Kommunförbundet Skåne

REGION SKÅNE

Ramöverenskommelse mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande samarbete avseende personer med missbruks- och beroendeproblem

DATUM 2015-03-16

Förord

På uppdrag av Regionala Politiska Samverkansgruppen har det bildats ett utskott till Regional Samverkansgrupp Psykiatri. Detta utskott hanterar regionala frågor rörande missbruks- och beroendevården i Skåne. Utskottet för missbruks- och beroendevård har fått i uppdrag att arbeta fram en Överenskommelse enligt HSL (8 b§) och SoL (5 kap 9 a§) gällande samarbete avseende personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Överenskommelsen är att betrakta som en ramöverenskommelse vilken ska ligga till grund för lokala överenskommelser.

Innehållet har arbetats fram gemensamt av Region Skåne och Kommunförbundet Skåne samt organisationer som företräder målgruppen och deras anhöriga.

Regional samverkansgrupp Psykiatris utskott för missbruks- och beroendevård har utgjort referensgrupp för framtagandet av överenskommelsen. Utskottet för missbruks- och beroendevård har vid tiden för framtagandet av ramöverenskommelsen haft följande sammansättning;

Arne Andersson, NSPH
Sigbritt Arwidson, Helsingborgs stad
Christina Ek, Malmö stad
Peter Hagberg, Kommunförbundet Skåne
Annica Henriksson, Kommunförbundet Skåne
Johnny Käll, Vuxenpsykiatri Kristianstad/Hässleholm
Åsa Magnusson, Beroendecentrum Malmö
Anna von Reis, Kommunförbundet Skåne
Bim Soerich, Region Skåne
Peter Sonnsjö, Kristianstad kommun
Drago Stojkovic-Stenberg, Skurups kommun

Personer som varit med i delar av arbetet:
Gunilla Alväng, Skurups kommun
Johan Larsson, Region Skåne

Innehåll

Förord ... 2
Inledning ... 4
1. Syfte ... 5
2. Mål ... 5
3. Målgrupp ... 5
4. Ansvar ... 5
5. Samverkan/samarbete ... 8
5.1 Vård- och omsorgsplaner ... 9
5.2 Samrådsgrupper ... 9
5.3 Gemensamma integrerade verksamheter ... 10
6. Kontakter med organisationer som företräder målgruppen och deras närstående ... 11
7. Informationsskyldighet ... 11
8. Sekretess ... 11
9. Ekonomisk ersättning ... 11
10. Uppföljning och utvärdering ... 12
11. Implementering och kunskapsspridning om ramöverenskommelsen ... 12
12. Lokal överenskommelse ... 12
13. Placering på HVB ... 13
14. Kroppslig hälsa ... 13
15. Gemensamma utvecklingsområden ... 14
15.1 Samordnad Individuell Plan, SIP ... 14
15.2 Barn, ungdomar och unga vuxna ... 15
15.3 Äldre ... 15
15.4 Familjeperspektiv ... 15
15.5 Personer med samsjuklighet ... 16
15.6 Personer i behov av tillnyktring ... 17
15.7 Personer i behov av abstinensvård ... 17
15.8 Personer med läkemedelsmissbruk/beroende ... 17
15.9 Personer som missbrukar dopningsmedel ... 17
15.10 Sammanhållen vård och behandling genom integrerade verksamheter ... 17
15.11 Information om hur man söker vård och stöd ... 18
16. Hur tvister mellan parterna ska lösas ... 18
17. Avvikelserapporter och kvalitetsutveckling ... 18
18. Omförhandling och tidsperiod för överenskommelsen ... 18
Bilaga 1 Ansvar inom Region Skåne ... 20
Bilaga 2 Vägledande principer för socialtjänsten ... 21
Bilaga 3 Definitioner ... 22
Bilaga 4 LVM - riktlinjer för patienttransport ... 25

Ramöverenskommelse mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande samarbete avseende personer med missbruks- och beroendeproblem

Inledning

Landstinget och kommunerna har båda ett ansvar att erbjuda vård och behandling till personer med missbruk och beroende. Ramöverenskommelsens målgrupp är personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel och deras närstående.

Läkemedelsbehandling och annan medicinsk behandling är ett tydligt ansvarsområde för landstinget, på samma sätt som sociala insatser är ett tydligt ansvar för kommunen.

I lagrådsremiss – ”God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården” anges att psykosocial behandling enligt gällande lagstiftning kan ges av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är med andra ord en behandlingsform som kan ingå i båda huvudmännens ”verktygslåda”. Det finns enligt regeringens bedömning skäl för att denna typ av behandling även fortsättningsvis ska kunna erbjudas av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Skånes kommuner och Region Skåne har ett gemensamt ansvar för psykosocial behandling. Ansvaret är överlappande då båda huvudmännen har ansvar för området. Att två huvudmän har delat ansvar kan vara en styrka men det kan också innebära svårigheter. Istället för att samverka är risken att huvudmännen inte tar sitt vårdansvar och att den enskilde blir lidande. Samverkan mellan huvudmännen är direkt avgörande för att målgruppen ska få del av de fördelar ett gemensamt huvudmannaskap innebär.

Sedan den 1 juli 2013 är landsting och kommun genom likalydande bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (8 b§) och i Socialtjänstlagen, SoL (5 kap 9 a§) skyldiga att ha överenskommelser gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

8 b § HSL

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

5 kap. 9 a § SoL
”Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.”

Överenskommelserna ska även omfatta de personer som vårdas av enskilda aktörer som kommuner och landsting, i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL har slutit avtal med.

1. Syfte
Syftet med överenskommelsen är att underlätta samverkan mellan Region Skåne och Skånes 33 kommuner för att på ett bättre sätt tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen. Den syftar också till att identifiera gemensamma utvecklingsområden för Region Skåne och Skånes kommuner. Dessa utvecklingsområden redovisas under kapitel 15, ”Gemensamma utvecklingsområden”.

Överenskommelsen ska ge förutsättningar för huvudmännen att följa rekommendationer i gällande nationella riktlinjer.

2. Mål
Barn, unga och vuxna som tillhör målgruppen ska:
- Få vård och stöd för missbruk/beroende
- Få tillgång till insatser på rätt nivå
- Få en sammanhängande vård
- Få delaktighet och inflytande över sin vård

För att uppnå dessa mål krävs att kommuner och landsting tar ett gemensamt ansvar för samverkan utifrån den enskildes behov.
En förutsättning är att det finns en tydlig och överlappande ansvarsfördelning mellan Region Skåne och respektive kommun.
Genom ökad grad av integrerat arbetssätt, gemensamt bedriven missbruks- och beroendevård, uppnås ökad kvalitet och effektivitet och dubbelarbete undviks.
Det krävs också en tät samverkan med de organisationer som företräder målgruppen och deras anhöriga.

3. Målgrupp
Ramöverenskommelsens målgrupp är barn, unga och vuxna som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel och deras närstående.

4. Ansvar
Region Skånes ansvar
Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. (Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763. HSL2§).

Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. 1 kap 7 § Patientlag (2014:821)

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. 5 kap 1 § Patientlag (2014:821)

Inom missbruks- och beroendevården har Region Skåne följande ansvarsområden:

- Initiera, planera och samordna insatser enligt gällande lagstiftning för barn, unga och vuxna som tillhör målgruppen
- Tidig upptäckt och tidiga insatser
- Utredning, diagnostisering och behandling av beroendetillstånd gällande alkohol, läkemedel, dopningspreparat och illegala narkotiska preparat
- Somatiska och psykiatriska utredningar, vård och behandling
- Medicinsk behandling av abstinenssymtom
- Läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk enligt vid var tids gällande föreskrifter
- Psykosocial behandling
- Psykosocialt stöd
- Stöd till anhöriga och närstående
- Ansvar för information, råd och stöd till barn enl HSL 2g
- Läkarbedömning och intyg vid tvångsvård (LVM, LVU)
- Hälsoundersökningar enligt BBIC
- Aktivt smittskyddsarbete
- Suicidriskbedömning
- Anmälningsskyldighet gällande barn
- Anmälningsskyldighet gällande LVM
- Anmälningsskyldighet gällande vapen och körkort

Grundprincipen för handläggning av riskbruk, missbruk/skadligt bruk och beroende inom Region Skåne är att den ska ske på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Primärvård

Primärvård utgör basen i skånsk Hälso- och sjukvård. Begreppet primärvård definieras i Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) § 5 som ”Den del av den öppna vården som, utan avgränsning avseende sjukdom, ålder eller patientgrupp, ska svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens tekniska och medicinska resurser eller annan särskild kompetens”. Inom primärvården ska vårdgivaren bedöma, diagnostisera, behandla, rehabilitera och ge råd till personer med riskbruk, skadligt bruk/missbruk och beroende som inte kräver specialistsjukvård. Primärvården regleras av Region Skåne genom dels ackreditering och avtal inom Hälsoval Skåne för BHV, Vårdcentral och Rehabiliteringsgarantin samt i särskilt uppdrag för Barn och ungdomars psykiska ohälsa - första linjens insatser.

Vårdcentralernas uppdrag för missbruks- och beroendevård framgår av vid var tid gällande ackreditering och avtal för vårdcentral inom hälsoval Skåne. Uppdraget 2015:

”Vårdgivaren ska tillhandahålla kompetens för psykosocialt stöd. Vårdgivarens ansvar för riskbruk, missbruk/skadligt bruk och beroende omfattar; tidig upptäckt och kort rådgivning/motiverande samtal, behandling av lindriga former av ospecifik alkoholabstinens som kan behandlas i öppenvård och som inte kräver psykiatrins insatser, medicinsk behandling av alkoholmissbruk/skadligt bruk samt behandling av somatiska åkommor som är relaterade till missbruk/beroende och som inte kräver specialistvård.”

Specialiserad vård
Inom den specialiserade hälso- och sjukvården ska vårdgivaren bedöma, diagnostisera, behandla, rehabilitera och ge råd till personer med riskbruk, skadligt bruk/missbruk och beroende som kräver specialistsjukvård. Den specialiserade vården regleras av Region Skåne genom förvaltningsuppdrag och vårdavtal med privata utförare.

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. Kommunens arbete kring missbruks- och beroendeproblematik regleras huvudsakligen i Socialtjänstlag (2001:453, SoL).”Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.”

Socialtjänsten ska utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov. Planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och dennes anhöriga. Socialtjänstens insatser ska utgå från de behov som den enskilde har. Insatserna ska tillgodose behov av vård för missbruks/beroendeproblemet och behov av annan social rehabilitering. Hjälp kan erbjudas både i form av rådgivning och som biståndsbedömd insats. Insatserna som erbjuds enligt socialtjänstlagen är frivilliga.

Om det är nödvändigt att personer med missbruk/beroende får vård men inte samtycker till detta kan vården under vissa förutsättningar ges mot den enskildes vilja lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Bedömningen av vård och stödinsatser bör utgå från resultatet av ett för målgruppen och ändamålet avsett standardiserat bedömningsinstrument. Om sådan bedömning har gjorts av en huvudman bör den enskilde tillfrågas om medgivande för annan huvudman att ta del av denna.

För barn och ungdomar har kommunen ett särskilt ansvar. Socialtjänstlagen beskriver att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel bland barn och ungdomar.

Kommunen ansvarar också för barn- och ungdomsvården enligt socialtjänstlagen. Under vissa förutsättningar kan vård för unga ges mot den enskildes och/eller vårdnadshavarens vilja, enligt lagen om vård av unga (LVU)

Inom missbruks- och beroendevården har kommunen följande ansvarsområden:

- Initiera, planera och samordna insatser enligt gällande lagstiftning för barn, unga och vuxna som tillhör målgruppen
- Tidig upptäckt och tidiga insatser
- Alkohol- och drogförebyggande arbete
- Utredning och bedömning av behov av hjälp och vård för missbruks- och beroendeproblem
- Psykosocial behandling
- Psykosocialt stöd
- Föräldrastöd
- Stöd till anhöriga och närstående
- Stöd till barn som har förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem
- Försörjning och livsföring i övrigt
- Medverkan vid verkställighet inom kriminalvård, övertagande av vård
- Anmälningsskyldighet gällande barn
- Körkortsyttranden
- Yttrande i andra ärenden rörande enskilda personers lämplighet

5. Samverkan/samarbete

Samverkan/samarbete ska prioriteras inom de båda huvudmännens verksamheter. Lokala överenskommelser med konkreta handlingsplaner för samverkan/samarbete i förhållande till denna överenskommelse ska gemensamt upprättas av huvudmännen.

Samverkan ska präglas av respekt för den enskilde och dennes närstående.

När det gäller barn och unga som omfattas av denna ramöverenskommelse är samverkan med skolan av vikt.

Personer med samsjuklighet har behov av olika åtgärder, vilket kräver differentierade insatser. Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas. Det är av vikt att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Verksamheterna ska samverka och anpassa vården så att den tillgodoser personens behov.

För att få en väl fungerande samverkan/samarbete är det en förutsättning att i skälig tid inleda en dialog med berörda om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningar för samverkan eller samordning eller få andra konsekvenser.

Ansvar för samverkan med andra aktörer

Vid behov ska Region Skåne och kommunerna samverka med exempelvis Kriminalvården, Statens Institutionsstyrelse, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, frivilliga organisationer och arbetsgivare om sådan finns. Både kommunerna och Region Skåne ska informera den enskilde och anhöriga om att det finns organisationer som företräder målgruppen och deras anhöriga.

Riktlinjer för transport från sjukvård till SiS-institution vid LVM- vård

Representanter från Statens Institutionsstyrelse, Polismyndigheten, Kommunförbundet Skåne, Kriminalvårdens nationella transport enhet, NTE och Psykiatri Skåne har tagit fram riktlinjer för transport från sjukvårdsinrättning till SiS-institution. Se bilaga 4

5.1 Vård- och omsorgsplaner

Det finns många olika vård- och omsorgsrelaterade planer i Sverige. I den här överenskommelsen lyfter vi de tre planer som förutsätter samverkan mellan huvudmännen. Plan och planering är inte samma sak. En *gemensam planering* kan pågå över tid och ha många involverade – och resulterar så småningom i en *gemensam plan*. Planen är till för att den enskilde ska få god vård. En bieffekt av planen blir en ansvarsfördelning mellan de involverade.

Samordnad plan enligt LPT och LRV

Vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst för den enskilde och som efter samordnad vård- och omsorgsplanering upprättats inför ansökan till förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård

Samordnad vårdplanering, SVPL

En samordnad vårdplan ska upprättas för den enskilde som inför utskrivning från slutenvård bedöms behöva insatser av kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller av landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Rutiner regleras i dokument *”Samordnad vårdplanering – Rutiner vid samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne” gällande från 1 mars, 2007 eller senare.*

Samordnad Individuell Plan, SIP

Planen ska upprättas om Region Skåne eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Se kap 15, ”gemensamma utvecklingsområden”

Se vidare; *Betalningsansvarslagen, 1990:1 404, ändrad 2003:193, Socialstyrelsens föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27*

5.2 Samrådsgrupper

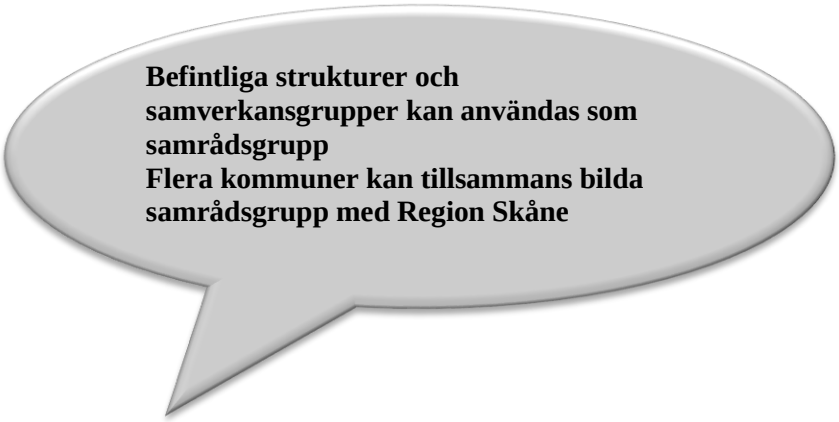
Regional nivå

På regional nivå finns ett särskilt gemensamt tjänstemannaforum för frågor som rör psykiatri och missbruk; Regional Samverkansgrupp Psykiatri. Till Regional Samverkansgrupp Psykiatri har ett utskott för missbruks- och beroendefrågor bildats. Detta utskott hanterar regionala frågor rörande missbruks- och beroendevården i Skåne.

Regional Samverkansgrupp Psykiatri ansvarar för;

- Samordning och utveckling på regional nivå avseende målgruppen.
- Revidering av ramöverenskommelsen kring samarbete avseende personer med missbruks- och beroendeproblem

På regionalpolitisk nivå finns Regional politisk samverkansgrupp för vård och omsorg med representanter för hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne och Kommunförbundets beredning för vård och omsorg. I gruppen som träffas fyra gånger per år behandlas gemensamma frågor mellan kommunerna och Region Skåne som rör hälso- och sjukvård och socialtjänst. Till gruppen finns en tjänstemannaberedning knuten.



Lokal nivå

I kommun/kommunerna bör en samrådsgrupp med verksamhetsansvariga chefer från kommunen och Region Skåne gemensamt ansvara för strategisk planering och samordning av verksamheter och insatser. Samrådsgruppen kan ansvara för att samverkan enligt denna ramöverenskommelse och lokalt tecknade överenskommelser följs och även fatta beslut i frågor som inte går att lösa i det dagliga arbetet.

5.3 Gemensamma integrerade verksamheter

När huvudmännen ingår avtal om gemensamma integrerade verksamheter ska den ansvarsfördelning som gjorts i denna ramöverenskommelse tillämpas. Exempel på lokala verksamheter kan vara Maria mottagningar, beroendemottagningar för vuxna eller mottagningar för personer med samsjuklighet.

Om det lokalt saknas organisationer som företräder målgruppen och deras anhöriga kan NSPH Skåne bjudas in att delta

6. Kontakter med organisationer som företräder målgruppen och deras närstående

I Region Skåne finns ett forum för dialog mellan Hälso- och sjukvårdsnämndens presidium och organisationer som företräder målgruppen och deras anhöriga inom psykiatri och missbruk. I utskottets arbete med överenskommelsen har representant från detta forum deltagit. Vid framtagande av de lokala överenskommelserna ska organisationer som företräder målgruppen och deras anhöriga om möjligt bjudas in att delta. Förslagsvis skapas gemensamma lokala brukarråd.

7. Informationsskyldighet

Det finns en skyldighet för verksamhetsansvariga att tidigt informera berörda parter, (vilket innefattar organisationer som företräder målgruppen och deras närstående), om planerade förändringar i den egna verksamheten som kan påverka förutsättningar för samverkan eller samordning, eller få andra konsekvenser för de samverkansparter som berörs.

8. Sekretess

Grundläggande för all vård och omsorg är att den enskildes autonomi och integritet respekteras och att vården skall utformas i samråd med denne. Om samtycke inte kan erhållas kan uppgifter inte lämnas ut, annat än när sekretessen hävs av annan lagstiftning, till exempel anmälningsskyldighet eller läkarintyg enligt LVM.

En förutsättning för samverkan är att den enskilde efterger sekretessen för de uppgifter som behövs för de nätverksmöten som framgår av 10 kap § 1 i Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) eller för de som behövs i rehabiliterings/ habiliteringsarbetet. Den enskilde avgör i vilken utsträckning dennes samtycke till att uppgifter utlämnas mellan exempelvis behandlande läkare, handläggande socialsekreterare, koordinator eller annan deltagande vid nätverksmöten utan att den enskilde är närvarande. Den enskilde skall ha full delaktighet, inflytande och insyn i vad som avhandlas i samverkan mellan parterna.

9. Ekonomisk ersättning

Ingen av parterna ska debitera någon av parterna för deltagande i samverkan/samarbete. Allt deltagande i arbetet ska ske kostnadsfritt.

På lokal nivå ska parterna gemensamt årligen fastställa områden för uppföljning och utvärdering, till exempel genom lokala samrådsgrupper

10. Uppföljning och utvärdering

På regionövergripande nivå ansvarar Regional samverkansgrupp psykiatri för att denna ramöverenskommelse årligen följs upp.

Uppföljning skall även ske med de kommuner som inte tecknat ramöverenskommelse.

11. Implementering och kunskapsspridning om ramöverenskommelsen

Region Skåne ansvarar för att ramöverenskommelsen implementeras inom den egna organisationen. Kommunförbundet Skåne ansvarar för kunskapsspridning avseende ramöverenskommelsen i Skånes 33 kommuner, implementeringen åvilar respektive kommun. Huvudmännen har gemensamt ansvar för att informera övriga berörda myndigheter samt organisationer som företräder målgruppen och deras anhöriga om ramöverenskommelsen.

Den lokala överenskommelsen bör revideras årligen
Organisationer som företräder målgruppen och deras närstående ska om möjligt bjudas in att delta i revideringen

12. Lokal överenskommelse

Denna ramöverenskommelse ska följas av lokala överenskommelser. Den lokala överenskommelsen ska reglera samverkan utifrån de förutsättningar som angivits i denna överenskommelse.

I de lokala överenskommelserna finns möjlighet att vara mer konkret vad gäller mål, prioritering av utvecklingsområden och tidsangivelser

13. Placering på HVB

Det är endast enligt Socialtjänstlagen som beslut om placering på HVB kan ske. Hälso- och sjukvården gör således inte placeringar i denna mening. Landstingets hälso- och sjukvård har ansvar för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvård även för personer utanför det egna landstinget, enligt gällande lagstiftning. Patientlag 9 kap (2014:821)

Underlag för beslut om insatser till den enskilde

En placering vid HVB föregås av att en SIP eller en SVPL upprättats om personen har behov av insatser från båda huvudmännen. I planen görs ingående beskrivning av personens specifika behov och hur man avser lösa dem.

Varje verksamhet ansvarar för utredning och bedömning inom sitt kompetensområde inför en placering på HVB. Det är således landstinget som avgör vilket behov av hälso- och sjukvårdsinsatser den enskilde har och hur dessa skall erbjudas och kommunen som avgör behovet av och insatser enligt socialtjänstlagen SoL, lag (1990:52) och hur dessa skall erbjudas.

Kostnadsansvar

Vardera partens kostnadsansvar ska vara klarlagt innan placering sker och utgår från huvudmännens ansvar för insatserna. Utifrån upprättad SIP eller SVPL görs en gemensam bedömning och överenskommelse som dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan Region Skåne och kommunen där kostnadsfördelningen preciseras i det enskilda fallet.

Ingen part kan i efterhand kräva den andra på kostnadstäckning om inte detta ansvar klart framgår av SIP eller av SVPL. Kostnadsfördelningen ska dock tas upp till förnyad bedömning under placeringen om någon av huvudmännen så begär.

Innan utskrivning från HVB ska SIP eller SVPL följas upp.

Det bör finnas lokala rutiner för arbetet kring kroppslig hälsa för målgruppen

14. Kroppslig hälsa

Det är särskilt viktigt att båda huvudmännen uppmärksammar den kroppsliga hälsan inklusive tandvård hos personer med missbruks- och beroendeproblem då de inte alltid söker eller får rätt tillgång till tandvård och/eller hälso- och sjukvård och samtidigt utgör en riskgrupp för att utveckla allvarliga sjukdomstillstånd.

15. Gemensamma utvecklingsområden

Nedanstående områden har identifieras som särskilt angelägna att utveckla i samverkan mellan huvudmännen. Vissa områden kommer att behöva ett regionalt utvecklingsarbete medan andra kan hanteras i lokala överenskommelser.

Områden med särskilda behov av samverkan och utveckling

- Samordnad individuell plan (SIP)
- Barn, ungdomar och unga vuxna
- Äldre
- Familjeperspektiv
- Personer med samsjuklighet
- Personer i behov av tillnyktring
- Personer i behov av abstinensvård
- Personer med läkemedelsmissbruk/beroende
- Personer som missbrukar dopningsmedel
- Sammanhållen vård och behandling genom integrerade verksamheter
- Information om hur man söker vård och stöd

15.1 Samordnad Individuell Plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Den enskilde ska vidare kunna påkalla medverkan av närstående eller annan person.

Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

Rutiner för SIP-mötets genomförande ska tas fram i de lokala överenskommelserna

Rutin för SIP

När någon part identifierat behovet och den enskilde/vårdnadshavaren samtycker till planen ska målet vara att en samordnad individuell plan upprättas utan dröjsmål, allra senast 15 dagar efter att berörda verksamheter blivit kontaktade.

- Den enskilde, vårdnadshavare samt närstående ska närvara vid planens upprättande om det *inte bedöms vara uppenbart olämpligt*.
- Ansvarig för initiering av samordnad individuell plan är den verksamhet där behovet identifierats.
- Samordnare ska utses.
- Samtycke (SOFS 2008:14) och samordnad individuell plan ska dokumenteras i journal
- Samordnaren ansvarar för den enskilde eller vårdnadshavare får ett exemplar av den samordnade individuella planen.

Ändamålsenlig blankett för SIP ska användas.

15.2 Barn, ungdomar och unga vuxna

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda barn, ungdomar och unga vuxna en kunskapsbaserad vård.

Missbruk bland barn och ungdomar skiljer sig mycket från missbruk bland vuxna i både karaktär, omfattning och bakomliggande faktorer. Av den anledningen behöver området missbruk bland barn, ungdomar och unga vuxna behandlas som en separat del av problemområdet missbruk. Missbruk bland barn, ungdomar och unga vuxna är ofta av multimodal karaktär, vilket innebär att samspelande faktorer inom det psykologiska, psykiatriska och det sociala området påverkar den unges missbruksförhållande och således också de behandlingsinterventioner som sätts in. Därför bör behandlingspersonalen ha kunskap om barns- och ungdomars utveckling, psykiatriska diagnoser samt god kunskap om missbruk och beroende. Huvudmännen behöver samordna och utveckla behandlingsutbudet för att skapa möjlighet att gå in snabbt och tidigt med interventioner. Utvecklingsarbetet bör omfatta samtliga delar av vården samt hur denna organiseras. Samverkan är för denna målgrupp en avgörande framgångsfaktor.

15.3 Äldre

Region Skåne och kommunerna ska verka för att öka kunskapen inom området samt utöka samverkan kring målgruppen. Utan samverkan finns det risk att äldre med missbruk inte får den hjälp de behöver.

Andelen äldre personer som dricker mycket alkohol och riskerar att utveckla ett beroende ökar enligt Socialstyrelsens årliga lägesrapport inom vård och omsorg (2012).

15.4 Familjeperspektiv

Kommunerna och Region Skåne ska verka för att stärka barn- och föräldraperspektivet hos de som i sitt arbete kan möta familjer där det förekommer missbruk. Genom det kan villkoren för hela familjen förbättras.

Vi vet att många barn lever i miljöer där det förekommer missbruk. Vi har också goda kunskaper om att barn som växer upp i miljöer där det förekommer missbruk löper stor risk att utveckla eget missbruk eller andra psykosociala problem. Forskning visar att barn från familjer med missbruk eller beroende som får stöd tidigt - mår bättre och klarar sig bättre. Att upptäcka barnen i tid och ge dem rätt stöd är därför ytterst angeläget. Det är även av vikt att uppmärksamma och stödja föräldrar till barn som missbrukar.

Se även HSL § 2g Lag (2009:979).

De lokala överenskommelserna bör innehålla rutiner för hur barn i dessa utsatta situationer kan ges information, råd och stöd på bästa sätt

Ansvar för stöd till barn som närstående

Av 2 g § HSL samt i 6 kap 5§ i Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvården och dess personal särskilt ska beakta att barn har rätt till information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

I sammanhanget är det viktigt att påminna om samverkansskyldigheten som följer av 2 f § HSL, 5 kap. 1 a § SoL m.fl. lagar samt anmälnings- och uppgiftsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL.

15.5 Personer med samsjuklighet

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda personer med samsjuklighet en samordnad vård. Samsjukligheten kan bestå av både psykiatrisk och somatisk sjukdom eller ohälsa samtidigt med missbruk eller beroende. Psykisk ohälsa är vanligt bland personer med missbruk och beroende.

Studier visar att risken att drabbas av psykisk sjukdom är mer än dubbelt så stor jämfört med personer som inte har ett missbruk eller beroende dessutom ökar psykisk sjukdom risken att utveckla ett beroende. Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Behandlingsmöjligheter, följsamhet till behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom, och vice versa. Det är därför viktigt att

samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas.

15.6 Personer i behov av tillnyktring

Regeringen har tagit beslut om att genom en treårig satsning 2014-2016 stödja ett lokalt och regionalt utvecklingsarbete med syfte att öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden om personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer, förkortad LOB. Region Skåne, Skånes kommuner och Polisen ska undersöka förutsättningar för en överenskommelse avseende målgruppen.

15.7 Personer i behov av abstinensvård

Region Skåne ska se över behov och organisering av vården för personer i behov av abstinensvård för att nå en mer jämlik vård och bättre möta målgruppers behov. Detta ska ske i samverkan med Skånes kommuner. Region Skåne och kommunerna ska utveckla vården, öka kompetensen och ta fram rutiner för samverkan kring målgruppen.

15.8 Personer med läkemedelsmissbruk/beroende

Region Skåne ska se över behov och organisering av vården för personer med läkemedelsmissbruk/ beroende. Detta ska ske i samverkan med Skånes kommuner. Region Skåne och kommunerna ska utveckla vården, öka kompetensen och ta fram rutiner för samverkan kring målgruppen.

Barn, ungdomar och unga vuxna som missbrukar läkemedel ensamt eller i ett blandmissbruk, bör ses som en särskild målgrupp, med delvis andra behov av insatser av medicinsk, psykologisk och social karaktär.

15.9 Personer som missbrukar dopningsmedel

Region Skåne och kommunerna ska verka för att öka kunskapen inom området och utveckla sina möjligheter att erbjuda hjälp. Dopning kräver ofta samverkan mellan den somatiska och psykiatriska vården i samspel med psykosociala insatser från kommunen. Regeringen genomför en satsning på området för att öka kunskapen. Det är angeläget att följa den nationella kunskapsutvecklingen på området.

15.10 Sammanhållen vård och behandling genom integrerade verksamheter

Region Skåne och Skånes kommuner stödjer ett fortsatt arbete mot integrerade verksamheter vilka förväntas ge en mer lättillgänglig, kontinuerlig och allsidig vård för målgruppen. Läkemedelsbehandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd behöver många gånger ges samtidigt och vård- och behandlingsplaner kan behöva samordnas. Detta ställer krav på huvudmännen att lokalt tillgodose behoven av såväl medicinsk-, psykologisk- som social-utredning och diagnostik samt gemensam och individuell vårdplanering och behandling.

15.11 Information om hur man söker vård och stöd

Region Skåne och kommunerna stödjer ett arbete med att förbättra den webbaserade informationen kring vård och stöd för missbruk och beroende. Ett exempel är att utveckla informationen på vårdguiden 1177 och ta fram information på kommunal nivå.

16. Hur tvister mellan parterna ska lösas

Tvister mellan verksamheter i landsting och kommun ska i första hand lösas av närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga. Företrädarna har ett gemensamt ansvar att komma fram till en gemensam lösning med den enskildes behov i centrum. Samverkansproblem och tvister ska lösas skyndsamt och återkoppling ska ske till alla berörda parter.

Ansvar för lösning av tvist har:

1. närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga
2. verksamhetschef med mandat att fatta beslut om frågan inom hälso- och sjukvården och förvaltningschef, eller annan tjänsteman med delegation inom kommun.
3. parterna kan, vid oenighet i enskilda ärenden vända sig till den Regionala Samverkansgruppen Psykiatri för förslag på lösning. Den Regionala Samverkansgruppen Psykiatris bedömning är inte prejudicerande för ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna.

17. Avvikelserapporter och kvalitetsutveckling

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) och i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) tydliggörs vårdgivarens ansvar att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Parterna har var för sig system för avvikelsehantering. Varje organisation ansvarar för att det finns rutiner för hantering av klagomål/ avvikelser inom den egna organisationen.

Regional Samverkansgrupp Psykiatri har ett ansvar för att följa upp avvikelser på systemnivå vilka inrapporteras från lokala samrådsgrupper.

18. Omförhandling och tidsperiod för överenskommelsen

Part äger när som helst under överenskommelsestiden påkalla förhandlingar om villkoren förändras eller om oförutsedd händelse inträffar som enligt partens uppfattning ändrar förutsättningarna för överenskommelsen. Begäran om omförhandling ska ske så snart det åberopade förhållandet blivit känt för den part som begär omförhandlingen och befriar inte parten från att fullgöra sina överenskommelsesenliga förpliktelser.

Överenskommelsen gäller fr.o.m. nedanstående datum och tills vidare med möjlighet för part att skriftligt säga upp överenskommelsen med tolv månaders varsel.

Denna överenskommelse har upprättats i två likalydande exemplar av vilka parterna tagit vars ett.

Datum

För Region Skåne	För Kommunförbundet Skåne
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden	Ordförande Kommunförbundets styrelse
Ingrid Bengtsson-Rijavec Hälso- och sjukvårdsdirektör	Monica Holmqvist Förbundsdirektör

Bilaga 1 Ansvar inom Region Skåne

Samtliga verksamheter inom Region Skåne ansvarar för:

• Tidig upptäckt och tidiga insatser, 2 c § HSL, Lag (1998:1660);
Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa.

• Beaktande av barns behov enligt 2 g § HSL, Lag (2009:979);
Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Anmälningsskyldighet

Om personen är under 18 år (14 kap. 1 § SoL)
Om en minderårig person kommer in till hälso- och sjukvården med misstänkt missbruk av alkohol, narkotika eller tabletter är personalen skyldig att anmäla detta till socialtjänsten. Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten bryter sekretessen mellan myndigheter. Integritetsskyddet får ge vika för barnets behov av skydd. Anmälningsskyldigheten är absolut och får inte bli föremål för tolkningar.

Om personen riskerar sitt liv eller sin hälsa (6§, 13§ LVM)
En läkare som kommer i kontakt med en person som kan antas vara i behov av missbruksvård eller omedelbart omhändertagande enligt LVM ska anmäla detta till socialtjänsten. Läkaren är alltså skyldig att anmäla om personen:
utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Om läkaren anser att vårdmöjligheterna inom sjukvården är tillräckliga föreligger dock ingen anmälningsskyldighet.

Om personen har minderåriga barn (14 kap. 1 § andra stycket SoL, LYHS, SFS1998:531)
Anmälningsplikt gäller även om man bara möter barn indirekt - t.ex. genom den oro personalen känner för ett barns situation i mötet med en missbrukande eller psykiskt sjuk mamma eller pappa. Personalen är då skyldig att genast anmäla till socialtjänsten.

Om personen är gravid (25 kap. 12 § Offentlighets- och sekretesslag (2009:400))
Sekretessen hindrar inte att en uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Anmälningsskyldighet vapen (6 kap. 6§ Vapenlagen, 1996:67)
Läkare har anmälningsskyldighet när det gäller vapenlicens enligt Vapenlag (1996:67) 6 kap 6§.

”En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till Polismyndigheten. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har tillstånd att inneha skjutvapen.”

Anmälningsskyldighet körkort (10 kap. 2§ Körkortslagen, 1998:488)
Läkare har anmälningsansvar när det gäller körkort och missbruk enligt Körkortslagen (1998:488)10 kap 2§.
”Om en läkare vid undersökning av en körkortshavare finner att körkortshavaren av medicinska skäl är uppenbart olämplig att ha körkort, ska läkaren anmäla det till Transportstyrelsen. Innan anmälan görs ska läkaren underrätta körkortshavaren. Anmälan behöver inte göras om det finns anledning att anta att körkortshavaren kommer att följa läkarens tillsägelse att avstå från att köra körkortspliktigt fordon.”

Bilaga 2 Vägledande principer för socialtjänsten

Socialtjänstlagen vilar på några vägledande principer:

Helhetssynen: Helhetssynens tillämpning innebär en strävan efter att förstå sammanhang och den helhet som den enskilde är en del av. Utifrån den enskildes perspektiv ska helhetssynen beakta hela människan, både de starka och svaga sidorna och att de olika behoven vägs samman. Den enskildes nätverk ses som en resurs som ska tas tillvara.

Frivillighet och självbestämmande: Den grundläggande utgångspunkten i socialtjänstreformen är frivillighet. Socialtjänsten ska präglas av frivillighet och service. Detta innebär att den enskilde själv får bestämma om denne vill ta emot erbjudande om en viss socialtjänst eller inte. Ingen ska påtvingas sociala tjänster, som de själva inte vill ha eller som de inte tror på. Detta står inte i konflikt med att försöka motivera den enskilde att ta emot en viss insats.

Kontinuitetsprincipen: Denna princip bygger på insikten om att psykosocialt förändringsarbete grundas på förtroendefulla relationer mellan den enskilde och företrädaren för socialtjänsten. För detta krävs en varaktighet i kontakten, d.v.s. att den enskilde möter samma person/team en längre period.

Normaliseringsprincipen: Enligt denna princip ska den som har fysiska, psykiska eller sociala funktionsnedsättningar ha rätt att leva och bo som andra. Socialtjänstens biståndsinsatser ska inriktas på att underlätta för den enskilde att leva i sin invanda miljö.

Flexibiliteten: Principen om flexibilitet innebär att socialtjänsten insatser aldrig får utformas utifrån färdiggjorda mallar. Varje insats ska vara individuellt anpassad efter den enskildes egna behov och önskemål med beaktande av helhetssynen.

Närhetsprincipen: Närhetsprincipen är nära förknippad med helhetsprincipen, den enskildes sociala eller psykosociala problem kan inte lösas isolerat från närstående personer eller avskilt från det egna sociala miljön och sammanhang

Bilaga 3 Definitioner

Missbruk, Skadligt Bruk, Beroende, Substance Use Disorder

Vid missbruk och beroende används två olika diagnossystem: International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). I Sverige används främst ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet. Den nu gällande versionen av ICD (ICD-10) är från 1990. Ett arbete pågår inom WHO med att uppdatera ICD-10 till en kommande ICD-11. En ny version av DSM (DSM-5) har nyligen publicerats. De studier som riktlinjernas rekommendationer baseras på har dock använt tidigare versioner av DSM. I tidigare versioner av DSM liksom i ICD-10 ingår *substansberoende*, och de båda systemens definitioner överensstämmer till stora delar. ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk*, medan tidigare versioner av DSM i stället hade diagnosen *missbruk*.

Beroende

För *beroend*e enligt ICD-10 gäller att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda:

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

För *beroende* enligt DSM-IV krävs att tre av sammanlagt sju kriterier är uppfyllda under en och samma tolvmånadersperiod:

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

Skadligt bruk

ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk* som innebär ett bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk.

Missbruk

För att det ska vara frågan om ett *missbruk* enligt DSM-IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllda under en och samma tolvmånadersperiod:

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

Substansbrukssyndrom
I DSM-5 ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet *substansbrukssyndrom*, som är en kombination av de tidigare sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna i diagnosen. Dock är kriteriet om kontakter med rättsväsendet ersatt av kriteriet ”begär/sug”. För diagnos enligt DSM-5 krävs att minst två kriterier är uppfyllda. Svårighetsgraden anges som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda *(Nationella riktlinjer för vård vid missbruk och beroende 2015, socialstyrelsen)*

Samsjuklighet
Personer med riskbruk, missbruk eller beroende som samtidigt uppfyller kriterierna för psykiatriska och/eller somatiska tillstånd.

Abstinens
Ibland beskrivs fysiskt och psykiskt beroende felaktigt som om det vore två olika saker. Beroende är alltid psykiskt i den meningen att man har ett sug, att man har svårt att kontrollera intaget och att man får psykiska symtom, som till exempel oro och ångest, när man slutar. Dessa symtom kallas abstinens. Vissa droger kan även ge kroppsliga, fysiska, abstinensbesvär *(1177, vårdguiden)*

Alkoholabstinens
- Ospecifika symtom, t. e. x hög puls, förhöjt blodtryck, svettningar, darrningar, oro, ångest och nedstämdhet
- Specifika symtom, t e x abstinenshallucinos, delirium tremens och alkoholbetingat psykotiskt syndrom samt krampanfall av generaliserad s.k. tonisk-klonisk typ. *(vägledning för missbruks- och beroendevården i Skåne, 2011, kommunförbundet Skåne och Region Skåne)*

Behandling
Behandling definieras som systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från missbruk eller beroende. Närmare bestämt ska fyra kriterier uppfyllas: (i)metoderna ska ha stöd i forskning (evidenskriteriet), (ii) avsikten ska vara att hjälpa individen att komma från missbruk eller beroende och inte återfalla (intentionskriteriet), (iii) utövare av behandlingen ska ha lämplig kompetens (kompetenskriteriet), samt (iv) praktiken ska utövas i en verksamhet som är anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter (kontextkriteriet).

Behandling kan delas in i medicinsk behandling, läkemedelsbehandling respektive psykosocial behandling.

Medicinsk behandling
Medicinsk behandling kan handla om psykiatriska insatser för personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom eller insatser för att behandla kroppslig samsjuklighet. Medicinsk behandling kan ske med eller utan vidhängande läkemedelsbehandling.

Psykosocial behandling
Representerar en särskild form av behandling. För att vara psykosocial behandling ska utöver den generella behandlingsdefinitionen ytterligare två kriterier vara uppfyllda. Interventionen ska (i) rikta sig gentemot den

enskildes psykologiska och sociala livssituation med ett uttalat
fokus på missbruk eller beroende och (ii) främst syfta till att
påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende. Omlärande, kognitivt beteendeorienterade, motivationsinriktade och återfallspreventiva metoder kan inkluderas i begreppet.

Psykosocialt stöd
Psykosocialt stöd definieras som interventioner som främst syftar till att förbättra den enskildes sociala situation. Stödinsatser brukar vanligtvis vara inriktade på endera den enskildes sociala situation (bostad, sysselsättning, försörjning) eller på livssituationen i övrigt (relationer, självkänsla, etc.).
Skillnaden mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd är att stöd till skillnad från behandling inte baseras på en specifik teknik eller metod. Detta behöver dock inte innebära att stödinsatser är osystematiska. Stödinsatser kan också ha inslag av behandling, men de uppfyller inte samtliga behandlingskriterier. *(Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, 2007, socialstyrelsen)*

Bilaga 4 LVM - riktlinjer för patienttransport

Lund, 150227

LVM - riktlinjer för patienttransport från Psykiatri Skånes vårdenheter till SiS-institution efter beslut enligt Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Bakgrund

Polisen har det yttersta ansvaret för transport när biträde har begärts (LVM § 45).

Kriminalvårdens nationella transportenhet, NTE, bistår polisen regelbundet med transporter, men kan denna inte genomföra uppdraget återgår detta till polisen.

Representanter från Statens Institutionsstyrelse, Polismyndigheten, Kommunförbundet Skåne, NTE och Psykiatri Skåne har tagit fram dessa riktlinjer för att värna om rätts- och patientsäkerhet och för att främja samarbete.

Riktlinjer

Planerad transport:
Psykiatrin ska informera SiS-institution och handläggaren på Socialförvaltningen så tidigt som möjligt och senast dagen innan transport ska genomföras. I samråd med SiS-institutionen tas beslut om hur transporten ska genomföras. I det fall biträde begärs kan polisen lämna över uppdraget till NTE.

Akut transport (patienten vägrar inläggning eller kräver sig utskriven):
Tjänstgörande specialistläkare med delegation från verksamhetschef ska besluta om kvarhållning enligt LVM § 24 och informera SiS och Socialförvaltningen alternativt begära biträde hos polisen. Kvarhållningen bör ske under kortast möjliga tid. Patient kan under kvarhållning inte tvingas till inläggning om patienten inte redan är inlagd, någon behandling

mot patientens vilja kan inte ges, patientens önskemål om att avstå från behandling och avstå från vistelse på sjukhus ska alltid uppfyllas. Patienten är emellertid genom beslutet om LVM-vård redan berövad friheten. Det är därför naturligt att patienten hindras att lämna sjukhuset i väntan på transport.

Syftet med kvarhållningen är att trygga att patienten som redan är berövad friheten inte avviker under LVM-vården.

Allmänt:
Psykiatrin ska informera SiS-institutionen och handläggaren på Socialförvaltningen så tidigt som möjligt och senast dagen innan om transport till institution. Detta för att underlätta planeringen.

Transport ska genomföras senast dagen efter att patienten är utskrivningsklar eller begär sig utskriven om inte överenskommelse om annat finns.

Om en patient blir våldsam och utagerande ska omedelbart polisbiträde begäras för akut omhändertagande och transport. Socialförvaltningen och SIS underrättas.

Åtgärder för att minimera behov av svårgenomförbara akuttransporter

- Klienter bosatta i Skåne ska i första hand och om det är möjligt med hänsyn till vårdbehovet placeras på SiS-enhet i Skåne. Detta underlättar möjligheten för akut polistransport vid begäran om biträde. SiS och socialtjänsten ansvarar.
- I samband med begäran om placering ska SiS placeringsenhet informeras särskilt om det bedöms kunna uppstå problem kring intagningen och transporten från psykiatrin till behandlingsinstitution. Socialtjänsten ansvarar.
- Om klient från Skåne ska placeras på institution på annat håll i landet ska övernattningsplats om möjligt ordnas vid institution i Skåne, så att transporten sedan kan göras planerad med hjälp av NTE. SiS ansvarar.
- Vid inläggning inom psykiatrin ska patient som är omhändertagen enligt LVM och som begär sig utskriven informeras noggrant om att kvarhållningsbeslut kommer att fattas i väntan på transport. Psykiatri Skåne ansvarar.
- Polisen ansvarar för kontakten med NTE. Vid behov diskuterar ansvarig läkare med inre befäl. Kan samsyn mellan dessa inte uppnås eller om transport dagen efter patienten är utskrivningsklar inte kan erbjudas lyfts frågan till regionalt vakthavande befäl i Malmö tel. 11414. I undantagsfall kan ansvarig läkare även kontakta ansvarig kriminalvårdsinspektör på NTE, sektion syd.

Avvikelsehantering
Målet är att ovanstående riktlinjer, kompletterade med lokala rutiner, ska minimera patient/klientsäkerhetsrisker och underlätta samarbetet mellan berörda aktörer samt ge möjlighet att utnyttja parternas resurser optimalt.
Det är viktigt att avvikelser registreras i verksamheternas system för detta och att återkoppling sker till den samverkanspart som berörs av avvikelsen.
Avvikelserna hanteras vid behov i aktörernas samarbetsgrupp, målet är att minska risk för upprepning.