

Länsöverenskommelse
Fastställare: fastställes av kommunerna och
landstinget i Värmland
Revideras av den regionala beredningsgruppen
Giltig fr.o.m: 2017-09-01
Giltig t.o.m: 2019-09-01
Version 2

Länsöverenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk – från upptäckt till behandling

Innehåll

Bakgrund	3
Syfte och mål.....	3
Lagstiftning och nationella riktlinjer	4
Länsöverenskommelsen och ANDT-strategin	5
Övergripande ansvarsfördelning och samverkan	5
Rekommendationer vid sammansatt problematik och samjuklighet - SIP ..	6
Sekretess.....	7
Från upptäckt till behandling.....	8
Processöversikt.....	8
Förkortningar.....	8
Upptäcka.....	9
Medicinska test.....	9
Utreda.....	10
Stödja och behandla	11
Lokala överenskommelser.....	12
Deltagare i revideringsgruppen.....	13
Bilaga, Lokal överenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk... ..	14

Bakgrund

Risk- och missbruk bland barn och unga är ett omfattande samhällsproblem som leder till negativa konsekvenser på både kort och långt sikt, för den enskilde och för samhället i stort. Den senaste drogvaneundersökningen i länet genomfördes höst-vinter 2013/2014. Undersökningen visade att en stor andel av elever i första året på gymnasiet har en positiv inställning till narkotika och att narkotika är lätt att få tag i. Var tionde elev har använt narkotiska preparat och en lika stor andel elever dricker alkohol minst två dagar i veckan.

Samsjuklighet är vanligt bland barn och unga i risk- och missbruk. Alkohol- och substansmissbruk hos barn och unga associeras med psykisk ohälsa, riskbeteenden såsom våldsamt och kriminellt beteende, skolmisslyckanden, sexuellt riskbeteende samt psykiatriska störningar. Samverkan mellan olika professioner och verksamheter på olika nivåer är därför nödvändigt för att barn och unga ska få den hjälp de har rätt till i rätt tid.

Denna länsöverenskommelse rör samarbete mellan Värmlands läns vårdförbund, Region Värmland, Länsstyrelsen Värmland, Landstinget i Värmland (LIV) och Värmlands kommuner. Verksamheter som berörs är hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och övrig kommunal verksamhet som möter barn och unga.

Syfte och mål

Syftet med länsöverenskommelsen är att lägga en struktur för att utveckla och stärka arbetet i länet med barn och unga (0-18 år), i risk- eller missbruk. Överenskommelsen utgår från lagstiftning och nationella riktlinjer med övergripande fokus på gemensamt ansvarstagande för barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Målsättningen med överenskommelsen är att bidra till att utsatta barn och unga upptäcks så tidigt som möjligt och får tillgång till rätt stöd och anpassad behandling på rätt nivå. Målsättningen är också att bidra till fungerande samverkan mellan kommuner och mellan kommun och landsting.

Lagstiftning och nationella riktlinjer

Sedan 1 juli 2013 förstärktes lagstiftningen kring personer i missbruk och beroende. Enligt denna ska överenskommelser finnas som tydliggör roller och ansvarsfördelning mellan huvudmännen¹. Den 31 mars 2014 presenterade Socialstyrelsen en preliminär version av nya och uppdaterade riktlinjer för missbruks- och beroendevården². Tidigare nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården daterades 2007 och utifrån dessa finns i Värmland en länsöverenskommelse för vuxna i missbruks- och beroendevården³. Till skillnad från tidigare nationella riktlinjer innehåller den uppdaterade versionen även riktlinjer för barn och unga, vilket ligger till grund för aktuellt underlag.

Riktlinjerna ger rekommendationer om åtgärder inom följande områden:

- bedömningsinstrument
- medicinska test
- läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol, bensodiazepiner, cannabis, centralstimulantia och opioider
- läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid samsjuklighet
- psykosocial behandling för ungdomar

Syftet med de nationella riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna riktar sig till beslutsfattare, verksamhetsledning och yrkesverksamma, och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder, än till dem som har fått låg prioritet. En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård och omsorg.

¹ **HSL 8b § lag (2013:302)** Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763 **SoL 5 kap. 9a § lag (2013:303)**

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

² Nationella Riktlinjer – för missbruks- och beroendevård
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-2>

³ Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland

Länsöverenskommelsen och ANDT-strategin

Överenskommelsen följer de nationella riktlinjerna utifrån faserna upptäcka, utreda samt stödja och behandla. Dessa faser rör i sin tur nationellt målområde 4-6 i länets ANDT-strategi⁴.

Mål 3: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska

Mål 4: kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet

Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska

Övergripande ansvarsfördelning och samverkan

- Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att barn och unga får den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.
- Elevhälsan i skolan ansvarar för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att följa alla elevers hälsa och utveckling och att stödja eleverna att nå utbildningens mål. I detta ansvar ingår också att upptäcka barn och unga i risk- och missbruk.
- Landstinget i Värmland ska erbjuda alla barn och unga en god, säker och tillgänglig hälso- och sjukvård samt att upptäcka barn och unga i risk- och missbruk.

Samverkan kring barn och unga i risk- och missbruk behövs i de flesta fall vid både upptäckt, utredning och stöd och behandling. Utgångspunkten är att organisera samverkan i det enskilda ärendet för att barn och unga ska få rätt hjälp på rätt nivå i rätt tid, se vidare på sid 6-8.

Personal inom alla verksamheter som möter barn och unga är anmälningsskyldiga till socialnämnden vid misstanke om att barn far illa⁵ (SoL 14:1).

Socialnämnden ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Nämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd (SoL 5:1). Det fortsatta ansvaret att samverka är därefter ömsesidigt för de verksamheter som är aktuella i det enskilda ärendet.

⁴

<http://www.lansstyrelsen.se/Varmland/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/2017/strategi-20170126.pdf>

⁵ SoL 14 kap. 1 § *Barn som far illa – anmälningsskyldighet*

<http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnsomfarilla/anmalanarbarnfarilla>

Rekommendationer vid sammansatt problematik och samsjuklighet - SIP

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer med missbruk och beroende. Omvänt är också missbruk och beroende vanligare bland personer med psykisk ohälsa än i befolkningen i övrigt. För barn och unga är det också särskilt viktigt att så tidigt som möjligt identifiera eventuella brister i hemmiljön, problem i skolan och med kamratrelationer, vilket ofta hör samman med psykisk ohälsa och/eller riskbruk eller missbruk.

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 behandlas. Enligt de nationella riktlinjerna ska samsjuklighet behandlas integrerat av de verksamheter som är aktuella i det enskilda ärendet, det vill säga samtidigt och i nära samarbete. Behandling och insatser från flera olika huvudmän kräver samtidigt fungerande samarbete. Det är viktigt att i det enskilda ärendet ta ställning till om det räcker med informationsutbyte mellan de inblandade aktörerna eller om det krävs mer ingående samarbete kring planering och genomförande av insatser.

Vikten av samordning uttrycks bland annat i lagstiftningen om samordnad individuell plan (SIP)⁶. Om det finns behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, kan barn och unga i risk- och missbruk få samordnat stöd genom SIP. Planen formas utifrån barnets/den unges behov och tas fram tillsammans med de personer som barnet och/eller vårdnadshavare själv önskar ska närvara. Den individuella planen ska lika mycket handla om barnets och familjens behov, styrkor och önskemål som stöd och behandling. Syftet med planen är att barnet och familjen ska få det samordnade stöd och den vård som barnet och familjen har rätt till och behöver.

I planen ska framgå:

- vilka insatser som ska göras
- vem som ska ansvara för insatserna
- om kommunen eller landstinget ska ha det övergripande ansvaret

Initiativet till att ta fram en individuell plan kan tas av barnet själv, av vårdnadshavare, någon av närstående (om vårdnadshavare godkänner det) eller personal inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Skolan som aktör

⁶ HSL 16 kap. 4 § lag (2017:30) Samordnad Individuell Plan. SoL 2 kap. 7 § lag (2009:981) Samordnad Individuell Plan SIP –https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

är ofta viktig vid samarbeten kring barn och unga i risk- eller missbruk. Skolsköterska och skolläkare inom skolan har möjlighet att initiera en SIP. I övrigt deltar skolans personal som samarbetspartners inom ramen för SIP när det gäller barn och unga. SIP initieras av den verksamhet som träffar barnet och som bedömer att det finns behov av insatser från två eller flera verksamheter. För att upprätta en SIP krävs samtycke från vårdnadshavare och barn beroende på ålder och mognad.

Sekretess

Skyldigheten att samverka förändrar inte respektive verksamhets sekretess.

En grundläggande förutsättning för samverkan när det gäller att dela information om enskilda är samtycke (OSL 12:2), dvs. den person som uppgifterna rör kan bestämma att uppgifter får lämnas ut.

Informerat samtycket, muntligt eller skriftligt bör dokumenteras och det är viktigt att den enskilde är helt införstådd med vad samtycket täcker.

Äldre barn ska vanligtvis ges större rätt att själva förfoga över sekretessen, dvs. ensamt lämna samtycke (OSL 12:3). Det finns dock ingen lagstiftad åldersgräns utan ska bedömas utifrån barnets ålder och mognad och frågan det gäller. Kontakt med vårdnadshavare behöver alltid tas inom ramen för en barnavårdsutredning utifrån vårdnadshavarens rätt till insyn som part i utredningen (FL 16-17 §§).

Sekretess gentemot en vårdnadshavare när det gäller yngre barn endast i yttersta undantagsfall (OSL 12:3), exempelvis när barnet eller processen allvarligt kan skadas om vårdnadshavaren får information.

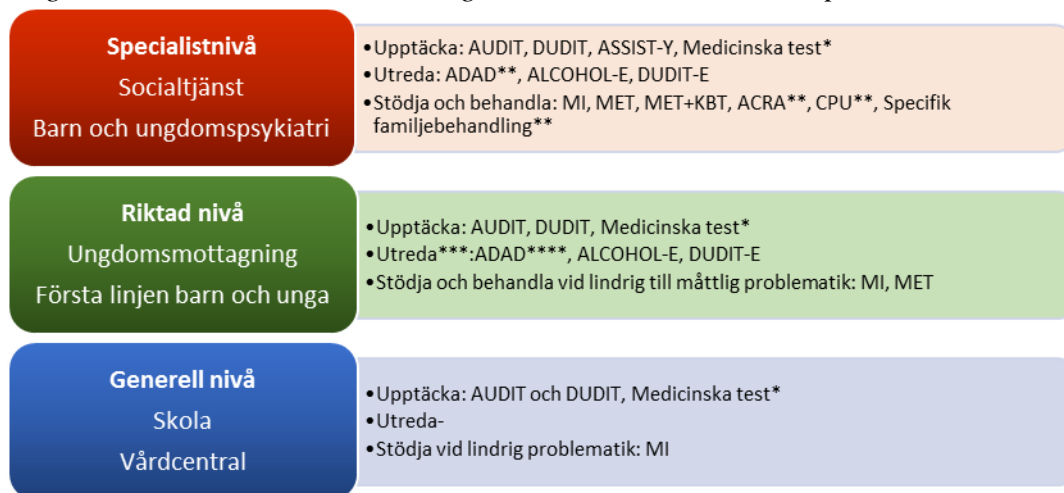
Anmälan till socialtjänsten och skyldighet för andra verksamheter att lämna uppgifter till socialtjänsten inom ramen för en barnavårdsutredning är viktiga exempel när sekretessen för anmälningsskyldiga verksamheter inte gäller.

Från upptäckt till behandling

Processöversikt

Denna länsöverenskommelse beskriver rekommenderade metoder utifrån de nationella riktlinjerna och ansvariga aktörer i följande faser: Upptäcka, Utredda samt Stödja och behandla, se figur 1.

Figur 1. Processöversikt – ansvariga aktörer och metoder i respektive nivå



* Se vidare sid 10.

**Utrednings- och behandlingsmetoder enbart inom socialtjänsten.

*** Utredningen syftar bland annat till att kunna identifiera om barnet har ett problematiskt alkohol- och drogbruk och om fungerande stöd runt barnet saknas. I dessa fall görs anmälan till socialtjänsten om misstanke om att barnet far illa. Se vidare sid 10.

**** ADAD gäller endast Första linjen.

Förkortningar

ACRA: Adolescent community reinforcement approach

ADAD: Adolescent Drug Abuse Diagnosis

ALCOHOL-E: Alcohol Use Disorder Identification Test – Extended

ASSIST-Y: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test

BSFT: Brief Strategic Family Treatment

CPU: Cannabis Program för Ungdomar

DUDIT: Drug Use Disorders Identification Test

DUDIT-E: Drug Use Disorders Identification Test – Extending

FFT: Functional family therapy

KBT: Kognitiv Beteende Terapi

MDFT: Multidimensional Family Therapy

MET: Motivational Enhancement Therapy

MI: Motivational Interviewing

MST: Multi Systemic Therapy

Upptäcka

Viktiga tecken att uppmärksamma i mötet med barn och unga är psykisk ohälsa, oroväckande frånvaro, plötsligt ändrat beteende, ändrade kamratrelationer och tecken på kriminalitet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, ångest och depression liksom barn och unga som har föräldrar med egen missbruk- eller beroendeproblematik.

AUDIT och DUDIT⁷ rekommenderas som bedömningsinstrument för att upptäcka barn/unga i risk- eller missbruk. Instrumenten kan användas av personal inom elevhälsa (kurator, skolsköterska, skolpsykolog), personal vid ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, samt vid vårdcentraler. Barn- och ungdomspsykiatri använder sig även av ASSIST-Y⁸. AUDIT och DUDIT rekommenderas också att användas inom Första linjen för barn och unga i de kommuner där denna verksamhet finns⁹.

Syftet med AUDIT och DUDIT är att hälso- och sjukvårdspersonal samt socialtjänstpersonal snabbt och enkelt ska kunna identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion och droganvändande. Formuläret kan användas för självskattning av barnet/den unge eller som underlag för en strukturerad intervju. Det kan användas i samband med tagning av anamnes, allmän hälsoundersökning eller liknande. AUDIT, DUDIT samt ASSIST-Y består av frågeformulär om konsumtion, beroende samt alkohol- respektive drogrelaterade skador.

Det är inget krav att använda bedömningsinstrumenten för att kunna remittera vidare till annan verksamhet eller för att göra anmälan till socialtjänsten. Grunderna för remiss eller anmälan ska dock kunna preciseras. Exempelvis om misstanke om att barnet far illa grundar sig på att man som skolsköterska har haft hälsosamtal med den unge, ställt fördjupade frågor kring barnets hälsa och livssituation och/eller om man använt AUDIT och DUDIT (från BUP även ASSIST-Y) utifrån oro för alkohol- och/eller droganvändande.

Medicinska test

Aktuella medicinska test är främst:

- Utandningsprov för att fastställa alkoholpåverkan
- Urinprov för att fastställa drogpåverkan och vissa fall blodprov (Cdt)

⁷ <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/>

⁸ <http://www.bup.se/sv/Om-BUP/Bedomningsinstrument/ASSIST-Y/>

⁹ <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/barn-unga/forsta-linjen-2/forsta-linjen/>

Första linjen för barn och unga håller på att utvecklas för hela länet och kommer att vända sig till barn och ungdomar med lindrig till måttlig psykisk ohälsa och/eller riskbruk.

Vid urinprov behövs kvalitetssäkrade toaletter och för uppgiften utbildad personal. Detta för att minimera risken att urinproven förfalskas. Ansvariga för att ta urinprov är i första hand polis och socialtjänst. Inom socialtjänsten får urinprov enbart tas inom ramen för barnavårdsutredningen och inte som en del av förhandsbedömningen. Urinprov kan även tas inom BUP. Urinprov får inte utföras inom de kommunala skolorna men kan förekomma inom utbildningar där det finns arbetsmiljörisker, exempelvis bilkörning.

I de fall socialtjänsten överväger att blodprov skulle kunna vara av värde kan socialsekreterare, efter medgivande från barnet och/eller dess vårdnadshavare, samråda med läkare från barn och ungdomspsykiatri eller vårdcentralen som sedan ordinerar lämpligt prov och tolkar resultatet.

Utreda

Vid upptäckt av barn och unga i risk- eller missbruk rekommenderas ADAD¹⁰, ALCOHOL-E och DUDIT-E¹¹ som utredningsmetoder inom socialtjänst. Metoderna kompletterar övriga utredningsmetoder inom respektive verksamhet i syfte att få en helhetsbild av barnet/den unges behov. ADAD, ALCOHOL-E och DUDIT-E kan också användas inom Första linjen¹² för barn och unga i de kommuner som denna verksamhet finns. Detta för att kunna identifiera om barnet har ett problematiskt alkohol- och drogbruk och om fungerande stöd runt barnet saknas. I dessa fall görs anmälan till socialtjänsten om misstanke om att barnet far illa.

ADAD är en bedömningsmetod för unga med risk- eller missbruk och social problematik, som används vid intervju. Metoden kan användas i utredningsarbete, vid behandlingsplanering och för uppföljning och utvärdering. ADAD består av ett antal frågor som rör nio livsområden: fysisk hälsa, skola, arbete, fritid och vänner, familj, psykisk hälsa, brottslighet, alkohol och narkotika.

ALCOHOL-E och DUDIT-E¹³ syftar till att göra en fördjupad utredning efter att ett problematiskt alkohol/drogbruk har konstaterats. Formuläret fångar frekvens av användande, positiva och negativa konsekvenser av alkohol- resp. drogbruk samt frågor om hur motiverad man är att förändra sin användning av alkohol resp. droger. Uppföljnings-ADAD används enbart inom socialtjänst.

¹⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/>

¹¹ <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/>

¹² <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/barn-unga/forsta-linjen-2/forsta-linjen/>

Första linjen för barn och unga håller på att utvecklas för hela länet och kommer att vända sig till barn och ungdomar med lindrig till måttlig psykisk ohälsa och/eller riskbruk.

¹³ <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/>

Stödja och behandla

Stöd och behandling som ges till barn och unga behöver utgå från ett helhetsperspektiv. Fokus utifrån de nationella riktlinjerna ligger på psykosocial behandling och familjesystemiska metoder. Metoderna som presenteras i överenskommelsen rör enbart risk- och missbruk och kan behöva kompletteras med andra metoder eller stödinsatser, ex vid psykisk ohälsa. De nationella riktlinjerna framhåller ett antal behandlingsmetoder som har vetenskapligt stöd och som bör/kan användas¹⁴

Prio 3: MI; motiverande samtal

Prio 3: MET; en motivationshöjande behandling som utgår från motiverande samtal, bygger på en så kallad MET-manual

Prio 3: MET i kombination med KBT

Prio 3: ACRA; fokuserar substansproblem kombinerat med insatser för boende, arbete, fritid och sociala kontakter

Prio 3: Specifik familjebehandling (BSFT, FFT, MDFT, MST)

Prio 4: CPU; Cannabis Program för Ungdomar

Vid lindrig till måttlig problematik och där det finns ett fungerande stöd runt barnet i övrigt, kan motiverande behandling (MET och MI) ges inom första linjen för barn och unga eller motsvarande.

Vid misstanke om att barnet far illa på grund av eget beteende görs anmälan till socialtjänsten som ansvarar för mer omfattande stöd och behandling.

Vid sammansatt problematik och/eller samsjuklighet samordnas insatser med de aktörer som är aktuella kring det enskilda barnet, exempelvis socialtjänst, skola och första linjen för barn unga eller socialtjänst, skola och BUP.

Följande metoder är aktuella för respektive verksamhet:

Första linjen för barn och unga: MI, MET

Socialtjänst: MI, MET, ACRA, Specifik familjebehandling, CPU.

Barn- och ungdomspsykiatri (i samarbete med socialtjänst vid samsjuklighet): MI, MET och KBT.

Ansvarsfördelning vad gäller genomförande och uppföljning av insats bestäms utifrån varje enskilt ärende med stöd av Samordnad Individuell Plan (se tidigare beskrivning sid 6–7). Oavsett behandlingsmetod och allvarlighetsgrad är det viktigt att i varje enskilt ärende arbeta med konkreta

¹⁴

Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *bör* eller *kan* erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt priorite-ringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.

mål med insatsen och att systematiskt följa upp måluppfyllelsen. Detta är också en viktig grund i insatser som rör samarbete mellan kommuner eller mellan kommun och landsting vid samsjuklighet. Enligt de nationella riktlinjerna ska stöd och behandling ges samtidigt och i nära samarbete mellan aktuella verksamheter, det vill säga inte efter varandra eller utifrån att krav exempelvis ställs på drogfrihet innan barnet kan få stöd inom psykiatrin. Utgångspunkten vid samarbete är snarare att olika professioner och verksamheter kompletterar varandras kompetens kring den komplexa problematik som barnet eller den unge har. Socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola är här samtliga centrala aktörer.

Lokala överenskommelser

Skriftliga lokala överenskommelser, som omfattar lokala aktörer (skolhälsovård, Vårdcentral, Första linjen, Ungdomsmottagning, BUP, Socialtjänst), skall finnas. Överenskommelserna ska tydliggöra samverkan och roller mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skolhälsovård. Lokala överenskommelser ska bygga på Länsöverenskommelsen men utgå från lokala förutsättningar. Ansvar för att upprätta lokala överenskommelser vilar på Första linjens chefer inom respektive verksamhetsområde som möter barn- och unga. Ansvaret gäller även att lokala överenskommelser implementeras i respektive verksamhet samt revideras enligt länsöverenskommelsens revideringar. Lokala överenskommelser skall vara färdigställda senast 2017-12-31. Se bilaga.

Deltagare i revideringsgruppen

Anna Jarebo, avdelningschef Individ- och familjeomsorgen

Ann-Sofie Falk, kurator Barn och ungdomspsykiatri Landstinget i
Värmland

Anna Tång, avdelningschef Barn och ungdomspsykiatri Landstinget i
Värmland

Kristine Frenning, socialsekreterare Arvika kommun

Leif Andersson, utvecklingsledare barn och unga, Region Värmland

Leif Martinsson, utvecklingsledare Beroendecentrum Värmland

Lisa Pellikka, verksamhetsutvecklare psykiatrisk öppenvård Hagfors/Torsby

Mia Johnsson utvecklingsledare IFO Arvika kommun