödinsatser från hälso- och sjukvården i kombination med socialtjänsten och/eller andra myndigheter. Båda myndigheterna ansvarar för att kalla vid behov. Patientens/brukarens delaktighet och samtycke krävs.
- **Genomförandeplan**, en vårdplan för det interna genomförandet av insatser inom socialtjänsten där flera aktörer medverkar. Samtycke och delaktighet från brukaren krävs.
- **Case-Manager**, ska utses för den enskilde där flera myndigheter är ansvariga för att tillgodose den enskildes behov. Delaktighet krävs från den patienten/brukaren för godkännande av samtliga insatser.

Förkortningar

- AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test
- DUDIT, Drug Use Disorders Identification Test
- ASI, Addiction Severity Index,
- ADAD, Adolescent Drug Abuse Diagnosis
- MI, Motiverande intervju och förhållningssätt vid rådgivning och stödsamtal
- MET, Motiverande intervju vid behandling och som kräver en fördjupad utbildning i MI. Hjälper klienten att formulera en egen förståelse av sitt problem, egna argument för förändring, och att stärka dennes beslut och åtagande att genomföra förändringen.
- MINI, Mini international neuropsychiatric interview, kortfattad diagnostik
- MST, Multisystemisk terapi
- ADDIS, Alcohol Drug Diagnosis Instrument
- ADDIS-UNG, (ungdomar upp till 20år)
- SCID I, Structured clinical interview for (DSM IV), semistrukturerad intervju som används för att diagnosticera personer med psykiska symtom inklusive missbruk eller beroende av substanser
- CRA, a community reinforcement approach.
- HAP, Haschavvänjningsprogram
- ÅP, återfallsprevention

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
2. Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
3. God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården. Lagrådsremiss. 2013. Hämtad 20151201.
<http://www.regeringen.se/contentassets/8ee6b12d03aa49828f551e079f1c7c15/god-kvalitet-och-okad-tillganglighet-inom-missbruks--och-beroendevarden> Regeringen.
4. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken ANDT-strategin. Regeringens proposition 2010/11:47. Hämtad 20151201.
<http://www.regeringen.se/contentassets/3442e4d47d304736a37b258874562857/en-samlad-strategi-for-alkohol--narkotika--dopnings--och-tobakspolitiken-prop.-20101147> Regeringen.
5. Axelsson, R., Axelsson Bihari S. ”Om samverkan, för utveckling av hälsa och välfärd”, Studentlitteratur.
6. Rehm, J, Baliunas, D, Borges, DL, et al. The relationship between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. 2010;105(5):817-43.
7. Statistikdatabas för dödsorsaker [databas]. Hämtad 20151205.
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker> Socialstyrelsen.
8. Nationella folkhälsoenkäten 2014. Hämtad 20151201.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/> . Folkhälsomyndigheten.
9. Drogutvecklingen i Sverige 2014. CAN rapport 144. Hämtad 20151201.
<http://www.can.se/contentassets/3f30e3b70ebb461c928fdd5a0c3606/drogutvecklingen-i-sverige-2014.pdf> CAN.
10. DUDIT manual. Hämtad 20151201.
<http://www.bd.komforb.se/download/18.29f12cf1201e7b462180001724/DUDIT+manual+version+1+1.pdf>
11. Nationella vårdprogrammet: missbruk av anabola androgena steroider (AAS) och andra hormonläkemedel. Dopingjouren. Hämtad 20151201.
http://www.dopingjouren.se/Global/PDF/Missbruk%20av%20AAS_sept2012.pdf . Karolinska universitetssjukhuset Huddinge.
12. HSLF-FS 2016:1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Stockholm. Socialstyrelsen.
13. SOSFS 2005:29. Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso och sjukvården m.m. Stockholm. Socialstyrelsen.

14. Socialjuridik. Hämtad 20151201.
http://www.socialjuridik.se/index.php?visa=rutor&show=allmanna_rad
15. Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Hämtad 20151201.
<http://www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf> Förenta Nationerna.
16. Hawkins, JD, Catalano, RF, Miller, JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological bulletin. 1992; 112(1):64-105.
17. Hjern, A, Arat, A, Vinnerljung, B. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom– hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Webupplag. Hämtad 20151201.
http://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Rapporter_kunskaps%C3%B6versikter/BSA_Chess-4_webbNy.pdf Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
18. Förstärkt barn- och föräldraperspektiv inom missbruks- och beroendevården. DELRAPPORT 2013 09 25. Kunskap till praktik. Hämtad 20151207.
<http://skl.se/download/18.28eae57e14983f3bbe0e9a5b/1418382433899/F%C3%B6rst%C3%A4rkt+barn+och+f%C3%B6r%C3%A4ldraperspektiv-delrapport+2013+09+23.pdf> SKL.
19. Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Hämtad 20151207.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19795/2015-4-4.pdf> Socialstyrelsen.
20. <http://www.rjl.se/>
21. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
22. Statistikdatabas folkhälsodata [databas]. Hämtad 20151201. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV_b_Levvanor_aabLevvanoralk/HLV_Alkoholvanor_alder.px/table/tableViewLayout2/?rxid=598cd800-a854-4418-a886-fc02aef96227 Folkhälsomyndigheten.
23. Copeland, JR, Beekman, AT, Dewey, ME, Hooijer, C, Jordan, A, Lawlor, BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. British Journal of Psychiatry 1999;174:312-21.
24. Vård av självmordsnära patienter- en kunskapsöversikt. Hämtad 20151201.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf Socialstyrelsen.
25. Ahlstrom, Salme. Alcohol use and problems among older women and men: A review. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2008; 25(2):154-161.
26. O'Connell, Henry. Alcohol use disorders in elderly people- redefining an age old problem in old age. BMJ 2003; 327:664.

27. Länsövergripande överenskommelse om samverkan för kommuner och landsting i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år. Hämtad 20151201. http://www.regiondalarna.se/wp-content/uploads/2015/09/VuX-2015-08-24_Lansovergripande-overenskommelse-psykiska-funktionsnedsattningar-fran-18-ar.pdf Region Dalarna.
28. [Länsövergripande överenskommelse om samverkan inom missbruks- och beroendevården. 2016.](#)
29. UIV. Hämtad 20151201. <http://www.fouvalfard.se/uppfoljning-av-insatser-for-vuxna-personer-med-missbruk-uiv-slutrapport-2013>. FOU Väst välfärd
30. SBR. Hämtad 20151201. <http://www.psykiatriregister.se> Registercentrum Västra Götaland.
31. Nationella indikatorer för God Vård. 2009. Hämtad 20151201. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf> Socialstyrelsen.
32. Öppna jämförelser missbruk och beroende. Hämtad 20151201. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/missbrukochberoende> Socialstyrelsen.
33. Riksavtalet för utomlänsvård. Hämtad 20151201. <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal.943.html> Sveriges Kommuner och Landsting.

Arbetsgruppens deltagare

Marcus Bladfält	Landstinget Dalarna t.o.m. 2014
Anna Källängs-Lindgren	Avd. 65, Landstinget Dalarna
Åke Sunna	Avd.65, Landstinget Dalarna
Carina Frelin	Landstinget Dalarna
Monica Frisé	Landstinget Dalarna t.o.m. 2014
Lars-Göran Rundqvist	Säters sjukhus, Landstinget Dalarna t.o.m. 2014
Anette Sahlin	Landstinget Dalarna t.o.m. 2014
Ingrid Davstad	Landstinget Dalarna f.o.m. 2014 12
Camilla Sömsk	Smedjebackens kommun
Sten Eriksson	Avesta kommun
Ewa Kjell	Borlänge kommun samt Region Dalarna rep.
Zilha Fific	Leksands kommun
Eva de Marothy	Region Dalarna t.o.m. 2014.

Funktioner som bör ingå vid en revision

Läkare, allmän medicin

Avd. 65, Landstinget Dalarna

Psykiatrisk slutenvård, Säters sjukhus

BUP

Ansvariga samordnare inom vårdcentraler

Representation från flera kommuners missbruks- och beroendeenheter

Representant från Region Dalarna

2015-03-26

Dnr 1.5.1-1231-2015

Till undersökande läkare

Angående läkarbedömning av LVM-omhändertagen person

Enligt 24 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), ska LVM-vården inledas på sjukhus om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn tagen till vården i övrigt. Bakgrunden till detta är att när LVM-vård är aktuell finns det ofta ett behov av medicinskt omhändertagande, bl. a. för abstinensbehandling.

Många patienter, framför allt alkoholpatienter, riskerar akuta hjärnskador eller andra komplicerade medicinska och neuropsykiatriska tillstånd under själva tillnyktringen och den akuta abstinensen. Därför bör bedömning och behandling av abstinens och intoxication inledas på sjukhus. Sjukhuset har resurser för säker observation av tillnyktring och initial abstinens som SiS LVM-hem saknar eftersom SiS hälso- och sjukvård är att jämföras med öppenvård.

De personer som omhändertas enligt LVM har i allmänhet komplicerade psykiska sjukdomar, hög grad av självmordsrisk, infektionssjukdomar, invärtesmedicinska sjukdomar, undernäring m.m. SiS institutioner har inte akut tillgång till resurser för dessa tillstånd. Sjukhusvård är nödvändig för dessa patienter till dess att risken för intoxication, delirium, epileptiska anfall och svåra abstinenssymtom är så reducerad att patientens vårdbehov kan tillgodoses på en vårdnivå som kliniskt motsvarar det som kan erbjudas på en öppenvårdsmottagning. Patienten måste således vara utom risk för allvarliga eller livshotande tillstånd, inklusive överhängande risk för självmord när hen överförs från sjukhus till LVM-hemmet.

När man på sjukhuset bedömer att patienten inte är i behov av fortsatt sjukhusvård, det vill säga bedöms som utskrivningsklar kontaktas LVM-hemmet för att säkra transport mellan sjukhuset och LVM-hemmet. Transport begärs hos Polismyndigheten enligt 45 § LVM, antingen av verksamhetschefen på sjukhusenheten eller av institutionschefen på LVM-hemmet.

Den läkare som bedömt att sjukhusvård inte längre är motiverad måste rapportera över detta tillsammans med eventuella läkemedelsordinationer till LVM-hemmet.

Statens institutionsstyrelse

Adress Lindhagensgatan 126
Besök Box 30224
104 25 Stockholm

Telefon 010-453 40 00
Fax 010-453 40 50

E-post registrator@stat-inst.se
Internet www.stat-inst.se

Org-nr 202100-4508

För att underlätta handläggningen har nedanstående checklista utarbetats.

Tom Palmstierna
Specialist i allmän psykiatri
Medicinskt sakkunnig vid SiS

Jesper Svedberg
Verksamhetsdirektör
Verksamhetsområde Missbruk

CHECKLISTA FÖR AKUTLÄKARES HANDLÄGGNING AV PATIENT SOM OMHÄNDERTAGITS FÖR VÅRD ENLIGT LVM

Intygsbegäran, så kallat LVM-intyg, enligt 9 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska **inte** handläggas enligt denna rutin.

A. Inför bedömning av patienten

För att kunna göra en adekvat bedömning bör du ha tagit del av relevant dokumentation så som socialnämndens utredning, eventuellt LVM-intyg samt förvaltningsrättens dom, alternativt beslut om omhändertagande från socialnämnden. Samtliga dokument finns hos ansvarig socialnämnd eller aktuellt LVM-hem.

Vilken information som finns tillgänglig varierar beroende på enligt vilken paragraf i LVM som patienten är omhändertagen:

13 § – innebär att personen är omhändertagen akut av socialnämnden eftersom det finns misstanke om att hens hälsotillstånd allvarligt kan försämrats eller att hen kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående om man avvaktar med ingripandet. I allmänhet finns inget utredningsunderlag från socialnämnden och heller inget LVM-intyg. Det finns dock alltid ett beslut i vilket relevant men kortfattad information kan återfinnas som bör ha betydelse för den medicinska bedömningen.

4 § – innebär att förvaltningsrätten har beslutat om tvångsvård enligt LVM. I dessa fall ska det finnas ett fullständigt utredningsunderlag, LVM-intyg och förvaltningsrättens dom att tillgå.

B. Läkarundersökning, vård och behandling

Undersökningen av patienten inriktas på att bedöma om hen behöver vårdas på sjukhus eller inte enligt 24 § LVM. Sedvanlig medicinsk praxis tillämpas vid denna bedömning.

Om patienten läggs in på sjukhus är all medicinsk vård frivillig utom om det blir aktuellt med vård enligt LPT, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Vi vill informera att SiS har tagit fram interna läkemedelsrekommendationer för bland annat alkohol- och opiatabstinens. Rekommendationer för abstinensbehandling framgår nedan. SiS önskar att ni beaktar dessa.

SiS interna rekommendationer vid alkoholabstinens

All behandling av patienter med aktuellt kontinuerligt alkoholmissbruk ska, om möjligt, påbörjas på sjukhus till dess att risken för delirium tremens, abstinens-

epileptiska kramper och Wernicke-Korsakoffs syndrom är stabilt under kontroll och adekvat behandling som institutionen kan ta över är inledd.

Läkemedelsbehandling för abstinens ska fortsätta som ordinerat av utskrivande sjukhus med bensodiazepiner (företrädesvis **oxazepam** eller **diazepam**) i nedtrappande dosering under en kortare tid (högst en vecka) efter ankomst till institutionen. Under nedtrappningen ska bensodiazepiner inte ordineras vid behov. Om adekvata ordinationer från sjukhus saknas rekommenderas att abstinensbehandling ordineras som vid öppenvårdsbehandling vid alkoholabstinens. I denna situation rekommenderas behandling med **oxazepam 15 mg x 4** att **reduceras med 15 mg varje dag**.

Om symtombilden förvärras under den nedtrappning av bensodiazepiner som ordinerats som abstinensbehandling måste läkare, institutionens egen eller vid utskrivande sjukhus snarast kontaktas.

Intramuskulär behandling med **vitamin B1 (tiamin)**, ska fortsätta närmaste veckan efter ankomst (dosering minst 250 mg dagligen). Peroral behandling med tiamin är verkningslöst under den första veckan.

SiS interna rekommendationer vid heroin-/opiatabstinens

All behandling av patienter med aktuellt kontinuerligt missbruk av heroin eller andra opiater ska inledningsvis observeras och behandlas på sjukhus till dess att abstinens-tillståndet är stabilt kontrollerat och adekvat behandling som institutionen kan ta över är initierad.

Läkemedelsbehandling för abstinens ska fortsätta som ordinerat av utskrivande läkare på sjukhus med **buprenorfin** eller kombinationen **buprenorfin/naloxon** i nedtrappande dosering under högst en vecka. Initial dosering av **buprenorfin** vid intagningen till institutionen ska inte överstiga 16 mg.

C. Vid utskrivning eller avvikning

Patienten kan lämna sjukhuset på olika sätt – när vård på sjukhus inte är medicinskt motiverad, patienten vägrar vård på sjukhus, blir utskriven från sjukhuset eller avviker under pågående vård.

1. Kontakta LVM-hemmets institutionschef/beredskapsansvarig

Kom överens med LVM-hemmet om vem som ordnar transport eller transporthandräckning. Samtliga LVM-hem har en ansvarig institutionschef/beredskapsansvarig i tjänst dygnet runt för att kunna fatta beslut av detta slag.

Verksamhetschefen för den sjukvårdsenhet där patienten vistas ska enligt 24 § LVM

besluta att patienten hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa transport till LVM-hemmet.

Vid osäkerhet om vilket LVM-hem som är mottagare av patienten kontakta ansvarig socialtjänst.

2. Meddela LVM-hemmet relevant medicinsk information

För att SiS ska kunna ta över vård- och behandlingsansvaret för patienten behöver relevant medicinsk information förmedlas till hälso- och sjukvårdspersonalen på LVM-hemmet. I detta ingår aktuell ordinationshandling/läkemedelslista.

Upplysningsvis kan nämnas att det inte finns några hinder mot att lämna ut sekretesskyddade uppgifter från patienten om ett samtycke är inhämtat. I de fall samtycke inte går att hämta in, kan sekretessen brytas i de flesta fall om uppgifterna behövs för att ge patienten nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel (25 kap. 12 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400]).

3. Ordinerade läkemedel

Se till att patienten får med sig tillräcklig mängd läkemedel tills LVM-hemmet kan införskaffa sådana via recept eller egen rekvisition.

4. Försäkra dig om att transporten mellan sjukhuset och LVM-hemmet är medicinskt säker

Avstånden kan ibland vara avsevärda. Försäkra dig om att patienten får tillgång till ordinerade läkemedel under transporten.

Verksamhetschefen för den sjukvårdsenhet där patienten vistas ska enligt 24 § LVM se till att socialnämnden eller SiS genast underrättas om patienten önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset.

2015-03-26

Dnr 1.5.1-1229-2015

Till socialtjänsten

Angående läkarbedömning av LVM-omhändertagen person

Enligt 24 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), ska LVM-vården inledas på sjukhus om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till vården i övrigt. Bakgrunden till detta är att när LVM-vård är aktuell finns det ofta ett behov av medicinskt omhändertagande, bl. a. för abstinens-behandling.

Många patienter, framför allt alkoholpatienter, riskerar akuta hjärnskador eller andra komplicerade medicinska och neuropsykiatriska tillstånd under själva tillnyktringen och den akuta abstinensen. Därför bör bedömning och behandling av abstinens och intoxication inledas på sjukhus. Sjukhuset har resurser för säker observation av tillnyktring och initial abstinens som SiS LVM-hem saknar eftersom SiS hälso- och sjukvård är att jämföras med öppenvård.

De personer som omhändertas enligt LVM har i allmänhet komplicerade psykiska sjukdomar, hög grad av självmordsrisk, infektionssjukdomar, invärtesmedicinska sjukdomar, undernäring m.m. SiS institutioner har inte akut tillgång till resurser för dessa tillstånd. Sjukhusvård är nödvändig för dessa patienter till dess att risken för intoxication, delirium, epileptiska anfall och svåra abstinenssymtom är så reducerad att patientens vårdbehov kan tillgodoses på en vårdnivå som kliniskt motsvarar det som kan erbjudas på en öppenvårdsmottagning. Patienten måste således vara utom risk för allvarliga eller livshotande tillstånd, inklusive överhängande risk för självmord när hen överförs från sjukhus till LVM-hemmet.

När man på sjukhuset bedömer att patienten inte är i behov av fortsatt sjukhusvård, det vill säga bedöms som utskrivningsklar kontaktas LVM-hemmet för att säkra transport mellan sjukhuset och LVM-hemmet. Transport begärs hos Polismyndigheten enligt 45 § LVM, antingen av verksamhetschefen på sjukhusenheten eller av institutionschefen på LVM-hemmet.

Den läkare som bedömt att sjukhusvård inte längre är motiverad måste rapportera över detta tillsammans med eventuella läkemedelsordinationer till LVM-hemmet.

För att underlätta handläggningen har nedanstående checklista utarbetats.

Tom Palmstierna
Specialist i allmän psykiatri
Medicinskt sakkunnig vid SiS

Jesper Svedberg
Verksamhetsdirektör
Verksamhetsområde Missbruk

CHECKLISTA FÖR SOCIALTJÄNSTENS HANDLÄGGNING AV KLIENT SOM OMHÄNDERTAGITS FÖR VÅRD ENLIGT LVM

Intygsbegäran, så kallat LVM-intyg, enligt 9 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska inte handläggas enligt denna rutin.

1. Kontakta det akutsjukhus klienten ska föras till för läkarundersökning enligt 24 § LVM. Lämna information om klienten till ansvarig läkare eller sjuksköterska.

I normalfallet ska klienten föras till närmaste beroendeklinik eller missbruksenhet vid en psykiatrisk klinik. Observera att det är medicinskt riskfyllt att transportera klienten långa sträckor.

Den information som akutsjukhusets hälso- och sjukvårdspersonal behöver för att kunna göra en bedömning av klientens behov av sjukhusvård är:

- enligt vilket lagrum klienten är omhändertagen; 13 § eller 4 § LVM
- vilket LVM-hem klienten har placerats i
- vilket/vilka missbruk som är aktuellt/aktuella
- vilken medicinsk riskbild som finns

De två sista punkterna är svåra att besvara utan tidigare läkarundersökning. Även om uppgifterna ibland blir knapphändiga är de ändå mycket värdefulla för hälso- och sjukvårdspersonalen.

2. Sänd formella beslut samt utredningsunderlag till sjukhuset

Upplysningsvis kan nämnas att det inte finns några hinder mot att lämna ut sekretesskyddade uppgifter från patienten om ett samtycke är inhämtat. I de fall samtycke inte går att hämta in, kan sekretessen brytas i de flesta fall om uppgifterna behövs för att ge patienten nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel (25 kap. 12 § offentlighets- och sekretesslagen [2009:400]).

3. Begär handräckning av klienten

Ställ handräckningsbegäran till den aktuella sjukvårdsenheten och faxa en kopia av begäran till LVM-hemmet. Verksamhetschefen på sjukhuset ska enligt 24 § LVM besluta att patienten ska hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa transport till LVM-hemmet.