

STOCKHOLMS STAD Kommunstyrelsen KF/KS Kansli	
Ink.	2008 -05- 13
Dnr:	325-10297/2008
Till:	RVL

Kommunstyrelsen

Rekommendation att anta Gemensam policy för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende

KSL:s vård- och omsorgsberedning och landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd gav i augusti 2005 sina respektive kanslier i uppdrag att gemensamt utforma en ny policy för länets missbruks- och beroendevård. KSLs styrelse har vid sitt sammanträde den 3 april 2008 beslutat att rekommendera kommunerna i Stockholms län att anta Gemensam policy för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende.

Syfte

Syftet med policyn är att beskriva hur kommunerna och landstinget i Stockholms län ska samverka för att tidigt upptäcka, förebygga och behandla skador av alkohol och narkotika. Policyn har arbetats fram med utgångspunkt från socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård men framförallt fokuserat på de speciella behov och förutsättningar som finns i Stockholms län. Den täcker inte in alla former av missbruk eller droger utan fokuserar på områden där samverkan mellan huvudmännen är särskilt viktig och där kommunerna och landstinget i länet ska ta ett ökat gemensamt ansvar och intensifiera insatser och metoder. Länets kommuner har olika befolkningsstruktur, organisation och förutsättningar. Det innebär att behovet av insatser kan skilja sig åt inom länet. Varje kommun/stadsdel måste därför tillsammans med landstinget besluta hur de ska arbeta i enlighet med policyn.

Innehåll

Policyns har fyra delar:

Del 1 innehåller syfte, bakgrund och definitioner. Här klargörs huvudmännens respektive ansvarsområde samt övriga aktörers arbete och ansvar.

Del 2 innehåller sex gemensamma grundläggande förutsättningar för bra stöd och vård oavsett huvudman, verksamhet och målgrupp; Gemensam värdegrund, Gemensamma metoder, Personalens kompetens, Förebyggande arbete, Tidig upptäckt av riskbruk samt Smittskydd.

Del 3 innehåller sju riktlinjer för särskilda målgrupper som kommunen och landstinget ska samverka kring. Målgrupperna är; Män, kvinnor och missbruk, Gravida med riskbruk eller missbruk, Barn till föräldrar med missbruk, Ungdomar och unga vuxna, Personer med komplexa vårdbehov, Underhållsbehandling vid opiatmissbruk och Hemlösa med missbruk.

Del 4 innehåller strukturer för att förverkliga policyns intentioner: de lokala integrerade mottagningarna, samverkan med kriminalvården och samråd på lokal och regional nivå.

2008-04-03

Dnr: 2006/0029

Arbetsprocess

Cirka 60 personer från kommunerna, landstinget, kriminalvården och intresseföreningarna har arbetat fram underlag till policyn genom olika arbetsgrupper. Arbetet har letts av en styrgrupp med personer från kommunernas och landstingets ledning. Förslag till gemensam policy har varit på remiss till länets kommuner, landstinget, statliga myndigheter och intresseföreningar. Policyn har därefter arbetats om enligt remissinstansernas önskemål och diskussioner i styrgruppen.

Implementering

Policyn uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna och landstinget gemensamt lever upp till dokumentets intentioner. Ett viktigt förhållningssätt i detta utvecklingsarbete är att huvudmännen på centrala nivåer skapar tydliga förutsättningar för utveckling och förändring. Förverkligandet av policyn kan endast ske genom att kommunens och landstingets lokala verksamheter tar gemensamt ansvar för såväl förebyggande som behandlande insatser.

Policyn innehåller även ett antal utvecklingsområden. De beskriver behov som kräver gemensam metodutveckling och nya gemensamma insatser framöver. Det regionala samrådet, som ska bildas enligt policyn, har ett länsövergripande ansvar för policyns utveckling och tar emot synpunkter och förslag på förbättringar av policyn och utvecklingsområdena. Policyn har en giltighetstid på fem år och ska sedan revideras.

Beslutsprocess

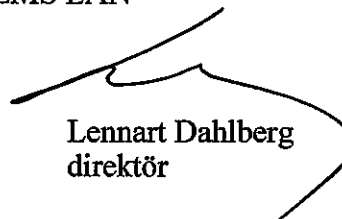
Landstinget kommer att anta policyn under våren genom beslut i programberedningen Psykiatri och missbruk, hälso- och sjukvårdsnämnden, landstingsstyrelsen och slutligen i landstingsfullmäktige. Respektive kommun fattar eget beslut om att anta policyn. När kommunen har fattat beslut i frågan ber vi er skicka en kopia för kännedom till KSL.

Har ni frågor med anledning av detta kontakta Karin Jacobsen,
karin.jacobsen@ksl.se eller tel 08-615 94 34

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN


Erik Langby
ordförande


Lennart Dahlberg
direktör

Bilaga

Gemensam policy för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende

Gemensam policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende

Samverkan mellan kommunerna och landstinget
i Stockholms län

Innehåll

Förord	5
Sammanfattning	6
Del I	9
Syfte och bakgrund	10
Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård	11
Skyldighet att samverka	12
Bakgrund	12
Definitioner	14
Kommunens och landstingets ansvar	15
Kommunens ansvar	15
Landstingets ansvar	17
Andra aktörers ansvar	20
Del II	24
Förutsättning 1	24
Gemensam värdegrund	24
Förutsättning 2	26
Gemensamma metoder för bättre kvalitet	26
Förutsättning 3	29
Personalen ska ha hög kompetens	29
Förutsättning 4	31
Långsiktigt förebyggande arbete är avgörande	31
Förutsättning 5	34
Riskbruk ska upptäckas tidigt	34
Förutsättning 6	37
Samverkan och kunskap om smittskydd	37
Del III	39
Riktlinje 1	40
Män, kvinnor och missbruk	40
Riktlinje 2	43
Insatser för gravida ska fokusera på det blivande barnet	43
Riktlinje 3	45
Barn till föräldrar med missbruk måste uppmärksammas tidigt	45
Riktlinje 4	47
Förhindra missbruk bland unga	47
Riktlinje 5	52
Samordnade och samtidiga insatser för personer med komplexa vårdbehov	52
Personer med psykisk störning och missbruk	52
Neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk	54
Riktlinje 6	56
Underhållsbehandling för opiatberoende	56
Riktlinje 7	58
Krafttag för hemlösa med missbruk	

Del IV	61
Lokala integrerade beroendemottagningar	62
Samverkan med kriminalvården	64
Genomförande	66
Samverkan på lokal nivå	67
Samverkan på regional nivå	67
Uppföljning	68
Implementeringsprocessen	69
Arbetsprocessen	71
Referenslista	73
Exempel på webbaserade självhjälsprogram	75
Länktips	76

Förord

Samverkan mellan huvudmännen har en central och viktig roll i arbetet med att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende. Det är angeläget att samverkan och ansvar utvecklas och regleras så att resurserna på bästa sätt kan tas tillvara. Detta för att kunna erbjuda personer med missbruk/beroende samordnade insatser från både kommunen och landstinget.

Länets förra policy för missbruks- och beroendevård är från 1998. Den har inspirerat till en utveckling av lokala integrerade beroendemottagningar i nästan samtliga kommuner i länet där personal från socialtjänst och beroendevård arbetar tillsammans. Ny forskning och behov av att utveckla vård och behandling av missbruk och beroende ledde till att Kommunförbundet Stockholms län, KSL och Landstingets hälso- och sjukvårdsutskott gav sitt respektive kansli/ förvaltning i uppdrag att ta fram en ny policy för länets missbruks- och beroendevård. Det har pågått ett intensivt arbete med att ta fram den nya policyn. Cirka sextio personer från kommunerna, landstinget, kriminalvården och intresseföreningarna har deltagit i olika arbetsgrupper.

Det är en styrka att kommunerna och landstinget i länet nu har enats om ett antal gemensamma förutsättningar och riktlinjer att arbeta utifrån. Policyn täcker inte in alla former av missbruk eller droger utan fokuserar på områden där ett samarbete mellan huvudmännen är nödvändigt och väsentligt för att kunna ge anpassade insatser. Ett nytt område som tydligare lyfts fram i denna policy är ansvaret för förebyggande arbete och tidig upptäckt. Att kunna förhindra att ett missbruk eller beroende uppstår är väsentligt såväl för den enskilde som för samhället. Policyn uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna och landstinget gemensamt lever upp till dokumentets intentioner. Ett viktigt förhållningssätt i detta utvecklingsarbete är att huvudmännen på centrala nivåer skapar tydliga förutsättningar för utveckling och förändring. Förverkligandet av policyn kan endast ske genom att kommunens och landstingets lokala verksamheter tar gemensamt ansvar för såväl förebyggande som behandlande insatser.

Länets kommuner har olika befolkningsstruktur, organisation, behov och förutsättningar vilket innebär att insatserna kan skilja sig åt mellan de olika kommunerna. Varje kommun måste därför, tillsammans med landstinget ta ställning till vilka behov av insatser som fordras i den egna kommunen. Dokumentet ska ses som ett utvecklingsdokument. Det regionala samrådet som ska bildas enligt policyn har ett länsövergripande ansvar för policyns utveckling. Förslag på förbättringar och utveckling av policyn ska behandlas i samrådet och beaktas då policyn ska revideras. Policyn har en giltighetstid på fem år.

Stockholm våren 2008

Birgitta Rydberg
Landstingsråd, psykiatri och missbruk
Stockholms läns landsting

Ulf Kristersson
Ordförande, Vård- och omsorgsberedningen
Kommunförbundet Stockholms län

Sammanfattning

Syftet med detta policydokument är att beskriva hur kommunerna och landstinget i Stockholms län ska samverka för att tidigt upptäcka, förebygga och behandla skador av alkohol och narkotika. Ett strukturerat långsiktigt förebyggande arbete är av största vikt liksom att tidigt upptäcka riskbruk av alkohol och missbruk av narkotika. Personer med missbruk och beroende ska ges kvalitativt stöd, vård och behandling. Bemötandet ska präglas av respekt och delaktighet i planering och beslut om den egna vården. Samverkan mellan huvudmännen ska leda till att individens behov av insatser blir organiserade så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden. I dokumentet beskrivs även en utökad samverkan med kriminalvården.

Policyn har utarbetats med utgångspunkt i socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Det är angeläget att dessa riktlinjer får genomslag i verksamheterna inom kommunerna, landstinget och kriminalvården.

Del I redovisar syftet med policyn, bakgrund och statistik, definitioner samt ansvarsområden för kommunerna, landstinget och andra berörda aktörer.

Del II innehåller sex grundläggande förutsättningar för det gemensamma arbetet. Personalen ska utgå från en Gemensam värdegrund vid bemötandet av den enskilde och anhöriga. Mötet och samspelet mellan den enskilde, anhöriga och personalen är avgörande för en positiv utveckling. Bemötande ska präglas av ett professionellt förhållningssätt där den enskildes olika förutsättningar och behov ska vara i centrum.

Gemensamma metoder för bättre kvalitet ger viktiga redskap för att kunna garantera och följa upp kvaliteten i kommunens och landstingets olika verksamheter. En gemensam lokal samverkansöverenskommelse bör utarbetas som beskriver ansvarsgränser och åtaganden, gemensamma bedömningsinstrument som ger en samordnad bild och underlag för åtgärder samt en gemensam vårdplan då det finns behov av insatser från flera vårdgivare.

Kunskap och kompetensutveckling är viktiga förutsättningar för att kunna ge vård och behandling med hög kvalitet. Delar av kompetensutvecklingen ska utföras så att personal från båda huvudmännen deltar samtidigt.

Förebyggande arbete är en viktig del av folkhälsoarbetet. Det ska finnas en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan inom kommunen/stadsdelen respektive landstinget som innehåller tydliga mål för de förebyggande insatserna.

Tidig upptäckt av riskbruk är betydelsefullt för att förhindra ett missbruk. Det krävs tydliga samverkansrutiner mellan huvudmännen för att nå personer med riskabla alkoholvanor och narkotikaproblem

Smittskydd mot infektionssjukdomar kräver ett nära samarbete mellan beroende- och infektionssjukvård, socialtjänst och kriminalvård för att få till stånd fungerande rutiner kring hur smittspridning kan förhindras. Det finns ett stort behov av motivationsarbete liksom information och rådgivning rörande smittspridning av infektionssjukdomar hos personer som injicerar narkotika.

Del III innehåller sju riktlinjer för olika målgrupper som kommunen/stadsdelarna och landstinget ska samverka kring. Vid behov bör även kriminalvården delta

Män, kvinnor och missbruk. En individualiserad behandling utifrån den enskildes behov och förutsättningar är av central betydelse såväl medicinskt som socialt. Hänsyn ska tas till genus och etnicitet. Det är också viktigt att särskilt uppmärksamma suicidrisker, våld mot kvinnor och äldres alkoholvanor.

Insatser för gravida med riskbruk eller missbruk ska fokusera på det blivande barnet. Mödravårdscentralerna har en viktig roll att uppmärksamma missbruk hos båda de blivande föräldrarna samt informera om riskerna. När det gäller gravida med missbruk och psykisk störning fordras effektiv omvårdnad och behandling under lång tid efter förlossningen.

Barn till föräldrar med missbruk måste uppmärksammas tidigt och ges stödinsatser. Socialtjänsten har ansvar för att samordna insatser från andra aktörer såsom förskola, skola, ungdomsmottagningar samt BVC och BUP.

Ungdomar och unga vuxna utgör en av de viktigaste målgrupperna i arbetet med att förebygga missbruk och beroende. Målsättningen är att verka för en uppväxt fri från alkohol och andra droger. Viktiga aktörer för att förebygga missbruk och beroende är bl a föräldrarna, skolan och ungdomsmottagningarna. Det finns behov av att utveckla nya metoder för vård och behandling av ungdomar och unga vuxna

Insatser för personer med komplexa vårdbehov pga missbruk och psykisk störning ska organiseras utifrån en integrerad modell som är baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde och där insatserna är samordnade och ges samtidigt.

Underhållsbehandling vid opiatmissbruk ska syfta till att den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation.

Det fordras kraftfulla, samordnade och långsiktiga insatser för hemlösa med missbruk för att uppnå varaktiga resultat. Det sociala behandlings- och stödarbetet liksom det socialpsykiatriska behandlingsarbetet måste bygga på erfarenheter från personer med komplexa vårdbehov.

Del IV innehåller nödvändiga strukturer för att genomföra policyns intentioner. De lokala integrerade mottagningarna ska ha en struktur som möjliggör samordnade insatser från beroendevård, psykiatri, primärvård och socialtjänst samt ett nära samarbete med kriminalvården.

För Kriminalvårdens klienter fordras en samverkan mellan sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården för att kunna erbjuda adekvata insatser. Personal från frivården ska vara delaktiga i planeringen av behandlingsprogram och utvärdering för personer i kontraktsvård.

Det ska finnas ett lokalt samråd i varje kommun/stadsdel där företrädare från landstinget och kommunen/stadsdelen och kriminalvårdens ledningsnivåer ingår. Samrådet ska leda arbetets utveckling samt upprätta samverkansöverenskommelser. Ett regionalt samråd ska inrättas med chefstjänstemän från kommunerna, landstinget och kriminalvården som har till uppgift att leda ett regionalt utvecklingsarbete.

Del I

- * Syftet med policyn**
- * Bakgrund och definitioner**
- * Huvudmännens ansvarsområden och andra aktörer**

Syfte och bakgrund

Syftet med detta policydokument är att beskriva hur kommunerna/stadsdelarna och landstinget i Stockholms län ska samverka för att tidigt upptäcka, förebygga och behandla skador av alkohol och narkotika. För att kunna förhindra missbruk och tillgödse den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och landstinget. Personer med missbruk och beroende ska ges kvalitativt stöd, vård och behandling. Bemötandet ska präglas av respekt för individen som ska erbjudas delaktighet i planering och beslut om den egna vården. Samverkan mellan huvudmännen ska leda till att individens behov av insatser blir organiserade så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden. Policyn har en giltighetstid på fem år och ska därefter revideras.

Kriminalvården har deltagit i arbetet med utformningen av policyn. En stor andel av personer inom häkte, anstalt och frivård har missbruksproblem, vilket innebär att samverkan med kriminalvården är viktig och behöver utvecklas. Det är angeläget att det synsätt som präglar policyn även kommer att tillämpas inom kriminalvården.

Policyn har arbetats fram med utgångspunkt från de speciella behov som finns i Stockholms län. Den täcker inte in alla former av missbruk eller droger utan fokuserar på områden där samverkan mellan huvudmännen är särskilt viktig. Policyn lyfter fram vissa målgrupper där kommunerna och landstinget i länet ska ta ett ökat gemensamt ansvar och intensifiera insatser och metoder.

Länets kommuner/stadsdelar har olika befolkningsstruktur, organisation och förutsättningar. Det innebär att behovet av insatser kan skilja sig åt inom länet. Varje kommun/stadsdel måste därför tillsammans med landstinget besluta hur de ska arbeta i enlighet med policyn.

Dokumentet uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna/stadsdelarna och landstinget gemensamt lever upp till dokumentets intentioner. Ett viktigt förhållningssätt i detta utvecklingsarbete är att huvudmännen på centrala nivåer skapar tydliga förutsättningar för utveckling och förändring. Förverkligandet av policyn kan endast ske genom att kommunens/stadsdelens och landstinget lokala verksamheter tar gemensamt ansvar för såväl förebyggande som behandlande insatser. Dokumentet kan på så sätt ses som ett utvecklingsprogram.

Policyn har arbetats fram med hjälp av cirka 60 personer där kommunerna och landstinget har varit involverade i gemensamma arbetsgrupper. Även intresseföreningarna har varit representerade i en referensgrupp som kontinuerligt bjudits in för att lämna synpunkter på policyns utveckling. Arbetet har letts av en styrgrupp med representanter från kommunernas och landstingets ledningsnivåer, se beskrivning sist i dokumentet.

Policyn har fyra delar där del ett innehåller syftet med policyn, dess bakgrund och definitioner samt huvudmännens ansvarsområden. Del två och tre innehåller nya utmaningar och åtaganden. Här fastställs dels gemensamma förutsättningar som är nödvändiga för det fortsatta gemensamma arbetet, oavsett huvudman, verksamhet eller målgrupp. Dels riktlinjer för det gemensamma arbetet kring särskilda målgrupper. För att kunna följa att verksamheterna utvecklas i enlighet med policyns intentioner har varje förutsättning och riktlinje ett antal kvalitetsindikatorer. Några av dessa ska väljas ut och följas upp varje år för att höja kvaliteten och stimulera till fortsatta förbättringar. En del av riktlinjerna innehåller även utvecklingsområden. De beskriver behov som kräver nya gemensamma insatser och metodutveckling framöver. Del fyra innehåller strukturen för att förverkliga policyns intentioner: de lokala integrerade mottagningarna, samverkan med kriminalvården samt de lokala och regionala samråden.

Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Policyn har utarbetats med utgångspunkt i socialstyrelsens nationella riktlinjer (1). Policyn ska ge stöd åt kommunernas och landstingets arbete med att implementera socialstyrelsens riktlinjer så att de får genomslag i samtliga verksamheter som arbetar med missbruks- och beroendevård i Stockholms län.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård ska vara vägledande för kommunerna och landstinget i Stockholms län.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård redogör för effektiviteten i en rad olika behandlingsformer som idag används vid alkohol- respektive narkotikamissbruk med hjälp av evidensbedömning och vidare rekommenderas de vård- och behandlingsformer som bör användas.

Målgrupper i fokus

Europeiska kommissionen har antagit gemensamma strategier för att minska alkoholens och narkotikans skadeverkningar inom EU och för att stötta medlemsländernas arbete inom alkohol- och narkotikaområdet (2). Strategierna innehåller bland andra följande nyckelområden:

- skydda barn och unga
- förebygga alkohol- och narkotikarelaterade problem bland vuxna
- ingripa tidigt vid riskabla konsumtionsmönster

På nationell nivå ska EU-strategierna ses som ett komplement till Sveriges egna åtgärder. Den svenska alkoholpolitiken vill främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Bland annat har regeringen antagit två nationella handlingsplaner för att förebygga alkoholskador och mot narkotika (3). Syftet är att ange hur förstärkningen av samhällets insatser under åren 2006-2010 ska genomföras. Särskilt prioriterade områden i likhet med EU-strategierna är bland andra:

- ingen alkoholkonsumtion under uppväxten, i arbetslivet eller under graviditet
- alkoholdebuten ska skjutas upp
- långsiktigt förebyggande arbete
- särskilda insatser för barn och unga

Kommunerna och landstinget i Stockholms län har genom detta dokument med utgångspunkt från de ovan nämnda strategierna och handlingsplanerna samt statistik, kunskap och erfarenhet om behoven i Stockholms län enats om att gemensamt arbeta enligt ett antal förutsättningar och metoder och fokusera på ett antal målgrupper.

Skyldighet att samverka

Myndigheter har en allmän lagstadgad skyldighet att samverka med stöd av 6 § förvaltningslagen. Myndigheterna ska enligt lagbestämmelserna inte bara samverka med andra myndigheter, utan även med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Det innebär exempelvis att ideella organisationer och andra offentliga och privata företrädare för olika samhällsintressen omfattas av kravet på samverkan.

Det krävs stora satsningar i både tid och energi för att etablera en fungerande samverkan och hålla den vid liv. Samverkan är inte bara en fråga om att vilja samverka, det är en komplex process som kräver prioriteringar, kunskap, styrning och struktur. Styrningen är kanske det mest centrala, att den politiska och administrativa ledningen aktivt tar ställning för samverkan. För att det ska bli långsiktigt och hållbart måste samverkan integreras och förankras i de ordinarie verksamheterna (4).

Bakgrund

Alkoholkonsumtionen i Stockholms län har under de senaste åren fortsatt att öka i alla åldersgrupper, utom bland 18-20-åringar, enligt den senaste folkhälsoundersökningen (5). Bland män ökade den genomsnittliga alkoholkonsumtionen sedan 1994 med 62 procent och bland kvinnor med 54 procent. Alkoholkonsumtionen i Stockholms län har historiskt sett varit större än i landet som helhet. År 2001 var totalkonsumtionen av alkohol i länet 24 procent högre än i övriga landet. Mellan åren 2001 och 2004 minskade denna skillnad till 8 procent. Denna utjämning berodde på att den totala alkoholkonsumtionen minskade något i länet samtidigt som den ökade i landet som helhet (6).

Andelen personer med riskkonsumtion av alkohol har också ökat sedan 1994 och utgör idag en stor andel av befolkningen. Med riskkonsumtion avses antingen en konsumtion som för män motsvarar knappt tre flaskor och för kvinnor knappt två flaskor vin per vecka eller att minst två till tre gånger per månad vid ett och samma tillfälle dricka motsvarande minst två flaskor vin. I åldrarna 21-64 år ökade andelen riskkonsumenter mellan åren 1994 och 2006 med 52 procent bland män och 61 procent bland kvinnor. Det saknas dock uppgifter för vissa åldersgrupper och år. Då förändringen av andelen riskkonsumenter jämförs mellan åren 2002 och 2006 framgår att riskkonsumtionen minskat bland unga kvinnor mellan 18-20 år och ökat bland de äldre kvinnorna mellan 65-84 år. Enligt tabellen nedan framgår att en stor andel av den unga befolkningen var riskkonsumenter år 2006, av de unga männen mellan 21 och 24 år var 51 procent riskkonsumenter.

Tabell 1. Andel i procent av befolkningen med riskkonsumtion av alkohol i Stockholms län åren 1994-2006, efter kön och ålder

Män	1994	1998	2002	2006	Förändring 1994-2006	Förändring 2002-2006
18-20 år	-	-	45	36	-	-0,2%
21-24 år	31	48	45	51	65%	13%
25-44 år	26	36	33	35	35%	6%
45-64 år	23	36	33	40	74%	21%
65-84 år	-	21	22	34	-	55%
Kvinnor	1994	1998	2002	2006	Förändring 1994-2006	Förändring 2002-2006
18-20 år	-	-	38	27	-	-29%
21-24 år	23	27	37	34	48%	-8%
25-44 år	16	23	25	25	56%	Oförändrat
45-64 år	19	30	26	32	68%	23%
65-84 år	-	16	12	23	-	92%

Källa: Folkhälsorapport 2007

Andelen ungdomar som prövat narkotika har ökat under den senaste tioårsperioden. Det är emellertid stora regionala skillnader och användandet av narkotika är betydligt vanligare i storstadsområdena (7). År 2007 uppgav sex procent av eleverna i årskurs nio att de prövat narkotika och för gymnasiets andra årskurs var det 15 procent. År 2003 svarade 17 procent av 16-24-åringarna i en telefonundersökning att de någon gång prövat narkotika (8).

Antal personer som behandlats i landstingets öppna beroendevård har ökat kraftigt de senaste åren (5). År 2006 behandlades drygt 20 000 av länets invånare, av dessa var 66 procent män. Totalt har antalet behandlade personer ökat med 65 procent sedan 1998, där gruppen unga vuxna i åldern 16-24 år har ökat mest. Ökningen bland unga kvinnor var 161 procent och bland unga män 96 procent.

År 2006 vårdades 6 500 personer i slutenvård för alkoholrelaterade sjukdomar, av dessa var 68 procent män. Antalet vårdade har ökat med 21 procent sedan 1998. Den största ökningen är bland unga vuxna i åldern 16-24 år som ökat med 130 procent sedan 1998. Av denna ökning svarade de unga kvinnorna för 188 procent och de unga männen för 91 procent. År 2006 vårdades 2 400 personer i slutenvård för narkomani, av dessa var 64 procent män. Totalt antal vårdade har dock minskat med 4 procent sedan 1998 (6).

Den 1 november 2006 tog 1 400 vuxna personer med missbruksproblem emot bistånd från socialtjänsten avseende boende i Stockholms län (9). Det är en ökning med 15 procent jämfört med samma dag år 2000. Under 2006 beviljades totalt 445 300 boendedygn i länet för personer med missbruksproblem, vilket är en ökning med 24 procent jämfört med år 2000. Boendedygn avser individuellt behovsprövat boende utan vård eller behandling. Samma år beviljades 315 500 vård dygn i länet för frivillig institutionsvård och frivillig familjehemsvård, vilket är en minskning med 22 procent jämfört med år 2000.

Den 1 november år 2006 hade socialtjänsten i länets kommuner 2 100 vuxna personer med missbruksproblem i pågående individuellt behovsprövade öppna insatser. Det är 300 personer färre än samma dag år 2000. Totalt under året beviljades 4 900 individuellt behovsprövade öppna insatser, vilket är ungefär samma antal som år 2000 (9).

Definitioner

Riskbruk

Riskbruk innebär en alkoholkonsumtion som om den fortsätter kan leda till missbruk och beroende med svåra medicinska och sociala skador som följd (10). Ofta definieras riskbruk utifrån viss mängd alkohol. Det är dock individuellt och situationsbetingat vad som är riskfyllt. Olika personer har olika känslighet för hur omfattande alkoholkonsumtion som fodras för att ge alkoholrelaterade skador och sociala problem. Vanligt är att det blir negativa följder även för barn och övriga närstående när en anhörig har för hög alkoholkonsumtion. I Sverige betecknas all användning av narkotika som missbruk eftersom det är olagligt.

Missbruk och beroende

Alkoholmissbruk och alkoholberoende samt beroende av andra droger definieras olika beroende på verksamhet eller profession. Begreppet missbruk/beroende betonar de negativa sociala och medicinska konsekvenser som alkohol och narkotika leder till. Enligt socialstyrelsens riktlinjer bör förhållningssättet till missbruk och beroende vara att de är multifaktoriella fenomen. Med det menas att många faktorer, ibland i samverkan, har betydelse vid utvecklingen av missbruk och beroende.

På det medicinska området är begreppen huvudsakligen kopplade till diagnosklassifikationerna ICD 10 och DSM IV. Med alkoholberoende menas enligt ICD-10 en grupp av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen där alkohol får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden som tidigare haft större betydelse. Alkoholmissbruk enligt DSM-IV är ett upprepat drickande av alkohol det senaste året som lett till sociala, psykiska eller fysiska skador (11).

I socialtjänstlagen saknas definitioner av termerna "missbruk" och "missbrukare". De uttrycks i stället som allmänt hållna formuleringar. Missbrukstermens vaghet kan ge upphov till olikheter i rättstillämpningen. Det kan medföra svårigheter i samverkan. Det är därför angeläget att huvudmännen formulerar gemensamma definitioner (1).

Kommunens och landstingets ansvar

Kommunens ansvar

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

Förebyggande arbete

Enligt socialtjänstlagen, SoL, ska socialtjänsten arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialtjänsten ska särskilt uppmärksamma barn och ungdomar och verka för att de växer upp under trygga och goda förhållanden och i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social miljö.

Kommunens ansvar för förebyggande arbete

- skolmiljön ska vara trygg och säker
- skolans förebyggande arbete ska ske i dialog och samverkan med föräldrarna
- eleverna ska ha tillgång till elevhälsa
- stimulerande fritidsaktiviteter och drogfria träffpunkter ska erbjudas barn och ungdomar
- ett aktivt uppsökande arbete ska bedrivas i miljöer där ungdomar samlas
- samordning ska ske av förebyggande insatser tillsammans med andra myndigheter och aktörer inom kommunen/stadsdelen
- strukturerad samverkan ska byggas upp med andra berörda verksamheter inom kommunen, hälso- och sjukvården och polisen kring frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa
- tillståndsgivning och tillsyn av servering och försäljning av alkoholdrycker
- ungdomsmottagningar för alla ungdomar som drivs tillsammans med hälso- och sjukvården
- stödgruppsverksamhet för barn till föräldrar med missbruksproblem

Vård och behandling och andra stödinsatser

Kommunens ansvar för vuxna med missbruk

Kommunens arbete kring missbruksproblematik regleras i socialtjänstlagen. Hjälp erbjuds både i form av rådgivning och som biståndsbedömda insatser. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den enskilde personen med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Insatserna som erbjuds enligt socialtjänstlagen är frivilliga. Om det är nödvändigt att personer med missbruk får vård men inte samtycker till detta kan vården under vissa förutsättningar ges mot den enskildes vilja. Detta är reglerat i Lagen om vård av missbrukare, LVM.

Enligt lagstiftningen ska socialtjänsten utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov samt planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och dennes anhöriga. Det ska finnas en strukturerad och dokumenterad samverkan för de personer som har behov av insatser från fler aktörer, framförallt landstinget.

Socialtjänstens insatser ska utgå från de behov som den enskilde har. Behoven kan variera från mycket stora till sporadiska behov av stöd. Insatserna ska tillgodose behov av vård för missbruksproblemet och behov av annan social rehabilitering. Boendet är ett grundläggande livsvillkor och en viktig del i kommunens insatser. Socialtjänsten har ansvar för särskilt boende för vissa grupper, vilket är en biståndsbedömd insats.

Exempel på insatser för vuxna med missbruk:

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

Kommunens ansvar för ungdomar i riskzon eller med drogmissbruk

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och unga som far illa får stöd och skydd. För att socialtjänsten ska kunna ta detta ansvar finns en anmälnings- och uppgiftsskyldighet, 14 kap. 1 § andra och fjärde stycket SoL. Vidare ska socialtjänsten enligt lagtexten ha särskild uppmärksamhet på barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling. Kommunens socialtjänst ansvarar för att bygga upp struk-

turerad samverkan med andra berörda verksamheter inom kommunen, hälso- och sjukvården och polisen kring frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Se även gemensam policy för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget, BUS-policyn (12).

Exempel på kommunens ansvarsområden och inriktning på insatser för ungdomar i riskzon eller med drogmissbruk:

- vid kännedom om att den unge misstänks ha missbruksrelaterade problem ska socialtjänsten efter bedömning utreda den unges behov av stöd i form av vård och behandling enligt SoL eller LVU
- uppsökande verksamhet
- strukturerat samarbete för tidiga insatser tillsammans med andra aktörer, exempelvis samlokaliserade familjecentraler
- inriktning på insatser anpassade för respektive åldersgrupp och för respektive risk eller problem och som riktas till både föräldrar och ungdom
- föräldrastöd och gruppstöd anpassade till föräldrarnas och ungdomarnas behov
- stödinsatser i form av exempelvis kontaktpersoner/-familjer, familjebehandling, strukturerad öppenvård eller dygnetrunt-vård (familjevård eller institutionsvård)

Landstingets ansvar

Landstinget i Stockholms län ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor för hela befolkningen i länet. I detta arbete ska den enskilde personen stå i centrum.

Förebyggande arbete

Landstingets avdelning för folkhälsoarbete utvecklar, stödjer och följer upp hälsofrämjande och förebyggande arbete i länet på vetenskaplig grund och utifrån landstingets folkhälsopolicy. En viktig uppgift är att bidra med kunskap för att förbättra folkhälsoarbetet i länet i samverkan med andra aktörer. Förebyggande arbete och tidig upptäckt ska främst ske inom husläkarmottagningar, mödrahälsovård och barnhälsovård. Att informera om riskerna med hög alkoholkonsumtion ska vara lika naturligt som att informera om riskfaktorerna rökning och olämplig kost.

Landstingets ansvar för förebyggande arbete

- identifiering av riskbruk
- lokala vårdprogram för förebyggande arbete på varje vårdcentral/ husläkarmottagning
- strukturerat samarbete kring tidiga insatser där flera aktörer ingår
- stöd och råd i föräldraskapet
- uppmärksamma och förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn
- uppmärksamma och förebygga risker för barn i närmiljö och samhälle
- ungdomsmottagningar för alla ungdomar som drivs tillsammans med kommunen

Vård och behandling

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och gemensam vårdplanering inom och mellan primärvården, den specialiserade beroendevården, psykiatrin och socialtjänsten.

Primärvården

Primärvården ska erbjuda en väl fungerande första linjens hälso- och sjukvård. Det innebär att systematiskt arbeta förebyggande med tidigt upptäckt, stöd och behandling av livsstilsrelaterad ohälsa samt utveckla det förebyggande arbetet mot alkohol och psykisk ohälsa. Vidare ska primärvården ge kunskap om egenvård och medverka till tidig upptäckt av barn som far illa. I arbetet ingår även att arbeta med behandling av personer med riskbruk och behandling av de somatiska åkommor som är relaterade till missbruk/beroende. Vid komplicerat alkoholberoende (med misstanke om blandmissbruk, kriminalitet, bostadslöshet mm) ska patienten hänvisas till bedömning inom den specialiserade beroendevården. Vid behov ska även socialtjänsten kontaktas (11).

Beroendevården

Den specialiserade beroendevården ansvarar för att medicinskt utreda och behandla personer med svår eller komplicerad missbruksproblematik avseende alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk. Beroendevården ska aktivt medverka till att insatserna för personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk är samordnade och att det finns dokumenterade, ändamålsenliga rutiner med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer i varje kommun. Beroendevården ska sprida kunskap om missbruk och hur det yttrar sig samt om effektiva behandlingsmetoder med syfte att bidra till andra huvudmäns möjlighet till planering av samordnade insatser. Vården ska ges med beaktande av LEON-principen (vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå), vilket innebär att personer med behov av grundläggande medicinsk behandling mm som inte kräver särskild kompetens ligger inom primärvårdens ansvarsområde.

Psykiatrin

Psykiatrins arbetssätt ska utmärkas av samverkan såväl internt som med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer. Former ska finnas för ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från flera aktörer. Det är viktigt att i varje samverkansärende upprätta en skriftlig vårdplan som tydligt anger vilken vårdorganisation som är ansvarig för de olika insatserna. Konsultation och kompetensstöd ska erbjudas vårdgrannar och andra myndigheter, särskilt husläkarverksamheten. Vid behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk ska detta ske samtidigt och integrerat i samverkan med beroendevården och socialtjänsten. Behandling av personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk ställer krav på integrerade insatser. Psykiatrin ska utreda, diagnostisera och erbjuda lämplig behandling i de fall funktionshindret kräver specialistpsykiatriska insatser. Psykiatrin ska samverka med habilitering, socialtjänst och beroendevård i syfte att ge målgruppen ett allsidigt omhändertagande.

Exempel på insatser

Vuxna med missbruk

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

Ungdomar i riskzon eller med drogmissbruk

- anmälan till socialtjänsten (14 kap, 1 § SoL) vid misstanke om att barn far illa
- strukturerat samarbete kring tidiga insatser där flera aktörer ingår
- abstinensbehandling i öppen- och slutenvård
- tillnyktring
- alkohol- och drogkontroller inom ramen för medicinsk behandling
- somatiska och psykiatriska utredningar
- utredning och behandling av beroendetillstånd (inkl medicinsk vård, behandling och rehabilitering av läkemedelsberoende)
- psykoterapi
- våldsrisk- och suicidriskbedömning
- aktivt smittskyddsarbete
- vård och behandling inom barn och ungdomspsykiatri (BUP)
- neuropsykiatriska utredningar och diagnoser
- stöd och insatser till både föräldrar och barn/ungdom
- familjebehandling

Se även gemensam policy för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget, BUS-policyn (12).

Andra aktörers ansvar

Kriminalvårdens ansvar

Kriminalvården ansvarar för verkställigheten av straff i fängelse, frivård samt för omhändertagande av intagna på häkte. Verksamheten inriktas på åtgärder som syftar till att påverka den dömda att inte återfalla i brott och drogmissbruk. Kriminalvården bedriver ett aktivt påverkansarbete med behandlingsprogram och sysselsättning för att de dömda ska vara bättre rustade att klara ett liv utan kriminalitet och droger. Frivården har inte ansvar för vård och behandling av frivårdsklienter, vilket åvilar andra huvudmän.

Kriminalvården resp hälso- och sjukvården har skilda uppdrag. Kriminalvården är en del av rättväsendet och ska verkställa påföljder och verka för den intagnes anpassning till samhället enligt 4 § Lagen om kriminalvård i anstalt. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Sedan 1974 råder den så kallade normaliseringsprincipen beträffande sjukvård och medicinsk behandling av kriminalvårdens klienter. Principen innebär att dömda till kriminalvårdspåföljd inte ska särbehandlas med avseende på tillgång till samhällsservice utan ska ha samma tillgång till socialtjänst, bostadsförmedling, sjukvård, arbetsmarknadsåtgärder etc. som andra. Rätten till sjukvård slås fast i European Prison Rules som antogs av EUs ministerråd i januari 2006. Kriminalvården ska, vid sidan av återfallsförebyggande insatser, svara för att dömda får den sjukvård de behöver, men har ingen skyldighet att själv bedriva hälso- och sjukvård. Av praktiska och säkerhetsmässiga skäl bedriver ändå Kriminalvården viss öppen hälso- och sjukvård i anstalter och häkten. Vid behov av annan vård än den som kan tillgodoses genom Kriminalvården är det sjukvårdshuvudmannens sak att tillhandahålla denna. Se vidare under avsnittet "Samverkan med kriminalvården".

Statens institutionsstyrelses ansvar

Statens institutionsstyrelse, SiS, är en statlig myndighet med uppdrag att vårda ungdomar i åldern 12-21 år av sociala skäl samt vuxna pga missbruk. Verksamheten bedrivs i nära samarbete med socialtjänsten. Vården sker oftast utan den enskildes samtycke med stöd av LVU, lagen om vård av unga, LVM, samt SoL. När en ungdom placeras inom SiS har den kommunala socialtjänsten redan prövat en mängd olika insatser. Grunden för ett omhändertagande enligt LVU kan vara antingen att den unges föräldrar inte kan ge det stöd som krävs för en bra uppväxt eller att den unge själv lever ett destruktivt liv med exempelvis missbruk och/eller kriminalitet. Missförhållandena ska vara av den karaktär att det finns stor risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Den vård som behövs ska inte kunna ges på frivillig väg. Omhändertagandet beslutas av länsrätten efter utredning och begäran från den kommunala socialtjänsten. I akuta lägen kan socialnämndens ordförande besluta om ett omedelbart omhändertagande, men beslutet måste bekräftas av länsrätten. LVM-anmälan görs till socialtjäs-

ten av exempelvis läkare, socialsekreterare eller någon nära anhörig. Socialtjänsten gör sedan en LVM-utredning och om man där fastställer behov av vård enligt LVM går en begäran vidare till länsrätten. Det är länsrätten som beslutar om tvångsvård och i så gott som samtliga fall bifaller länsrätten en sådan begäran.

Arbetsgivarens ansvar

Arbetsmiljölagen, AML, ger arbetsgivaren långtgående ansvar för att arbetsmiljön är trygg och säker. Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Vidare ska arbetsgivaren informera de anställda om hur de ska undvika risker i arbetet. Det ska också finnas en plan för hur rehabiliteringsarbetet ska organiseras. En skriven alkohol- och narkotikapolicy på arbetsplatsen är ett viktigt redskap för att tidigt upptäcka och åtgärda riskabla alkoholvanor och bruk av narkotika. Andra exempel på åtgärder är information till all personal och utbildning av arbetsledare och chefer i att tidigt upptäcka och hantera drogproblem hos kollegor och personal. Kommunerna och landstinget är själva stora arbetsgivare och ska fungera som goda förebilder för andra arbetsgivare i länet.

Försäkringskassans ansvar

I Försäkringskassan uppdrag ingår att samverka genom att träffa överenskommelser med kommunerna, landstinget och arbetsförmedlingen i syfte att uppnå effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Genom samordnad rehabilitering ska försäkringskassan verka för att den försäkrade ges förutsättningar att ta tillvara sin förmåga till arbete och försörjning.

Arbetsförmedlingens ansvar

Arbetsförmedlingen förespråkar samverkan kring personer med socialmedicinskt funktionshinder, där missbruk och/eller kriminalitet ingår. Arbete är en del av den sociala rehabiliteringen och arbetsförmedlingens samverkanspartners kring denna målgrupp är socialtjänsten, kriminalvården, försäkringskassan, m fl. På lokal nivå ska det finnas formaliserade strukturer för samverkan i form av lokala nätverk där de olika aktörerna ingår.

Frivilligorganisationerna

Många frivilligorganisationer arbetar med personer som har missbruksproblem. Organisationernas insatser kan variera från allmänt förebyggande arbete, rehabilitering till vård och behandling. För många människor kan kontakt med frivilligorganisationer vara ett första steg på väg mot professionell omsorg, vård och behandling. Frivilligorganisationernas verksamhet utgör därför ett viktigt komplement till kommunens och landstingets utbud. Det är angeläget att de båda huvudmännen utvecklar konkret samverkan med frivilligorganisationerna och tar tillvara deras kompetens och erfarenhet. Kommunen och landstinget ska öka sin kunskap om hur brukarinflytande uppnås och vilka hinder som står i vägen för ett fungerande brukarinflytande. Forskningen visar att flera aktiviteter är nödvändiga för att få en fungerande struktur för inflytandet. Regeringen har gett brukar- och anhörigorganisationernas nätverk NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) uppdraget att driva utvecklingen av inflytandefrågorna från och med sommaren 2007 (13).

Exempel för att förbättra brukarinflytandet:

- ökad kunskap och bättre strategi kring brukarinflytande
- bilda brukarråd
- arvodering till dem som deltar i brukarråden
- vid beviljande av bidrag bör resurser ingå för att föreningarna ska kunna utöva brukarinflytandet

Del II

Sex grundläggande förutsättningar för kommunernas och landstingets gemensamma arbete:

- * Gemensam värdegrund**
- * Metoder för bättre kvalitet**
- * Kunskap och kompetensutveckling**
- * Förebyggande arbete**
- * Tidig upptäckt av riskbruk**
- * Samverkan för smittskydd**

Förutsättning 1

Gemensam värdegrund

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

Kommunerna/stadsdelarna och landstinget har enats om en gemensam värdegrund som personalen ska utgå från vid bemötandet av den enskilde och anhöriga. Även kriminalvården har ställt sig bakom denna värdegrund.

Professionellt bemötande handlar om samspelet mellan den enskilde, de anhöriga och personalen och är avgörande för en positiv utveckling. Bemötandet ska präglas av ett professionellt förhållningssätt där den enskildes förutsättningar och behov ska stå i centrum och leda till flexibel och individuell vård. Den enskildes egen medverkan vid och ansvarstagande för vård och behandling är väsentlig för att ett gott vårdresultat ska uppnås. Personalen ska tillsammans med den enskilde och de anhöriga fokusera på och bygga vidare på det som är friskt och som fungerar. Samspelet mellan personalen och den enskilde är grunden för ett konstruktivt vård- och behandlingsförhållande och ska bygga på ömsesidig respekt för varandras kompetens och erfarenhet. Den enskilde ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de olika alternativ som finns när det gäller undersökning, vård och behandling för att kunna tillvarata sina personliga intressen. Den omsorg, vård och behandling som erbjuds ska i möjligaste mån vara evidensbaserad. De anhörigas deltagande har stor betydelse och de ska därför kontinuerligt engageras i arbetet.

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

Barnens rättigheter till livskvalitet ska komma i främsta rummet, enligt FN:s barnkonvention. Utred alltid om den enskilde har hemmavarande barn och beakta att anmälningsplikten till socialtjänsten ska fullföljas. Riskfaktorer och konsekvenser för barn till missbrukare, barn till psykiskt funktionshindrade och barn som upplevt våld i familjen ska uppmärksammas och dessa barn ska ges adekvata insatser. Barn under 18 år som själva har missbruksproblem eller är i riskzonen ska särskilt uppmärksammas.

Samverkan är allas ansvar. För att den enskildes unika behov och förutsättningar ska kunna tillgodoses måste de olika huvudmännen samordna sina insatser. Arbetet ska

präglas av en helhetssyn där den enskilde ses i sitt sammanhang. Samverkan ska ske med respekt för varandras profession. Det är viktigt att insatserna sker samtidigt så att det för den enskilde inte blir avbrott eller onödig väntan. Det finns empiriskt stöd för att samordnade insatser ger positiva resultat och därför är mest effektivt.

Kvalitetsindikatorer

- * Personalens utbildning och handledning ska innehålla kunskap och diskussion kring etik och värderingar.

Förutsättning 2

Gemensamma metoder för bättre kvalitet

Det finns ett stort behov av att bättre än idag kunna följa upp kvaliteten i kommunens och landstingets olika verksamheter. Kommunerna och landstinget har enats om att använda ett antal gemensamma metoder för att underlätta samarbetet mellan huvudmännen, garantera att vården håller hög kvalitet och blir likvärdig, oberoende av var man söker hjälp.

Samverkanöverenskommelsen klargör ansvarsgränser

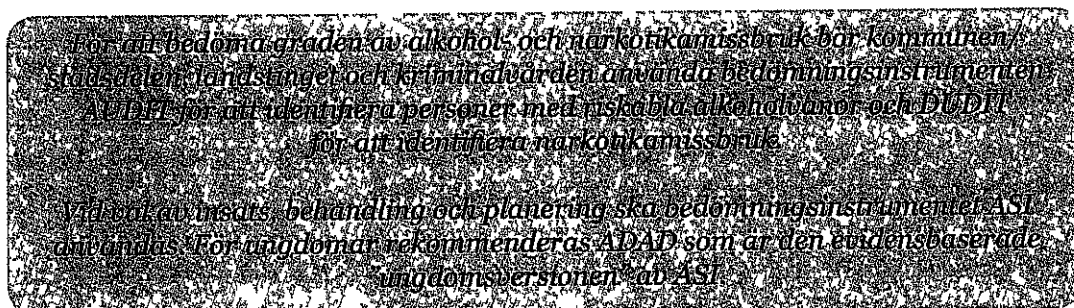
En lokal samverkansöverenskommelse ska finnas mellan socialtjänst, beroendevård, psykiatri, primärvård och kvinno vård.

Det ska finnas ett lokalt samråd i kommunen/stadsdelen där företrädare för kommunens och landstingets ledningsnivåer ingår samt företrädare för kriminalvården, se vidare avsnittet "Genomförande". Det lokala samrådet ska upprätta en samverkansöverenskommelse för förebyggande arbete, vård och behandling i enlighet med policyns intentioner. I överenskommelsen ska ansvarsområden för respektive huvudman klargöras liksom rutiner för samverkan. Det är angeläget att chefspersoner med mandat ansvarar för upprättandet av samverkansöverenskommelsen samt att denna förankras bland personalen i de olika verksamheterna, se vidare avsnittet "Lokalt samråd".

Samverkansöverenskommelsen ska:

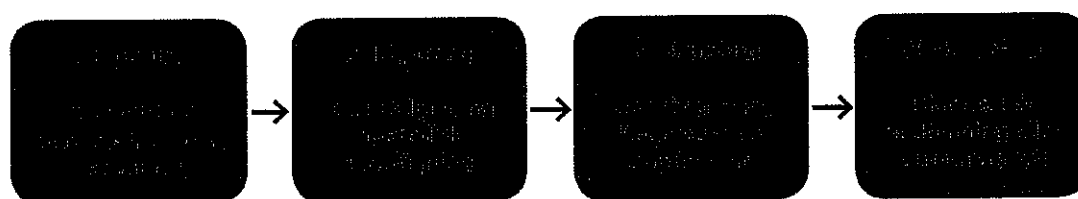
- Klargöra ansvarsgränserna inom förebyggande arbete och tidig upptäckt av missbruk samt för vård och behandling av personer med missbruk.
- Innehålla rutiner för samverkan mellan de olika aktörerna samt hur insatserna ska organiseras inom och mellan yrkesgrupper, funktioner, verksamheter och huvudmän.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

Gemensamma bedömningsinstrument ger ett samordnat underlag för beslut om åtgärder



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

Som psykologiskt test för att identifiera personer med riskabla eller skadliga alkoholkonsumtion rekommenderas att AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) används. Det är ett enkelt och snabbt screeningstest som är kvalitetssäkrat och används inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård. AUDIT finns i skriftlig form och intervjuform. Testet innehåller 10 frågor som maximalt kan ge 40 poäng. Motsvarande test för att identifiera narkotikamissbruk är DUDIT (Drug Use Disorders Identification). Utifrån resultatet av dessa test kan man göra en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara. I exemplet nedan visas hur olika poäng på AUDIT-skalan ger anledning till att diskutera olika insatser, alltifrån kort rådgivning vid låga poäng till en mer avancerad behandling vid höga poäng. När dessa överskrids rekommenderas att man går vidare i utredningen.



Innan screeningformuläret används måste man ha vunnit den enskildes förtroende, så att denne är införstådd med att formulären används i hans/hennes eget intresse. När en persons riskbruk eller missbruk identifierats är det viktigt att erbjuda effektiva åtgärder för att uppnå minskad konsumtion (1).

I vårdprocessen är det viktigt att de olika huvudmännen och vårdgivarna använder sig av samma bedömningsinstrument för att få en gemensam bild av problemen och ett bra underlag för behandlingsplanering. För val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av den enskildes situation och behov ska ASI (Addiction Severity Index) användas. ASI-intervjun ger en kartläggning av personens livssituation och problem, vilket sedan ligger till grund för bedömning av hjälpbehovet. Intervjun innehåller frågor som täcker olika livsområden av betydelse för personer med missbruk eller

beroende. ASI-intervjun ställer höga krav på intervjuaren och kräver därför utbildning. ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är en evidensbaserade ungdomsversion av ASI vars syfte är att ge bättre underlag för behandlingsplanering och möjligheter att inleda dialog med den unge om problem och behov. ADAD innehåller även frågor om skolgång och kamratungänge (1). BBIC, barns behov i centrum, är ett annat system som kan användas i kommunernas arbete med barn och unga. Systemet är tagits fram för att bättre kunna bedöma barns behov.

AUDIT, DUDIT, ASI, och ADAD är inte mönsterskyddade och får därför användas fritt. För att få använda BBIC krävs licens från socialstyrelsen.

En gemensam vårdplan ska alltid upprättas då det finns behov av insatser från flera huvudmän

Alla som får vård och behandling från flera huvudmän ska ha en gemensam skriftlig vårdplan som beskriver det gemensamma uppdraget. När det gäller barn och ungdomar ska föräldrarna vara delaktiga vid upprättandet av vårdplanen.

Vårdplanen ska upprättas med utgångspunkt från den enskildes behov av vårdinsatser och i samråd med denne och berörda huvudmän. Samtliga aktörer som ska ingå i vårdprocessen ska delta i vårdplaneringen.

Vårdplanen ska innehålla

- Vilken vårdgivare som ansvarar för de olika insatserna och vem som har samordningsansvaret.
- Den planerade hälso- och sjukvården samt socialtjänstens planering gällande boende, sysselsättning och psykosocialt stöd och vid behov samverkan med kriminalvården.
- Vårdplanen ska vara förankrad hos de vårdgivare som ska ansvara för insatserna så att vårdprocessen sker utan avbrott.
- En särskild rubrik för frågor angående eventuella barn och hur många av dessa som är hemmavarande. Frågan ska ställas till såväl män som kvinnor.
- På vilket sätt den enskilde har medverkat i vårdplaneringen. Den enskilde ska alltid godkänna och ha en kopia av vårdplanen.
- Hur föräldrarna har varit delaktiga vid upprättandet av vårdplanen och i rehabiliteringen. Gäller vid vårdplan för barn och ungdomar.
- Vem som är huvudansvarig för att vårdplanen följs upp och när detta ska ske. Vårdplanen ska följas upp kontinuerligt, utvärderas och vid behov revideras.

Kvalitetsindikatorer

- * Kommunen/stadsdelen och landstinget ska ha en gemensam lokal samverkansöverenskommelse.
- * För identifiering av riskbruk/missbruk bör AUDIT/DUDIT användas. För bedömning av insatser ska ASI användas. För ungdomar rekommenderas ADAD.
- * Vid behov av insatser från flera aktörer ska en gemensam vårdplan upprättas.
- * Barnens situation ska vara belyst i journaler och vårdplaner.

Förutsättning 3

Personalen ska ha hög kompetens

För att förverkliga policyns intentioner krävs att personalen har hög kompetens.

Höga krav på personalens kompetens

För att kunna arbeta i enlighet med policyns intentioner och socialstyrelsens nationella riktlinjer ställs höga krav på personalens kompetens. Det förutsätter goda arbetsvillkor och kontinuerlig fortbildning och handledning. Den psykosociala arbetsmiljön är särskilt viktig i organisationer där arbetet innebär möte med människor. En bra sådan arbetsmiljö innebär bland annat ett varierat arbetsinnehåll, utrymme för känslomässig avlastning och tid för att sammanfatta och reflektera kring sitt arbete (11).

All personal inom missbruks- och beroendevården ska erbjudas handledning för att utveckla och stärka den egna kompetensen. Handledningen ska vara strukturerad och genomföras för både kommunens och landstingets personal, dels gemensamt dels var för sig.

Det behövs en förstärkning av grundutbildningen när det gäller missbruks- och beroendevård för läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer och mentalskötare samt en fördjupad utbildning för de yrkesgrupper som professionellt ska arbeta med stöd och behandling av personer med alkohol- och narkotikaproblem. Dessutom behövs fortbildning för redan verksam personal samt specifika utbildningsinsatser enligt socialstyrelsens rekommendationer.

För ökad kunskap om förebyggande arbete och tidig upptäckt krävs utbildning av olika omfattning och nivå. Det bör erbjudas korta utbildningar i form av enstaka föreläsningar eller halvdagar för breda personalgrupper inom både kommunen/ stadsdelen och landstinget med syfte att orientera personalen om utvecklingen på området och betydelsen av förebyggande insatser. På nästa nivå kan mer omfattande kurser erbjudas i syfte att förmedla såväl teoretiska grunder som praktisk färdighetsträning. Målet ska vara att personalen ska kunna identifiera riskbruk, ge kort rådgivning och genomföra motiverande samtal.

Gemensam utbildning och kompetensutveckling

Det regionala samrådet är en viktig aktör och ansvarar för att initiera utbildning och kompetensutveckling, se avsnittet "Genomförande". Ledningarna i kommunen/ stadsdelen och landstinget är ansvariga för att utbildning och kompetensutvecklingen

genomförs. Huvudmännen måste samverka så att kompetensutvecklingen har hög kvalitet med såväl medicinskt, psykologiskt som socialt perspektiv. Arbetet bör inledas med lokala kunskapsinventeringar för att kartlägga behoven. Viktiga utgångspunkter är socialstyrelsens nationella riktlinjer och de kvalitetsindikatorer som beskrivs i denna policy. Sveriges kommuner och landstinget, SKL, arbetar med att ta fram underlag för ett kunskapscentrum på nationell nivå med uppdrag att bland annat ta fram och utveckla utbildning för personal inom missbruks- och beroendevården. Samverkan ska även ske med universitet, högskolor och socialstyrelsen. En viktig aktör för den lokala utvecklingen och förankringen är de lokala FoU-verksamheterna.

Delar av utbildningen bör genomföras gemensamt i tvärgrupper så att både chefer och personal inom kommunen/stadsdelen, landstinget och kriminalvården deltar samtidigt. Det ger ökad kunskap och förståelse såväl inom som mellan kommunen/stadsdelen, landstinget och kriminalvården när det gäller ansvarsområden, uppdrag och begrepp. Syftet är att personal och chefer ges möjlighet att lära av varandra för att få ökad respekt och förståelse för varandras kunskaper och uppdrag, så att de olika yrkesgrupperna "talar samma språk". Chefsgruppen är mycket betydelsefull eftersom den leder förändringsprocessen när det gäller att ta in och använda ny kunskap, implementera nya arbetssätt och se till att de arbetssätt och metoder som används följs upp och utvärderas.

Kvalitetsindikatorer

- * personalen har adekvat utbildning
- * personalen får kontinuerlig kompetensutveckling och handledning
- * varje verksamhet har ett kompetensutvecklingsprogram
- * utbildning genomförs av de båda huvudmännen gemensamt

Förutsättning 4

Långsiktigt förebyggande arbete är avgörande

Ett effektivt och strukturerat förebyggande arbete kräver att den politiska ledningen hos kommunen, stadsdelen respektive landstinget arbetar ut en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan.

Både kommunen/stadsdelen och landstinget ska verka för en god hälsa hos länets befolkning. Det innebär att båda huvudmännen måste arbeta med förebyggande insatser som en del av folkhälsoarbetet. De förebyggande insatserna bör värderas högre än de görs idag. Ett framgångsrikt förebyggande arbete förutsätter ett långsiktigt perspektiv och samverkan mellan huvudmännen. Kommunen/ stadsdelen och landstinget måste satsa resurser idag för att förebygga problem som annars blir synliga i framtiden. Resultaten syns inte direkt men konsekvenserna kan bli mycket höga på sikt såväl för individen som för samhällsekonomin om tidiga insatser uteblir (14).

Med förebyggande arbete avses här alla de insatser som vidtas innan ett riskbeteende eller en skada uppstått. Kunskapen om vilka åtgärder som fungerar inom det förebyggande arbetet ökar. Avgörande för utformningen av förebyggande åtgärder är att det finns kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer för ohälsa som finns och hur dessa kan motverkas respektive främjas. Exempel på riskfaktorer på samhällsnivå är lättillgänglig alkohol och narkotika. På individ och grupp-nivå är skol- och utanförskap och dålig föräldrakontakt riskfaktorer. Exempel på skyddsfaktorer är tillgänglig information om skadliga alkoholvanor, fungerande familjeförhållanden och deltagande i goda fritidsaktiviteter. Preventionsforskningen visar att ju fler risk- och skyddsfaktorer på individ-, grupp- och samhällsnivå som kan påverkas desto större blir den förebyggande effekten (15).

Framgångsfaktorer för förebyggande insatser

- långsiktig samverkan mellan flera parter, såsom föräldrar, förskola, skola, fritidsverksamhet, ungdomsmottagning, socialtjänst, äldreomsorg, primärvård, psykiatri, polis, arbetsgivare och intresseföreningar
- en samordningsfunktion för det drogpreventiva arbetet inom kommunen/stadsdelen som samverkar med landstinget och andra aktörer
- kunskap om risk- och skyddsfaktorer hos båda huvudmännen
- den politiska ledningen hos kommunen/stadsdelen respektive landstinget arbetar fram en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan
- både kommunen/stadsdelen och landstinget inkluderar alkohol och andra droger

som riskfaktorer för ohälsa på samma sätt som ohälsosamma matvanor, tobak eller brist på fysisk aktivitet

- använda vetenskapligt beprövade/utvärderade arbetsmetoder
- långsiktiga insatser

Det finns omfattande information om förebyggande arbete från både statlig och regional nivå, t ex Folkhälsoinstitutet, Centrum för folkhälsa, Länsstyrelsen, STAD- Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem och Precens - Stockholms stads enhet för folkhälsoarbete och drogprevention, se länktips i referenslistan.

Alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan

Kommunen/stadsdelen respektive landstinget ska utarbeta en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan som innehåller tydliga mål för de förebyggande insatserna. Handlingsplanen ska utgå från de risk- och skyddsfaktorer för alkohol- och narkotikaproblem som finns och hur de kan motverkas respektive främjas. Målen ska vara mätbara, baseras på en lokal kartläggning och följas upp regelbundet. De förebyggande insatserna ska vara förvaltnings- och verksamhetsövergripande. De delar i den alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanen som berör samverkan mellan kommunen/stadsdelen och landstinget ska utarbetas i samverkan och beslutas på respektive ledningsnivå.

En övergripande alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan i kommunen/stadsdelen och landstinget är en förutsättning för att preventionsarbetet i de lokala verksamheterna ska uppfattas som både relevant och legitimt. Handlingsplanen ska förankras hos personalen i verksamheterna. Målen ska formuleras så att de lokala verksamheterna kan anpassa dem till egna rutiner för förebyggande arbete och tidig upptäckt (16).

Alkohol- och drogpreventionsarbetet ska samordnas i kommunen

För att kommunen/stadsdelens förebyggande arbete ska bli effektivt och motiverat krävs att alla förvaltnings- och verksamhetsområden samordnas och bedrivs långsiktigt.

För att kommunens/stadsdelens alkohol- och drogpreventionsarbete ska bli framgångsrikt krävs att alla förvaltningar involveras och att det finns en strukturerad samverkan med andra myndigheter, organisationer och företag. Detta ställer krav på samordning och därför behövs en samordningsfunktion inom kommunen/stadsdelen som har uppdraget att utveckla och mobilisera det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet som en del i kommunens/stadsdelens övriga folkhälsoarbete (17).

Tillgänglighet av alkohol

Kommunen ska utarbeta riktlinjer för samordningstillstånd. De bör innehålla kriterier för tillstånd, samordningstillstånd och metoder för ansvarfull alkoholsälkning.

Kommunen ska öka den interna samordningen mellan det förebyggande arbetet och tillsynen.

Tillgängligheten till alkohol har ökat kraftigt i Sverige under senare år, vilket bland annat lett till ökande alkoholkonsumtion. Forskning kring prevention visar att den faktor som har störst effekt på alkoholkonsumtionen är insatser för att begränsa tillgängligheten av alkohol. Därför är det viktigt att kommunen samordnar arbetet inom det förebyggande arbetet med tillsynen av ansvarsfull alkoholservice.

För att begränsa tillgängligheten ska kommunen utarbeta riktlinjer för serveringstillstånd och tillsyn. Dessa kan arbetas in i den lokala alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanen. I samband med att kommunen beviljar serveringstillstånd ska krogägare och personal erbjudas utbildning i ansvarsfull alkoholservice. Syftet är att minska våld och skador relaterade till alkoholkonsumtion och droger och att utveckla en restaurangkultur som motverkar överservice och service till underåriga.

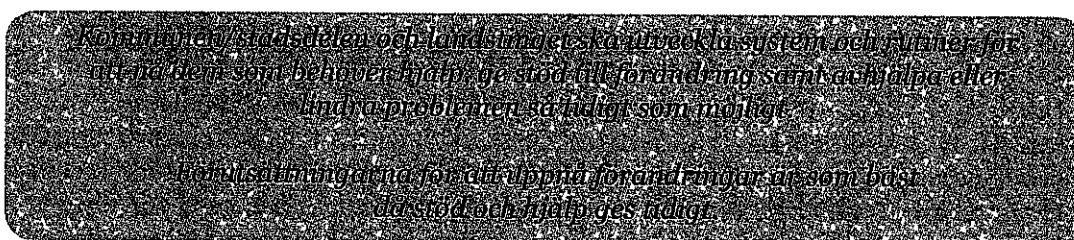
Det är dock viktigt att vara medveten om att den illegala tillgängligheten utgör en stor del av den alkohol som konsumeras. Detta är i huvudsak polisens ansvarsområde och handlar om vidareförsäljning av lagligt inhandlad alkohol och hembränning och liknande liksom all försäljning till underåriga. För att effektivt bekämpa den illegala alkoholen är polisen beroende av ett gott samarbete med såväl kommunen som landstinget (18, 19).

Kvalitetsindikatorer

- * det finns en alkohol- och narkotikapolitisk handlingsplan i kommunen/stadsdelen samt i landstinget
- * kommunen erbjuder all krogpersonal kunskapsbaserad utbildning i ansvarsfull alkoholservice

Förutsättning 5

Riskbruk ska upptäckas tidigt



En genomgående tanke i lagstiftningen är att både kommunen/stadsdelen och landsbygden ska arbeta med att tidigt upptäcka riskbeteende, riskabelt bruk av alkohol och bruk av narkotika. Individens och samhällets kostnader vid långvarig risk- och intensivkonsumtion av alkohol samt av bruk av narkotika blir stora om problemen inte förebyggs och motverkas i ett tidigt skede.

Var upptäckten kan ske

Tidig upptäckt innebär att vidta åtgärder innan ett riskbeteende eller ett missbruk etablerats. Den stora utmaningen är att upptäcka problemen hos individer som kanske inte primärt söker socialtjänst eller hälso- och sjukvården på grund av alkohol- eller narkotikaproblem. Det är därför viktigt att identifiera riskmiljöer och riskgrupper för att få kontakt med dem som behöver hjälp (1). För att upptäcka risk- eller överkonsumtion av alkohol och droger hos personer med kognitiva funktionshinder och utvecklingsstörning krävs särskild kunskap och ansträngning för att motivera till vård och behandling.

Det krävs tydliga samverkansrutiner såväl inom respektive verksamhet, förvaltning och myndighet som mellan dessa för att få kontakt med personer med skadliga alkoholvanor och narkotikaproblem. Det krävs ett långsiktigt och uthålligt perspektiv för att kunna se en positiv utveckling hos den enskilde. Diskussionen om alkoholvanor ska ses som en del av en allmän diskussion om levnadsvanor. Budskapet till såväl patienter, klienter, ungdomar, elever som personal är att hög alkoholkonsumtion är en riskfaktor för ohälsa på samma sätt som rökning eller olämplig kost (20).

Hur upptäckten kan ske	Var kontaktytorna kan finnas
Personen själv söker hjälp	Individ och familjeomsorg (barn- och familj/ ungdom, vuxen/missbruk, försörjningsstods-enhet), kommunens socialpsykiatri, beroendevård, psykiatri, primärvård, akutsjukvård, elevhalsa, studenthalsa, ungdomsmottagning
Identifiera riskmiljöer, riskgrupper och riskbeteenden och få kontakt med personer som behöver hjälp.	Fritidsverksamhet, faltarbeta, skola, elevhalsa, familjecentral, hemtjänst, handikappomsorg, äldreomsorg, ungdomsmottagning, primärvård, polis, företagshälsovård, arbetsplatsen, universitet, studenthalsa, frivilliga organisationer, idrottsföreningar
Personer söker socialtjänst eller hälso- och sjukvård av helt andra orsaker men där man kan misstänka att ett alkohol- eller narkotikaproblem bidrar till den totala problemsituationen.	Socialtjänst, primärvård, akutsjukvård, psykiatri, elevhalsa, studenthalsa, ungdomsmottagning, familjecentral, företagshälsovård
Personer dömda till kriminalvårdspåföljd. Missbruket upptacks antingen i samband med personutredning vid misstänkt brott eller i samband med verkställande av kriminalvårdspåföljd.	Frivård, hakte eller fängelse

Kommunen

Kommunen/stadsdelen har ansvar för att bedriva uppsökande arbete riktat till såväl ungdomar som vuxna. Det uppsökande arbetet måste organiseras och utformas utifrån lokala behov och förutsättningar och ska ske i samverkan inom kommunen och med andra aktörer såsom hälso- och sjukvård, hyresvärdar, närpolis och föreningsliv. Personalen inom kommunen/stadsdelen, framförallt inom socialtjänsten, äldreomsorgen och skol- och fritidsverksamheten ska ha kunskap om riskbruk- och missbruksbeteende och veta när och hur de vid behov ska kunna hänvisa vidare. Socialtjänsten ska ha rutiner för att regelbundet och strukturerat identifiera risk- och missbruk. Screening-instrumenten AUDIT/DUDIT rekommenderas.

Landstinget

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

Primärvården

Personalen ska arbeta med tidig upptäckt av riskabel alkoholkonsumtion och narkotikabruk och vid behov ge kort rådgivning och motiverande samtal.

Husläkarmottagningarna ska ha rutiner för och arbeta med att förbättra hälsoläget genom förebyggande vård och tidigt insätta hälso- och sjukvårdsinsatser på individ-

nivå. AUDIT/DUDIT är lämpliga och kvalitetssäkrade instrument för att identifiera riskkonsumtion av alkohol respektive narkotikabruk och bör därför användas inom såväl husläkarmottagningarna som mödrhälsovården och barnhälsovården. Då riskkonsumtion identifierats ska den enskilde få kort rådgivning i syfte att öka sin självreflektion och motivation att förändra sitt drogbruk. En framgångsrik modell är att läkarna, efter att ha identifierat riskabel alkoholkonsumtion/drogbruk, hänvisar till en specialutbildad sjuksköterska eller motsvarande på mottagningen som genomför provtagning, kort rådgivning, motiverande samtal och uppföljning. En sjuksköterska med specialistkompetens inom beroendevård ska fungera som länk mellan primärvården och den specialiserade beroendevården. Vid komplicerat alkoholberoende/missbruk (med misstanke om blandmissbruk, kriminalitet, psykosocial problematik mm) och vid narkotikabruk ska det finnas rutiner för en tydlig och smidig överföring av den enskilde till den specialiserade beroendevården. Vid behov ska även samverka med socialtjänsten och/eller kriminalvården ske (11).

Akutsjukhusen

Frågor till konsultation i missbruksfrågor ska finnas på alla akutsjukhus. All personal inom akutsjukvård ska ha kunskap om beroendesjukdomar.

Det råder en översjuklighet när det gäller somatiska besvär hos personer med missbruk. Det finns därför anledning att fokusera på samverka med de somatiska sjukhusen. I akutsjukhusens uppdrag bör förtydligas att de har ansvar för tidig upptäckt av missbruk. Personal som arbetar med akutsjukvård ska ha kunskap om beroendesjukdomar samt ha ansvar för att informera patienterna om skadeverkningarna av missbruk och beroende. På akutsjukhusen ska även finnas en beroendekonsult som dels bedriver konsultverksamhet gentemot olika somatiska kliniker, dels har ett integrerat samarbete avseende infektionssjuka narkomaner, smärtgrupper och läkemedelsberoende. I dagsläget finns en sådan verksamhet vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge. Det är angeläget att utveckla liknande konsultverksamhet på övriga akutsjukhus.

Mer om riskbruk finns i del III, under de olika riktlinjerna i policyn.

Kvalitetsindikatorer

- * det finns rutiner för samverka vid tidig upptäckt såväl inom kommunen och landstinget som mellan huvudmännen
- * personalen använder metoder för identifiering av riskbruk
- * personalen använder metoderna kort rådgivning och motiverande samtal

Förutsättning 6

Samverkan och kunskap om smittskydd

Det finns ett stort behov av metodutveckling och information och råd till personal, de så kallade smittskyddsläkarna, om infektionssjukdomar hos personer som använder narkotika. Det är angeläget att utveckla ett nära samarbete mellan beroendevård och infektionssjukvård, socialtjänst och kriminalvård för att skapa fungerande rutiner för hur smittspridning kan förhindras.

Information och rådgivning om smittspridning av infektionssjukdomar är viktiga inslag i preventions- och behandlingsarbetet för såväl ungdomar i riskzonen som för dem med etablerat missbruk. Landstingets smittskyddsläkare har ansvar för att planera, leda och organisera smittskyddsarbetet i länet. Det är viktigt att all personal inom socialtjänst, beroendevård, ungdomsmottagningar, övrig sjukvård och kriminalvård som arbetar med ungdomar och vuxna med missbruk/beroende har goda kunskaper om infektionssjukdomar för att kunna informera om riskerna för smittspridning och sjukdom. Det är också viktigt att personal inom berörda verksamheter genom egen-skydd och goda hygienrutiner aktivt verkar för minskad smittspridning.

Substitutionsbehandling vid heroinberoende och farmakologisk behandling vid amfetaminberoende kan minska smittspridningen. Denna behandling sker alltid i samarbete mellan socialtjänst och beroendevård.

Hiv och aids

Hiv-infektion förekommer bland personer som injicerar narkotika. I Stockholm har på senare tid en ökning skett, 44 nya fall rapporterades under år 2007 (21). Smittö-
verföring sker såväl vid sprutdelning som vid oskyddad sexuell kontakt. När en person diagnostiserats för hiv är ett nära samarbete mellan beroendevård, infektionssjukvård, socialtjänst och kriminalvård, med den enskilde i centrum, väsentligt. Samarbetet ska syfta till att minska risken för vidare smittspridning samt stödja personen socialt t ex när det gäller boendet.

Hepatit B och C

Smittö-
verföring av HBV (hepatit B virus) sker både via sprutor och oskyddat sexuellt umgänge. Antalet fall av akut hepatit B bland personer som injicerar narkotika i Stockholm har minskat under de senaste åren, under år 2006 rapporterades 8 fall (22). Hepatit B-vaccination är gratis och genomförs på många mottagningar samt inom beroendevård och kriminalvård. De flesta av dem som injicerar narkotika har en HCV infektion (hepatit C virus) och trots en viss minskning rapporterades 212 fall under år 2006 (22). Smittö-
verföring sker inte enbart vid sprutdelning utan även vid delning av annan injektionsutrustning (filter, sked, kokare och droglösning). Cirka hälften smit-

tas under det första året efter injektionsdebut. En satsning på tidig information och prevention inom denna grupp är viktigt eftersom cirka 20 procent av personerna med hepatit C efter ett antal år utvecklar skrumplever med ökad risk för levercancer vilket leder till omfattande vårdbehov.

Frågan om sprututbyte har diskuterats på olika nivåer under en följd av år och utgör en narkotikapolitisk fråga som numera kan initieras på landstingets nivå i samarbete med primärkommunerna efter ansökan till och medgivande av socialstyrelsen.

Egenskydd och hygien

All personal, oavsett huvudman, som arbetar med personer med missbruks/beroendeproblem måste skydda sig själva från att bli smittade och att inte föra smitta vidare mellan patienter/klienter. Den vanligaste smittvägen i vård och omsorg är indirekt kontaktsmitta via personalens händer och kläder. Det gäller därför att tillämpa goda rutiner i samband med provtagning, behandling, omvårdnad och närkontakt med den enskilde.

Beroende- och infektionssjukvården har genom ett tydligt regelverk och av tradition klara rutiner för hur man förhindrar smittspridning och hur man skyddar sig själv mot smitta. Sjukvårdens kunskap och regelverk bör vara normbildande för hur man skapar goda rutiner för hygien och smittskydd i gemensamma verksamheter. Även kriminalvården är en viktig samverkanspart vid smittspårning, information och provtagning.

Kvalitetsindikatorer

- * all personal inom kommunen/stadsdelen och landstinget erbjuds utbildning i smittskydd och hygien
- * rutiner för smittskydd och hygien finns och tillämpas i alla verksamheter som vänder sig till personer med missbruks/beroendeproblem
- * personer med missbruk/beroende får information och rådgivning om riskerna för smittspridning
- * personer med missbruk/beroende erbjuds regelbunden testning av hiv, hepatit B och hepatit C
- * personer med hepatit C och missbruk/beroende erbjuds behandling
- * injektionsmissbrukare och deras partners erbjuds gratis vaccination mot hepatit B (och ev. hepatit A).
- * kvinnor erbjuds gynekologisk undersökning samt information om förebyggande åtgärder
- * personer med missbruk/beroende erbjuds provtagning av STI (Sexuellt överförda infektioner, klamydia, gonorré)

Del III

Riktlinjer för målgrupperna:

- * Män, kvinnor och missbruk**
- * Gravida med risk- och missbruk**
- * Barn till föräldrar med missbruk**
- * Ungdomar och unga vuxna med risk- och missbruk**
- * Personer med komplexa vårdbehov**
- * Personer med opiatberoende**
- * Hemlösa med missbruk**

Riktlinje 1

Män, kvinnor och missbruk

Personer från kommunen, stadsdelen och landsbygdska kommuner om skillnader i genus och andra kulturer

Genusperspektiv

I vår kultur är mäns drickande mer socialt accepterat än kvinnors, vilket bland annat medför att kvinnor skam- och skuldbeläggs för sitt drickande mer än männen. Kvinnor söker i mindre utsträckning hjälp för sina alkoholproblem. De söker i stället vård för somatiska och psykiatriska åkommor, vilket gör att kvinnor får hjälp för sina missbruksproblem senare i förloppet än männen (11).

Det är stora skillnader mellan mäns och kvinnors missbruk och beroende av alkohol och andra droger. Alkoholmissbruk är cirka tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor. Männens dominans i behandling av missbruk är ca 70 procent och skadliga alkoholvanor är särskilt vanliga bland 20-24-åriga män (11). Eftersom kvinnor är i minoritet i både behandling och forskning så har traditionellt missbrukarvården varit manligt fokuserad. En viktig aspekt är de biologiska skillnader som finns mellan män och kvinnor. Studier visar att kvinnor är biologiskt känsligare för alkohol och narkotika än män och att fysiska skador inträder fortare hos kvinnor.

En individualiserad behandling utifrån den enskildes behov och förutsättningar är av central betydelse såväl medicinskt som socialt. Det finns stora individuella skillnader ifråga om behov som man bör ta hänsyn till vid vård och behandling av kvinnor respektive män med missbruksproblematik. Personer med missbruk kan även bära med sig trauman av olika slag, som kan orsaka komplexa vårdbehov. Det är inte bara skillnader mellan könen som bör beaktas, utan grundsynen ska vara en individualiserad vård som ges på lika villkor. I behandlingsarbetet ska även anhöriga till personer med missbruk vara välkomna att delta. Dessa har ofta en mycket viktig roll i behandlingen.

Utvecklingsområde

I Stockholms län finns behov av fler vårdmiljöer inom öppen och sluten missbruksvård med ett medvetet genusperspektiv. Den specialiserade beroendevården bör i samverkan med socialtjänsten arbeta för att fler vårdmiljöer med förstärkt kunskap om kvinnors och mäns olika utgångspunkter och behov skapas.

Etnicitet

Vid sidan av att framhålla jämställdhet mellan män och kvinnor i de insatser som görs måste hänsyn tas till att det i dagens Sverige lever människor från många olika kulturer med vitt skilda vanor och traditioner inom alkohol- och narkotikaområdet. Cirka 12 procent av befolkningen i hela landet är utrikes födda. I Stockholms län är andelen utrikes födda cirka 18 procent, enligt SCB (2006). Problembilden kan skilja sig markant mellan olika grupper. Innan man söker förklaringar till sociala problem i etnicitet eller kulturella skillnader bör man söka svar i generella levnadsförhållanden för dessa grupper av människor (23). Vissa grupper med utländsk bakgrund har sämre villkor när det gäller hälsa, arbete, ekonomi och boende. Segregering, utanförskap och marginalisering utgör för många personer vanliga inslag (24). Den senaste mönstringsundersökningen inför värnplikten visar att utlandsfödda ungdomar och de med utlandsfödd förälder har mindre omfattande alkoholvanor än svenskfödda ungdomar. Något större andel ungdomar med utländsk bakgrund (16 %) hade däremot prövat narkotika jämfört med ungdomar med svenska föräldrar (12 %) (8).

Begrepp som "hälsa/ohälsa", "normalitet/abnormalitet" och "moral" är kulturellrelaterade och kan ha olika betydelser i skilda kulturer, vilket kan innebära att sjukdom och sättet att som sjuk bli bemött beror på kulturella föreställningar som hör ihop med ett visst sjukdomstillstånd. Risken för att en individ skam- och skuldbeläggs ökar om man har en sjukdom som enligt kulturen är självförvållad. Den enskilde måste därför ses i sitt kulturella sammanhang och ur ett genusperspektiv. Först då blir den enskildes erfarenheter och upplevelser betraktade på deras egna villkor (25).

Alkoholproblem hos äldre

Begreppet "äldre" används idag för personer över 65 år. I och med att befolkningen lever längre än tidigare används numera begreppet "äldre-äldre" för att beskriva gruppen över 80 år. Att vara äldre eller äldre-äldre innebär i sig varken somatisk eller psykiatrisk ohälsa och begreppet omfattar både den friska autonoma personen och den utsatta bräckliga multisjuka som använder många olika läkemedel. Med åldrandet förändras kroppens förmåga att hantera en given mängd alkohol så att en man i 70-årsåldern kan ha 20-30 procent högre blodalkoholhalt än en 35-åring vid samma intag mängd alkohol. Hos kvinnor kan skillnaden vara ännu större. Undersökningar har visat att vid lika blodalkoholhalt uppvisar en äldre person sämre kognitiv förmåga än yngre. Vid en behandlingskontakt är det viktigt att informera om konsekvenser av alkoholintag för äldre och äldre-äldre. Behandlingen av alkoholproblem hos äldre skiljer sig inte från behandlingen av yngre (11). I Folkhälsorapporten från 2007 framgår att andelen riskkonsumenter bland personer 65 år och äldre ökade kraftigt under åren 2002-2006, se avsnittet "Bakgrund". Det är angeläget att man inom primärvården är särskilt uppmärksam på alkoholkonsumtionen bland äldre och då informerar om de förhöjda riskerna med alkohol för äldre.

Suicidrisken

Bland de personer med missbruk som dör i suicid dominerar alkohol som missbruksmedel. Både i den akuta alkoholförgiftningen och i abstinensen finns ökad risk för suicidförsök. Risken är störst under pågående missbruk, inte under nyktra faser. Ju större mängd alkohol som konsumeras desto större är suicidrisken. En person, som gör ett suicidförsök eller överväger suicid kommunicerar ofta detta till närstående (11). Det är angeläget att vården använder beprövade metoder för att kunna göra suicidriskbedömning.

Våld mot kvinnor

Forskningen visar på starka samband mellan alkohol och våld. 80 procent av misshandelsfallen i Sverige sker i samband med alkoholkonsumtion (26). Över hela världen finns ett samband mellan manlig berusning och våld mot kvinnor. Det betyder inte att alla män som slår sin partner eller andra kvinnor är missbrukare eller att de druckit vid misshandelstillfället. Alkoholen löser upp vissa spärrar mot att använda våld mot kvinnor. Alkoholen gör också att männen som slår gör det oftare och med större brutalitet. Då man hittar ett samband mellan alkohol och våld finns olika teorier om vad det kan bero på. Tidigare ansåg forskare att det var alkoholens rent fysiska effekter som gjorde folk aggressiva. Numera säger experter att det inte stämmer. Alkoholen kan öka individens benägenhet att använda våld, men på ett indirekt sätt. Det finns även psykologiska, sociala och genetiska faktorer som samverkar med varandra (27).

Den 1 juli 2007 skärptes socialtjänstlagen för att tydliggöra kommunens/stadsdelens ansvar att ge stöd och hjälp till brottsoffer. Ändringen innebär bland annat att kommunen/stadsdelen särskilt ska beakta att våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld kan vara i behov av stöd och hjälp. En framgångsrik metod för att upptäcka förekomst av våldutsatthet är att socialtjänst och primärvård skapar rutiner så att den enskilde får frågan om sin personliga erfarenhet av våld vid övriga frågor om hälsa, kostvanor, tobak och alkohol (28).

Anhöriga behöver stöd

Anhöriga har en viktig stödjande roll i behandling av personer med alkoholproblem, men anhöriga kan själva behöva stöd för att orka med. Det är inte ovanligt att den som lever många år med en person som har alkoholproblem försöker skydda vederbörande och dölja familjens problem för omvärlden. Familjebehandling är en viktig och verksam behandlingsstrategi vid missbruk och beroende. Beroendecentrum Stockholms mottagningar och Maria beroendecentrum har Anhörigskola som erbjuder kurser och enskilda samtal för personer över 20 år. Kommunen/ stadsdelen och barn- och ungdomspsykiatri, BUP ska erbjuda samtalsgrupper för barn och ungdomar som har föräldrar som missbrukar alkohol (27). Det finns dessutom flera olika stödföreningar som arbetar med alkoholberoende personer och deras familjer.

Kvalitetsindikatorer

- * rutiner och metoder finns för våldsrisk- och suicidriskbedömningar
- * personalen erbjuds utbildning kring genus och etnicitet
- * tillgång till anhörigutbildning finns
- * tillgång till familjebehandling finns

Riktlinje 2

Insatser för gravida ska fokusera på det blivande barnet

Genomsnittsåldern för förstföderskor stiger medan alkoholdebuten kommer allt tidigare. Detta innebär att de flesta kvinnor har etablerade alkoholvanor när de blir gravida med sitt första barn. Detta faktum gör det mycket angeläget att så tidigt som möjligt i graviditeten identifiera kvinnor som har ett riskbruk för att erbjuda adekvat hjälp, samt ge samtliga kvinnor/par adekvat alkoholinformation. Mödravårdscentrallen har den centrala rollen i detta arbete eftersom nästan alla gravida kvinnor söker sig dit för kontroll och information. Alla barnmorskor ska därför genomgå utbildning för att kunna ställa frågor om alkoholvanor och andra droger, informera om riskerna och motivera till förändring (11).

Personalen på mödravårdscentrallen ska informera båda föräldrarna om risker med alkohol och andra droger i samband med graviditet.

Det behövs samarbete som upptäcker att en gravid kvinna har missbruk/beroende. Detta ska göras i samarbete med kvinnovårdsenheten, den specialiserade beroendevården och socialtjänsten för vidare utredning och bedömning av hjälpbehovet.

Riskbruk

Mödravårdsenheten, MVC, ska rekommendera samtliga kvinnor en alkohol- och drogfri graviditet eftersom det inte finns någon konsumtionsnivå som är säker och utan risk för barnet. Det är viktigt att denna information ges så tidigt som möjligt och målet är att det sker redan före graviditetsvecka 12. För att identifiera riskbruk/ missbruk bör AUDIT/DUDIT användas. MVC ska även ge ökat stöd till båda föräldrarna i deras föräldraskap, till exempel genom föräldrautbildningar och vid behov i kombination med rådgivning och motiverande samtal.

Missbruk

När det gäller gravida kvinnor med missbruk är det i första hand fostret och det blivande barnet som måste skyddas. I behandling av dessa kvinnor behövs ett strukturerat och långsiktigt samarbete mellan olika aktörer. Graviditeten innebär i allmänhet en temporär minskning av missbruket och utgör ett bra tillfälle för motivations- och behandlingsarbete.

Mödravårdscentralerna har en viktig roll i att uppmärksamma missbruk hos båda blivande föräldrarna med de kan inte erbjuda vård till de som har mer omfattande problematik utan måste då hänvisa till specialiserad beroendevård. Det är viktigt att personalen har kunskap om de lokala och regionala verksamheter som finns att tillgå (26). Sekretesslagen (14 kap. 2 § sista stycket) hindrar inte att uppgifter om en gravid kvinna eller närstående till henne lämnas från en socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdsmyndighet till annan sådan myndighet om det behövs för att skydda det väntande barnet.

Det är viktigt att erbjuda olika typer av socialt stöd till gravida kvinnor med missbruk som komplement till behandlingsinsatser, både under och framförallt efter graviditeten. Den involverade partners alkohol- och narkotikavanor ska också uppmärksammas eftersom det har ett avgörande inflytande på den blivande moderns missbruk. Verksamheterna ska även ha skriftliga rutiner som klargör hur uppföljningen av barn som exponerats för alkohol eller droger under fosterlivet ska ske och vem som har ansvaret för detta.

Utvecklingsområde

Särskilda resurser för gravida med missbruk och psykisk störning

Kvinnor med psykisk problematik återfaller ofta i missbruk under första året efter förlossningen. En mer fokuserad satsning på effektiv omvårdnad och behandling under längre tid skulle troligen öka möjligheten för dessa kvinnor att klara sin drogfrihet och ge barnet en bättre uppväxtmiljö. Ett aktivt uppsökande och upprätthållande av kontakt och behandling för dessa kvinnor är särskilt angeläget. Det finns behov av att utveckla kompetens och metoder för behandling av gravida kvinnor med missbruk och psykisk störning. I den verksamhet som arbetar med dessa kvinnor bör finnas tillgång till en samlad kompetens från MVC, BVC, psykiatri, beroendevård och socialtjänst för att kunna ge familjen samordnade insatser från olika aktörer. Insatserna ska ges under en lång tidsperiod för att förhindra återfall i missbruk och ge modern hjälp att knyta an till det nyfödda barnet.

Kvalitetsindikatorer

- * information om riskerna med risk-/ missbruk ges till blivande föräldrar
- * personalen använder beprövade metoder för identifiering av risk-/missbruk
- * personalen använder metoderna kort rådgivning och motiverande samtal
- * kunskapsbaserad föräldrautbildning erbjuds
- * kvinnor med missbruk och deras barn följs upp efter förlossningen

Riktlinje 3

Barn till föräldrar med missbruk måste uppmärksammas tidigt

Barn i familjer med missbruk har betydligt större risk att själva utveckla olika typer av problem än andra barn. Plågan är utbredd till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa ska jobbas. Anmälningsplikten gäller all personal som kommer i kontakt med barn.

Det är viktigt att öka kunskapen om livsvillkoren för barn som lever med missbrukande föräldrar och värna om deras rätt till en god livskvalitet oavsett föräldrarnas problem. Barn till missbrukande föräldrar finns i alla samhällsklasser och miljöer. Barn i dessa familjer har en betydligt större risk för att själva utveckla olika typer av problem än andra barn och dessa barn uppmärksammas i allmänhet alldeles för sent. Utbildningsinsatser ska erbjudas personal inom kommunen/ stadsdelen och landstinget som arbetar med barn i form av basutbildning samt specialistutbildning. Syftet är att personalen ska kunna föra samtal med föräldrarna om livsstilsfrågor med tonvikt på alkohol och droger.

Socialtjänsten

Socialtjänstens arbete ska präglas av helhetssyn där hela barnets sammanhang uppmärksammas för att insatserna som ges ska ha möjlighet att förändra barnets livssituation.

Socialtjänsten ska vara utåtriktad och tillgänglig för de verksamheter där barn vistas. Genom att etablera samverkan mellan exempelvis förskola, skola, ungdomsmottagning, BVC och BUP kan socialtjänsten verka för att samarbetet mellan verksamheterna underlättas. Det kan bidra till att socialtjänsten blir kontaktad i ett tidigt skede när oro för ett barn föreligger (26). Socialtjänsten har ansvar för att samordna insatser från andra aktörer. Rutiner för detta ska finnas dokumenterade i den lokala samverkansöverenskommelsen. Dessa rutiner ska komplettera det samarbete som finns kring barn med särskilda behov i BUS-policyn (12). Socialtjänsten ska vidare utveckla och erbjuda insatser till barn med föräldrar som missbrukar i form av exempelvis stödgrupper. Förutom detta kan barnet ha behov av annan hjälp eller stöd såsom kris-samtal, insatser från BUP och kontaktfamilj. En viktig insats är att även ge stöd till föräldrarna i form kunskapsbaserad föräldrautbildning, vid behov i kombination med motiverande samtal. Även landstingets specialiserade beroendevård ska arbeta med evidensbaserad familjebehandling som ger stöd åt både föräldrar och barn.

Barnvårdscentralerna, BVC

BVC ska ge föräldrarna information om misskända alkoholvanor samt hur detta påverkar förmågan att ta hand om sitt barn.

Målet med barnhälsovårdens drogpreventiva arbete är att uppmuntra föräldrar att tänka igenom och ta ställning till hur deras alkoholvanor påverkar barnet samt riskerna med att använda narkotika. Båda föräldrarna ska uppmärksammas och ges stöd genom information och föräldrautbildning i livsstilsfrågor där alkohol och narkotika, rökning, mat, hälsa och motion ingår. Personalen ska uppmuntra till diskussion och reflektion kring hur alkoholen påverkar förmågan att sköta om sitt barn. Särskilt ska föräldrar som vanligen inte deltar på informationsmöten och kurser få stöd och uppmuntras att delta.

Kvalitetsindikatorer

- * rutiner finns för att uppmärksamma utsatta barn
- * barn till föräldrar med missbruk erbjuds insatser exempelvis i form av stödgrupper
- * föräldrar erbjuds kunskapsbaserad föräldrastöd/-utbildning

Riktlinje 4

Förhindra missbruk bland unga

*Målsättningen är att verka för att unga får en alkoholfri uppväxt och att alkoholdebuten skjuts upp.
Kommunen/stadsdelen och landstinget ska aktiva arbeta för att göra föräldrarna delaktiga i det förebyggande arbetet. Föräldrarna ska arbeten fokusera på att jobba med de föräldrar som naturligen är svårast att nå.*

Ungdomar och unga vuxna utgör en av de viktigaste målgrupperna i arbetet med att förebygga missbruk och beroende. Unga människor riskerar att skadas mer av missbruk än vuxna gör. Personer med missbruksproblem har i regel haft en tidig alkoholdebut. Målsättningen är att verka för att unga får en alkoholfri uppväxt och att alkoholdebuten skjuts upp. Det drogförebyggande arbetet handlar främst om vuxnas förmåga att skapa tydliga och trygga strukturer för ungdomar.

Viktiga aktörer för att förebygga missbruk och beroende bland unga är

- föräldrarna
- förskolan
- skolan
- elevhälsan/studenthälsan
- organiserade fritidsverksamheter
- ungdomsmottagningarna

Föräldrarnas ansvar och delaktighet är viktigast

Kunskapsbaserat föräldrastöd ska utvecklas till en permanent verksamhet och utgöra grunden i det förebyggande arbetet.

Genom att stödja föräldrarna i deras föräldraroll främjas barnens psykiska hälsa och risken för framtida problem såsom missbruk och kriminalitet minskar (29). För detta krävs olika former av familjestöd, bland annat kunskapsbaserade föräldrakurser. Föräldrakursernas positiva effekter på barns utveckling finns idag dokumenterade genom stora internationella studier. På kurserna lär sig föräldrarna hur de kan kommunicera på ett tydligt och strukturerat sätt med sina barn. Föräldrakurserna leder till bättre familjerelationer och färre riskbeteenden hos barnen, vilket även bidrar till att barnen fungerar bättre i skolan. Föräldrastödet kan med fördel utvecklas i samverkan mellan kommunen och landstinget. Det är viktigt att föräldrakurserna har en teoretisk grund och är kunskaps- och forskningsbaserade (30).

Skolan har en viktig roll

En god skolmiljö där eleverna trivs och fungerar bättre är ett grundläggande skridmot till utvecklingsproblem och missbruk.

Skolan har en viktig roll. Den kanske viktigaste insatsen är att ge eleverna en tillhörighet bland kamraterna. Utanförskap är en mycket stor riskfaktor för att senare utveckla skolk, kriminalitet och missbruk. Varje elev ska känna tillhörighet i gruppen. Detta kan lärarna stödja genom att skapa ett positivt skolklimat i klassen. Lärarnas uppgift i skolan handlar till stor del om att leda grupper och denna förmåga kan vara avgörande för klimatet i gruppen. För att kunna utveckla ett gott skolklimat och bli uppmärksam på utstötning eller mobbning behöver lärarna ha fortbildning för att stärka sitt ledarskap (31).

Skolan ska, enligt läroplanen, uppmärksamma hälso- och livsstilsfrågor vilket innebär att informera om riskerna med alkohol och narkotika. Kunskap om dessa droger och deras roll i samhället ska vara ett centralt inslag i skolans långsiktiga förebyggande strategi. I arbetet med att skapa ett gott skolklimat ingår att utarbeta regler, rutiner och normer för hur skolan ska hantera frågor om alkohol och narkotika samt vilka åtgärder som ska vidtas vid upptäckt av missbruk och droginnehav (32). Viktiga aktörer med ansvar för tidig upptäckt är framförallt skolsköterska och skolkurator. Särskilt viktigt är att förtroendet och kommunikationen mellan skolan och föräldrarna utvecklas och stärks. Föräldrarna ska känna sig välkomna till skolan och klassen (33).

Elevhälsan är en viktig verksamhet i utvecklingen av ett gott skolklimat. En metod som visat sig hjälpa människor till förändring av levnadsvanor är "Motiverande samtal". Metodiken passar när man vill samtala på ett sätt som kan stimulera en annan person att ändra sitt beteende i en viss riktning utan att väcka motstånd. Motiverande samtal kan även användas vid samtal med föräldrar för att stödja processen hos eleven eller vid de utvecklingssamtal som lärare har med elev och föräldrar tillsammans. Motiverande samtal är ett utmärkt komplement till skolhälsovårdens arbete med hälsoundersökningar.

Studenthälsan är ett komplement till övrig hälso- och sjukvård och erbjuder medicinsk och psykologisk mottagning samt olika förebyggande insatser för studenter vid Stockholms universitet och anslutna högskolor. De har en viktig funktion för att tidigt upptäcka och behandla riskbruk och missbruk. Personalen ska ha kunskap om när och hur de ska hänvisa studenten vidare.

Fritidsaktiviteter har stor betydelse

Problem med alkohol, narkotika och kriminalitet ökar när unga med riskbeteenden samlas i fritidsmiljöer där de saknar kontakt med socialt välfungerande kamrater. Detta är särskilt tydligt i ekonomiskt och socialt missgynnade områden där ungdomarna ofta har sämre tillgång till inspirerande och engagerande fritidsaktiviteter. Att tidigt få chansen att utveckla ett intresse tillsammans med problemfria kamrater kan däremot fungera som en skyddsfaktor. Därför är det av största vikt att de aktiviteter som erbjuds i kommunens regi eller i samverkan med andra är välorganiserade, håller hög kvalitet, har hög närvaro av vuxna och är alkohol- och narkotikafria.

Ungdomsmottagningarna ska vara tillgängliga och inge förtroende

Ungdomsmottagningarna har en viktig roll när det gäller att upptäcka riskabla och skadliga alkoholvanor och missbruk av narkotika. Personalen ska ha kunskap om riskbruk, när och var ungdomar kan hänvisas vidare.

Kommunen/stadsdelen och landstinget ska tillsammans driva och utveckla en lokal välfungerande och lättillgänglig ungdomsmottagning. Huvudman för verksamheten kan vara kommun eller landstinget var för sig eller gemensamt.

Ungdomsmottagningarnas övergripande mål är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomarnas identitetsutveckling så att de kan hantera sin sexualitet samt förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner. Eftersom ungdomsmottagningarna möter många ungdomar är de en viktigt arena för att även upptäcka och informera om riskabla och skadliga alkoholvanor och bruk av narkotika. Personalen ska ha kunskap om riskbruk och droger och det ska finnas rutiner för att vid behov hänvisa ungdomar vidare till annan instans inom hälso- och sjukvården och/eller inom kommunen/stadsdelen. Det är viktigt att mottagningen har nära samverkan med andra aktörer inom närområdet såsom socialtjänst, skola, fritidsverksamhet, husläkarmottagning, psykiatri, beroendevård samt föreningar och frivilligorganisationer.

Lokala öppenvårdsenheter för ungdomar med missbruk

I vårdplanen som upprättas ska framgå på vilket sätt ungdomen och föräldrarna medverkat i planeringen av vården samt målet för insatserna.

I dag finns ett antal separata lokala specialiserade mottagningar för ungdomar under 18 år, "Mini Marior", samt lokala integrerade beroendemottagningar i länet där man tar emot både vuxna och ungdomar under 18 år. På dessa enheter samarbetar personal från landstinget och socialtjänsten i team, som erbjuder båda huvudmännens samordnade insatser. Behandlingsarbetet för ungdomar ska vara familje- och nätverksinriktat. Familjeterapi och återfallsprevention ska erbjudas. Det är angeläget att ungdomen och dess föräldrar är delaktiga i planeringen av vården och behandlingen samt att de ges adekvat stöd för att kunna medverka i rehabiliteringen. Parterna ska tillsammans med ungdomen och de närstående göra gemensam behandlingsplanering, formulera gemensamma behandlingsmål samt fortlöpande göra uppföljningar. Kontinuitet ska eftersträvas så att ungdomen får sin behandling på samma mottagning och då får träffa samma personal. Mottagningen ska ha ett nära samarbete med primärvård, allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, skola och vid behov polismyndighet.

Ungdomar med missbruk och beroende är inte bara ungdomar som "experimenterar" med användande av droger och alkohol, utan de har vanligen andra typer av problem som psykiska störningar och psykosociala svårigheter. Psykisk ohälsa och missbruk är tätt sammanflätade, liksom missbruk och kriminellt beteende. Tillgänglig forskning visar tydligt att om en behandling ska lyckas måste man samtidigt behandla inte bara missbruket utan också den eventuella psykiska störningen och andra psykosociala problem(1). För ungdomar med i huvudsak psykiatrisk problematik är det viktigt med

ett nära samarbete mellan beroendevården, barn och ungdomspsykiatri, BUP och socialtjänsten. Efter avgiftning inom beroendevården ska ungdomen överföras till BUP. Om ungdomen därefter tillfälligtvis dricker sig berusad eller använder narkotika ska strävan vara att personen är kvar inom BUP med konsultinsatser från beroendevården.

Unga vuxna med missbruk

Unga vuxna som har utvecklat skadliga alkoholvanor och narkotikaberoende och som behöver hjälp att avbryta sitt missbruk bör få vård- och behandlingsinsatser som är särskilt anpassade för unga vuxna.

Berusningsdrickande bland unga vuxna har ökat under senare år och de flesta riskbrukskonsumenter finns i dessa grupper. Unga vuxna mellan 18 och 25 år har den högsta alkoholkonsumtionen i länet. Män dricker mest i åldern 24-25 år och kvinnor i 20-21-årsåldern. Riskabla eller skadliga alkoholvanor förekommer bland 44 procent av 20-24-åriga män och 34 procent av jämnåriga kvinnor. I 18-25-årsåldern grundläggs oftast de alkoholvanor en person får som vuxen. Förebyggande åtgärder är därför särskilt viktiga för att motverka skadliga dryckesvanor hos unga vuxna så att de inte utvecklar ett missbruk/beroende. När det gäller vård och behandling av ungdomar och unga vuxna finns det i dagsläget inga evidensbaserade metoder specifikt för unga vuxna, däremot är det viktigt att tillämpa de beprövade erfarenheter som finns. De metoder som tillämpas vid missbruksarbete med vuxna kan inte i alla delar överföras på arbete med ungdomar och unga vuxna.

I målgruppen unga vuxna kan följande grupper identifieras:

- socialt etablerade unga vuxna som "experimenterar" med alkohol och droger
- unga vuxna med social problematik, missbruk och kriminalitet
- unga vuxna med missbruk och psykisk störning
- unga vuxna med missbruk och neuropsykiatrisk problematik
- unga vuxna med ätstörning, självskadebeteende och missbruk

I krog- och nöjeslivet förekommer alkohol och narkotika i vissa kretsar även bland yngre socioekonomiskt etablerade personer. Flertalet av dessa personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla alkohol/narkotikaberoende identifierar sig inte som missbrukare. De är därför vanligen inte motiverade att söka hjälp inom socialtjänsten eller landstingets beroendevård.

Besöksfrekvensen av ungdomar och delvis unga vuxna på de integrerade mottagningarna för vuxna är låg, vilket gör att det kan vara önskvärt att de specialiserade mottagningarna för ungdomar, "Mini Marior", även kan ta emot och behandla gruppen unga vuxna. Eftersom vissa behandlingar pågår under lång tid skulle detta innebära kontinuitet i behandlingen och ge möjlighet att följa ungdomen upp i vuxen ålder. Det är angeläget med en utökning av antalet specialistmottagningar för unga så att de får en geografisk spridning i länet. I dagsläget saknas dessa på vissa håll. Det är inte nödvändigt med en mottagning i varje kommun. En rekommendation är att grannkommuner driver mottagningen gemensamt. Om unga vuxna ska kunna få sin behandling på mottagningar för unga fordras metodutveckling av ett behandlingsarbete som är anpassat till denna målgrupp.

Utvecklingsområden

Utveckla nya metoder för vård och behandling

Det finns ett stort behov av att utveckla vård- och behandlingsinsatserna för ungdomar och unga vuxna (10). Det råder inte bara brist på vårdalternativ för denna åldersgrupp utan det brister även i samordning och planering mellan sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården. För att få rätt inriktning på behandlingen måste kunskapen öka om hur risk- och skyddsfaktorer för missbruk, psykisk ohälsa och antisocialt beteende ser ut och hur dessa faktorer påverkar varandra.

Samlad organisation för vården av ungdomar och unga vuxna

Det angeläget att se över organisationen och vårdutbudet hos de specialiserade öppenvårdsmottagningarna för ungdomar med missbruk, "Mini Mariorna". Det är önskvärt att dessa mottagningar även kan ta emot och behandla gruppen unga vuxna. Eftersom vissa behandlingar pågår under lång tid skulle detta innebära kontinuitet i behandlingen och ge möjlighet att följa ungdomen upp i vuxen ålder. För detta fordras forskning och metodutveckling av behandling som är anpassad för denna målgrupp.

Det regionala samrådet, se avsnittet om "Genomförande" bör ges i uppdrag att:

- * Initiera forskning och utveckling av nya metoder för vård och behandling som är särskilt anpassade för ungdomar och unga vuxna.
- * Se över hur insatserna för ungdomar och unga vuxna ska samordnas och organiseras gemensamt av huvudmännen.
- * Utarbeta ett gemensamt dokument för vård och behandling av unga vuxna, i likhet med "Program för barn och ungdomar med koncentrationssvårigheter, rekommendationer och stöd" från år 2005 som utarbetats av Kommunförbundet Stockholms län och Stockholms läns landsting.

Självhjälpsprogram för att nå nya målgrupper

Ledningsnivåerna i kommunen/stadsdelen och landstinget har ansvar för att utveckla metoder som erbjuder olika målgrupper attraktivt stöd. Det är väl känt att unga sällan söker traditionell hjälp för problem med alkohol och andra droger. En lättillgänglig rådgivning på Internet har stora möjligheter att nå fram till denna målgrupp (för exempel, se referenslistan).

Kvalitetsindikatorer

- * personalen på de lokala öppenvårdsmottagningarna har specialkompetens för att arbeta med ungdomar och unga vuxna
- * öppenvårdsmottagningen har kompetens inom psykiatri och beroendevård
- * ungdomsmottagningarna har rutiner för tidig upptäckt av riskbruk/missbruk och psykisk ohälsa
- * föräldrarna erbjuds kunskapsbaserade föräldrautbildningar
- * föräldrarna är delaktiga i planeringen av vården

Riktlinje 5

Samordnade och simultana insatser för personer med komplexa vårdbehov

Med komplexa vårdbehov avses personer med missbruk och psykisk sjukdom/ neuropsykiatrisk diagnos eller personlighetsstörningar. Det är allmänt känt att dessa personer far illa, bland annat som en följd av att de har kontakt med flera myndigheter som har mycket olika förutsättningar, värderingar, resurser och mandat. De hamnar därför lätt mellan olika ansvarsområden. Vårdkedjan för personer med stora eller komplicerade behov behöver därför förbättras. Det är viktigt att det tydligt framgår i samverkansöverenskommelsen vilken ansvarsfördelning och vilka insatser som psykiatri, beroendevård, somatisk vård, kommunens/stadsdelens berörda enheter samt kriminalvårdens anstalter och frivård har och ska bidra med. Samverkan och en helhetsyn på den enskilde är viktiga faktorer i en återanpassning av den enskilde till ett liv i samhället. Även anhöriga ska vara välkomna att delta i behandlingsarbetet då de kan ha en mycket viktig roll för resultatet av behandlingen.

Personer med psykisk störning och missbruk

Samarbetet kring personer med psykisk störning och missbruk bör organiseras utifrån en integrerad modell som är baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde.

Den berörda enheten där patienten är adskild bör ha utvärderingsansvar för de samordnade insatserna.

Samarbetet kring personer med psykisk störning och missbruk bör organiseras utifrån en integrerad modell som är baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde. Ett antal studier visar att en integrerad psykiatrisk behandling och beroendebehandling ger bättre resultat än en behandling i taget. Livskvalitet och psykosocial funktionsnivå förbättras och utnyttjandet av slutenvård minskar (34). Det finns inget stöd för ett förhållningssätt där ett av problemen måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas. Även kroppslig ohälsa måste uppmärksammas och ges adekvat samtidig behandling.

Integrerad behandling omfattar ett antal nödvändiga komponenter:

- Insatserna ska vara aktivt uppsökande när en person uteblir från behandlingen på grund av återfall eller för att vederbörande mår sämre. Rutiner för uppsökande verksamhet ska finnas.
- Behandlingen ska vara inriktad på omlärning, dvs att förändra vanor.

- Den enskilde måste vara delaktig i sin behandling och besluten om insatser måste fattas gemensamt av denne och behandlaren.
- Behandlarna måste vara inställda på ett långvarigt åtagande.
- När läkemedelsbehandling är indicerad för missbruket eller för den psykiska störningen ska den användas integrerat med den psykosociala behandlingen.
- Det är avgörande att ha en stegvis förändring i behandlingsinsatserna som följer patientens olika faser av motivation och förändringsförmåga.

Metoder för att förutsäga våldsrisk och förhindra våld behöver utvecklas och förbättras

När det gäller risk för våld inom vården är psykisk störning och missbruk stora riskfaktorer. Detta har lett till krav på att utveckla och förbättra metoder för att kunna förutsäga och förebygga våld hos personer med beroendeproblem. Personal som arbetar med denna målgrupp ska ha utbildning i våldsriskbedömning. När det gäller personer med psykisk störning och missbruk ska våldsrisk- och suicidriskbedömning göras regelbundet. Ett problem är att de evidensbaserade metoder som finns är utprovade i institutionsmiljö och de är relativt omfattande att genomföra i öppen vård.

Utvecklingsområde

Specialiserad intensivvård

För bedömning och behandling av utagerande personer med akut psykisk sjukdom i kombination med toxiska reaktioner på droger bör det skapas förutsättningar för en särskild intensivvårdsavdelning med kompetens från psykiatri och specialiserad beroendevård.

Våldsriskbedömning

Metoder att kunna göra våldsriskbedömning samt förutsäga och förebygga våld hos personer med beroendeproblematik behöver utvecklas

Kvalitetsindikatorer

- * integrerad verksamhet tillämpas för målgruppen
- * personalen har specialkompetens inom området
- * gemensam vårdplan finns
- * rutiner finns för aktivt uppsökande verksamhet när en person uteblir från behandlingen
- * rutiner och metoder finns för strukturerade våldsrisk- och suicidriskbedömningar

Neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk

Begreppet neuropsykiatri har kommit att bli liktydigt med diagnoserna autism och ADHD. Med termen neuropsykiatri avses symtom och svårigheter som har sin grund i hjärnan och hjärnans funktion. Många anser att kopplingen till psykiatri är olycklig eftersom det rör sig om medfödda funktionshinder och inte psykiatriska sjukdomar. Personer med dessa funktionshinder har svårigheter inom flera områden såsom uppmärksamhet, impuls kontroll, reglering av aktivitetsnivå, socialt samspel, inläring, minne och motorik (35). Kunskapen om autism, ADHD och begåvningshandikapp hos vuxna ökar i samhället och därigenom även kraven på riktade insatser från både landstinget och kommunerna.

För personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk är det viktigt att en diagnos fastställs före problemens sådär adekvata insatser kan påbörjas. Tidig gällande behandling/rehabilitering och insatser från socialtjänsten/många insatser under barndomen för buggat problem kombinerat.

Risken för att utveckla alkohol- eller narkotikaberoende är nästan dubbelt så hög för vuxna med ADHD som för befolkningen i övrigt.

För personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk är det viktigt att en diagnos fastställs så tidigt som möjligt så att en behandling/rehabilitering kan påbörjas. Diagnosen bör baseras på såväl psykiatriska som neuropsykiatriska utredningar liksom funktionsbedömning. Rätt diagnos kan innebära att personens missbruk blir mer behandlingsbart. Genom att diagnostisera funktionshindret har man möjlighet att anpassa samhällets resurser på ett optimalt sätt och kan därigenom minska lidandet för den enskilde. Samhället vinner också på att ge rätt insatser så tidigt som möjligt för att förhindra social utsläpning, missbruk och kriminalitet.

Insatser till personer med neuropsykiatriska funktionshinder förutsätter samverkan mellan många aktörer såsom anhöriga, berörda enheter inom kommun, psykiatri, beroendevård och kriminalvård. Förutom medicinsk och psykiatrisk utredning och behandling krävs även social utredning och olika stödåtgärder i t ex boendet. Det finns även tekniska hjälpmedel som har utvecklats speciellt för denna grupp. Det är också viktigt att ge information och utbildning till personen och de anhöriga om funktionshindret samt ge praktiska råd som underlättar för personen att leva med sitt funktionshinder.

Utvecklingsområde

Personer med komplexa vårdbehov pga neuropsykiatrisk problematik och missbruk

Speciell kompetens för utredning och behandling av personer med komplexa vårdbehov pga neuropsykiatrisk problematik och missbruk ska finnas inom den specialiserade beroendevården.

Kvalitetsindikatorer

- * utredning och planering sker i samråd mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och den enskilde
- * personalen har specialkompetens inom området
- * utbildning om funktionshindret erbjuds den enskilde och anhöriga
- * tekniska hjälpmedel erbjuds
- * rutiner för kontroll av sidomissbruk finns och dokumenteras
- * gemensam vårdplan finns

Riktlinje 6

Underhållsbehandling för opiatberoende

Underhållsbehandling ska syfta till att den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation. Personer som söker underhållsbehandling ska ha haft ett långvarigt opiatberoende. I den utredning som görs innan behandlingen påbörjas ska personens medicinska, psykologiska och sociala situation belysas. Utredningen ska göras i samråd med patienten och socialtjänsten. Behandlingen ska ses som en del i en långsiktig behandling som syftar till att stödja personen att förändra sin livssituation. Socialtjänsten har ansvar för omvårdnad, boendestöd och daglig sysselsättning under behandlings perioden. Den enskilde och socialtjänsten ska informeras om de föreskrifter och riktlinjer rörande vårdplanering, behandling och kriterier för uteslutning från underhållsbehandling i Socialstyrelsens föreskrifter rörande underhållsbehandling av opiatberoende, SOSFS 2004:8.

Särskilt vårdkrävande personer med opiatberoende

För särskilt vårdkrävande personer med opiatmissbruk, psykiska störningar och missbruksrelaterad farlighet fordras särskilda resurser för utredning och behandling samt stöd och omvårdnad. Det fordras även ett adekvat boende och sysselsättning där denna grupp kan få underhållsbehandling och ges möjlighet till stabilisering av sidomissbruk.

En del personer med opiatberoende har mycket omfattande vårdbehov och trots massiva insatser klarar de inte av att upprätthålla drogfrihet. Det kan gälla personer med psykiska störningar, missbruksrelaterad farlighet och kriminalitet och som kan begå kriminella handlingar och bidra till smittspridning i ett påverkat tillstånd. Dessa personer klarar inte flertalet boendeformer. De behöver mer kvalificerade psykosociala insatser både från socialtjänst och sjukvård för att kunna tillgodose de grundläggande behoven av boende, sysselsättning, medicinering och stöd för att förhindra skador av missbruket och undvika misslyckade behandlingar.

Utvecklingsområde

Särskilda resurser för utredning och behandling samt adekvat boende

För särskilt vårdkrävande personer med opiatmissbruk, psykiska störningar och missbruksrelaterad farlighet fordras särskilda resurser för utredning och behandling samt stöd och omvårdnad. För att optimera den långsiktiga prognosen fordras även ett särskilt boende i stockholmstrakten där patienter kan få underhållsbehandling, avgiftning och stabilisering av sidomissbruk.

Kvalitetsindikatorer

- * väntetiden är högst en månad från att en ansökan gjorts till att en behandling påbörjats
- * särskild skriftlig vårdplan finns och har upprättats i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2004:8
- * uppföljning av andel personer som fullföljer behandlingen, typ av preparat och dosering görs var sjätte månad
- * rutiner för kontroll av sidomissbruk finns och dokumenteras

Riktlinje 7

Krafttag för hemlösa med missbruk

Kommunen/stadsdelen ansvarar för att tillgängliggöra och stärka möjlighet för att möta den tillgångs- och rehabiliterings- och för att förebygga vräkningar. Mottagningar för hemlösa personer ska ha hög tillgänglighet och ett strukturerat arbete som

Flertalet hemlösa i Stockholmsområdet har missbruksproblem och många har även psykiatrisk problematik. Hemlösheten är ett uttryck för en omfattande social svikt inom många centrala funktioner, exempelvis arbete, familj, socialt nätverk etc. Hemlösa kan ha problem med att knyta och vidmakthålla kontakter med behandlare och personal inom vården. Pga den omfattande problembilden har de vanligen många olika vård- och myndighetskontakter såväl inom socialtjänst, hälso- och sjukvård som kriminalvård.

Eftersom problematiken är komplex fordras kraftfulla, samordnade och långsiktiga insatser i vård och rehabilitering för att uppnå goda och varaktiga resultat. Socialtjänsten är en av flera aktörer som har ansvar för att lösa problemet, men är ytterst ansvarig för att de som vistas i kommunen/stadsdelen får den hjälp och det stöd som de behöver.

Den som hamnar utanför den reguljära bostadsmarknaden har ofta svårt att få en ny bostad. Det är därför av största vikt att förebygga att personer med missbruk/psykiiskt funktionshinder förlorar sin bostad. Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för att bedriva uppsökande verksamhet, dels för att motivera till vård och behandling, dels aktivt arbeta för att fånga upp personer som riskerar att bli avhysta från sin bostad. Varje kommun bör utarbeta en strategi för samarbete med bostadsföretagen för att förebygga vräkningar och på så sätt minska risken för personer att bli hemlösa. Det bör även finnas tillgång till träningslägenheter och inackorderingsmöjligheter lokalt i kommunen.

Mottagningar för hemlösa ska ha hög tillgänglighet och personal från olika professioner som har specialkompetens för att tillgodose behoven hos hemlösa personer med missbruk. De flesta hemlösa har en sammansatt problematik med missbruk, psykisk ohälsa och sjukdomar som hiv/aids, hepatitis, hjärt- och kärlsjukdomar samt svåra infektioner.

Det sociala behandlings- och stödarbetet liksom det socialpsykiatriska omvårdnads- och behandlingsarbetet måste bygga på erfarenheterna från arbetet med patienter med komplexa vårdbehov, dvs. att börja med kontaktarbete för att skapa allianser mellan personal inom vården och patienter/klienter istället för splittring och många parallella respektive sekventiella kontakter. En fungerande allians är en förutsättning för att olika behandlingsinsatser ska bli effektiva. Ett alliansarbete kan ibland ta mycket lång tid, ett eller flera år, vilket en gemensam vårdplanering måste ta hänsyn till.

Evidensbaserade erfarenheter från arbetet med patienter med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk har presenterats i en fokusrapport från landstinget och bör användas vid arbetet för hemlösa med missbruk. Vården måste ta ansvar för att organisera samhällets kontakter runt patienten/klienten. Omhändertagandet av gruppen hemlösa är idag ofta ostrukturerat och fragmenterat, varför det i första hand måste skapas en bas för detta enligt de evidensbaserade principer som finns (35).

- Den första principen som är en absolut förutsättning för rehabilitering är kontinuitet och långsiktighet i behandlingsarbetet.
- Den andra principen är att den tidigare sekventiella behandlingen måste ersättas av en konsensus bland alla vårdgivande parter om att psykisk störning måste behandlas integrerat med missbruk och beroendetilstånd.

I rehabiliteringen är det viktigt att skapa en gemensam och sammanhållen vårdstruktur som kan utgöra grunden för att länka hemlösa tillbaka till ett normalt liv. Vårdprocessen bör ses som en långsiktig motivations- och alliansperiod med en gradvis träning av psykosociala funktioner och medicinsk behandling. Det kräver allsidiga utredningar med bland annat ASI samt bedömningar i nära samarbete mellan olika professioner inom socialtjänst, beroendevård, psykiatri och somatisk vård. Ett integrerat arbetssätt är nödvändigt för att rehabiliteringen ska lyckas. Strukturerade gruppverksamheter för hemlösa personer ska finnas. Motivationsträning, boendeträning, ADL-träning (Activity of daily life) och återfallsprevention är värdefulla redskap i en rehabiliteringsprocess. Denna ska dokumenteras i en skriftlig vårdplan som redogör för alla planerade insatser från de olika aktörerna. Det är viktigt att den ordinarie vårdgivaren inte avvisar den som blivit hemlös.

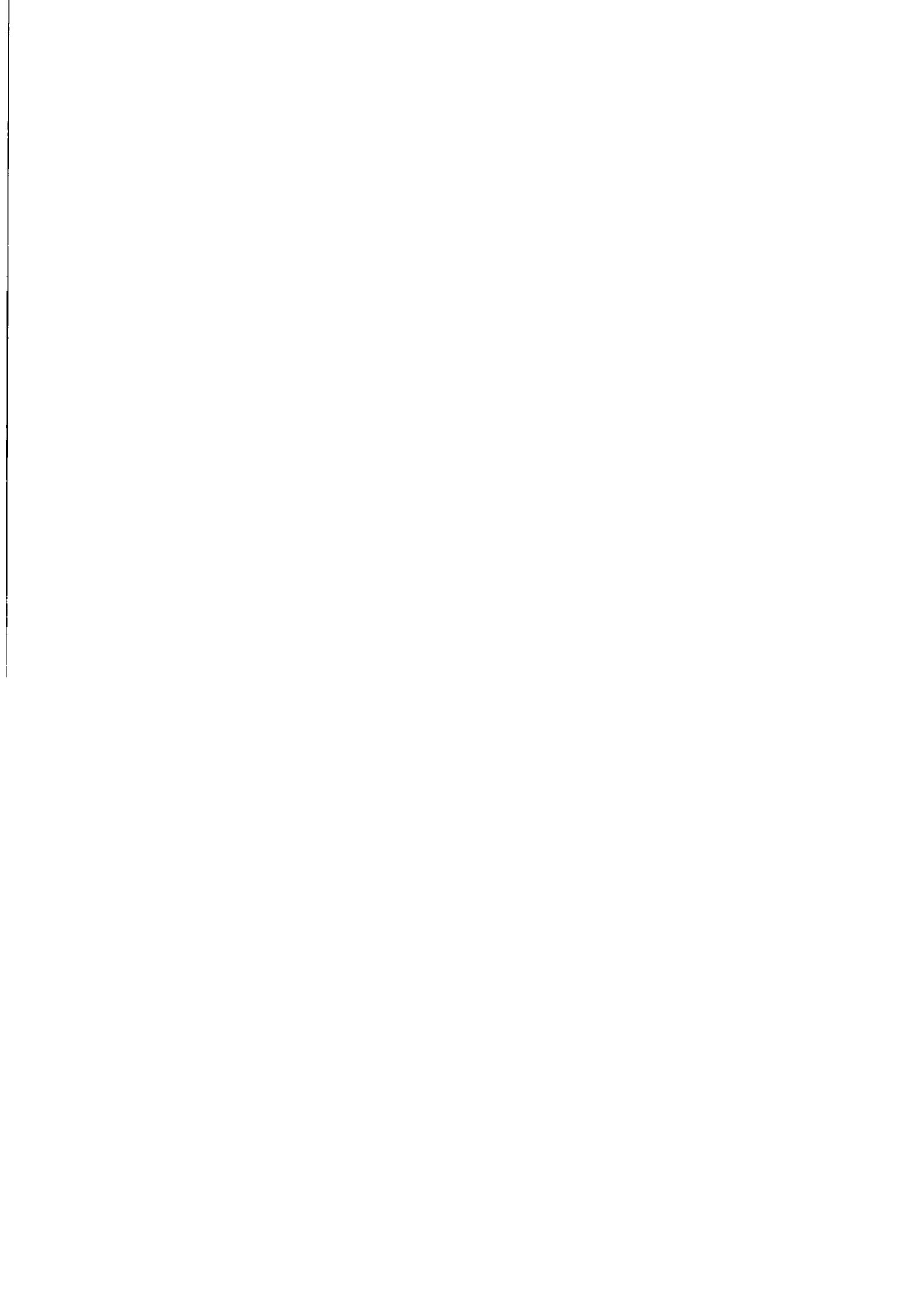
Frivilligorganisationerna utgör ett viktigt komplement i arbetet med hemlösa

För många av de hemlösa är de dagverksamheter, natthärbergen och behandlingshem som drivs av ideella organisationer ett avgörande första steg på väg mot professionell omsorg, vård och behandling. Kommunen och landstinget ska ha kunskap om och samarbete med de lokala frivilligorganisationerna och deras verksamheter för hemlösa.

Kommunförbundet i Stockholms län (KSL) har utarbetat riktlinjer för att reglera kommunernas samverkan och ansvar för hemlösa. Många personer ur denna grupp rör sig mellan länets kommuner, vilket försvårar tillämpningen av vistelsebegreppet och att fastställa vilken kommun som har det egentliga ansvaret. Riktlinjerna reder ut frågor kring ansvarsfördelning mellan länets kommuner. Syftet är att få en snabbare lösning av boendefrågan så att den enskilde inte förorsakas onödigt lidanden (36).

Kvalitetsindikatorer

- * rutiner för uppsökande verksamhet finns
- * kommunen/stadsdelen har en strukturerad samverkan med bostadsföretagen
- * rutiner för att förhindra vräkning finns
- * rutiner för insatser från primärvården finns
- * rutiner för samverkan mellan socialtjänst och sjukvård finns
- * skriftliga vårdplaner finns
- * strukturerade gruppverksamheter finns
- * rutiner för utslussning från akutmottagningar finns



Del IV

- * Lokala integrerade beroendemottagningar**
- * Samverkan med kriminalvården**
- * Genomförande**
- * Uppföljning av policyn**

Lokala integrerade beroendemottagningar

De lokala integrerade beroendemottagningarna i länet ska ha en struktur som tillåter samordnade insatser från beroendevård, psykiatri, primärvård och socialtjänst samt ett nära samarbete med kriminalvården. Detta kan ske genom särskilda team inom beroendemottagningen eller genom samordning av resurser i närliggande enheter.

Strukturer för samarbetet ska regleras i en samverkansoverenskommelse.

På de lokala integrerade mottagningarna i länet samverkar landstingets specialiserade beroendevård och länets kommuner/stadsdelar kring gemensamma insatser i öppen vård. Mottagningarna tar emot personer med problematik relaterad till alkohol, narkotika och/eller läkemedel.

För att kunna behandla personer med komplexa vårdbehov fordras samordnade insatser från beroendevård, psykiatri, primärvård och socialtjänst och ett nära samarbete med kriminalvården. Det finns vetenskapligt stöd för att samordnade och samtidiga insatser ger positiva resultat och alltså är mer effektivt än när olika sjukdomstillstånd behandlas separat eller parallellt. Det är viktigt att den enskilde personen ges inflytande över den planerade vården och behandlingen samt ges stöd att ta ansvar för sin egen vård. Strukturer för samarbetet mellan de olika aktörerna ska regleras i en samverkansoverenskommelse.

Del skapad i konsensus bland nämndarna till utvärdering av missbruk och psykisk sjukdom i länet.

Vissa lokala mottagningar i länet är mycket små, varför det kan bli nödvändigt att hitta nya lösningar för att uppfylla kravet på likvärdigt vård med hög kvalitet och bredare vårdutbud i länet. Detta kan t ex ske genom hopslagningar av mindre mottagningar eller genom specialisering av några större.

Lokala mottagningar i små kommuner kan ha problem när det gäller personaltillgång och specialisering och dessutom innebära ökade kostnader. Samtidigt finns fördelar när det gäller tillgänglighet och tillgång till det lokala nätverket, vilket ökar möjligheterna till integration mellan sjukvården och socialtjänsten. Landstinget och kommunerna bör överväga hur man ska kunna uppfylla kravet på likvärdig vård i länet. En lösning kan vara samordning av vissa funktioner mellan kommun och landsting eller

gemensam drift av en mottagning från flera kommuner/stadsdelar. En möjlighet som öppnar sig i sådana fall är en integrering med andra vårdområden som vuxenpsykiatri eller barnpsykiatri, BUP, respektive frivård.

För att kunna erbjuda ett samlat och likvärdigt vårdutbud i länet för personer med missbruk/beroende ska följande gälla:

- Den lokala integrerade mottagningen ska vara bemannad med personal som har olika typer av specialkompetens; såsom social och beteendevetenskaplig kompetens samt beroende/psykiatrisk och medicinsk kompetens för att kunna göra utredningar och ge evidensbaserad vård och behandling till personer med olika typer av vårdbehov.
- På mottagningen ska finnas särskild kompetens för att arbeta med prevention och behandling, där hänsyn tas till biologiska skillnader mellan könen. Det bör även finnas kunskap om andra kulturer och deras förhållningssätt till missbruk.
- För personer med omfattande vårdbehov som behöver insatser från flera huvudmän/vårdgivare ska samarbetet organiseras utifrån en integrerad modell och en gemensam vårdplan ska upprättas. Av vårdplanen ska framgå vilken aktör som ansvarar för de olika behandlings- och stödinsatserna och vem som har samordningsansvaret. En person ska utses att ha samordningsfunktion och ansvara för att de planerade insatserna utförs.
- Varje mottagning ska ha tillgång till en särskild inspektör från frivården som ska ges möjlighet att delta i planering av behandlingsprogram samt uppföljning och utvärdering när det gäller personer dömda till frivårdspåföljd.
- Personal med olika kompetenser ska vara tillgängliga under mottagningens öppettider.
- För att samordningen av verksamheten på enheten ska fungera smidigt bör den leddas gemensamt av de samverkande parterna när det gäller bemanning, öppettider, gemensamma utbildningar och handledning etc.

Samverkan med kriminalvården

Det är viktigt att kriminalvården utvecklar en nära samarbete med de lokala integrerade motåtgångs- och rehabiliteringsbehandlingarna. Missbruk kan uppmärksammas. Varje motåtgång ska hanteras till en särskild inspektion från myndigheterna. Klienter för samverkans- och dokumenteras som samverkan så över en kommun.

I kriminalvården - häkte, anstalt och frivård - finns ett stort antal personer med missbruk, psykisk störning och neuropsykiatriska funktionshinder. Missbruk har konstaterats hos 65 procent av klienterna. Det finns också utredningar som visar att 25-50 procent av intagna på anstalt har neuropsykiatriska funktionshinder. Inom frivården i Stockholms län återfinns ca 2 000 klienter med missbruk, varav cirka 300 uppskattades ha ett opiatberoende år 2006.

Kontraktsvård

Kontraktsvård är en särskild form av skyddstillsyn som innebär att den dömda får behandling och minst ett års övervakning som ett alternativ till fängelse. Inför domen upprättas en behandlingsplan som innehåller en beskrivning av vårdinnehåll, behandlingstid, regler gällande drogkontroller och misskötsamhet etc. Kontraktsvård ska som regel upprättas i nära samverkan med socialtjänst och i förekommande fall med beroendevården. Kontraktsvård kan t. ex innebära att en klient ska genomgå ett påverkansprogram inom kriminalvården och samtidigt underkasta sig drogkontroller inom beroendevården.

Kontraktsvård i samverkan

Gemensamma vårdplaneringar liknande Kontraktsvård i Samverkan (KIS) bör utvecklas för fler klientkategorier. Innehållet i KIS innebär att klienten får läkemedelsassisterad behandling via beroendevården, sysselsättning via Krami (samarbete mellan arbetsförmedlingen/ami, socialtjänsten och frivården), programverksamhet via frivården samt boende och andra insatser via socialtjänsten.

Ungdomar inom kriminalvården

Ungdomar är en prioriterad grupp inom kriminalvården. Frihetsberövade ungdomar ska vistas på särskilda ungdomsavdelningar på häkte och anstalt. Inom frivården ska särskilda ungdomsteam med specialiserade handläggare utveckla arbetet med den

unge, med dennes nätverk och i samverkan med övriga myndigheter. Frivården ska också utveckla metoder för arbete med ungdomar och missbruk.

Rättspsykiatrisk öppenvård

I länet finns en öppenvårdsmottagning i anslutning till den rättspsykiatriska vårdsektionen vid Huddinge sjukhus. Där samarbetar personal från beroendevården, rättspsykiatri och kriminalvården för att hjälpa personer med olika kombinationer av kriminalitet, missbruk och psykiska störningar och som beter sig aggressivt och farligt. De flesta av de personer som besöker mottagningen har dömts till skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård.

Utvecklingsområden

Utökad samarbete med kriminalvården

Komplexiteten i vårdbehoven hos många av kriminalvårdens klienter kan medföra att dessa inte alltid kan erbjudas adekvata vårdinsatser, eftersom samtidiga insatser mot missbruk, psykisk ohälsa och kriminalitet saknas. En samsarbetsmodell behöver då utvecklas för att få till stånd en fungerande vårdkedja, som omfattar insatser från samtliga huvudmän. För varje lokal integrerad mottagning utses en frivårdsinspektör som ska ges möjlighet att delta i planering av behandlingsprogram samt uppföljning och utvärdering när det gäller personer i kontraktsvård. Rutiner för denna samverkan ska dokumenteras i en samverkansöverenskommelse mellan parterna.

Samverkan kring intagna på häkte

I kriminalvårdens uppdrag för uppsökare av missbrukare på häkten framgår att uppsökarna ska erbjuda klienterna kontakt med beroendeklinik och be frivården upprätta kontakten om klienten så önskar. På sikt är det även angeläget att utveckla strukturer för samarbete kring motivationsarbete och vård av personer med drogmissbruk som tillfälligt är intagna på häkte.

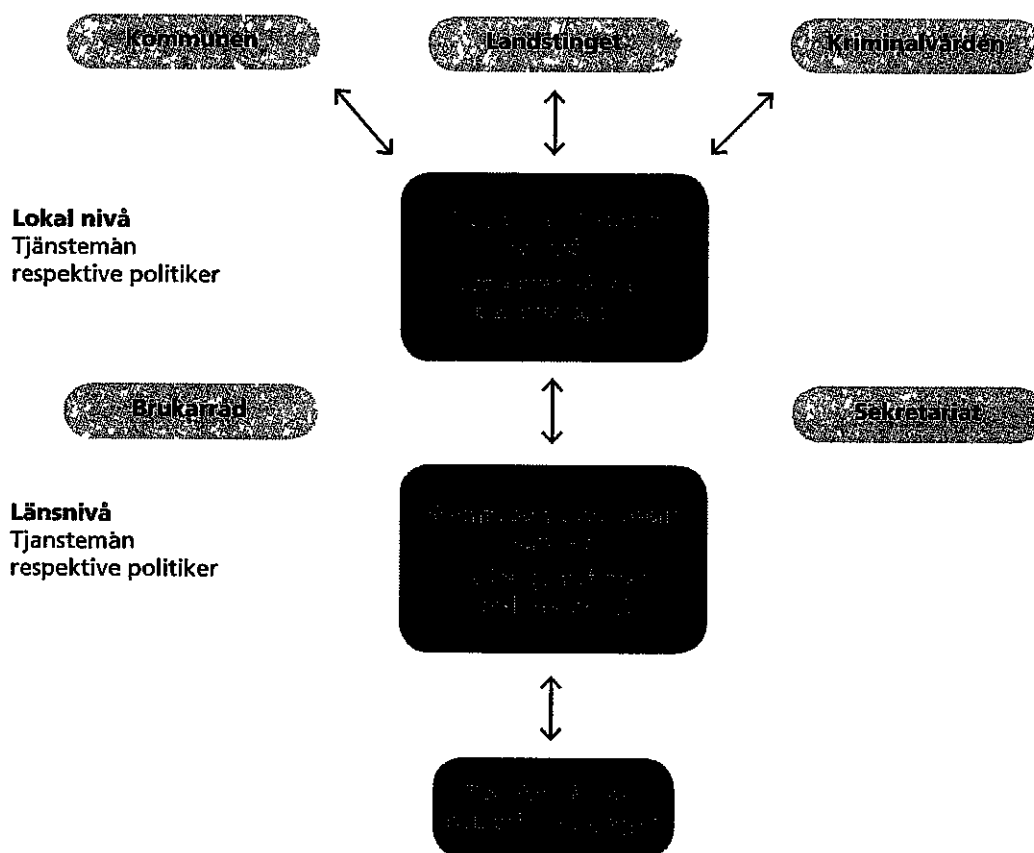
Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter

Teamet ska ha till uppgift att utreda opiatberoende klienter inom kriminalvården, inleda behandling och koordinera insatserna från kriminalvård, socialtjänst och specialiserad beroendevård. En dom till fängelse innebär i de flesta fall att klienten förlorar sin underhållsbehandling, vilket ofta leder till återfall i såväl missbruk som kriminalitet. Opiatberoende klienter återfaller oftast omgående i intravenöst heroinmissbruk och kriminalitet efter avtjänat fängelsestraff om de inte får adekvat behandling. Vid utskrivning ska klienten länkas till beroendevården. Kriminalvården ska tillsammans med beroendevården utveckla metoder för samverkan kring personer med opiatberoende.

Genomförande

Utvecklingen av lokala integrerade mottagningar och lokal samverkan skapar ett inbördes beroende mellan länets kommuner/stadsdelar och landstinget. Därför krävs en tydlig struktur för samverkan som leder, stöder, och följer utvecklingen av arbetet. En väl fungerande samverkan kräver engagemang och tydlig styrning på alla ledningsnivåer, framförallt på övergripande administrativa och politiska nivåer såväl lokalt som regionalt (4).

Modell för genomförande



Samverkan på lokal nivå

En framgångsrik samverkan innebär tydlighet när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, arbetsfördelning och rutiner för samverkan. En viktig uppgift för den lokala ledningen är att samverkan och gemensamma arbetsmetoder förankras ute i verksamheterna.

Politisk samverkan på lokal nivå

De ansvariga politikerna från kommunen/stadsdelen och landstinget måste samverka och diskutera hur samverkan ska påverka verksamheternas inriktning och mål.

Gemensamt lokalt samråd

Det ska finnas ett lokalt samråd i kommunen/stadsdelen där företrädare från kommunens och landstingets ledningsnivå ingår samt företrädare från kriminalvården.

Det ska finnas ett lokalt samråd i kommunen/stadsdelen där företrädare för kommunens/stadsdelens och landstingets ledningsnivåer ingår samt företrädare för kriminalvården. Det lokala samrådet ska vara ett forum för att analysera och diskutera de lokala behoven och förutsättningarna. Syftet är att de lokala parterna gemensamt ska besluta om gemensamma åtaganden, målsättningar, genomförande, uppföljning och utvärdering. De som ingår i det lokala samrådet måste därför ha beslutsmandat. Det lokala samrådet ska även arbeta för ett strukturerat och kontinuerligt brukarinflytande för de lokala intresseorganisationerna.

En primär uppgift för det lokala samrådet är att upprätta en samverkansöverenskommelse för det förebyggande arbetet och vård och behandling, se "Gemensamma metoder för bättre kvalitet". Samverkan måste dessutom förtydligas och specificeras i de olika verksamheternas uppdragsbeskrivningar där tid avsätts för samverkansarbetet så att det blir en naturlig del i den ordinarie verksamheten.

Samverkan på regional nivå

För att hela länets förebyggande arbete och missbruks-/beroendevård ska utvecklas behövs det en regional samverkan på politisk och tjänstemannanivå.

Politisk samverkan på regional nivå

Det finns ett politiskt forum på regional nivå, presidiegruppen, där delar av landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd och KSL:s vård- och omsorgsberedning ingår. Syftet är att genom en länsövergripande diskussion och ledning stödja hela länets förebyggande arbete och missbruks-/beroendevård. Ett politiskt forum behövs även för frågor som inte kan lösas på lokal eller regional nivå.

Gemensamt regionalt samråd

Ett regionalt samråd ska inrättas med tjänstemän från kommunens, landstingets och kriminalvårdens ledningar.

En gemensam chefstjänstemannagrupp, ett regionalt samråd, ska inrättas med tjänstemän från kommunens, landstingets och kriminalvårdens ledningar. Det regionala samrådet ska leda och utveckla arbetet i samverkan och ska:

- fungera som stöd till de lokala samråden
- lösa frågor som den lokala nivån inte har mandat att besluta om
- definiera vilken kompetens personalen bör ha inom kommunen och landstinget
- för att kunna arbeta enligt policyns intentioner
- initiera kunskaps- och kompetensutveckling
- skapa länsgemensam metodutveckling och uppföljning
- initiera att nya vårdprogram och metoder utarbetas för behandling av ungdomar
- planera för hur regionen ska insamla, analysera och redovisa statistik
- sprida länsövergripande kunskap och goda exempel
- ta ansvar för länsövergripande frågor
- initiera ett strukturerad brukarinflytande på länsnivå

Sekretariat

Ett sekretariat, med personal från landstinget och KSL ska finnas som stöd till och länk mellan den lokala och regionala nivån samt för att bereda ärenden till politisk forum.

Andra samverkansformer

Det finns andra samverkansformer i länet, till exempel kring barn med särskilda behov i enlighet med BUS-policyn (12). Inom ramen för det arbetet träffas representanter från kommunen och landstinget på både regional och lokal nivå. De samverkansformer som redan finns inom BUS-samarbetet ska komplettera och stödja samverkansformerna inom det förebyggande arbetet och missbruks-/beroendevården.

Uppföljning

Metoder och arbetssätt måste följas upp och utvärderas för att verksamheterna ska kunna utvecklas. Innan en utvärdering är möjlig behövs en kartläggning som ger en nulägesbild över verksamheten. Genom att regelbundet uppdatera kartläggningen går det att följa upp verksamheten och se hur problem, orsaker och insatser utvecklas i förhållande till varandra. Uppföljningen blir ett viktigt underlag för beslutsfattande men också för planering och utvärdering (37). De kvalitetsindikatorer som finns i policyn ska ingå i verksamheternas uppföljning. Uppföljningen bör även innehålla strukturerade och regelbundna mätningar av hur den enskilde upplevt bemötandet och insatserna, antingen efter varje samtal eller inom bestämda tidsintervaller, till exempel genom enkätundersökningar.

Kvalitetsindikatorer i policyn

Kvalitetsindikatorer i policyn ska följas upp, såväl lokalt som regionalt.

Samtliga förutsättningar och riktlinjer i denna policy innehåller ett antal kvalitetsindikatorer. Syftet är att verksamheterna ska kunna mäta och följa upp insatsernas kvalitet och på så sätt stimulera till förbättringar. Behoven av insatser och åtgärder varierar dock över tid och geografiskt i länet. Både det lokala och det regionala samrådet ska varje år välja ett antal kvalitetsindikatorer att särskilt fokusera på och följa upp.

Lokal uppföljning

Det lokala samrådet ansvarar för att skapa former för uppföljning av arbetet inom tidig upptäckt och missbruk/beroendevård. Kvalitetsindikatorerna i policyn ska följas upp gemensamt av huvudmyndigheten på lokal nivå.

Rutiner för kartläggning, uppföljning och utvärdering ska beslutas i det lokala samrådet. De lokala FoU-verksamheterna kan bistå vid genomförandet. Viktiga utgångspunkter är att uppföljningen sker kontinuerligt, att såväl personalen som den enskilde ser nytta med uppföljningen och att den inte är alltför tidskrävande.

Regional uppföljning

Det regionala samrådet ansvarar för att skapa tillsammans gemensamma former för uppföljning och utvärdering och uppföljning för tidig upptäckt av missbruk och för missbruk/beroendevård.

Det regionala samrådet ansvarar för att de lokala uppföljningarna sammanställs för att få en bild av utvecklingen inom länet. Det ansvarar även för att samla in statistik över de prioriterade målgrupperna så att effekten av insatserna kan mätas. Bland annat genererar bedömningsinstrumentet ASI statistik som går att följa upp och jämföra på lokal, nationell och internationell nivå.

Det regionala samrådet ska arrangera policydagar där goda exempel presenteras och diskuteras. De lokala verksamheterna ska inbjudas att delta och redovisa hur de arbetar i enlighet med policyn. De lokala aktörerna ska även uppmuntras att lämna förslag till förbättringar av policyn så att den revideras regelbundet och på så sätt hålls levande.

Implementeringsprocessen

De lokala och regionala samråden har huvudansvaret för att påbörja implementeringen av denna policy samt socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Implementering är en process och inte en händelse. En förutsättning för att förverkliga policyn och socialstyrelsens riktlinjer är att den politiska nivån fattar beslut om att implementeringsarbetet ska påbörjas. Det politiska stödet är nödvändigt för att genomföra större förändringar, speciellt sådana förändringar som innebär att nya re-

surser måste tillföras eller befintliga resurser omfördelas. Det regionala samrådet har en viktig uppgift att stödja det lokala arbetet så att anpassning till lokala förhållandena kan ske.

Det som vanligen erbjuds när en ny metod och arbetssätt ska introduceras är muntlig och skriftlig information. Enligt forskningen är det ofta otillräckligt. Det krävs en kombination av flera olika insatser, till exempel utbildning och praktisk träning och återkoppling. Det krävs vidare att fortlöpande erbjuda stöd och vägledning av god kvalitet, att avsätta tid och resurser och att involvera användarna i ett tidigt skede i processen (38).

Socialstyrelsen har arbetat fram ett utbildningsstöd som hör till de nationella riktlinjerna. Det bör användas i det lokala implementeringsarbetet. Socialstyrelsen förespråkar utbildning i studiecirkelform där personal från både kommunen/ stadsdelen och landstinget deltar samtidigt. Syftet är bland annat att få igång diskussioner kring likheter och olikheter mellan organisationerna. Studiecirkelarna kan med fördel genomföras med stöd av de lokala FoU-verksamheterna. Det är viktigt att det finns en beredskap för den process som sätts igång då implementeringen genomförs, till exempel en planering för att ta om hand om de frågor som väcks under utbildningens gång. De lokala och regionala samråden är två viktiga aktörer för stöd i utvecklingen och kontinuiteten.

Kvalitetsindikatorer

- * lokalt samråd i respektive kommun/stadsdel där företrädare från kommunens och landstingets ledningsnivåer ingår finns
- * gemensam samverkansöverenskommelse mellan kommunen/stadsdelen och landstinget finns
- * rutiner för uppföljning av policyns kvalitetsindikatorer finns
- * i varje verksamhet finns en handlingsplan för att arbeta i enlighet med policyn och socialstyrelsens riktlinjer

Arbetsprocessen

KSLs vård- och omsorgsberedning och landstingets Hälso- och sjukvårdsutskott beslutade i augusti 2005 att ge sitt kansli/förvaltning i uppdrag att ta fram en ny policy för länets missbruks- och beroendevård.

Arbetet med den nya policyn påbörjades i juni 2006 med en "upptaktsdag" där kommunerna, landstinget och intresseföreningarna bjöds in. Cirka 60 personer har sedan varit involverade i olika arbetsgrupper. Ett sekretariat, med en person från KSL och en från landstinget har hållit ihop arbetet och skrivit fram förslag som grupperna har tagit ställning till. Arbetet har letts av en styrgrupp som består av tio personer från kommunerna och landstingets ledningsnivå. Ett förslag till policy sändes ut på remiss till länets kommuner, landstinget, statliga myndigheter och intresseföreningar. Policyn har därefter arbetats om med utgångspunkt från remissvaren.

Arbetsgrupperna

Sex arbetsgrupper har medverkat i framtagandet av policyn och respektive grupp har träffats vid fem tillfällen. Från landstinget har representanter för beroendevård, psykiatri, primärvård, centrum för folkhälsa och HSNs förvaltning deltagit. Kommunerna/ stadsdelarna har haft representation från Haninge, Huddinge, Lidingö, Nacka, Norrtälje, Sigtuna, Solna, Sollentuna, Stockholm centralt och stadsdelar, Sundbyberg, Tyresö, Upplands Väsby, Vaxholm, Värmdö och Österåker. I en av arbetsgrupperna har representanter från kommunernas FOU nordväst, nordost, Södertörn och Stockholms stad samt landstingets FoU ingått. I tre av arbetsgrupperna har dessutom representanter för kriminalvården deltagit. Arbetsgrupperna har varit indelade enligt nedan:

- lagtext och ansvarsområden
- folkhälsoarbete och riskbeteende
- samordnade insatser för ungdomar och unga vuxna
- samordnade insatser för vuxna med komplexa vårdbehov
- behandling med metadon, buprenorfin och centralstimulerande medel
- kunskaps- och kompetensutveckling

Referensgruppen

Referensgruppen har bestått av representanter från intresseorganisationerna. De har kontinuerligt bjudits in för att ta del av policyns utveckling och för att kunna ge synpunkter.

Styrgruppen

Styrgruppen har letts av Ulrika Wallin på KSL och Conny Gabrielsson och Elisabet Wallin på HSN-förvaltningen. Övriga deltagare i styrgruppen har varit:

Margareta Heimer
P O Sjöblom,
Lotta Persson
Stefan Borg
Kjell Samuelsson
Lena Lindén
Bitte Davidsson
Anders Mueller
Lotta Olmarken
Annette Voltaire

Danderyd
SLSO psykiatri
Botkyrka
SLSO beroendevård
Ekerö
SLSO/primärvård
Stockholm stad
Stockholm stad
Maria Beroendecentrum
Maria Beroendecentrum

Sekretariatet

Arbetsgrupperna har letts av sekretariatet som även har arbetat fram och skrivit policyns text. Sekretariatet har bestått av Ulla Eldh från HSN-förvaltningen och Karin Jacobsen från KSL.

Referenslista

1. *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*, vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem, socialstyrelsen, 2007
2. *Europeiska gemenskapens kommission*, "En EU-strategi för att stödja medlemsstaternas i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna, KOM 625. 2006
3. *Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner för samhällets insatser under åren 2006-2010*, Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador och Nationell handlingsplan mot narkotika (2005/06:30)
4. *Strategi för samverkan*, myndigheten för skolutveckling, rikspolisstyrelsen och socialstyrelsen, 2007
5. *Folkhälsan i Stockholms län, Folkhälsorapport 2007*, Stockholms läns landsting
6. *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Stockholms län*, rapport 2006, Centrum för folkhälsa
7. *Drogutvecklingen i Sverige 2007*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
8. *Unga missbrukare i Stockholm, Göteborg och Malmö*, Mobilisering mot narkotika, 2007
9. *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser 2006*, Socialstyrelsen, Sveriges officiella statistik, 2007
10. Folkhälsoinstitutets hemsida och riskbruksprojektet:
www.fhi.se/templates/Page_____10598.aspx
11. *Regionalt vårdprogram Alkoholproblem*, Medicinskt programarbete, Stockholms läns landsting, 2007
12. *Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från såväl kommunen som landstinget*, BUS, Gemensam policy med riktlinjer i Stockholms län, Kommunförbundet Stockholms län, KSL och Stockholms läns landsting, 2005

13. *Nationell samverkan för psykisk hälsa*: www.nsph.se och info om brukarinflytande
14. *Tänk Långsiktigt!*, en samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa, Karin Mossler mfl, 2004
15. *Förebygg alkoholskador, insatser för riskgrupper*, Alkoholkommittén, 2004
16. *Policy för drogprevention nr 1*, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2006
17. *Alkohol och droger, kommunernas förebyggande insatser*, rapport 2005:23, Länsstyrelsen i Stockholms län
18. *Tillsyn över alkohol i lokalsamhället, nr 4*, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2006
19. *Ansvarsfull alkoholservering – en metod som förebygger alkoholrelaterade skador i restaurangmiljö nr 5*, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2006
20. *Alkoholförebyggande insatser i primärvården nr 8*, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2006
21. Webbplatsen www.smittskyddsenheten.nu
22. Webbplatsen www.smittskyddsinstitutet.se
23. *Narkotikamissbruk och marginalisering*, MAX-projektet, slutrapport, CAN, 2002
24. *Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige*, SOU 2005:56
25. *Grundläggande vårdfilosofi vid uppbyggnad av behandling för kvinnor med missbruksproblem*, Scheffel-Birath mfl, 2005
26. *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem*, socialstyrelsens avrapportering av regeringsuppdrag, 2007
27. www.vardguiden.se, om alkohol och våld, Stockholms läns landstings webbplats, 2008
28. *"Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor..."*, regeringens skrivelse 2007/08:39
29. *Föräldrarna är viktigast!*, nr 6, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2006

30. *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd* Bremberg, Sven, 2005
31. *Skolan kan förebygga, nr 7*, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2007
32. *Pedagogik som förebygger, en del av en hälsofrämjande skolutveckling*, Stockholms stad, 2007
33. *Att göra det möjliga, att skapa trygghet i skolan och stärka det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet*, Folkhälsoinstitutet genom Skolan förebygger, 2006
34. *Neuropsykiatriska funktionshinder hos vuxna*, Fokusrapport, Stockholms läns landsting, 2005
35. *Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk*, Fokusrapport, Stockholms läns landsting, 2004
36. *Riktlinjer för ärendehantering avseende hemlösa mellan kommunerna i Stockholms län*, KSL, 2006
37. *Metoder för kartläggning och uppföljning nr 4*, Lokalt förebyggande arbete, Folkhälsoinstitutet, 2006
38. *Från nyhet till vardagsnytta, om implementeringens mödosamma konst*, Folkhälsoinstitutet, 2007

Exempel på webbaserade självhjälsprogram

www.alkoholprofilen.se drivs av Systembolaget och är ett webbaserat testinstrument som utgår från konsumtion, alkoholbeteende, tolerans, berusningsdrickande, motivation och ärftlighet.

www.alkoholhjalpen.se bygger på moderna terapimetoder och har tagits fram av Alkoholkommittén. Den vänder sig till den som vill minska sitt eget drickande eller känner oro för någon som dricker för mycket.

Alkohollinjen drivs av Centrum för folkhälsa, dit man kan ringa för att få hjälp med att bedöma och/eller förändra sina alkoholvanor. www.vardguiden.se.

www.kuling.nu vänder sig till ungdomar och ger information och stöd via Internet till dem som har en psykiskt sjuk förälder. Se även webben www.ungakris.com som vänder sig till ungdomar mellan 13 och 25 år.

www.escreen.se är ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Beroendecentrum Stockholm, UngaKRIS och Studenthälsan Stockholm. Den syftar till att öka kunskaper hos ungdomar och unga vuxna om riskvanor när det gäller alkohol och droger. Även där kan man testa sina alkohol- och drogvänor.

Länktips:

Folkhälsoinstitutet, www.fhi.se

Se länkarna "skolan förebygger" och "Riskbruksprojektet". Här beställs även deras metodskrifter för lokalt arbete mot alkohol och narkotika nr 1-10, 2006. Se även SOMRA, Samtalet OM Riskbruk av Alkohol, en interaktiv, webbaserad utbildning i Motiverande Samtal - MI med fokus på arbetet med riskbruk av alkohol.

Länsstyrelsen, www.ab.lst.se

STAD, www.stad.org

Centrum för folkhälsa, www.folkhalsoguiden.se

Precens, www.stockholm.se/precens eller www.stockholm.se/forebygg

Centrum för allmänmedicin, CEFAM: www.cefam.se

Myndigheten för skolutveckling, www.skolutveckling.se

SMADIT:s verksamhet, se vägverket, www.vv.se/smadit

Nationell samverkan för psykisk hälsa, www.nsph.se, info om brukarinflytande