§ 63

Samarbete inom missbruks- och beroendevård

Ärendebeskrivning
Genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen från den 1 juli 2013 infördes en skyldighet för landsting och kommuner att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Bakgrunden till lagändringarna är Missbruksutredningens slutbetänkande, 2012/13: SoU18, som bland annat hade att ta ställning till hur kommunernas och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården skulle tydliggöras.

Syftet med lagändringarna är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen.

Landstinget och länets kommuner har således ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården i Norrbotten. Personer med missbruk och beroende ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet.

Samverkan mellan huvudmännen och individens delaktighet ska leda till att den enskildes behov av insatser blir organiserade så att denne inte riskerar att hamna mellan olika ansvarsområden.

Revisionsrapport för missbruks- och beroendevården (november 2012) omfattade landstingets och sju kommuners verksamhet. Även landstingets Programberedning konstaterar i en rapport 2012 att missbruks- och beroendevården i länet behöver utvecklas. Beroende på var man bor i länet har man olika förutsättningar att få vård och stöd för sitt missbruk. Det finns ~~också~~ behov av att tydliggöra mål, ansvarsförhållanden och vårdnivåer och att tydliggöra samarbetsytor mellan länets kommuner och landstinget.

Den Politiska samverkansberedningen beslutade den 14 maj 2013 att tillsätta en arbetsgrupp med deltagare från landstinget och kommunerna med upp-drag att arbeta fram en Överenskommelse för missbruks- och beroendevården i Norrbotten. Samverkansberedningen beslutade vidare den 13 december 2013 att landstinget och Kommunförbundet Norrbotten utser en förhandlingsdelegation med uppdrag att slutföra överenskommelsen.

Den gemensamma arbetsgruppen har arbetat fram ett förslag till Överenskommelse om samarbete inom missbruks- och beroendevården mellan landstinget och kommunerna i länet. Förslaget tydliggör ansvarsförhållandena inom och mellan huvudmännen avseende upptäckt och tidig intervention, tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, behandling och stöd samt uppföljning.

Förhandlingsdelegationen har tydliggjort förslaget till Överenskommelse och understryker vikten av att arbetet inom missbruks- och beroendevården förutsätter nära samarbete lokalt mellan kommun och närsjukvård.

Beroendecentrum
Förslaget till Överenskommelse omfattar även etablering av ett Beroendecentrum för hela länet vilket är nödvändigt för en fungerande vårdfläta för de personer som har behov av kompetenser som inte kan tillgodoses på lokal nivå.

För att Beroendecentrum ska ha möjlighet att fullgöra sitt uppdrag fordras att basnivån, den lokala nivån, tar sin del av ansvaret och att Beroendecentrums resurser efterfrågas först när basnivåns kompetens inte räcker till.

Beroendecentrum har två syften:

- Tillgång till ett antal vårdplatser för abstinensbehandling vid komplicerade tillstånd som led i en vårdfläta för de svårast sjuka som inte kan klaras med närsjukvårdens och kommunernas kompetens.

- Konsultativt kompetensstöd till närsjukvård och kommuner.

En framgångsfaktor för att samlat möta behoven hos personer med missbruks- och beroendeproblem är samtidiga insatser och att tydligt samordna insatserna utifrån den enskildes behov. Inom Beroendecentrum ska därför finnas tillgång till personal från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

Landstinget är huvudman för verksamheten. Länets kommuner delfinaniserar verksamheten och personalkostnader enligt upprättat förslag till Samverkansavtal.

Vid Beroendecentrum ska en samordnad individuell vårdplanering genomföras med deltagare från respektive kommun och närsjukvård tillsammans med den enskilde. I förekommande fall även med företrädare för brukarorganisationer. Samordnade och samtidiga insatser kan också innebära att den enskilde i större utsträckning än idag får sina behov tillgodosedda på hemmaplan och att behovet av behandlingshemsplaceringar på sikt kan minska.

Överenskommelsen ska leda till en likvärdig missbruks- och beroendevård av god kvalitet i Norrbotten.

Presidiet föreslår styrelsen att, under förutsättning av motsvarande beslut i Landstingsstyrelsen, rekommendera kommunerna i länet:

att anta den upprättade Överenskommelsen om samarbete inom missbruks- och beroendevården mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten inkluderat ett Beroendecentrun i länet

att anta upprättat Samverkansavtal mellan landstinget och kommunerna gällande Beroendecentrum i Norrbotten

att godkänna upprättat förslag till kostnadsfördelning mellan kommunerna

./. *Bilaga.*

Ordföranden föreslår att presidiets förslag bifalls

Styrelsen beslutar, under förutsättning av motsvarande beslut i Landstingsstyrelsen, rekommendera kommunerna i länet

att anta den upprättade Överenskommelsen om samarbete inom missbruks- och beroendevården mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten inkluderat ett Beroendecentrun i länet

att anta upprättat Samverkansavtal mellan landstinget och kommunerna gällande Beroendecentrum i Norrbotten

att godkänna upprättat förslag till kostnadsfördelning mellan kommunerna

---

ÖVERENSKOMMELSE

om samarbete inom Missbruks- och beroendevård
mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län

KOMMUNFÖRBUNDET
NORRBOTTEN

NORRBOTTENS
LÄNS LANDSTING

Överenskommelse om samarbete missbruks- och beroendevård i Norrbotten

Vägledande för arbetet med att ge stöd, vård och behandling till personer med riskbruk, missbruk och beroende är att det sker i samverkan mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner.

De insatser som erbjuds ska utgå från evidensbaserad praktik, vilket innebär att bästa tillgängliga kunskap utifrån forskning, praktikerns beprövade erfarenhet och brukarens erfarenheter och förväntningar vägs samman.

Den enskildes behov ska vara i fokus, och insatser ska så långt det är möjligt planeras i samråd med honom/henne.

Norrbottens läns landsting och kommunerna i Norrbotten har kommit överens om följande överenskommelse för en missbruks- och beroendevård som håller hög kvalitet och är tillgänglig för alla.

Överenskommelsen har utarbetats i samråd med det regionala brukarrådet Leva och dess medlemsföreningar. Överenskommelsen är ett ramverk för lokala överenskommelser mellan huvudmännen. Utifrån lokala ambitioner och förhållanden är det möjligt att göra tillägg och konkretiseringar till denna överenskommelse. Överenskommelsen har antagits av kommunerna och landstinget i Norrbotten för tillämpning från och med 2014-10-01.

Överenskommelsen gäller tills vidare. Uppföljning ska ske löpande på verksamhetsnivå och följas upp i samråd med brukar- och närstående-organisationer. Ansvarig för uppföljningen är Länsstyrgruppen i Norrbottens län.

Datum 2014-10-01

Norrbottens läns landsting	**Kommunförbundet Norrbotten**
Kent Ögren	**Britta Flinkfeldt-Jansson**
Ordförande	**Ordförande**
Landstingsstyrelsen	

Innehåll

Överenskommelse om samarbete missbruks- och beroendevård i Norrbotten 1
Bakgrund 3
Uppdrag 4
Syfte 4
Övergripande ansvarsfördelning 5
Missbruks- och beroendevård i Norrbotten – Samverkan lokalt och regionalt 7
Beroendecentrum 9
Avvikelsehantering 10
Former för hur samverkansproblem/tvister mellan parterna ska lösas 11
Uppföljning och avtalstid 11
Bilaga 1 12
Något om missbrukssituationen 12
Bilaga 2 16
Samverkan utifrån den enskildes behov – några utgångspunkter 16
Bilaga 3 20
Expertgrupp stödjer implementeringen av överenskommelsen 20
Bilaga 4 21
Indikatorer för uppföljning 21
Bilaga 5 23
Vägledning gällande ansvarsfördelning mellan landstingets verksamheter vid riskbruk, missbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel 23
Vägledning gällande ansvarsområden för kom-munernas verksamhet vid riskbruk, missbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel 24

Bakgrund

Genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen från den 1 juli 2013 införs en skyldighet för landsting och kommuner att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Syftet med lagändringarna är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen.

Bakgrunden till lagändringarna är Missbruksutredningens slutbetänkande, 2012/13: SoU18, som bland annat hade att ta ställning till hur kommunernas och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården skulle kunna tydliggöras.

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården i Norrbotten.

För att förebygga missbruk och tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och landstinget och inom respektive huvudman. Personer med missbruk och beroende ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet.

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.

Det är angeläget att utveckla strukturer och mötesplatser för organiserad samverkan med företrädare för brukare och närstående på olika nivåer i såväl landstinget som i kommunernas verksamhet

För att vägleda och förtydliga samverkan mellan kommunerna och landstinget i Norrbotten har denna överenskommelse för missbruks- och beroendevården i Norrbotten arbetats fram.

Överenskommelsen ska leda till en **likvärdig missbruks- och beroendevård av god kvalitet i Norrbotten.**

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård riktar sig till både kommuner och landsting och utgör stöd för styrning och ledning i arbetet. Målet med riktlinjerna är bland annat att vården ska bli mer enhetlig, tillgänglig och utmärkas av god kvalitet samt att ge huvudmännen ett underlag för att rationellt använda missbruks- och beroendevårdens resurser.

Nationella mål

En samlad nationell strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT- strategin) antogs av riksdagen 2011. Det övergripande målet är: Ett samhälle fritt från narkotika och dopning med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk.

Strategin innehåller sju långsiktiga mål varav Mål 5 är att *Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.*

I Mål 5 ingår nedanstående tre prioriterade mål:

- Tillgång till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka

- En tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen för missbruks- och beroendevården ska uppnås
- Regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska

Ledorden för utvecklingen av missbruks- och beroendevården är ökad kvalitet och likvärdighet, ökad tillgänglighet och stärkt samverkan mellan huvudmännen.

Insatser för att åstadkomma en god kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (Betänkande 2012/13:SoU18) inryms således under Mål 5 i den nationella ANDT- strategin.

Uppdrag

Revisionsrapport för missbruks- och beroendevården (november 2012) omfattande landstingets och hälften av norrbottenskommunernas verksamhet och programberedningens rapport 2012 konstaterar samstämmigt att missbruks- och beroendevården i länet behöver utvecklas.

Beroende på var man bor i länet har man olika förutsättningar att få vård och stöd för sitt missbruk. Det finns också behov av att tydliggöra mål, ansvarsförhållanden och vårdnivåer och att tydliggöra samarbetsytor mellan länets kommuner och landstinget.

Landstingsstyrelsen beslutade den 5 mars 2013 att:

- I samarbete med länets kommuner initiera insatser som bidrar till att personer med missbruks- och beroendeproblem erbjuds jämlik vård i hela länet. I uppdraget ingår att tillförsäkra att det planerade Beroendecentrat för missbruks- och beroendevård etableras i samverkan med länets kommuner.
- Implementera Länsstrategin för missbruks- och beroendevård i Norrbotten. I uppdraget ingår att tydliggöra mål och uppdrag för missbruks- och beroendevården på verksamhetsnivå samt att särskilt tydliggöra vilka verksamheter som ansvarar för insatser när det gäller tillnyktring och abstinensbehandling.

Den Politiska samverkansberedningen beslutade den 14 maj 2013 att tillsätta en arbetsgrupp med deltagare från landstinget och kommunerna med uppdrag att ta fram en uppdaterad länsstrategi för missbruks- och beroendevården i Norrbotten.

Samverkansberedningen beslutade vidare den 13 december 2013 att landstinget och Kommunförbundet Norrbotten utser vardera tre personer till en förhandlingsdelegation med uppdrag att slutföra överenskommelsen.

Syfte

- Det övergripande syftet med överenskommelsen är att stärka samverkan mellan landstinget och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem i hela länet.
- Ett annat syfte är att tydliggöra ansvarsförhållandena inom och mellan huvudmännen.
- Etablering av ett Beroendecentrum med vårdplatser och möjlighet till kompetensstöd till hela länet.

Framgångsfaktorer

Den gemensamma Överenskommelsen mellan huvudmännen som tydliggör ansvarsfördelningen för målgruppen utifrån den enskildes behov är en förutsättning för att uppnå syftet.

Införandet av närsjukvård i landstinget ger ökade förutsättningar för att den enskilde får sina behov tillgodosedda utifrån ett helhetsperspektiv och i nära samarbete med kommunerna.

Övergripande ansvarsfördelning

Den övergripande ansvarsfördelningen mellan huvudmännen framgår nedan:

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig intervention	Upptäckt och tidig intervention
	Tillnyktring med behov av medicinsk tillsyn
	Abstinensvård
Psykosocial behandling Socialt stöd: Boende, sysselsättning, försörjning	Medicinsk diagnostik och behandling Psykosocial behandling
Utredning, bedömning, planering, uppföljning (Egen, ibland samordnad)	Utredning, bedömning, planering, uppföljning (Egen, vid behov samordnad)

Upptäckt och tidig intervention

Upptäckt och tidig intervention ska ske hos båda huvudmännen genom att bland annat använda de evidensbaserade screening- och bedömnings-instrument som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna. Det är i det här sammanhanget också viktigt att poängtera vikten av tidig provtagning för att upptäcka och förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Viktiga verksamheter för identifikation är inom kommunens ansvar skolan och vissa delar av socialtjänsten och inom landstingets ansvar primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin, allmänpsykiatrin och den somatiska specialistvården.

Den som upptäcker problem ska ha tillräcklig kompetens för att ge information om smittförebyggande åtgärder samt möjlighet att initiera tidig intervention, till exempel i form av kort rådgivning. Det är också viktigt att den som upptäcker problemet har tillgång till den specialiserade nivåns insatser, till exempel att enkelt kunna hänvisa vidare alternativt konsultera specialister hos båda huvudmännen om de upptäckta problemen bedöms vara svåra eller om det visar sig att den enkla, tidiga interventionen inte är tillräcklig.

Tillnyktringsverksamhet

Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda alkohol- och drogpåverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap och någonstans att vistas under en kortare tid medan den värsta påverkan går ur kroppen.

De flesta tillnyktringar sker i hemmet utan inblandning av vare sig socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Polisen har ett särskilt ansvar för tillnyktring enligt Lagen om omhändertagande av berusad person, LOB.

Utöver detta finns behov av tillnyktring med medicinsk tillsyn oavsett om personen söker själv eller med hjälp av socialtjänst eller polis. Många personer klarar inte själva att bryta ett aktivt missbruk av rädsla för medicinska komplikationer. Det finns alltid en ökad medicinsk risk för påverkade personer, och det ska finnas tillgång till tillnyktring under medicinskt kontrollerade former.

Vid minsta misstanke om eller känd risk för medicinska komplikationer har landstinget ansvar för att bedöma behovet av medicinskt omhändertagande.

Tillnyktringsverksamhet är ofta en länk i en vårdfläta före en abstinensbehandling eller en behandling för missbruk eller beroende.

Abstinensvård

Med abstinensbehandling eller abstinensvård avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder i anslutning till att intaget av alkohol eller andra droger upphör.

Abstinensvård är ett ansvar för landstinget och ska ses som en länk i vårdflätan.

Abstinensvård ska i första hand erbjudas i öppna vårdformer inom hälso– och sjukvården medan komplicerad abstinensvård fordrar heldygnsvård.

Behandling och stöd

Behandling definieras som systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från missbruk eller beroende.

Psykosocial behandling innebär utöver detta att interventionen ska rikta sig till den enskildes psykologiska och sociala livssituation med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende, samt främst syfta till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar. Samtidiga vårdinsatser från landsting och kommun som ger stöd till individen inom olika behovsområden har visat sig vara effektiva.

I förslaget till nya nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård rekommenderas följande psykosociala behandlingar:

- Motivationshöjande behandling (MET)
- Tolvstegsbehandling
- Community Reinforcement Approach (CRA)
- Kognitiv beteendeterapi (KBT) med fokus på missbruk
- Psykodynamisk eller interaktionell terapi
- Integrerad behandling (MI/KBT)
- Integrerad behandling (KBT) för missbruket eller beroende och svår psykisk sjukdom samtidigt

Ansvaret för psykosociala behandlingsinsatser är gemensamt för kommunerna och landstingets hälso- och sjukvård. En kombination av medicinsk behandling och psykosociala behandlingsinsatser är ofta effektiv.

Socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning är ett ansvar för socialtjänsten.

Medicinsk behandling utgår från diagnostik och omfattar bland annat provtagning, abstinensvård och farmakologisk behandling. Psykoterapi är en annan viktig del, i första hand beteendeorienterade kognitiva terapier, olika former av jag-stödjande terapi samt motiverande samtal. Förutom missbruk och beroende omfattar behandling även de insatser som krävs för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. I detta sammanhang krävs enligt smittskyddslagen (2004:168) inte endast medicinsk behandling och smittspårning utan även ett sådant psykosocialt stöd som behövs för att den smittade ska kunna hantera en allmänfarlig sjukdom eller för att ändra sin livsföring.

Psykosociala behandlingsinsatser är ett utvecklingsområde för både kommuner och landsting. Den kompetens som förutsätts vid användningen av evidensbaserade psykosociala behandlingsinsatser måste utvecklas i länet. Det är viktigt att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting, när det gäller psykosociala behandlingsinsatser, tydliggörs i en Samordnad individuell plan som tar sin utgångspunkt i den enskildes behov.

All farmakologisk behandling och substitutionsbehandling vid opiatberoende, är ett ansvar för sjukvården. Vid abstinens- och substitutions-behandling är den psykosociala delen av insatsen ett viktigt inslag som åligger socialtjänsten.

Vid abstinensbehandling och substitutionsbehandling för opiatberoende ska alltid en samverkan ske mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och i förekommande fall med arbetsgivaren. En samordnad individuell plan ska upprättas i samråd med den enskilda individen där ansvarsfördelningen tydliggörs.

Utredning, bedömning, planering, uppföljning

Med utredning avses kartläggning av behov och önskemål hos en individ med identifierade problem. För detta finns standardiserade instrument som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Med bedömning avses att beskriva problemen i termer av diagnos och vårdbehov, väga samman bästa åtgärder och individens egna önskemål, samt att formulera förslag till åtgärder.

Med planering avses den aktivitet som professionella tillsammans med brukaren och ibland hans eller hennes närstående utför för att bestämma hur insatserna ska utformas.

Med uppföljning avses främst aktiviteter som görs för att ta reda på hur förloppet utvecklar sig och om de vidtagna insatserna är tillräckliga.

Ansvaret för utredning, bedömning, planering och uppföljning ligger hos såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

Det är viktigt att se att utredning, bedömning, planering och uppföljning kan visa behov av samordning men det kan också vara så att det bara är den ena huvudmannen som ska stå för uppgiften. Den enskilda individen ska inte behöva utsättas för upprepade utredningar och bedömningar för samma problem**. Om det inte finns behov av insatser från båda huvudmännen ska utredning och bedömning ske där frågan väcks.**

I Bilaga 5 redovisas gällande ansvarsområden för landstingets verksamheter och kommunernas uppdrag.

Missbruks- och beroendevård i Norrbotten – Samverkan lokalt och regionalt

Sedan den 1 januari 2014 är landstingets hälso- och sjukvård indelad i två divisioner: Närsjukvård och Länssjukvård. Ett av de viktigaste syftena med införandet av närsjukvård är att förbättra samverkan inom landstinget samt att stärka och utveckla det lokala arbetet, ofta i nära samarbete med länets kommuner. I division närsjukvård ingår Primärvård, Medicin inklusive Infektionssektionen och Vuxenpsykiatri, samt i huvudsak verksamhets-området Akutsjukvård.

Närsjukvården ska utveckla den hälso- och sjukvård som är vanligt förekommande i befolkningen och ofta återkommande för individen. Fokus ligger på att förbättra vården för personer med sammansatta behov.

Personer med missbruks- och beroendeproblem är en av de patientgrupper som identifierats där det är särskilt angeläget att utveckla omhändertagandet och vården.

Det lokala samarbetet mellan närsjukvården och kommunerna, framförallt socialtjänsten, och när det gäller barn och unga, även skolan, är de viktigaste samverkansparterna för en väl fungerande missbruks- och beroendevård – allt från upptäckt och tidig intervention till vård och behandling med uppföljning.

Andra viktiga samverkansparter är bland andra försäkringskassa, arbetsförmedling, polis, kriminalvård m fl.

Det är viktigt att klargöra att uppbyggnaden av ett Beroendecentrum i länet på intet sätt fråntar de fem närsjukvårdsområdena ansvaret för ett väl fungerande lokalt arbete med patienter med missbruks- och beroendeproblem, många gånger i nära samarbete mellan närsjukvården och kommunerna.

För att Beroendecentrum ska ha möjlighet att fullgöra sitt uppdrag fordras att basnivån, den lokala nivån, tar sin del av ansvaret och att Beroendecentrums resurser efterfrågas först när basnivåns kunskaper och resurser inte räcker till.

Figuren nedan får ses som ett sätt att försöka åskådliggöra Beroendecentrums plats i ett regionalt och lokalt perspektiv.

Beroendecentrum

För en fungerande vårdfläta för missbruks- och beroendevården fordras ett gemensamt Beroendecentrum i länet med såväl psykiatriska, medicinska som psykosociala kompetenser på plats som är väl uppdaterade i aktuell forskning, riktlinjer, föreskrifter m m. För att optimera en samlad vårdplanering är det angeläget att, om den enskilde så önskar, representanter för brukarorganisationer inbjuds att delta i vårdplaneringen.

Länsstrategin för missbruks- och beroendevård, antagen av Landstingsstyrelsen maj 2011, och antagen av länets kommuner i olika takt, betonar vikten av en verksamhet byggd på evidens och stödjer ambitionerna att etablera ett Beroendecentrum för samlad kompetens med ansvar för stöd och kunskapsspridning i länet.

Beroendecentrum har två syften:

- Tillgång till ett antal vårdplatser för abstinensbehandling vid komplicerade tillstånd som led i vårdfläta för de svårast sjuka som inte kan klaras med närsjukvårdens och kommunernas resurser och kompetens.
- Konsultativt kompetensstöd till närsjukvård och kommuner.

Vårdplatser för abstinensbehandling

Det första syftet - abstinensbehandling av hög kvalitet som ett led i en vårdfläta - ger möjlighet att inleda samtidiga och gemensamma insatser från kommun och landsting. Vid Beroendecentrum kan, förutom abstinensbehandlingen, en samlad vårdplanering med initiala rehabiliteringsinsatser göras i nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Abstinensbehandling är en mångfacetterad praktik som för att bli effektiv ställer höga krav på verksamheten både under och efter behandling. Det är viktigt att hälso- och sjukvård och socialtjänst tar ett gemensamt ansvar för att patientens eller klientens vårdbehov ska kunna tillgodoses. Denna samlade vårdplanering ligger sedan till grund för det fortsatta rehabiliteringsarbetet som i huvudsak sker lokalt.

Tillgången till heldygnsplatser och tillgången till specialistkompetens möjliggör att motivationsarbete och den individuella planeringen kan påbörjas tidigt i samarbete mellan hemkommunen och hälso- och sjukvården.

Kompetensstöd

Det andra syftet är att stödja och utveckla missbruks- och beroendevården i länet tillsammans med lokala aktörer. Det för huvudmännen gemensamma Beroendecentrumet ska huvudsakligen verka konsultativt och kompetensstödjande till basnivån och till den specialiserade nivån hos de båda huvudmännen. Beroendecentrum ska vara en sambandscentral och ett samlat kompetenscentrum med ”know-how” avseende missbruk/beroende, dess konsekvenser och behandling.

Genom att erbjuda konsultativt stöd med tillgång till ett antal vårdplatser blir Beroendecentrum den spetskompetens som tjänar som komplement till hälso- och sjukvården och kommunerna i länet.

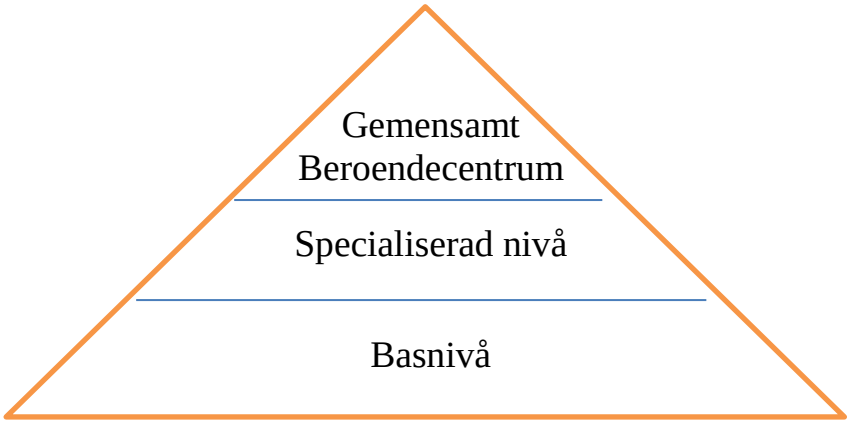
Missbruks- och beroendeområdet befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. För effektiv resursanvändning och för insatser för den enskilde som utgår från evidensbaserad praktik fordras att den specialiserade nivån och

basnivån har tillgång till kontinuerligt stöd. Här ligger Beroendecentrums huvudsakliga uppdrag.

En angelägen grupp för Beroendecentrum är unga vuxna som tidigt utvecklat ett avancerat missbruk inte sällan genom så kallade ”Nätdroger” tillgängliga genom Internet. Nya preparat introduceras kontinuerligt och skadeverkningarna hinner inte dokumenteras och spridas. Andra angelägna områden för insatser är exempelvis personer med läkemedelsberoende och dopningsproblematik.

Beroendecentrum utgör en viktig komponent i vårdflätan och ökar förutsättningarna för en god, säker och jämlik vård utifrån individens behov.

Figuren nedan är ett försök att tydliggöra de olika vårdnivåerna i länet inom landsting och kommun.



Integrerad verksamhet

En framgångsfaktor för att samlat möta behoven hos personer med missbruks- och beroendeproblem är samtidiga insatser och att tydligt samordna insatserna utifrån den enskildes behov. Inom Beroendecentrum ska därför finnas tillgång till personal från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

Genom att specialiserad kompetens för socialtjänsten är placerade vid Beroendecentrum finns goda förutsättningar för bland annat samplanering och samordning när det gäller uppföljande insatser. Tillsammans med Beroendecentrums övriga personal har de ett gemensamt ansvar för vård och behandling. Primärvården medverkar också i arbetet, framförallt vid inremittering och vid uppföljande medicinska insatser.

Det finns också potential för utveckling av samarbetet med brukar- och närståendeorganisationer inom ramen för Beroendecentrums verksamhet. Brukarorganisationerna ska ha tillgång till en lokal för att samtala med den enskilde - etablera kontakt, dela ut broschyrer, förmedla kontakter, erfarenheter m m.

Avvikelsehantering

Avvikelsehantering är en viktig del i arbetet med kvalitetssäkring och utveckling. Enligt SOSFS 2005:12 4 kap. 6§ ska hälso- och sjukvårdspersonal rapportera avvikelser som är av betydelse för patientsäkerheten till den som hos vårdgivaren svarar för avvikelsehantering.

Enligt SOSFS 2011:9 5 kap. 3§ ska den som bedriver socialtjänst eller verksamheter enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

När en avvikelserapport rör samverkan mellan olika vårdgivare är det av största vikt att följa gällande rutiner för hantering av dessa avvikelser.

Vid brister i samverkan mellan landstinget och en kommun ska avvikelserapport skrivas så att förbättringar kan ske.

Avvikelser som gäller landstinget hanteras enligt landstingets generella rutiner för avvikelsehanteringsprocessen.

Avvikelserapport som gäller kommunens hälso- och sjukvård skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, i kommunen. Avvikelsehanteringen hos kommunen i frågor som inte avser hälso- och sjukvård sker enligt lokala rutiner.

Former för hur samverkansproblem/tvister mellan parterna ska lösas

Samverkansproblem/tvister ska i första hand lösas i samverkansforum på lokal nivå mellan närsjukvården och berörd kommun.

I de fall tvister uppstår som berör mer än ett närsjukvårdsområde inklusive kommunerna i dessa områden kan föras till länsstyrgruppen för avgörande.

Länsstyrgruppen avgör om frågan behöver gå till den politiska nivån för behandling.

Tvist som inte kan lösas genom ovannämnda process ska avgöras av allmän domstol.

Uppföljning och avtalstid

För att säkerställa att överenskommelsen leder till förbättringar för den enskilda individen är det angeläget att överenskommelsen följs upp.

Uppföljningen ska omfatta indikatorer som mäter utvecklingen vad gäller dimensionerna struktur, process och resultat.

Länsstyrgruppen ansvarar för att en samlad årlig uppföljning på länsnivå görs med rapportering till den politiska Samverkansberedningen. Lokalt ska landstinget och kommunerna inom respektive närsjukvårdsområde ombesörja att insatserna kommer målgruppen till godo och med stöd av de indikatorer som redovisas i Bilaga 4 följa resultaten av överenskommelsen för den enskilde.

Överenskommelsen gäller tills vidare och ska följas upp i samråd med brukar- och närståendeorganisationer. Ansvarig för uppföljning är Länsstyrgruppen.

Bilaga 1

Något om missbrukssituationen

Samlade uppgifter över hur många personer i Norrbotten som missbrukar alkohol, narkotika, läkemedel dopningsmedel eller andra beroende-framkallande medel är idag inte möjliga att få fram.

I Missbruksutredningens diskussionspromemoria ”Bättre vård och stöd för individen” summeras, utifrån tillgängliga undersökningar, den rådande missbrukssituationen i Sverige. Tabellen på nästa sida har hämtats från Missbruksutredningen och kompletterats med skattat antal för Norrbotten. Beräkningen utgår från att länets befolkning utgör 2,6 procent av rikets befolkning och att missbrukssituationen i länet är av ungefär samma omfattning som för Sverige som helhet.

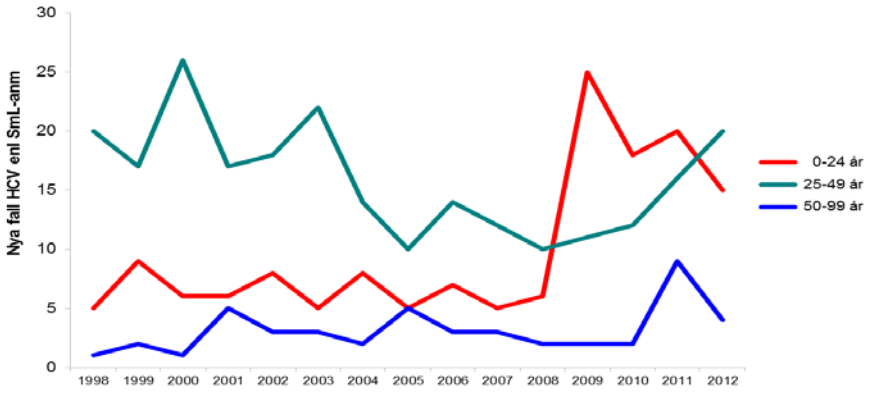
	Andel	Antal	Skattat antal i Norrbotten
Alkohol			
- Riskabel konsumtion		900 000	23 400
- Skadligt bruk		300 000	7 800
- Beroende (vårdade för alkoholdiagnos)		80 000	2 100
Narkotika			
- Riskabel konsumtion (någon gång)	10 %		
- Beroende (vårdade för narkotikadiagnos)		29 500	800
Läkemedel			
- Skadligt bruk (tillvanda eller beroende)		250 000	6 500
Dopningsmedel			
- Riskabel konsumtion (någon gång)	1 %		
- Skadligt bruk och beroende (frekvent användning)		10 000	260
Blandmissbruk			
- Tungt narkotika och alkohol	40 %		
- Missbruksklienter med alkohol och narkotika (ASI)	25 %		
Samsjuklighet			
- Missbruk (sökt vård) och psykisk sjukdom	30– 50 %		
- Psykisk sjukdom (sökt vård) och missbruk	20-30 %		

Som framgår av tabellen har alkohol som problemdrog klart störst utbredning. Alkoholen står också för de största negativa konsekvenserna i form av dödlighet, sjukdom och skador.

Narkotikamissbruket är mer begränsat men i vissa former mycket allvarligt. Efter flera år av minskad konsumtion förefaller narkotikamissbruket ha förvärrats under senare år. Detta grundas på att antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet som har sjukhusvårdats för narkotikarelaterade diagnoser eller avlidit av narkotikarelaterade orsaker har ökat.
Drogutvecklingen i Sverige 2011 – can.se

De senaste åren har noterats en ökning av antalet personer i Norrbotten som smittats av allvarliga infektioner som hepatit C på grund av injektion av droger. Ett ökat antal smittade i de yngre åldersgrupperna talar för en nyrekrytering.

Figuren nedan visar antal fall av hepatit C med intravenös smittväg i Norrbotten 1998-2012.



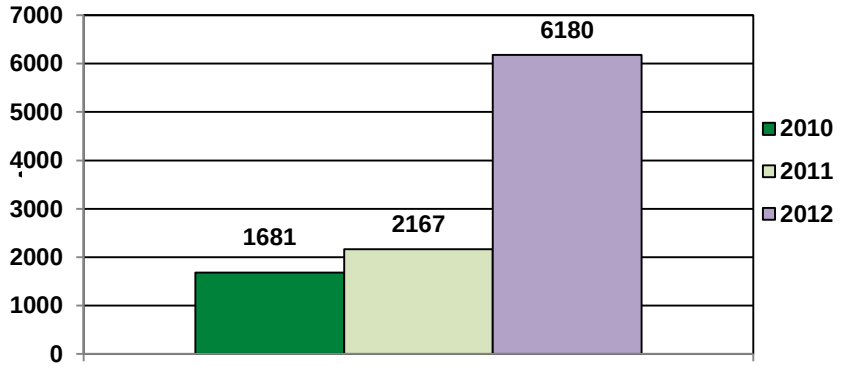
Skadligt bruk av läkemedel är förhållandevis vanligt och i stor utsträckning ett dolt problem.

Blandmissbruk är vanligt förekommande och från både brukar- och klientorganisationer och från professionella inom vården förmedlas bilden av att blandmissbruket ökat över tid.

När det gäller samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol och narkotika visar forskning att mellan 30 och 50 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende också har prevalens för psykisk sjukdom. Mellan 20 och 30 procent av dem som söker vård för psykisk ohälsa har samtidigt missbruk eller beroende.
Bättre insatser vid missbruk och beroende – regeringen.se

Patienter med missbruksproblem inom vuxenpsykiatrin

Figuren nedan visar att antalet vårdkontakter inom den vuxenpsykiatriska öppenvården orsakade av alkohol eller droger har mer än tredubblats under åren 2010 till 2012 (från 1 681 till 6 180).



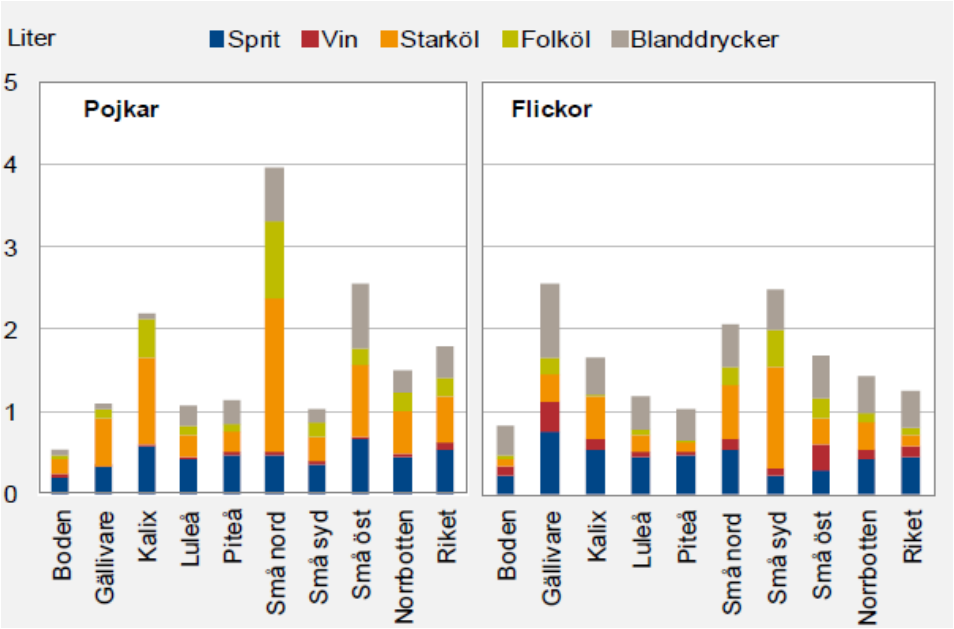
Av de 6 180 vårdkontakterna 2012 svarar män för 4 319 och kvinnor för 1 861. (Viktigt att komma ihåg är att dessa data redovisar antal vårdkontakter och inte antal individer - en person kan alltså stå för fler vårdkontakter).

Under 2012 har vuxenpsykiatrin mött totalt 664 individer med ”psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser” (472 män och 192 kvinnor).

Unga vuxna och vikten av tidiga samordnade insatser

I länet rapporteras iakttagelser från såväl socialtjänst, skola som från hälso- och sjukvårdens olika delar att allt fler unga vuxna uppvisar tecken på psykisk ohälsa inte sällan i kombination med intag av alkohol och andra droger. Antalet ungdomar som söker akut sjukvård på grund av drogrelaterade hälsoproblem har ökat lavinartat de senaste åren. Droger, typ ”spice” har blivit allt vanligare och kan ge psykotiska symtom, förvirring och kraftig ångest. Även andra syntetiska droger har blivit allt mer tillgängliga. Flertalet av dessa ungdomar skrivs ut efter några dagar, när symtomen klingar av, men blir ofta återinskrivna på grund av återfall. Ett tätt samarbete mellan landstinget och kommunerna kan bidra till en bättre uppföljning och sammanhålla insatser till dessa unga personer som i dagsläget inte får tillräcklig hjälp och stöd.

En totalundersökning av drogvanor bland årskurs 9 elever i Norrbotten har genomförts i samarbete med CAN under 2013 och jämförts med uppgifter för riket som helhet. Resultatskillnaderna mellan hela landet och Norrbotten var små. Norrbottensungdomarna rapporterade dock överlag något lägre prevalenser. Figuren på nästa sida visar den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen av respektive alkoholdryck mätt i liter ren alkohol (100 %) i Norrbotten respektive riket.



I Norrbotten redovisas kommunerna Haparanda, Överkalix och Övertorneå som ”Små öst”, kommunerna Pajala och Jokkmokk som ”Små nord” och Arjeplog, Arvidsjaur och Älvsbyn som ”Små syd”. Viktigt att hålla i minnet när slutsatser dras utifrån resultaten på kommunnivå är att ett fåtal elevers svar kan få stort genomslag för en kommun. Data bör därför tolkas med försiktighet.

Nationella data talar för att andelen elever i årskurs 9 som druckit alkohol har sjunkit de senaste åren. När det gäller användningen av narkotika är utvecklingen inte lika positiv. I både årskurs 9 och i gymnasiets år 2 syns vissa ökningar för både pojkar och flickor mellan åren 2007 och 2012. Skolelevers drogvanor 2012 – can.se

För att hejda en negativ utveckling bland gruppen unga vuxna med begynnande psykisk ohälsa och missbruksproblematik fordras samlade insatser från båda huvudmännen.

Bilaga 2

Samverkan utifrån den enskildes behov – några utgångspunkter

Evidensbaserad praktik

Ett strategiskt utvecklingsområde inom missbruks- och beroendevården är införandet av evidensbaserad praktik. Det innebär ett förhållningssätt med ständigt och systematiskt lärande där brukaren (i den mån brukaren kan eller vill vara delaktig), och de professionella, utifrån bästa tillgängliga kunskap tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser. Vetenskap blir användbar först när den integreras med professionell erfarenhet samt brukarens situation och önskemål.

Samordning, samtidighet och integrering av insatser

Samtidiga insatser som utgår från den enskildes behov och inte utifrån ett organisationsperspektiv har visat sig ge de bästa resultaten när det gäller effekter av insatser riktade till personer med missbruks- och beroende-problem. Man kan snarare tala om en ”vårdfläta” där olika insatser integreras och samspelar med varandra än det mer etablerade begreppet ”vårdkedja” där den ena insatsen avslutas och följs av nästa insats.

Aktuell kunskap visar att missbruk och psykisk störning ska behandlas samtidigt för att ge effekt. Även kroppslig ohälsa måste uppmärksammas och ges adekvat behandling. Det finns idag inget stöd för ett förhållningssätt där ett av problemen måste vara behandlat innan nästa kan åtgärdas.

Avgörande för en framgångsrik vårdprocess är ofta att olika insatser från olika huvudmän sker samtidigt och integrerat. I bästa fall fungerar allt optimalt, samtliga aktörer är involverade på rätt nivå, alla är medvetna om det egna ansvaret, samarbete, samverkan och samtidighet präglar insatserna. Den enskilde personen med en beroendeproblematik får det professionella stöd han/hon har rätt till och riskerar inte att hamna ”mellan stolarna”.

Samlade insatser över huvudmannagränserna med långsiktigt helhets-perspektiv är samhällsekonomiskt lönsamt och minskar det personliga lidandet för såväl den enskilde som för närstående. Behandlings- och stödinsatserna ska ges på ett sådant sätt att de uppfattas som attraktiva erbjudanden. Insatserna ska vara lättillgängliga och erbjudas kontinuerligt.

I länet finns goda erfarenheter av metoden case management enligt ACT, en teambaserad behandlingsmodell med case manager (CM) som spindel i

nätet för insatser. Målgruppen är personer med samsjuklighet i form av psykisk sjukdom/störning och samtidigt missbruk. Case management som verksamhet bygger på samverkan mellan landsting och kommun. CM arbetar nära individerna och ska verka för att de får tillgång till vård och stöd som integreras till en helhet som passar den enskildes behov.

Mångbesökarmodellen

Mångbesökarmodellen är en modell för uppföljning där man kartlagt brukares väg genom hälso- och sjukvård, socialtjänst och kriminalvård i syfte att förbättra vården och stödet för målgruppen. Fallstudier som genomförts i länet visar bland annat på sen upptäckt av missbruk trots indikationer, brister i långsiktiga lösningar samt bristande samverkan mellan huvudmännen. Samordnade individuella vårdplaneringar, i flera fall med deltagande av CM, bidrog i flera fall till goda lösningar för den enskilde.

Mångbesökarmodellen (pdf)

Samordnad individuell plan (SIP)

Genom ändringar i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen från den 1 januari 2010 infördes en skyldighet för kommuner och landsting att tillsammans upprätta en individuell plan så att den enskilde får sina behov tillgodosedda.

Insatserna behöver vara differentierade och individuellt anpassade, ofta behöver de vara samordnade och samtidiga från huvudmännen, och ska erbjudas när den ger ett mervärde för brukaren och konkretiseras i en Samordnad individuell plan (SIP).

Den gemensamma planeringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och/eller närstående och klargöra det samlade behovet av insatser. Planen ska klargöra vilka insatser som den enskilde behöver, vem som ska samordna insatserna samt vilka insatser respektive huvudman ansvarar för.

Personer med missbruks- och beroendeproblem har ofta sammansatta behov och det är därför särskilt angeläget med ett gemensamt ansvarstagande med god kontinuitet i de samlade insatserna och med tydliggörande av ansvarsfördelningen.

Behovet av en individuell plan är särskilt tydligt vid samsjuklighet då samtidiga insatser är avgörande för effekterna för den enskilde.

Samordnad individuell plan – nllplus.se

Målgruppsanpassade insatser

Personer med missbruk eller beroendeproblematik utgör ingen homogen grupp. En grupp där samordnade insatser är av stor vikt är personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom.

Landstinget och kommunerna i Norrbottens län har 2013 inom ramen för den nationella psykiatrisatsningen (PRIO- satsningen) ingått överenskommelse inom området psykisk ohälsa. Vikten av att främja ett gott omhändertagande och god vård för personer med missbruk/beroende och samtidig psykisk funktionsnedsättning tydliggörs i överenskommelsen.

Överenskommelse om samarbete inom området psykisk ohälsa – nllplus.se (pdf)

Fler målgruppsspecifika insatser behöver utvecklas. Det kan exempelvis gälla barn och ungdomar med eget missbruk eller som lever i en familj där

det finns missbruk, gravida kvinnor, våldsutsatta kvinnor, personer med funktionsnedsättning och personer med utländsk bakgrund.

Många olika problembilder ställer krav på olika insatser och kombinationer av insatser. Svårighetsgraden kan variera; allt från riskbruk till skadligt bruk till beroende. Konsekvenserna är ibland hälsorelaterade, ibland sociala och ibland både och.

Barnperspektivet

En prioriterad fråga är att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och andra närstående. Barn i familjer med missbruksproblem eller där föräldrarna av andra skäl sviktar i sin omsorg ska erbjudas ändamålsenligt stöd utifrån förutsättningar och behov.

Den 1 januari 2010 infördes följande bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen:

2 g § 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
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.

Inom ramen för SKL:s satsning från ”Kunskap till Praktik” pågår ett gemensamt arbete i länet för att utveckla barn- och föräldraperspektivet hos personal inom kommun och landsting som möter föräldrar med missbruks-/beroendeproblematik. En gemensam fortbildningsinsats pågår som ligger till grund för att vidare utveckla metoder och rutiner att gå från ett individperspektiv till ett familjeperspektiv.

Det är varje barns rätt att bli uppmärksammat och få det stöd och den hjälp som han eller hon är i behov av i en sådan utsatt situation. (Riktlinjer och rutin för dokumentation i VAS finns antagna i landstinget).

Socialtjänstlagen 14 kap 1§ föreskriver en skyldighet för anställda vilkas verksamhet berör barn och ungdom att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstanke att ett barn far illa. Oron behöver inte vara bekräftad, bevis behövs inte för att ett barn far illa. Samråd med socialtjänsten kan föregå en anmälan.

Vägledande för samverkan kring enskilda barn och ungdomar med behov av insatser, är att insatserna ”skräddarsys” så långt möjligt över sektorsgränser. Ny överenskommelse om samverkan kring barn och unga mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten, Norrbus, har antagits under 2013. Norrbus omfattar alla barn och unga, upp till och med 20 års ålder, som är i behov av stöd och hjälp från fler än en aktör.

Norrbus – nllplus.se (pdf)

Remissöverenskommelser (RÖK) och Handläggningsöverenskommelser (HÖK)

Inom landstingets verksamheter har upprättats Remissöverenskommelser och Handläggningsöverenskommelser för patientgrupper som behöver få sina behov tillgodosedda av flera aktörer, exempelvis primärvård, medicin och psykiatri. Syftet är bland annat att tydliggöra ansvarsförhållandena och handläggningsrutiner.

Remissöverenskommelsen mellan Primärvården Luleå-Boden, Medicinklinken och Psykiatrin Sunderbyn *”Allmänna riktlinjer för inläggning vid Missbruks- och beroendeenheten”* kan ses som ett exempel på hur överenskommelser skulle kunna utformas och utvecklas i ett länsperspektiv.

Rätt insats på rätt nivå

Insatser för personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik ska ta sin utgångspunkt i den enskildes behov vare sig det gäller riskbruk, skadligt bruk eller beroende och bygga på evidensbaserad praktik.

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

Det är angeläget att öka tillgängligheten till vård och stödinsatser för målgruppen. Kontinuitet i vårdflätan med tillgång till personal med adekvat kompetens och med hög kvalitet i insatserna är av stor vikt för den enskilde och för samhället.

Samarbetet inom hälso- och sjukvården och i förhållande till kommunerna och mellan kommunerna behöver utvecklas för att få tillgång till nödvändig kompetens och specialkunskap.

Kommunernas och landstingets verksamheter har olika basnivåer för sina verksamheter som möjliggör tidig upptäckt och intervention. För hälso- och sjukvården utgör primärvården ”första linjen” och för kommunernas del skolan och vissa delar av socialtjänsten.

Det är viktigt att basnivån i sin organisation har tillgång till de resurser och kompetenser som krävs inom området. Tidig identifiering av problem förutsätter att det finns insatser att tillgå för att förhindra fortsatt problemutveckling. En otillräckligt utvecklad första linjens vård och specialistvård, liksom oklarheter i ansvarsfördelning, medför stor risk för att insatser fördröjs eller helt uteblir.

När basnivåns kompetens inte är tillräcklig ska specialistnivån kontaktas. Specialistverksamheterna ska komplettera basverksamheterna med konsultation och ansvara för bedömning och utredning som kräver särskilda kunskaper, diagnostik och behandling. Brister på basnivån motiverar inte insatser på specialistnivån.

Den specialiserade vården utgörs från kommunernas sida av socialtjänstens missbruks- och beroendevård. För hälso- och sjukvårdens del finns patienter med missbruks- och/eller beroendeproblematik både inom den psykiatriska och inom den somatiska specialistvården.

Bilaga 3

Expertgrupp stödjer implementeringen av överenskommelsen

Som ett led i landstingets arbete med kunskapsstyrning har expertgrupper bildats, eller är under bildande, för att bland annat vara mottagare av nya nationella riktlinjer samt kompletteringar eller uppdateringar av äldre riktlinjer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer omfattar stora behovsgrupper och representerar 80 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader. Expertgruppernas uppdrag är att sammanställa gemensamma vårdprocesser för området, exempelvis Handläggningsöverenskommelser (HÖK) samt kontinuerligt bevaka och följa upp området samt att ta fram lämpliga uppföljningsmått.

En expertgrupp ska bildas för missbruks- och beroendevård. I expertgruppen ska finnas representanter för de verksamheter som ingår i huvudprocessen. För ett effektivt arbete är det angeläget att gruppen inte är för stor samtidigt som gruppen ska ha en bred sammansättning av deltagare. För landstingets del innebär det representanter från var och en av de ingående verksamheterna i närsjukvårdsdivisionen. Länets kommuner inbjuds att delta med två representanter och företrädare för brukare- och närståendeorganisationer med en representant. Utifrån aktuella frågor finns möjlighet att adjungera ytterligare deltagare.

En preliminär uppdaterad version av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård med indikatorer för uppföljning av insatser beräknas komma våren 2014. Riktlinjerna är en vägledning för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.

Expertgruppens uppdrag är bland annat att utifrån de nationella riktlinjerna genomföra en fördjupad gap-analys som beskriver hur situationen ser ut i Norrbotten i förhållande till riktlinjerna och att vidareutveckla, tydliggöra och stödja det påbörjade arbetet med överenskommelsen i länet inom missbruks- och beroendevården.

För att omsätta ny kunskap i förändrad praxis, implementering, fordras en aktiv strategi. Att enbart sätta sin tillit till passiv spridning av dokument, riktlinjer, överenskommelser etc är inte tillräckligt för att uppnå förändring. Som ett led i lanseringen av de nya riktlinjerna kommer regionala seminarier att genomföras under våren 2014. Inom ramen för seminariet planeras även att genomföra en presentation och genomgång av överenskommelsen.

Bilaga 4

Indikatorer för uppföljning

Donabedians triad brukar användas för att studera olika aspekter av vårdens kvalitets- och förbättringsarbete. Modellen utgår från struktur-, process- och resultat- eller effektmått. Med strukturer avses de förutsättningar som finns för att ge god vård och omsorg medan processer handlar om vad, hur och när tjänsterna produceras i verksamheten.

Arbetsgruppen har identifierat i följande datakällor som möjliga indikatorer för uppföljning inom området.

Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård

Socialstyrelsens Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården omfattar totalt 72 indikatorer för uppföljning inom kommuner, landsting/ regioner och specialiserade beroendemottagningar. Indikatorerna är huvudsakligen struktur- och processmått.

De hälsoindikatorer som tagits fram inom ramen för öppna jämförelser som mått på verksamhetens resultat kan vara relevanta utfallsmått, exempelvis indikatorer som mäter läkemedelsuttag, återinskrivning och dödlighet.

Uppföljning genom kvalitetsregister och ASI- intervju

Svenskt Beroenderegister (SBR) riktar sig till patienter som behandlas för beroende inom den psykiatriska specialistvården. I SBR insamlas uppgifter om bland annat vårdhistorik, alkohol- och drogkonsumtion, diagnoser, GAF (funktionsskattning), AUDIT, DUDIT samt social situation. SBR möjliggör bland annat att följa patienters process i vården och beskriva relationen mellan insatser och utfall och att studera effekterna av specifika och samordnade insatser för personer med komplexa vårdbehov och/eller samsjuklighet.

Kvalitetsregistret Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende (LAROS) som bygger på SBR möjliggörs behandlingsuppföljning vid opiatberoende.

ASI (Addiction Severity Index) är en standardiserad och strukturerad intervju. Intervjun kan användas såväl i utredningsskedet som vid planering och utveckling av vård- och behandlingsinsatser. Med uppföljningsintervjun är det också möjligt att göra jämförelser före och efter insats. Intervjun mäter omfattning och intensitet av missbruket och baseras på klientens/patientens skattning av oro, besvär och hjälpbehov samt på intervjuarens skattning av hjälpbehov.

Provtagning för blodsmitta

Andra mått som är viktiga att följa är andelen provtagna för blodsmitta bland riskpersoner (t ex traumapatienter vid akutmottagningar) samt andelen smittade bland dem som provtagits. Andelen provtagna riskpatienter bör öka och andelen bland dessa med blodsmitta bör minska.

Nationella riktlinjer med indikatorer som stöd för uppföljning

En uppdaterad version av de Nationella riktlinjerna med indikatorer för uppföljning av insatser kommer att presenteras under våren 2014.

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

Inom ramen för Sveriges Kommuners och Landstings (SKL) implementeringsarbete av de nationella riktlinjerna, Kunskap till Praktik, får kommuner och landsting bland annat stöd i att förstärka brukarmedverkan, utbilda personal så att de har kompetens att arbeta utifrån en evidensbaserad praktik samt införa metoder för att lokalt följa upp och förbättra verksamheten.

Bilaga 5

Vägledning gällande ansvarsfördelning mellan landstingets verksamheter vid riskbruk, missbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel.

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

Områden där gemensamt eller delat ansvar mellan kommunerna och landstinget gäller, listas inte här.

Primärvården hanterar:

- Tidig upptäckt och kort rådgivning/motiverande samtal.
  I förekommande fall läkarintyg vid LVM, körkortstillstånd m m.
- Behandling av lindriga former av ospecifik alkoholabstinens som kan behandlas i öppen vård eller, för glesbygdshälsocentralerna på så kallad obs- plats, och som inte kräver psykiatrins insatser
- Medicinsk behandling av alkoholmissbruk
- Behandling av somatiska åkommor som är relaterade till missbruk/beroende och som inte kräver specialistvård
- Tillnyktring som kräver medicinsk tillsyn, och som kan skötas i öppenvård, eller på glesbygdshälsocentralernas så kallade obs-platser. Detta inkluderar att bistå polis, socialtjänst och övriga icke-sjukvårdsaktörer vid behov av medicinsk bedömning vid tillnyktring, exempelvis i polisarrest

Den somatiska specialistvården hanterar:

- Samtliga verksamheter: Tidig upptäckt och kort rådgivning.
  I förekommande fall läkarintyg vid LVM, körkortstillstånd m m.
- Kliniker för internmedicin/geriatrik/intensivvård: Behandling av alkoholmissbruk vid samsjuklighet med somatisk sjukdom som kräver somatisk specialistsjukvård samt abstinensbehandling efter alkoholmissbruk som kräver sluten vård men utan psykiatriska komplikationer.
- Kliniker för internmedicin/geriatrik/intensivvård: Behandling av somatiska åkommor som är relaterade till missbruk/beroende och som kräver somatisk specialistvård
- Tillnyktring, där komplicerande somatiska medicinska faktorer ställer krav på inneliggande vård

Den psykiatriska specialistsjukvården hanterar:

- Samtliga verksamheter: Tidig upptäckt och kort rådgivning.
  I förekommande fall läkarintyg vid LVM, körkortstillstånd m m.
- Psykiatriska kliniker: Medicinsk behandling av beroendesjukdomar annat än efter alkoholmissbruk

- Psykiatriska kliniker: Medicinsk behandling av alkoholmissbruk vid samsjuklighet med psykisk sjukdom, läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende
- Psykiatriska kliniker: Behandling av somatiska åkommor relaterade till missbruk men där utagerandegraden är för hög för att patienten ska kunna vårdas inom somatisk specialistsjukvård. I dessa fall kvarstår det medicinska ansvaret hos den somatiska specialist-sjukvården medan patienten slutenvårdas på psykiatrisk klinik
- Länsenheten för missbruk- och beroende i Luleå: Komplicerad behandling av beroendesjukdomar som exempelvis specialistinsatser och kompetensstöd vid abstinensbehandlingar som inte klaras inom närsjukvården, specialistbehandling, metodstöd och integrerade insatser för personer med sammansatta vårdbehov på grund av samsjuklighet psykisk sjukdom och samtidigt missbruk, kompetens-centrum för läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende
- Tillnyktring, där komplicerande psykiatriska faktorer, ställer krav på inläggning.

Vägledning gällande ansvarsområden för kommunernas verksamhet vid riskbruk, missbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel

Områden där gemensamt eller delat ansvar mellan kommunerna och landstinget gäller, listas inte här

- Alkohol- och drogförebyggande arbete
- Tidig upptäckt och tidiga insatser
- Utredning och bedömning av behov av missbruksvård
- Medverkan vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk enligt föreskrifter i SOSFS 2009:27
- Försörjning och livsföring i övrigt
- Medverkan vid verkställighet inom kriminalvård, övertagande av vård
- Anmälningsplikt gällande barn
- Körkortyttranden
- Yttranden i andra ärenden rörande enskilda personers lämplighet

2014-09-12

SAMVERKANSAVTAL

BEROENDECENTRUM I NORRBOTTEN

mellan landstinget och länets kommuner

KOMMUNFÖRBUNDET NORRBOTTEN

NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

Bakgrund och syfte

Genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen från den 1 juli 2013 infördes en skyldighet för landsting och kommuner att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Personer med missbruk och beroende ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet. Den Politiska Samverkansberedningen i länet har gett uppdrag till Länsstyrgruppen att ta fram förslag till en överenskommelse för att stärka samverkan mellan landstinget och kommunerna, samt ett avtal om Beroende-centrum i länet. Syftet är att bättre kunna tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem i hela länet.

Samverkansavtalet klargör omfattningen av och innehållet i länets Beroende centrum, samt respektive parts uppgifter och ansvar för denna verksamhet.

Verksamheten vid Beroendecentrum består av två delar, dels vårdplatser för abstinensbehandling och tillnyktring, dels ett kompetenscentrum med såväl psykiatriska, medicinska som psykosociala kompetenser.

Bilagor till avtalet

Överenskommelse om samarbete inom Missbruks- och beroendevård mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten - **Bilaga 1**
Beskrivning av Beroendecentrums verksamhetsidé och innehåll - **Bilaga 2**
Finansiering av verksamheten och bemanningsstruktur - **Bilaga 3**

Avtalstid

Avtalet gäller från 2015-01-01 och fem år framåt. Efter avtalstiden förlängs avtalet automatiskt årligen om inte någon av parterna dessförinnan har aktualiserat uppsägning.

Uppsägning av avtalet

Uppsägning av avtalet från någondera part ska ske senast 12 månader före avtalstidens utgång.

Verksamhetens omfattning

Verksamheten ska erbjuda:

- Tillnyktringsplatser vid behov av medicinsk tillsyn
- Specialistinsatser och kompetensstöd vid komplicerad abstinensbehandling som led i en vårdfläta
- Specialistbehandling och metodstöd för personer med komplexa vårdbehov på grund av missbruk och samtidig psykisk störning
- Länsresurs när det gäller utredning och medicininställning för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LABO)

- Samlade insatser på plats till unga vuxna som tidigt utvecklat ett avancerat missbruk
- Samlade insatser på plats till personer med läkemedelsberoende och/eller dopningsproblem
- Ge förutsättningar för samordnad individuell planering på plats där även anhöriga, närstående, samt brukar- och närståendeorganisationer vid behov kan delta
- Spetskompetens och kunskapsspridning gällande beroendefrågor

Remisser till vårdplatserna

Remiss för inskrivning till vårdplatser utfärdas av läkare inom närsjukvården.

Närsjukvårdens och kommunernas ansvar

Uppbyggnaden av ett Beroendecentrum i länet fråntar inte de fem närsjukvårdsområdena och kommunerna ansvaret för ett väl fungerande lokalt samarbete med personer med missbruks- och beroendeproblem. Vårdplatserna vid Beroendecentrum ska nyttjas för kvalificerade insatser som inte kan tillgodoses inom närsjukvården och berörda kommuner.

Efter en vård- och behandlingsperiod vid Beroendecentrum ska närsjukvård och personens hemkommun ta ansvar för fortsatt vård och behandling i enlighet med den Samordnade individuella plan som upprättats vid Beroendecentrum. Den Samordnade individuella planen ska ta sin utgångspunkt i den enskildes behov och upprättas i samverkan med den enskilde, närsjukvård, berörd kommun, samt om möjligt med anhöriga/närstående.

Organisation

Samtlig personal vid Beroendecentrum är anställd av landstinget.

För Beroendecentrum ska ansvarig chef utses. Chefen ska årligen upprätta en verksamhetsplan för Beroendecentrum.

I syfte att åstadkomma en gemensam styrning av verksamheten vid Beroendecentrum från landsting och kommuner, bildas en styrgrupp med representanter från de fem närsjukvårdsområdena samt en utsedd representant från kommunerna i respektive närsjukvårdsområde.

Styrgruppen ansvarar, med Överenskommelsen som grund, för att följa verksamhetens utveckling och föreslå eventuella förändringar. Se punkten Kvalitet och uppföljning. Information ges regelbundet till Länsstyrgruppen. Chefen för Beroendecentrum är ansvarig för verksamheten och föredragande i styrgruppen.

Frågeställningar som uppstår och som inte kan lösas inom ramen för Beroendecentrums styrgrupp behandlas i Länsstyrgruppen.

I det fall Beroendecentrum avvecklas tar landstinget respektive kommunerna ansvaret för eventuellt friställd personal i enlighet med den bemanningsstruktur

som redovisas i **bilaga 3**. Vid avveckling av verksamheten åtar sig kommunerna ett särskilt ansvar för socialtjänstspecialisterna.

Dokumentation och informationsöverföring

Beroendecentrums dokumentation sker i VAS.

Sammanhållen journalföring som kan nås i den nationella patientöversikten, NPÖ, ger huvudmännen möjlighet att ta del av varandras journalinformation. Detta får endast ske om patientens samtycke har inhämtats.

Informationsöverföring gällande enskilda patienter från Beroendecentrum till berörd kommun/närsjukvård sker i enlighet med Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell planering. Detta kan ske på plats eller genom distansöverbryggande teknik.

Sekretess

Respektive samverkande part förbinder sig att iaktta den sekretess och tystnadsplikt som gäller inom sitt verksamhetsområde.

Lokaler

Lokalerna för verksamheten ska utformas så och vara belägna så att de ger goda förutsättningar för verksamheten.

Kvalitet, uppföljning

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, med följsamhet till nationella riktlinjer, samt kommun- och landstingsgemensamma överenskommelser och riktlinjer. **Bilaga 1.**

Uppföljning av verksamheten ska ske i den gemensamma styrgruppen och utgå från verksamhetsstatistik och erfarenheter från samverkan med kommunerna och närsjukvården.

Verksamheten ska gemensamt utvärderas av parterna.

Kostnadsansvar och bemanningsstruktur

Se bilaga 3.

Verksamhetens kostnadsutveckling följer Lönekostnadsindex för det kommunala området (LPI-K) utifrån prognos oktober månad 2015 från Sveriges Kommuner och Landsting. Kostnadsutvecklingen i övrigt följer konsumentprisindex (KPI) med basår 2015. Första prisjustering kan göras från 2016.

Försäkringar

Arbetsgivaren ansvarar för försäkringar enligt sedvanliga anställningsvillkor

Ändringar och tillägg till avtalet

Ändringar och tillägg i gällande avtal kan endast göras genom en skriftlig handling undertecknad av behöriga företrädare för landstinget och respektive kommun.

Omförhandling

Om det efter dagen för detta avtals ikraftträdande sker väsentliga förändringar av de förutsättningar som avtalet baseras på, har vardera landstinget och kommunerna rätt att begära förhandling om ändring av de delar av avtalet som påverkas därav. Med väsentliga förändringar avses förändringar som ligger utanför parts kontroll och som part inte rimligen kunnat förutse vid avtalets ingående och som medför väsentliga ekonomiska konsekvenser.

Omförhandling ska begäras skriftligt.

Befrielsegrunder (force majeure)

Om part är förhindrad att fullgöra sin verksamhet enligt avtalet på grund av omständigheter utanför parts kontroll och som part inte skäligen kunde förväntas ha räknat med vid avtalets ingående och vars följder inte skäligen kunde ha undvikits eller övervunnits, ska detta utgöra befrielsegrund som medför framflyttning av tidpunkt för prestation och befrielse från påföljd.

Informationsskyldighet

Parterna förbinder sig att fortlöpande informera varandra om omständigheter som kan försvåra samarbetet, eller på något sätt påverka samarbetet mellan parterna, samt samråda i frågor av betydelse för den verksamhet som avtalet omfattar.

Överlåtelse av avtal

Part får inte till någon del överlåta sina rättigheter eller skyldigheter enligt detta avtal till någon annan utan motpartens föregående skriftliga godkännande.

Tvist

Tvist angående giltighet, tolkning eller tillämpning av detta avtal och därmed sammanhängande frågor ska lösas enligt följande förfaringssätt.

I första hand tas tvistefrågor upp i den styrgrupp som finns för verksamheten.

I undantagsfall kan tvistefrågan gå vidare till Länsstyrgruppen.

Tvist som inte kan lösas genom ovan nämnda process redovisas för Politiska Samverkansberedningen och kan därefter vid behov föras till allmän domstol för avgörande.

För Landstinget i Norrbotten	För Kommunförbundet Norrbotten

2014-08-22

Beroendecentrum
I Norrbotten

Invånarna i Norrbotten ska mötas av en missbruks- och beroendevård som är lätt tillgänglig, har hög kvalitet och är effektiv.

Vården som utgår från evidensbaserad praktik
ska vara välkomnande och präglas av ett gott bemötande.

KOMMUNFÖRBUNDET NORRBOTTEN

NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

Beroendecentrum i Norrbotten

Verksamhetsidé

Landstinget och länets kommuner har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården i Norrbotten. Personer med missbruk och beroende ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet.

Missbruks- och beroendevård utgår från de nationella riktlinjerna och från evidensbaserad praktik.

Det lokala samarbetet mellan närsjukvården och kommunerna, framförallt socialtjänsten, och när det gäller unga vuxna, även skolan, är de viktigaste samverkansparterna för en väl fungerande missbruks- och beroendevård – allt från upptäckt och tidig intervention till vård och behandling med uppföljning.

För att tillgodose den enskildes behov av långsiktig förändring av sin livssituation erbjuder Landstinget och Norrbottens kommuner i samverkan vård- och behandlingsinsatser för personer i Norrbotten med missbruks/ beroendeproblematik.

Beroendecentrum har tillkommit för att möjliggöra en väl fungerande vårdfläta för missbruks- och beroendevården i hela Norrbotten. Vid Beroendecentrum finns såväl psykiatriska, medicinska, psykologiska som psykosociala kompetenser på plats. För att optimera en samlad vårdplanering är det angeläget att, om den enskilde så önskar, representanter för brukar-organisationer inbjuds att delta i vårdplaneringen.

Beroendecentrums verksamhet består av två delar:

- Ett antal vårdplatser för abstinensbehandling vid komplicerade tillstånd som ett led i en vårdfläta för de svårast sjuka som inte kan klaras med närsjukvårdens och kommunernas resurser.
- Kompetensstöd till närsjukvård och kommuner.

Landstinget är huvudman för Beroendecentrum. Medicinsk prioritering avgör tillgång till plats. Begäran från socialtjänsten om inläggning ska prioriteras under förutsättning att det är medicinskt/psykiatriskt motiverat med sjukhusvård samt att det ingår som ett led i en samlad vårdplanering och att det inte handlar om orimligt lång tid.

Genom att erbjuda konsultativt stöd med tillgång till ett antal vårdplatser blir Beroendecentrum den spetskompetens som tjänar som komplement för hälso- och sjukvården och för kommunerna i länet.

Detta kan Beroendecentrum erbjuda

Vid Beroendecentrum ska en samlad vårdplanering tillsammans med den enskilde och, i förekommande fall, företrädare för brukarorganisationer göras innefattande hela vårdflätan där inte minst planering av samlade eftervårdsinsatser blir viktiga för den enskildes fortsatta liv ute i samhället. Samlade och samtidiga insatser kan också innebära att den enskilde i större utsträckning än idag får sina behov tillgodosedda på hemmaplan och att behovet av behandlingshemsplaceringar på sikt kan minska.

Beroendecentrum ska utgöra sambandscentral och kompetensstöd i länet när det gäller missbruks- och beroendebehandling. Genom att landstingets och socialtjänstens olika kompetenser finns på plats nära varandra kan kunskaper och erfarenheter från såväl de medicinska som psykosociala områdena

nyttjas och samordnas. Detta skapar också förutsättningar för en helhetssyn både i verksamheten och i förhållande till den enskilde. Beroendecentrum ska också kunna ”ligga i framkant” när det gäller omvärldsanalys inom missbruks- och beroendevården. Att tidigt ta del av nationella utredningar, kunskapssammanställningar, kartläggningar m m och översätta detta till tankar och strategier för implementering på lokal nivå blir en angelägen uppgift.

Det finns flera exempel på Integrerade verksamheter i landet, exempelvis gemensamma kliniker eller gemensamma team kring personer med samsjuklighet såväl psykisk som fysisk. I länet finns goda erfarenheter av metoden case management enligt ACT, en teambaserad behandlingsmodell med case manager (CM) som spindel i nätet för insatser.

Beroendecentrum utgår från att en samlad vårdprocess med integrering av verksamheten med samplanering och samordning av insatser som tar sin utgångspunkt i den enskildes behov är en nödvändig förutsättning för en god och säker vård.

Några vinster med tillkomst av Beroendecentrum för den enskilde individen är exempelvis:

- Tillgång till god och säker vård
- God tillgänglighet
- Jämlik vård i länet
- Professionellt omhändertagande byggt på evidensbaserad praktik
- Samlad kartläggning av individens behov ger ökade förutsättningar för adekvata insatser
- Sammanhållen, ”sömlös”, vård
- Närhet till somatisk vård – rädda liv

För huvudmännen kan exempelvis nedanstående fördelar med ett samlat Beroendecentrum i länet identifieras:

- Ökade möjligheter till Samordnad Individuell Planering
- God tillgänglighet
- Ekonomiska vinster
- Samlad spetskompetens hela dygnet
- Samlad kartläggning av individens behov ger ökade förutsättningar för adekvata insatser
- Bättre arbetsmiljö
- Ökad patientsäkerhet
- Fungerande vårdfläta

Abstinensbehandling

Vårdplatserna vid Beroendecentrum ska nyttjas för **kvalificerade insatser.** Detta gäller exempelvis vid svåra abstinensbehandlingar där det krävs spetskompetenser, vid inställning av substitutionsbehandlingar och vid osäkerhet om de missbrukade substansernas effekter och riskfaktorer.

Tillgången till heldygnsplatser och tillgång till samlad spetskompetens möjliggör att motivationsarbete och att den individuella planeringen kan påbörjas tidigt utifrån den enskildes behov i samarbete mellan hem-kommunen och hälso- och sjukvården.

Vid Beroendecentrum ska en samlad vårdplanering tillsammans med den enskilde och, i förekommande fall, företrädare för brukarorganisationer göras innefattande hela vårdflätan där inte minst planering av samlade eftervårdsinsatser blir viktiga för den enskildes fortsatta liv ute i samhället. Denna samlade vårdplanering ligger sedan till grund för det fortsatta rehabiliteringsarbetet som i huvudsak sker lokalt.

Abstinensbehandling av hög kvalitet som ett led i en vårdfläta ger möjlighet att inleda samtidiga och gemensamma insatser från kommun och landsting.

Kompetensstöd

Beroendecentrum ska huvudsakligen verka konsultativt och kompetensstödjande till basnivån och till den specialiserade nivån hos de båda huvudmännen.

Beroendecentrum ska utgöra sambandscentral och kompetensstöd i länet när det gäller missbruks- och beroendebehandling.

Genom att landstingets och socialtjänstens olika kompetenser finns på plats kan kunskaper och erfarenheter från såväl de psykiatriska, medicinska som de psykosociala områdena nyttjas och samordnas. Detta skapar också förutsättningar för en helhetssyn både i verksamheten och i förhållande till den enskilde.

Samlade och samtidiga insatser kan också innebära att den enskilde i större utsträckning än idag får sina behov tillgodosedda på hemmaplan och att behovet av behandlingshemsplaceringar på sikt kan reduceras.

En angelägen grupp för Beroendecentrum är unga vuxna som tidigt utvecklat ett avancerat missbruk inte sällan genom så kallade ”Nätdroger” tillgängliga genom Internet. Nya preparat introduceras kontinuerligt och skadeverkningarna hinner inte dokumenteras och spridas. Andra angelägna områden för insatser är exempelvis personer med läkemedelsberoende och dopningsproblematik.

Beroendecentrum ska också ”ligga i framkant” när det gäller omvärldsanalys inom missbruks- och beroendevården. Att tidigt ta del av nationella riktlinjer och utredningar, kunskapssammanställningar, kartläggningar m m och översätta detta till tankar och strategier för implementering på lokal nivå är en angelägen uppgift.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan ett samlat Beroendecentrum för länet erbjuda:

- Specialistinsatser och kompetensstöd vid komplicerad abstinensbehandling som led i en vårdfläta
- Specialistbehandling och stöd till personer med komplexa vårdbehov på grund av missbruk och samtidig psykisk störning
- Länsresurs när det gäller utredning och medicininställning för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LABO)
- Samlade insatser på plats till unga vuxna som tidigt utvecklat ett avancerat missbruk
- Samlade insatser på plats till personer med läkemedelsberoende och/eller dopningsproblematik
- Samlad kartläggning och samlad vårdplanering på plats där även brukar- och närståendeorganisationer vid behov kan delta

- Spetskompetens och kunskapsspridning gällande beroendefrågor
- Utbildnings- och fortbildningsinsatser inom missbruks- och beroendeområdet
- Handledning till lokal nivå
- Juridisk kompetens i gällande lagstiftning
- Kunskapsspridning om kommunernas och landstingets verksamheter inom missbruks- och beroendeområdet
- Vägleda och leda utvecklingen för en kunskapsbaserad och effektiv missbruks- och beroendevård i Norrbotten

2014-05-22

Kostnadsfördelning per kommun för Missbruks- och Beroendecentrum

KOMMUN	Antal invånare i respektive kommun 2014-01-01	3,1 mkr total kostnad för kommunerna
Arjeplog	2 980	36 535
Arvidsjaur	6 471	79 334
Boden	27 838	341 294
Gällivare	18 339	224 836
Haparanda	9 886	121 202
Jokkmokk	5 065	62 097
Kalix	16 378	200 794
Kiruna	23 196	284 383
Luleå	75 383	924 196
Pajala	6 299	77 226
Piteå	41 278	506 068
Älvsbyn	8 168	100 140
Överkalix	3 436	42 125
Övertorneå	4 709	57 732
TOTALT	**249 436**	**3 057 962**

3,1 (avrundat) mkr : 249 436 (antal invånare tot i Norrbotten) = 12,26 kr per invånare

Henry Lundgren