



INRIKTNINGSDOKUMENT LIVSTILSMOTTAGNINGAR FÖR BARN, UNGDOMAR OCH UNGA VUXNA

Beställare:

Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden

Uppdragstagare

Koncernkontoret i samverkan med SIMBA och kommunerna Kungälv, Ale,
Stenungsund och Tjörn

Framtagande av rapporten:

Processledare Karin Angantyr och PTP-psykolog Sara Bergman anställda vid
Vårdcentralen Kusten har på uppdrag av SIMBA Samordningsgrupp ansvarat för
framtagandet av rapporten.

Sammanfattning

Aktuell skrivelse innefattar förslag till modellbeskrivning och uppföljningsplan för inriktningsdokument avseende Livsstilmottagningar för barn, unga och unga vuxna upp till 25 år.

Inriktningsdokument Livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna

Uppdragets syfte är att formulera ett inriktningsdokument för etablering av livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna i SIMBA-området under 2019. Målgrupp för mottagningen ska vara barn, ungdomar och unga vuxna upp till 25 år som är i riskzonen för, eller har utvecklat, ett risk- eller missbruk av alkohol, narkotika, doping eller spel, samt deras närstående. Huvudmannskapet är delat mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kommunen arbetar utifrån (SoL) och landstinget utifrån (HSL). Samverkan ska ske på både lednings- och verksamhetsnivå. Utvecklingsgrupp psykisk hälsa – Barn och unga/Västbus som arbetar på uppdrag av SIMBAs samordningsgrupp bör ha funktionen som styrgrupp för det lokala samverkansarbetet. Det lokala samverkansarbetet organiseras genom de lokala Västbusgrupperna. Västra hälso- och sjukvårdsnämnden tecknar Samverkansavtal med berörda kommuner när verksamheterna enats om hur de ska samarbeta för att uppfylla modellen, Verksamhetsledningen innebär ett delat ledarskap, mellan chef inom primärvården som tillhandahåller sjukvårdsresurser samt chef inom socialtjänst som står för psykosociala insatser. Respektive huvudman bär sin personal. En samordnare står för det operativa ledarskapet på mottagningen.

Det övergripande syftet med den integrerade mottagningen är att erbjuda en väg in i missbruks- och beroendevården, där kontakter mellan olika verksamheter ska vara välfungerande och anpassas efter den enskilde individen. Inom mottagningen bör det finnas ett team om medicinsk och psykosocial personal som arbetar tillsammans utifrån varje individs och familjs problematik och vårdbehov. Ett nära samarbete ska finnas mellan mottagningsteamet och verksamheter som t.ex. elevhälsa, socialtjänstens individ- och familjeomsorg, och ungdomsmottagningar. Upparbetade samverkansformer finns i kommunernas etablerade SIMBA-team, och Västra Götalandsregionens Västbus, vilka med fördel kan tillämpas inom livsstilmottagningarnas verksamhet. Mottagningen ska vara en öppenvårdsmottagning som bör vara lättillgänglig för individen, dennes familj samt för remiss från andra aktörer. Verksamheten arbetar med information och prevention riktat mot verksamheter och organisationer som möter målgruppen. Informationssamtal sker på service och medicinsk behandling bedrivs enligt HSL. Psykosociala stöd- och behandlingsinsatser kräver biståndsbeslut. Samlokalisering är en förutsättning för att en integrering av huvudmännens insatser ska kunna fungera.

Mottagningen bör bemannas av en samordnare, socionomer, psykolog, sjuksköterska och läkare, med goda kunskaper och erfarenhet av att arbeta med insatser enligt nationella riktlinjer och regionala medicinska riktlinjer på området. Kunskap om medicinska, psykologiska och sociala aspekter på tonårsutveckling och interaktion mellan individ, familj och samhälle bör finnas i teamet. Målet är att individerna ska kunna komma till en enhet med samlad kompetens och erbjudas koordinerad vård mellan olika aktörer. Rutiner för sekretess och samtycke utarbetas mellan huvudmännen, för att underlätta informationsutbyte och säkerställa patientsäkerhet. Verksamhetsinnehållet följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer, regionala medicinska riktlinjer, samt övrig evidens på området med avseende på behandling av riskbruk och missbruk, psykisk sjukdom samt psykosociala stödåtgärder (bilaga 1). Göteborgs Mini Maria-mottagningar kan med fördel fungera som modell för verksamhetens struktur och innehåll.

Uppföljning av mottagningen för unga görs utifrån överenskomna indikatorer till kommunerna och Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden vid tidpunkt som fastställs i samband med tecknandet av Samverkansavtal, och är lika för alla fyra mottagningar. För att sådana verksamheter ska kunna utvecklas, bedrivas och följas upp utifrån den kunskap, forskning och erfarenhet som finns på området idag, bör aktuellt inriktningsdokument ligga till grund för ett mer genomgripande arbete där en modellbeskrivning med uppföljningsplan tas fram för barn, ungdomar och unga vuxna.

Innehåll

Syfte och mål	3
Metod	4
Bakgrund	4
Regional nivå - Missbruk och beroende i Västra Götaland	7
Delregional nivå (SIMBA)	8
Integrerad mottagning	9
SIMBA-områdets socialmedicinska mottagningar idag	9
Inriktningsdokument Livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna	10
Referenser	19
Bilaga 1 Rekommendationer för insatser	22
Bilaga 2 Socialstyrelsens indikationer	26

Syfte och mål

Uppdragets syfte är att formulera ett inriktningsdokument för etablering av livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna i SIMBA-området. Målgrupp för mottagningen ska vara barn, ungdomar och unga vuxna upp till 25 år som är i riskzonen för, eller har utvecklat, ett risk- eller missbruk av alkohol, narkotika, beroendeframkallande läkemedel doping eller spel, samt deras närstående. Modellen ska utgöra ett stöd för samverkan och beskriva ett möjligt sätt för huvudmännen och anställda att organisera och bedriva Livsstilmottagning. Modellen är en vägledning för upprättande av samverkansavtal. Modellen ska innefatta barn, unga och unga vuxna.

SIMBA-området saknar idag socialmedicinska mottagningar med inriktning mot barn och ungdomar, med undantag från Tjörn där "Mini Mia" bedrivs som en integrerad del av den socialmedicinska verksamheten.

Metod

Inläsning har skett av nationella riktlinjer, lagtexter, rapporter, regionala styrdokument och samverkansavtal, samt tidigare utredningar som ligger till grund för uppdraget. Aktuell forskning och litteratur på området har lästs. Informationsinsamling har genomförts i form av skriftlig information om SIMBA-områdets socialmedicinska verksamheter. Ett inledande möte hölls den 19 september 2018 med representanter från Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden, Västra Götalandsregionen, Samordningsförbundet Älv och Kust, Kungälv's psykiatri, SIMBA-kommunernas socialtjänst samt primärvård. Beslut fattades om att skapa en arbetsgrupp med representation från samtliga huvudmän, för arbete med modellbeskrivningen. Information har hämtats från arbetsgruppens möten, skriftlig information från representanterna i arbetsgruppen, studiebesök på Riddargatan 1 i Stockholm och "Mini Maria" i Göteborg, intervju med enhetschef på UngVux-centralen i Åmål, deltagande i konferens om integrerade arbetsätt inom psykisk ohälsa och missbruk/beroende i Göteborg 1 oktober och Läkartidningens symposium med inriktning Alkohol i Stockholm 18 oktober. Utifrån ovan inhämtade information har en generell bakgrundsbeskrivning författats, följt av två parallella dokument - en modellbeskrivning och uppföljningsplan för vuxna och ett inriktningsdokument för barn, ungdomar och unga vuxna, som sedan har diskuterats i arbetsgruppen och efter hand reviderats.

Bakgrund

Inledande bakgrundsbeskrivning är en sammanställning av de dokument, riktlinjer och lagar som finns inom området skadligt bruk och beroende.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2015) är gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och har tydligt samverkans fokus, då ansvaret för missbruks- och beroendevård åligger både landsting och kommun. Riktlinjerna behandlar områdena missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel. Områdena spelberoende, doping, tobak och riskbruk ingår inte. Rekommendationerna ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor, vid t.ex. resursfördelning eller omorganisationer. Riktlinjerna ger även underlag vid utveckling av vårdprogram och rutiner utifrån vetenskapligt granskade och effektiva åtgärder, samt bör vara underlag för prioriteringar. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet, samt behandling av ungdomar (bilaga 1).

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2018a) ger rekommendationer om åtgärder för att stödja personer att förändra levnadsvanor som

bland andra riskbruk av alkohol. Riktlinjerna beskriver att alkoholkonsumtion under tonåren ökar risken för senare problematisk alkoholanvändning. För unga under 18 år definieras all alkoholkonsumtion som riskbruk (Socialstyrelsen, 2018a).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2015) riktar sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten men anger inte vilken huvudman som bör utföra de olika rekommenderade åtgärderna. Samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård betonas för att riktlinjerna ska kunna tillämpas. Enligt HSL och SoL är landsting och kommuner skyldiga att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel (16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9a § SoL). Från 1 januari 2018 utvidgas socialnämndens ansvar för att förebygga och motverka missbruk till att gälla även missbruk av spel om pengar (Folkhälsomyndigheten, 2017c).

Kommunens ansvar enligt SoL (2001:453):

- Enligt 3 kap. 7§ ska socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel, samt sprida kunskap om skadeverkningar och om de hjälpmöjligheter som finns.
- Av 5 kap. 9 § framgår att socialnämnden aktivt ska sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som hen behöver för att komma ifrån missbruket. Vidare ska nämnden i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen följs.
- Fr.o.m. 1 januari 2018 har socialnämnden även ansvar för personer med spelmissbruk (Prop. 2016/17:85).

Landstingets ansvar enligt HSL (2017:30):

- Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.
- Landstingets ansvar omfattar all hälso- och sjukvård utom sådan hälso- och sjukvård som är kommunernas ansvar (8 kap. HSL). Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar framgår av 12 och 14 kap. HSL.
- Hälso- och sjukvårdens ansvar för missbruk och beroende skiljer sig inte åt jämfört med andra psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2015).
- Vårduppdraget ska förutom nationella riktlinjer, följa regionala medicinska riktlinjer och handlingsplaner.

I den praktiska tillämpningen av lagstiftningen blir gränsen mellan huvudmännens ansvar oklar. I öppna verksamheter och på HVB, där personer med skadligt bruk vanligtvis erbjuds stöd och behandling, saknar kommunen lagstöd för att ge hälso- och sjukvårdsinsatser. Det område som förefaller välla mest diskussion är ansvarsfördelningen för psykologisk och psykosocial behandling. Enligt regeringens bedömning ska psykosocial behandling kunna erbjudas av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta kan vara i strid med kommunallagens grundläggande bestämmelser om kommunernas befogenheter. Kommuner kan endast ansvara för sådan psykosocial behandling som är att beakta som socialtjänst och landstingen ska endast svara för psykosocial behandling i form av hälso- och sjukvård. Psykosocial behandling inom socialtjänsten kräver biståndsbeslut, medan

kortare rådgivande insatser kan ges på service. Psykologisk behandling är ett landstingsansvar, men gränssnittet mellan psykosocial och psykologisk behandling är oklar (Malm, 2018). Stora regionala skillnader konstateras, och missbruks- och beroendevården når idag endast en av fem personer med beroende av alkohol och bara ett fåtal huvudmän kan erbjuda mer än en psykologisk eller psykosocial behandlingsform (Camper, Harty & Svensson, 2016).

Angående spelmissbruk är forskningen på området begränsad. Folkhälsomyndigheten (2017c) har tagit fram ett kunskapsstöd för kommunerna för att arbeta förebyggande och Socialstyrelsen (2018c) har utformat kunskapsstöd kring stöd och behandling. Folkhälsomyndigheten betonar vikten av att integrera det förebyggande arbetet med beroende av spel och alkohol, och samverkan mellan olika aktörer krävs. Även när det gäller doping rekommenderas integrering av olika typer av vårdinsatser, där ibland medicinska utredningar, socialt stöd och kostråd samt psykologisk behandling. Den begränsade forskning som finns på dopingområdet beskrivs på Socialstyrelsens kunskapsguide (2018d).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2015) innehåller indikatorer som utgör mått på god vård och omsorg, dvs att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig. Indikatorerna ska fungera som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling, samt för öppen redovisning av processer, resultat och kostnader. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys rapport "Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?" (2015) belyser vikten av uppföljning kring resultatmått som brukarna själva prioriterar och beskriver resultatuppföljning som en förutsättning för att utveckla den vård som idag bedrivs, samt av den vård som ges bör samordnas mellan landsting och kommun.

Socialstyrelsens rapport "Öppna jämförelse om vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser" (2017) visar bl.a. på resultaten:

- Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att ingå en överenskommelse för att etablera ett samarbete. Samverkan ökar, men det är fortfarande bara drygt hälften av kommunerna och landstingen som upprättat samverkan inom området.
- Det är få kommuner som erbjuder psykosociala stödinsatser, såsom stödprogram till närstående, boendeinsatser eller multiprofessionella team, enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.
- Under 2016 var det drygt fem miljoner personer som sökte till primärvården, varav mindre än en procent hade ett riskbruk dokumenterat i journalen. En lika liten andel av individerna hade fått någon av de åtgärder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor av alkohol.

Missbruk bland barn och ungdomar skiljer sig mycket från missbruk bland vuxna i både karaktär, omfattning och hur behandling bör utformas och genomföras. Av den anledningen behöver missbruk bland ungdomar lyftas upp som en separat del av problemområdet missbruk. Den internationella forskningen konstaterar samfällt att det inte är fruktbart att applicera modeller för vuxna på ungdomar med missbruksproblem, utan det krävs specifikt utvecklade och anpassade metoder för att reducera missbruk och andra relaterade problem hos ungdomar. Det finns i dag vetenskapligt stöd för ett antal instrument för utredning och bedömning samt psykosociala behandlingar för ungdomar med missbruk/beroende (Sparring & Tengström, 2014). I

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stöd och behandling av missbruk och beroende (2015) och nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (2018a), ges rekommendationer angående insatser och behandling av ungdomar (bilaga 1).

Regional nivå - Missbruk och beroende i Västra Götaland

I Västra Götalandsregionen har man utifrån de nationella riktlinjerna arbetat fram regionala medicinska riktlinjer (RMR). I RMR förtydligas ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistvård, samt RMR för specifika medicinska tillstånd ger rekommendationer om behandlingsåtgärder på olika vårdnivåer. RMR ger även riktlinjer och indikatorer för uppföljning. Dessa riktlinjer bör ligga till grund för behandlingsrekommendationer och uppföljning inom regionala verksamheter.

Kunskapscentrum för psykisk hälsa (KPH) genomförde 2016 en regional utredning med syfte att analysera hur Västra Götalandsregionens verksamheter förhöll sig till de nationella och regionala medicinska riktlinjerna vid missbruk och beroende, samt formulera beslutsunderlag för ett samlat arbete kring implementering av riktlinjerna. Syftet med regionuppdraget var även att utjämna inomregionala skillnader i vård- och behandlingsutbud och öka förutsättningarna för jämlik vård. Utredningen identifierade en rad utvecklingsområden: insatser för unga (under 18 år), bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedel, nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel, psykologisk/psykosocial behandling till individer och deras anhöriga, samordnade insatser vid samsjuklighet och för samverkan. För att kunna följa Socialstyrelsens nationella riktlinjer bedömdes stora behov av kompetensutveckling, personalförstärkning, styrdokument som beskriver insatser vid skadligt bruk eller beroende av olika preparat, ansvarsfördelning mellan olika vårdnivåer i form av nya RMR, samt att förutsättningarna för att stärka samverkan mellan landsting och kommun genom t.ex. integrerade mottagningar utreds (Camper, Harty & Svensson, 2016).

”Överenskommelse mellan VGR och länets kommuner som samarbete och samordning av insatser kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk 2017–2020” (2017), är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland. Syftet med överenskommelsen är att personer inom målgrupperna ska få tillgång till samordnade insatser från både kommunen och VGRs hälso- och sjukvård. I överenskommelsen beskrivs att kommunen och VGR har ett gemensamt ansvar för målgruppen, och respektive huvudmans ansvarsområden definieras för såväl personer med missbruk, personer med samsjuklighet och barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och utbildning, samt insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet. VGR ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i såväl öppen som slutenvård enligt RMR. Kommunen har, i egenskap av huvudman för socialtjänsten, ett särskilt ansvar för att förebygga och motverka skadligt bruk bland barn och ungdomar (SoL 5 kap. 1§). Vidare har socialtjänsten ett generellt ansvar för stödinsatser (SoL 4 kap. 1§)

”Handlingsplan för psykisk hälsa 2018–2020”(2017) är en läns-gemensam analys och handlingsplan för Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna, VästKom samt Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland (NSPHiG). Handlingsplanen presenterar en rad fokusområden och mål. Mål 4.2 för vuxna: ”Personer med missbruk, psykisk ohälsa och/eller komplex problematik ska få integrerade insatser” betonar vikten av att samordna vård och från olika aktörer i kommun och region, och rekommenderar integrerad verksamhet. Mål 2.2 för barn och unga: ”Förebygga och uppmärksamma bruk av alkohol och narkotika hos unga” betonar vikten av samordnade insatser för unga som har kontakt med flera aktörer för stöd och behandling. En läns-gemensam aktivitet är att

sammanställa kunskap och ta fram ett regionalt inriktningsdokument för integrerade verksamheter/mottagningar för unga.

Regional strategi för alkohol, narkotika, doping, tobak och spel (ANDTS) 2018–2021 (2018) i Västra Götalands län anger i sina prioriterade målområden att samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten krävs för en sammanhållen vård. Utveckling av integrerade arbetssätt inom området psykisk ohälsa och missbruk/beroende rekommenderas.

Uppdragshandlingen "Länsgemensamt inriktningsdokument för integrerade verksamheter inom området psykisk ohälsa, missbruk och beroende" (2018) formulerades med syfte att vara en gemensam grund för kommunernas och regionernas samverkan kring personer med sammansatta behov, i form av integrerade verksamheter, för alla åldrar. En arbetsgrupp har satts samman för detta arbete.

Västbus är en förkortning av barn- och unga samverkan i Västra Götaland och är en överenskommelse om samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna i Västra Götalandsregionen (Västra Götalandsregionen, 2018a). Överenskommelsen innehåller både grundläggande värderingar och åtagande kring målgrupp och ansvar, samverkans- och informationsskyldighet, implementering och uppföljning samt gemensam kompetensutveckling. Vidare innehåller överenskommelsen en modell för samverkan kring det enskilda barnet, ansvar för boende, sociala insatser, psykiatrisk utredning, vård och behandling vid placering utanför hemmet, samt organisering, avvikelserapportering och uppföljning av riktlinjerna både lokalt, delregionalt och regionalt. Målgruppen är barn och unga upp till 20 år med sammansatt psykisk, psykiatrisk och social problematik som behöver tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter. Inom målgruppen finns stor spridning vad gäller problemtyngd och därmed behovet av insatser. Det innebär att riktlinjerna kan gälla både vid förebyggande, tidiga insatser och specialistinsatser. Vid skadligt bruk ska anmälan och samarbete med socialtjänsten ske och rutinen för Västbus följas.

Sedan 2018 ska Länsstyrelsen stödja kommuner och landsting/regioner i arbetet att motverka spelproblem. Kommunerna själva behöver identifiera vilka insatser de vill prioritera. Under 2018 öppnar en regional mottagning för spelberoende inom Sahlgrenska universitetssjukhus, för att erbjuda individerna adekvat vård enligt vad lagen föreskriver (Västra Götalandsregionen, 2018b).

Delregional nivå (SIMBA)

Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden (VHSN) har i sitt mål- och inriktningsdokument för 2019 betonat att integrerade verksamhet för missbruks- och beroendevård ska finnas i nämndområdets kommuner såväl för barn- och unga som för vuxna. Ett beslut har fattats i Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden, att ge koncernkontoret i uppdrag att i samverkan med SIMBA och kommunerna Kungälv, Ale, Stenungsund och Tjörn arbeta fram en modellbeskrivning samt utveckla en uppföljningsplan för integrerad verksamhet för den yngre målgruppen med missbruk och beroendeproblematik, så kallade "Mini Maria" verksamhet.

SIMBAs genomförandeplan 2018–2020 (2018) innehåller mål som innebär att utveckla vården för barn och unga samt vuxna med missbruksproblematik, genom att utveckla samverkanslösningar där integrerat arbetssätt erbjuds. Målaktiviteter är att kartlägga befintliga verksamheter för att utveckla riktlinjer för integrerade metoder och arbetssätt. Ett annat mål är att erbjuda personer med samsjuklighet vård och behandling parallellt och samordnat, och flera huvudmän arbetar integrerat i form av socialmedicinska mottagningar enligt regionala och nationella riktlinjer. Målaktiviteter är att under 2018 upprätta riktlinjer för integrerade arbetssätt och metoder. Målet är att utveckla en mottagning per kommun.

Västra hälso- och sjukvårdsnämnden gav vid sitt nämndsammanträde den 28 mars 2019, (diarienummer HSNV 2018-00025) Koncernkontoret i uppdrag att i samverkan med SIMBA och kommunerna Kungälv, Ale, Stenungsund och Tjörn arbeta fram en modellbeskrivning samt utveckla en uppföljningsplan för integrerad verksamhet för den yngre målgruppen med missbruk och beroendeproblematik, så kallade "Mini Maria verksamhet". Denna modellbeskrivning ska återrapporteras till nämnden vid nämndens sammanträde i juni månad 2019.

Integrerad mottagning

Mini-Maria-mottagningar är integrerade mottagningar som vänder sig till barn och unga med risk och missbruk. Syftet med en integrerad mottagning är att erbjuda målgruppen samordnade insatser från kommun och landsting i form av evidensbaserad vård och behandling av hög kvalitet. Individerna får genom mottagningen en enda väg in till ett samlat utbud av olika typer av stöd och behandling. Syftet är även att nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende ska implementeras, liksom RMR, samt att sprida kunskap om vikten av prevention.

Det är mer regel än undantag att personer med missbruk/beroende har behov av insatser från flera håll. Det är centralt att samordningen fungerar, då bristande samordning ofta bidrar till en försämrad vård och att ansvaret för att koordinera insatserna vältras över på individen och dennes närstående. Samverkan och samordning inom offentlig verksamhet är komplext. Det finns inte en organisationsform, metod eller ett arbetssätt som fungerar för alla. Forskningen visar att på vissa gemensamma drag som organisationer bör ta i beaktande, såsom tydlighet kring vilken huvudman som har det yttersta ansvaret för samverkansprojektet samt klargörande kring budget och ledningsfrågor. Det är viktigt att klara ut ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård vid integrerade mottagningar - vilka insatser som socialtjänsten utför, och vad som är hälso- och sjukvård som det krävs legitimerad personal för. Dokumentation är en annan fråga som det krävs tydlighet kring, eftersom det ställs olika krav på dokumentation ur de båda lagstiftningarnas perspektiv, och möjligheten till gemensam dokumentation är begränsad. De organisatoriska gränser som finns mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för med sig juridiska och tekniska hinder när det gäller hantering av personuppgifter. Lagstiftningen angående dokumentation och utlämnande av uppgifter blir här hindrande, liksom de IT-system som inte är utvecklade för samordning. För att samverkan ska bli lyckosam krävs en strategisk länkning, där en långsiktig satsning och prioritering finns hos var och en av huvudmännen. Det finns goda chanser till välfungerande samverkan när man öppnar upp de administrativa, sociala och professionella gränserna i form av att exempelvis flytta in i gemensamma lokaler, eller hitta andra gemensamma mötesplattformar, samt att ha gemensamma arbetssätt (Wikström, 2017).

Exempel på integrerade mottagningar är Mini Marias tre mottagningar i Göteborgsområdet, samt UngVux-centralen i Åmål.

SIMBA-områdets integrerade mottagning för unga

En utbyggd integrerad verksamhet finns på Tjörn, där mottagning bedrivs för såväl vuxna som barn och unga (MiniMia). Där har man förutom socionomers från socialtjänsten även sjuksköterska med i teamet, samt en gruppleddare och en behandlingspedagog. Socionomerna och sjuksköterskan arbetar även inom MiniMia-verksamheten. Samarbete sker med individernas behandlande läkare inom primärvården. Fortlöpande teamarbete samt möten med psykiatri och olika verksamheter inom socialtjänstens öppenvård sker regelbundet.

Inriktningsdokument Livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna

1 Uppdrag

Uppdragets syfte är att formulera ett inriktningsdokument för etablering av livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna i SIMBA-området under 2019. Målgrupp för mottagningen ska vara barn, ungdomar och unga vuxna upp till 25 år som är i riskzonen för, eller har utvecklat, ett risk- eller missbruk av alkohol, narkotika, beroende framkallande läkemedel, doping eller spel, samt deras närstående. Modellen ska utgöra ett stöd för samverkan och beskriva ett möjligt sätt för huvudmännen och anställda att organisera och bedriva Livsstilmottagning. Modellen är en vägledning för upprättande av samverkansavtal. Modellen ska innefatta barn, unga och unga vuxna.

SIMBA-området saknar idag socialmedicinska mottagningar med inriktning mot barn och ungdomar, med undantag från Tjörn där "Mini Mia" bedrivs som en integrerad del av den socialmedicinska verksamheten.

1. 1 Huvudmannaskap

Huvudmannaskapet är delat mellan Västra Götalandsregionen som är huvudman för de insatser som sker utifrån Hälso- och sjukvårdslagen, samt de fyra SIMBA-kommunerna som är huvudman för de insatser som sker utifrån Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om vård av missbruk i vissa fall (LVM) samt Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Kommunen och regionen har inom sitt respektive ansvarsområde satt svara för att det finns bemanning och kompetens som krävs för att på ett adekvat sätt upprätthålla verksamheten. Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri arbetar utifrån HSL och bör åta sig att ge regelbunden konsultation, tydliga kontaktvägar till öppenvård och slutenvård, samt vid behov vissa utbildningsinsatser och handledning av mottagningens personal.

1.2 Ledning

Samverkan ska ske på både på lednings- och på verksamhetsnivå. Ledningsstrukturen är beroende av om den integrerade mottagningen för unga utgör en del av den Socialmedicinska mottagningen eller är fristående. Om mottagningen utgör en del av den socialmedicinska mottagningen blir Utvecklingsgrupp psykisk hälsa – Vuxna som arbetar på uppdrag av SIMBAs samordningsgrupp styrgrupp för det lokala samverkansarbetet. Det lokala samverkansarbetet organiseras genom de lokala psykiatrigrupperna. Dessa grupper fungerar som styrgrupp för verksamheten som erbjuder de integrerade insatserna.

Om mottagningen är fristående blir Utvecklingsgrupp psykisk hälsa – Barn och unga/Västbus, som arbetar på uppdrag av SIMBAs samordningsgrupp styrgrupp för det lokala samverkansarbetet. Det lokala samverkansarbetet organiseras genom de lokala Västbusgrupperna. Dessa grupper fungerar som styrgrupp för verksamheten som erbjuder de integrerade insatserna. En ekonomisk överenskommelse med en definitiv beräkningsgrund för fördelningsmodell av gemensam finansiering upprättas av ingående politiska nämnder.

Verksamhetsledningen innebär ett delat ledarskap, mellan chef inom primärvården som tillhandahåller sjukvårdsresurser samt chef inom socialtjänst som står för psykosociala insatser. Respektive huvudman bär sin personal. En samordnare står för det operativa ledarskapet på

mottagningen. Det ska framgå av det lokala samverkansavtalet vem som är huvudman för samordnaren och vilket ansvar samordnaren har.

1.3 Ekonomi

En grundläggande budgetmodell bör formuleras, som kan anpassas utifrån lokala förutsättningar. Parterna bör delfinansiera samordnartjänsten, lokalkostnader, utrustning och förbrukningsmaterial, driftsbudget samt vissa övriga kostnader för kompetensutveckling, handledning, informationsmaterial och gruppaktiviteter utifrån överenskommen beräkningsmodell. Respektive huvudman bär sina egna personalkostnader och insatser. Vårdinsatserna bör vara läkar- och sjuksköterskekompetens samt psykolog. Kommunerna tillhandahåller kuratorer samt övrig kommunal personal. Modellen med tillhörande tilläggsfinansiering för vårdens åtagande bör fastställas.

2 Organisation

Livsstilmottagningar är lokala öppenvårdsmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna upp till 25 år med riskbruk och missbruk av alkohol, narkotika, beroende framkallande läkemedel, doping och spel som drivs i samverkan mellan kommun och landsting. Verksamheterna ska arbeta utifrån SoL, HSL, nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende och regionala medicinska riktlinjer (RMR), samt annan gällande lagstiftning. FN:s barnkonvention ska vägleda verksamheten.

Parterna har ett gemensamt övergripande mål för livsstilmottagningarna; att motverka skadligt bruk bland barn, ungdomar och unga vuxna upp till 25 år. En strävan bör finnas efter att arbeta förebyggande, och nå ungdomar i ett tidigt skede av risk- och missbruk, för att förhindra att det utvecklas till ett beroende, samt att arbeta hälsofrämjande. Livsstilmottagningarna ska verka för att vara kända för ungdomar i målgruppen och deras närstående, samt för de professionella och ideella som arbetar med ungdomar; socialtjänst, skola och elevhälsa, hälso- och sjukvård, ungdomsmottagningar, frivilligorganisationer, föreningar samt polis m.fl.

Livsstilmottagningarna ska vara lättillgängliga mottagningar dit ungdomar och föräldrar kan söka sig på eget initiativ, eller bli hänvisade för att få råd, stöd och behandling. Inom enheten bör det finnas ett team om medicinsk och psykosocial personal som även samarbetar tätt med olika externa verksamheter och socialtjänstens myndighetsdel. Verksamheterna bör eftersträva en god tillgänglighet och en första kontakt bör ske inom tre dagar, enligt förstärkt vårdgaranti. Det ska finnas lättillgänglig och lättförståelig information om livsstilmottagningarnas verksamhet, öppettider och tidsbokning via informationskanaler som når målgruppen, t.ex. sociala medier. Ungdomar eller föräldrar ska kunna vända sig direkt till mottagningen för att få hjälp. Ärenden ska kunna inkomma från socialtjänstens myndighetsdel via biståndsbeslut, eller genom en hänvisning/remiss från Västra Götalandsregionens verksamheter.

Första kontakten med mottagningen innebär information/råd och stöd till ungdomen och dess föräldrar. Vissa mer förebyggande insatser kan ske på service. Vid misstanke om skadligt bruk hos barn och ungdomar under 18 år ska en anmälan till socialtjänsten ske, och ett biståndsärende startas. Stöd och behandling kräver biståndsbeslut och en ansökan görs till socialtjänstens myndighetskontor, som utreder och fattar beslut om bistånd.

Stöd och behandlingsinsatserna planeras utifrån den enskilda individens eller familjens specifika problembild, situation och behov och bör kunna innebära såväl insatser som anhörigstöd och stöd till sysselsättning, som psykosocial behandling med MET, ACRA (från engelskans "Adolescent

Community Reinforcement Approach”) eller ACC (från engelskans “Assertive Continuing Care”) eller familjebehandling. Stöd och behandlingsinsatserna utvärderas regelbundet i gemensamma möten mellan mottagningsteamet och andra medverkande aktörer.

Informations- och preventionsarbete riktas mot allmänheten och andra verksamheter som möter den aktuella målgruppen, och kan med fördel ske i samverkan med, ungdomsmottagningar, brukarorganisationer och angränsande verksamheter inom socialtjänst och hälso och sjukvård.

2.1 Målgrupp

Målgrupp för mottagningen bör vara barn, ungdomar och unga vuxna upp till 25 år som befinner sig i riskzonen för, eller har utvecklat, ett risk- eller missbruk av alkohol, narkotika, beroendeframkallande läkemedel, doping eller spel, samt deras närstående.

2.2 Samlokalisering

Samlokalisering är en förutsättning för att en integrering av huvudmännens insatser ska kunna fungera. Lokalen för den integrerade mottagningen bör vara lättillgänglig för individen att ta sig till. Lokalen placeras med fördel på en plats där individen inte upplever sig stigmatiserad. Mottagningen bör även namnges på ett icke-stigmatiserat sätt, förslagsvis livsstilmottagningen.

För unga är det viktigt att kunna erbjuda lättillgänglig hjälp utan hindrande administration när motivationen hos unga och föräldrar är hög. Livsstilmottagningen bör vara öppen dagligen för bokade besök på dagtid, samt drop in och läkarmottagning vissa tider. Verksamheten bör anpassas efter barn och ungas behov och sökmönster, vilket kan innebära utbyggd drop in-verksamhet, öppettider på kvällar, utnyttjande av e-tjänster i form av chattfunktion på hemsidan, appar och internetbaserade behandlingsprogram. En framgångsfaktor vid befintliga Mini Maria-mottagningar i Västra Götalandsregionen tycks vara samlokalisering med ungdomsmottagningar. Samlokalisering kan eventuellt även ske med socialmedicinsk mottagning för vuxna.

2.3 Kompetens och resursnivå

Genom att bemanna livsstilmottagningen med olika yrkeskompetenser möjliggörs att bemöta ungdomens behov av stöd och vård från olika perspektiv. Ett teamarbete runt individen ger möjlighet att kunna bemöta hans unika behov utifrån ett helhetsperspektiv. De tvärprofessionella kompetenserna och perspektiven är en av grunderna för livsstilmottagningarnas arbete. Grundkompetenserna ska bestå av kuratorer, sjuksköterska, läkare och psykolog. För att kunna möta ungdomar utifrån deras behov och förutsättningar, kräver uppdraget specifik kompetens om ungdomars sociala och psykologiska utveckling. Missbrukskompetens och ett beroende-/psykiatriperspektiv är nödvändigt för att förstå den grundläggande problematiken, liksom kunskap om likheter och skillnader i flickor och pojkars alkohol- och drogproblem, för att kunna erbjuda bästa möjliga förebyggande och behandlande insatser. Medicinska, psykologiska och sociala aspekter på tonårsutveckling och interaktionen mellan individ, familj och samhälle är viktiga för att förstå den unga människans situation och förutsättning för att utveckla hälsa. Kunskap om preventionsarbete bör finnas inom teamet.

Utifrån mottagningens resurser och behov kan grundmodellen kompletteras med ytterligare stödpersonal, behandlingspedagog, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Personalen ska ha eller kunna tillgodose sig rätt kompetens för att genomföra de behandlingsmetoder som ska erbjudas enligt nationella och regionala medicinska riktlinjer. Medicinsk personal bör ha goda kunskaper och

erfarenhet av bedömning och behandling av missbruk och beroende. Grundläggande utbildningsnivå för psykosocial behandling bör vara rådgivande samtal, Motivationshöjande behandling (MET), Kognitiv beteendeterapi (KBT), ACRA eller ACC samt familjebehandling. Valfungerande samverkan bygger på god kunskap om mottagningens olika insatser och en förutsättning för detta är gemensamma utbildningsinsatser och handledning för teamet. En gemensam strategi bör utarbetas för kompetensförsörjning/utveckling med utbildning och handledning för de kompetensområden som krävs för ett integrerat arbetssätt, medan respektive huvudman bär utbildningsinsatser som ligger inom dennes ansvarsområde.

Kommunen bör tillhandahålla kuratorer samt eventuell ytterligare stödpersonal och/eller behandlingspedagog. Vårduppdraget bör omfatta sjuksköterska och läkare, psykolog, samt bidra med rehabinsatser vid behov. Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri bidrar med regelbundna konsultationer med psykiater samt kontakt med beroendesköterska, öppenvård och slutenvård.

2.4 Teambaserat arbetssätt

Teamarbete och samverkan är grunden i arbetet på livsstilsmottagningarna. Det tvärprofessionella teamet ska ha ett gemensamt förhållningssätt, men utifrån olika grundutbildningar och perspektiv närma sig varje ungdom och familj utifrån olika kompetens. Teamarbetet bedrivs såväl inom mottagningen som ute i samhället.

I både HSL och SoL påtalas skyldigheten att samverka för att den enskilde individen ska erbjudas den vård som behövs. För att den integrerade mottagningen ska bli effektiv bör en tät integrering och samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård byggas upp, med gemensamma mål för de båda parterna. Arbetet bör bedrivas med ett helhetsgrepp, med ett team som arbetar såväl socialt som medicinskt. Målet är att individen ska kunna komma till en enhet med samlad kompetens, och därmed slippa att själva koordinera sin vård och besöka olika aktörer. Vid behov ska mottagningen hjälpa individen vidare till rätt insats, och via tät samverkan blir vägarna till rätt hjälp kortare. Exempelvis bör det finnas rutiner för vilket sjukhus verksamheten remitterar individer med skadligt bruk eller beroende av alkohol eller andra droger till, vilka behandlingshem verksamheten har kontakt med, vart verksamheten hänvisar individer med behov av tillnyktring eller abstinensbehandling, samt samverkan med kommunernas socialtjänst, vårdcentraler och ideella organisationer.

I praktiken bör all samverkan anpassas efter den enskilda ungdomen och familjens behov och skriftligt samtycke krävs. Rutiner behövs för regelbundna teammöten, då det tvärprofessionella teamet utifrån olika grundutbildningar och perspektiv kan närma sig familjen och/eller ungdomen. Utgångspunkt kan med fördel tas i Mini Marias arbetssätt, där ett inledande kartläggningsarbete utifrån UngDOK, genomförs för varje nytt ärende. Kartläggningen startar med ett gemensamt möte, där två teammedlemmar träffar ungdom, föräldrar, och handläggare från socialtjänsten för ett inledande samtal. Därefter sker parallellt arbete, där en socionom och en sjuksköterska träffar ungdomen för kartläggning med UngDOK samt hälsosamtal och provtagning, medans en socionom träffar förälder/rar för kartläggning och stöd. Vid samsjuklighet med psykisk ohälsa träffar ungdomen även psykolog, och eventuellt läkare, för bedömning. Efter genomförd kartläggning behandlas fallet på teamkonferens, för gemensam bedömning och beslut om fortsatt stöd och behandling inom verksamheten alternativt hänvisning/remiss vidare. Slutligen sker ytterligare gemensamt möte för återgivning av teamets bedömning, samt planering av eventuella fortsatta insatser tillsammans med familjen och socialtjänsten. Alla ärenden följs upp tre månader efter avslut. Livsstilsmottagningen bör samverka, samarbeta och samordna med andra insatser i samhället, som en grund för verksamheten, för att tillgodose ungdomars behov. Upparbetade samverkansformer finns i

kommunernas etablerade SIMBA-team, och Västra Götalandsregionens Västbus, vilka med fördel kan tillämpas inom livsstilmottagningarnas verksamhet. Livsstilmottagningen ska samverka med socialtjänst, elevhälsa, barn- och ungdomspsykiatri/vuxenpsykiatri, ungdomsmottagning, primärvårdens tilläggsuppdrag Ungas psykiska hälsa, brukar- och frivilligorganisationer, polis m.fl. Livsstils- och ungdomsmottagningarna kan med fördel samverka i det utåtriktade arbetet, för att nå de unga i ett tidigt skede.

En lagstadgad skyldighet finns sedan 2010 både i HSL (16 kap. 4§) och SoL (2 kap. 7§), som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och kommunen. SIP-möten skall hållas regelbundet.

3 Verksamhetsinnehåll

Livsstilmottagningarnas verksamhet bör utformas utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer, RMR samt övrig evidens på de områden som uppdraget omfattar. Varje mottagning utformar sin verksamhet och fördelar ansvar för genomförande av behandlings- och stödinsatser, utifrån de lokala förutsättningar som råder, samt rådande lagstiftning. Verksamhetens huvudsakliga innehåll är information/prevention, service/rådgivning samt stöd och behandling. Service innebär rådgivande samtal. Verksamhetens övriga insatser beskrivs nedan. Verksamheten bygger på modellen för stegvis vård, där omfattningen på den vård som ges anpassas efter det vårdbehov som den aktuella individen bedöms ha. Förebyggande insatser och mer begränsade insatser kan erbjudas till dem som utvecklat ett riskbruk eller mindre allvarliga tillstånd av skadligt bruk, medans mer omfattande insatser ges till individer som utvecklat beroendetillstånd.

3.1 Behandling riskbruk och missbruk

Målsättningen är att livsstilmottagningarna ska kunna erbjuda åtgärder med prioritet 1–3 enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd om spelproblem, Socialstyrelsens kunskapsguide för doping samt för verksamheten relevanta RMR (bilaga 1). Riktlinjernas rekommendationer är att dessa åtgärder bör erbjudas, men avgränsning bör göras för vilka åtgärder som erbjuds barn och ungdomar och de som ges till unga vuxna. Lokala förutsättningar får avgöra i vilken utsträckning de olika insatserna kan erbjudas vid respektive mottagning.

3.2 Behandling psykisk sjukdom

Den samlade forskningen visar att merparten av unga personer med alkohol- och narkotikaproblem även har omfattande psykiska problem. Uppförandestörning, ADHD, depression, PTSD och ångestsyndrom är de vanligast förekommande tillstånden. Enligt RMR alkohol - skadligt bruk och beroende, föreslås att det är primärvårdens ansvar att upptäcka, utreda och behandla skadligt bruk och alkoholberoende utan allvarlig psykiatrisk samsjuklighet eller blandberoende med narkotika. Samsjuklighet och differentialdiagnostisering kan bedömas inom livsstilmottagningen, via SIMBA-psykolog. Om samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos förekommer, behandlas missbruk eller beroende på livsstilmottagningen, medan den psykiska sjukdomen omhändertas inom hälso- och sjukvården utifrån aktuella nationella och regionala medicinska riktlinjer. För att samverka med vårdgrannar ska fungera så väl som möjligt är det viktigt att tydliga remiss och hänvisningsvägar utformas. Regionala medicinska riktlinjer för ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri (2017) samt den mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna) (2012) bör beaktas, liksom kommande RMR för alkohol och cannabis.

3.3 Psykosociala stödåtgärder

Livsstilmottagningarnas psykosociala stödåtgärder bör följa de nationella riktlinjernas rekommendationer, Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd om spelproblem, Socialstyrelsens kunskapsguide för doping samt för verksamheten relevanta RMR (bilaga 1). Tydliga rutiner för samverkan med kommunens myndighetsutövning barn och unga samt kommunernas individ- och familjeomsorgs olika enheter med insatser för unga och familjer. Samverkan bör även ske med kommunen kring ungdomars skolgång och sysselsättning. Om vården av den unge ska ge full effekt krävs att hela familjen får stöd utifrån sina behov, och anhörigstöd är en viktig insats.

3.4 Information och preventivt arbete

Arbetsformer bör utarbetas för livsstilmottagningarnas information, prevention och rådgivande insatser riktat mot allmänheten samt andra aktörer som har kontakt med ungdomar. Det finns ett stort och i många fall önskat behov av kompetenshöjning hos ett flertal aktörer när det gäller att tidigt upptäckt av missbruk hos barn och ungdomar, såsom beteendeförändringar som kan vara tecken på begynnande missbruk, exempelvis sena ankomster, hög korttidsfrånvaro, försämrade skolprestation, stölder, våld och olaga hot. Det är även viktigt att få kunskap om risk- och skyddsfaktorer för att vid behov kunna sätta in åtgärder i ett tidigt skede. Aktörer som kan vara i behov av kunskapshöjning kan vara föräldrar, skolpersonal, aktiva inom föreningslivet, polisen, samt personal på ungdomsmottagningar, inom primärvården, BUP, och de delar av socialtjänsten som inte primärt arbetar med missbruksfrågor. Polisen är många gånger de som först uppmärksammar en ung person med missbruksproblem. En väl utarbetad hemsida för informationsspridning och rådgivning, information om mottagningen och kontaktvägar dit, samt adekvata länkar blir här av betydelse. Utåtriktat kunskapsspridande och informationsarbete kan med fördel ske i samverkan med ungdomsmottagningar och brukarorganisationer.

4 Uppföljning

Ett uppföljningssystem är ett verktyg för att uppnå kvalitet. Tydlighet, transparens och förutsägbarhet om uppföljning är central. SKL har arbetat fram material som ger stöd i arbetet med att ta fram ledningssystem enligt föreskriften SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete".

Uppföljning av mottagningen för unga görs utifrån överenskomna indikatorer till kommunerna och Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden vid tidpunkt som fastställs i samband med tecknandet av Samverkansavtal, och är lika för alla fyra mottagningar.

Evidens på området risk- och missbruk hos barn, ungdomar och unga vuxna är begränsad och få behandlingsrekommendationer föreligger. Därmed blir uppföljning av kommande verksamheter av största vikt och anknytning till någon form av forskningsverksamhet rekommenderas för att föra forskningen på området framåt. Gällande barn och unga med skadligt bruk är det eftersträvanvärt att arbeta med evidensbaserade åtgärder, även om implementering kommer ta tid.

4.1 Process

Ett ledningssystem är ett stöd för både ledning och medarbetare att systematiskt och fortlöpande utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Vid planering av kvalitetsledningssystem bör kvalitetskrav och kvalitetsegenskaper som är relevanta för verksamheten identifieras utifrån:

- lagar och överenskommelse inom Hälso- och sjukvårdsavtalet (t.ex. hur vårdkedjan fungerar, hur betalningsansvar löses)
- definierade kvalitetskrav och mål i verksamheten (t.ex. tillgänglighet, vårdutbud, antal besök) • brukares behov (t.ex. genomförd SIP/vårdplan, upplevd livskvalitet, patientnöjdhet).



4.2 Resultat

Resultat bör följas via de indikatorer som Socialstyrelsen rekommenderar för uppföljning av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende och för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. 24 indikatorer har tagits fram som ska spegla de viktigaste aspekterna av god vård med utgångspunkt i riktlinjernas rekommendationer, dels processindikatorer som speglar processer och belyser insatser som ges på individnivå, och dels indikatorer för struktur och innehåll i verksamheterna. Indikatorer finns på områdena bedömningsinstrument (3 st), läkemedelsbehandling (3st), psykologisk och psykosocial behandling(5 st), psykosocial behandling för ungdomar(2 st), samt psykosociala stödsatser(2 st). Det finns även 9 övergripande indikatorer som framförallt speglar resultatmått (se bilaga 2). Även relevanta riktlinjer för uppföljning enligt RMR bör tas i beaktande.

Uppföljning av process och resultat kan med fördel genomföras av extern aktör, exempelvis med hjälp av Forsknings- och utvecklingsenheten (FoU), Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende (CERA) eller utvärderingsföretag som payoff.se. Slutsatser och utvecklingsområden

I SIMBA-området förekommer idag låg grad av organiserat integrerat arbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, riktat mot barn, ungdomar och unga vuxna med missbruksproblematik. Undantaget är Tjörns kommun som driver MiniMia. Därmed behövs insatser göras från båda huvudmännen för att förutsättningar för en sådan verksamhet ska kunna utvecklas, bedrivas och följas upp utifrån den kunskap, forskning och erfarenhet som finns på området idag. Aktuellt inriktningsdokument bör ligga till grund för ett mer genomgripande arbete, där en modellbeskrivning med uppföljningsplan tas fram för livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna. Intryck kan då tas av SKLs nationella handlingsplan för missbruk och beroende som utkommer i december 2018, samt från goda exempel på integrerade Mini Maria-mottagningar regionalt och nationellt.

Utifrån ovan beskrivna dokument kan konstateras att det finns aspekter som blir viktiga att ta hänsyn till när det gäller livsstilmottagningar för barn, ungdomar och unga vuxna:

- För unga är det viktigt att kunna erbjuda lättillgänglig hjälp utan hindrande administration när motivationen hos unga och föräldrar är hög, och önskvärt vore om det fanns möjlighet till psykosociala stöd och behandlingsinsatser utan krav på myndighetsbeslut.
- Innehåll och form för de insatser som ges behöver anpassas till de ungas behov med t.ex. användning av e-tjänster och digitala behandlingsformer, informationskanaler som webbsidor med chattfunktioner, sociala medier, samt flexibla besökstider.
- För att vården av ungdomen ska ge full effekt ska hela familjen få stöd utifrån sina behov, och såväl familjebehandling som anhörigstöd bör erbjudas.

- Förebyggande insatser och tidig insats med information och kompetenshöjande insatser om tidig upptäckt och riskbeteenden hos barn och ung till aktörer inom verksamheter som möter målgruppen är av största vikt för att kunna sätta in insatser i ett tidigt skede. Tidiga insatser är åtgärder som sätts in så fort ett riskfyllt beteende har upptäckts, vilket kräver samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, t.ex. i form av integrerade mottagningar.

Referenser

Camper, M., Harty, M., & Svensson, U. (2016). Regionuppdrag till följd av uppdatering av nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2018). *Gender differences among adolescents with substance and abuse problems at Maria clinics in Sweden*. NAD – Nordic studies on alcohol and drugs.

Folkhälsomyndighetens Kunskapsstöd om spelproblem. Hämtad 181022 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/>.

Folkhälsomyndigheten. (2017a). Förebygg spelproblem – kunskapsstöd barn och unga: "Hur vanligt är spelproblem hos ungdomar?"

Folkhälsomyndigheten. (2017b). Förebygg spelproblem – kunskapsstöd barn och unga: "Spel om pengar bland unga under 18 år"

Folkhälsomyndigheten. (2017c). Samlat grepp om alkohol och spel om pengar i det förebyggande arbetet.

Handlingsplan för psykisk hälsa 2018-2020. (2017).

HSNV 2017-00136 Samverkansavtal om integrerade mottagningar för vård och omsorg av missbrukare mellan Västra Hälso- och sjukvårdsnämnden, samordningsförbundet Ale, Kungälv, Stenungsund och Tjörn, samt Praktikertjänst vårdcentralen Kusten.

HSNV 2018-00025-1 Uppdragshandling daterad 2017-11-17 1744086_1

HSNV 2018-00025-1 Uppdrag modellbeskrivning socialmedicinska mottagningar daterad 2018-02-20 1734716_10_1

Larsson, E. (2014). Uppföljning – integrerad missbruksmottagning i Enköping. Enheten för välfärd och FoU-stöd, Regionförbundet Uppsala län.

Läkartidningens symposium "Alkohol - reformerad vård kan nå fler", Stockholm 2018-10-18.

Länsgemensam konferens "Integrerade arbetsätt inom området psykisk ohälsa och missbruk/beroende", Göteborg 2018-10-01.

Malm, M, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, personlig kommunikation 181001.

Mini Maria Nordost, personlig kommunikation vid studiebesök 2018-11-12.

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys. (2015). Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv.

Ortiz, L. (2017). Till spelfriheten - kognitiv beteendeterapi vid spelberoende - manual för behandling individuellt eller i grupp.

Regional medicinsk riktlinje. (2012). "Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)".

Regional medicinsk riktlinje. (2016). "Sjukdomsförebyggande åtgärder vid riskbruk av alkohol".

Regional medicinsk riktlinje. (2017). "Ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri".

Regional medicinsk riktlinje. (2017). "Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning".

Regional strategi för alkohol, narkotika, doping, tobak och spel (ANDTS) 2018-2021. (2018).

Riddargatan 1, personlig kommunikation vid studiebesök 2018-10-18.

SBU-rapport 243/2015: Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga.

Sparring, S. & Tengström, A. (2014). Hämtad 181104 från <http://www1.psykiatristod.se/Psykiatristod/Psykiatriprogram/Narkotikaberoende/Missbruk-bland-ungdomar/>

SIMBA genomförandeplan 2018-2020. (2018).

Socialstyrelsen (2011) Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsen. (2015). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen. (2017). Öppna jämförelser om vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser, öppna jämförelser av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser.

Socialstyrelsen. (2018a). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Socialstyrelsen. (2018b). Kunskapsguiden.se – Teman – Spelproblem – Spelproblem barn och unga, hämtad 181022 från <http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.asp> x.

Socialstyrelsen. (2018c). Kunskapsguiden.se – Teman – Spelproblem – Utredning och bedömning, hämtad 181022 från <http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.asp> x.

Socialstyrelsen. (2018d). Kunskapsguiden – Teman – Doping, hämtad 181022 från <http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx>.

UngVux-centralen i Åmål, personlig kommunikation vid intervju med enhetschef Maria Hed, 2018-11-22.

Uppdragshandlingen "Länsgemensamt inriktningsdokument för integrerade verksamheter inom området psykisk ohälsa, missbruk och beroende". (2018).

Västra Götalandsregionen. (2018a). Västbus information, hämtad 181104 från www.vgregion.se/vastbus.

Västra Götalandsregionen. (2018b). VGR Fokus den 180226, hämtad 181022 från <https://vgrfokus.se/2018/02/nymottagning-ska-hjalpa-spelberoende/>.

Västra Götalandsregionen. HS 2016-00094 Regionuppdrag till följd av uppdatering av nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Wikström, E. (2017). "Vilka organisatoriska krav ställs för att möta målgruppens behov av samordnade insatser – ett teoretiskt perspektiv". Ur skriften: "Samsjuklighet varför gör vi inte det vi vet – möjligheter och hinder", Rapport 2017:41, ISSN: 1403-168X.

Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk 2017-2020. (2017).

Bilaga 1

Rekommendationer för insatser

Rekommendationer för insatser presenteras nedan utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, Folkhälsomyndighetens kunskapsstöd om spelproblem, Socialstyrelsens kunskapsguide för doping, samt regionala medicinska riktlinjer.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Riktlinjerna har tydligt samverkans fokus, då ansvaret för missbruks- och beroendevård åligger både landsting och kommun. Riktlinjerna behandlar områdena missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel. Områdena spelberoende och doping ingår inte. Rekommendationerna syftar vägleda beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor vid exempelvis resursfördelning eller omorganisationer, underlag vid utveckling av vårdprogram och rutiner, stimulera och vägleda tillämpning av evidensbaserade åtgärder samt att vara underlag för prioriteringar. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet, samt behandling av ungdomar.

Socialstyrelsen ger rekommendationer med rangordning 1-10, som är åtgärder som hälso- och sjukvård och socialtjänsten bör eller kan erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1-10, där åtgärder med prioritering 1 har högst angelägenhetsgrad och 10 lägst. Rangordningen baseras på en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och kostnadseffektivitet. Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekt, dvs hur starkt det vetenskapliga stödet är. I modellbeskrivningarna ovan rekommenderas arbete med insatser prioritet 1-3, vilka redovisas nedan.

Bedömningsinstrument

Bedömningsinstrument bör användas för att identifiera och kartlägga alkohol- och narkotikaproblem, samt för att återkoppla resultat till individen som utgångspunkt för vårdplanering. De bedömningsinstrument som rekommenderas är Alcohol use disorders identification test (AUDIT) (1), Drug use disorders identification test (DUDIT) (3). För diagnostik av skadligt bruk, missbruk och beroende rekommenderas ADDIS (3), Structured clinical interview for DSM-IV-axis I disorders (SCID I) (3), Mini international neuropsychiatric interview (MINI) (3). Bedömning vid spel ingår ej i de nationella riktlinjerna, men de instrument som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten (2017a), och är beprövade på området är National Opinion Research Center DSM IV Screen for Gambling (NODS), Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM) och Problem Gambling Severity Index (PGSI).

För bedömning av individens behov av stöd, planering av behandlingsprogram och val rehabiliteringsinsatser rekommenderas Addiction severity index (ASI) (1) för vuxna och Adolescent drug abuse diagnosis (ADAD) (4) för ungdomar (som dock har begränsat vetenskapligt stöd för validitet, vilket har påverkat prioritering). ASI och en särskild modul för spelproblem, ASI-spel, används vid bedömning och behandlingsplanering av spelmissbruk.

För ungdomar bör AUDIT, DUDIT och ADDIS-ung (från engelskans Adolescent Drug Involvement Scale) användas för screening samt MINI-Kid och UngDOK för strukturerad bedömning enligt RMR.

Medicinska test

Medicinska test utgör en möjlighet att påvisa intag av alkohol och narkotika, som ett komplement till självrapport och klinisk intervju. Medicinska tester omfattar provtagning med efterföljande analytisk undersökning. Testerna kan påvisa eller utesluta intag av olika substanser inom testets respektive detektionstid. För mätning av nyligt intag av alkohol rekommenderas testen etylglukuronid (EtG) eller etylsulfat (EtS) i urin (2) och för att påvisa långvarigt intag av alkohol rekommenderas användning av kolhydratfattigt transferrin (CDT) eller fosfatidyletanol (PEth) i blodprov (2) och gamma-glutamyltransferans (GT) i blodprov (3). För mätning av pågående eller nyligt intag av narkotika rekommenderas användning av urinprov (1).

Läkemedelsbehandling

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer ingår läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens och alkoholberoende, samt nedtrappning av långvarigt bruk av bensodiazepiner. Rekommendationer ges för läkemedelsbehandling vid beroende eller missbruk av centralstimulantia, samt läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende respektive opioidanalgetikaberoende. De rekommendationer som har hög prioritet är bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens (2), klometiazol eller karbamazepin till personer med alkoholabstinens (3), erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon (1), erbjuda nedtrappning till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner (2), naltrexon till personer med amfetaminberoende (4), buprenorfin-naloxonkombination (1) eller metadon (2) till personer med opiatberoende, samt ge nedtrappning till personer med opioidanalgetikaberoende (3) eller läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxonkombination till dem som ej svarar på nedtrappning (3).

I riktlinjerna ingår inte läkemedelsbehandling för ungdomar, eftersom läkemedel sällan prövats på ungdomar och effekter därmed inte är studerat. Evidensen för läkemedelsbehandling av missbrukande ungdomar är liten och det finns starka skäl att vidta försiktighet vid läkemedelsbehandling av missbruk hos ungdomar, och inte rutinemässigt översätta metoder framtagna för vuxna (Sparring & Tengström, 2014). Enligt RMR kan läkemedelsbehandling i vissa fall ändå bli aktuell i nära samverkan med kommun och närstående.

Vid spelmissbruk finns otillräckligt stöd för läkemedelsbehandling enligt Folkhälsomyndigheten, behandling med naltrexon och nalmefen har dock visat sig lovande. Gällande doping är de vanligaste psykiska besvären vid steroid-missbruk depressioner med inslag av suicidala tankar, olika ångesttillstånd och sömnproblem. Antidepressiv medicinering kan därför bli nödvändig.

Psykologisk och psykosocial behandling

Benämningen psykologisk och psykosocial behandling utgår från klassifikationen av vårdåtgärder (KVÅ) i Socialstyrelsens hälsodataregister. Psykologisk behandling fokuserar mer på intrapsykologiska processer, medan psykosocial behandling inriktar sig mer på den sociala situationen. Psykosocial behandling kan även innebära åtgärder som information, rådgivning, hänvisning och kontakter med närstående. Rekommendationerna vid missbruk eller beroende av alkohol är motivationshöjande behandling (MET) (1), Kognitiv Beteendeterapi (KBT) eller Återfallsprevention (ÅP), Community Reinforcement Approach (CRA), Tolvstegsbehandling eller Social Behaviour Network Therapy (SBNT) (2). Vid långvarigt bruk av bensodiazepiner rekommenderas att KBT erbjuds som tillägg till nedtrappning (2). Till personer med missbruk eller beroende av cannabis rekommenderas KBT eller Återfallsprevention med tillägg av MI eller MET (3), samt Haschavvänjningsprogrammet (HAP), som dock har studerats i begränsad utsträckning och därmed har lägre prioritet. Vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat rekommenderas tolvstegsprogram, MATRIX-programmet

eller CRA med tillägg av förstärkningsmedel (3). Vid opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling rekommenderas KBT eller Återfallsprevention (3). Parterapi (3) rekommenderas som tillägg till annan behandling till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. I nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas rådgivande samtal till vuxna med särskild risk som har ett riskbruk av alkohol (3).

Folkhälsomyndigheten (2017b) och Ortiz (2017) beskriver att det vid spelmissbruk föreligger visst vetenskapligt stöd för KBT, samt KBT i kombination med MI. Även Återfallsprevention rekommenderas. Vid steroid-missbruk rekommenderas ett reviderad tolvstegsprogram med tydliga inslag kring kroppsuppfattning och självbild. Vidare kan också MI eller samtalsgrupper vara ett alternativ.

Psykosociala stödinsatser

I SoL finns särskilda bestämmelser om att socialnämnden ska se till att personer med missbruk får den hjälp och vård de behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9§). Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas insatser som kan främja möjligheten till sysselsättning för personer med missbruk eller beroende i form av arbetsförberedande träningsmodeller och IPS-modellen (3). Personellt boendestöd, som innebär individanpassat stöd som tillhandahålls av personal för att stödja personer att hantera sådant i vardagen som är relaterat till boendet, rekommenderas till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika med behov av stöd i boendet (4). Samordning i form av case management, vilket innebär samordning av vård- och stödinsatser och att individen får tillgång till adekvat vård och stöd, rekommenderas för personer i behov av samordning (4). Anhörigstöd rekommenderas i form av AI- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram (2) och psykosocialt stöd i form av coping skills training (CST) (3). För anhöriga som vill motivera en person med missbruk eller beroende till behandling rekommenderas stöd i form av Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) (3). Anhörigstöd, skuldsanering och ekonomiskt bistånd rekommenderas av Folkhälsomyndigheten som viktiga psykosociala insatser för personer med spelmissbruk.

Behandling av samsjuklighet

Socialstyrelsens nationella riktlinjer innehåller inga specifika rekommendationer om läkemedelsbehandling för beroende vid samsjuklighet, utan hänvisar till behandlingsrekommendationer för respektive tillstånd. Den psykosociala behandling som rekommenderas vid samsjuklighet är integrerade behandlingsmetoder (3).

Psykologisk och psykosocial behandling av ungdomar

Socialstyrelsen konstaterar att vid missbruk hos ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och prövade på ungdomar och deras förutsättningar. För att kunna erbjuda dessa interventioner behövs en ökad tillgång till utbildade behandlare som har kunskap om barn och ungdomars utveckling, psykiatriska diagnoser samt risk- och missbruk. Utbildning och anpassning av dessa metoder bör kompletteras med fortlöpande handledning och återkoppling. De insatser som rekommenderas i såväl nationella riktlinjer som RMR är kort intervention, MET, MET i kombination med KBT, ACRA eller ACC (3).

Enligt RMR bör behandling av barn och ungdomar börja med uppföljning av AUDIT och enklare rådgivning utifrån svaren, helst tillsammans med vårdnadshavarna. I nästa steg rekommenderas MET

i kombination med KBT. Vid skadligt bruk ska anmälan och samarbete med socialtjänsten ske. Rutinen för Västbus följs, och gäller personer t.o.m. 20 år.

Ett anpassat HAP-program, "cannabisprogram för ungdomar", är otillräckligt beforskat för att nå prioritet. Viktigt vid risk- och missbruk hos ungdomar är att involvera anhöriga. Familjebehandling, i form av funktionell familjeterapi (FFT), Multidimensional Family Therapy (MDFT), Brief Strategic Family Treatment (BFST) och Multisystemisk terapi (MST) rekommenderas vid alkohol och narkotikaproblem hos ungdomar (3). I nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas rådgivande samtal till unga under 18 år vid bruk av alkohol (3). Gällande spelmissbruk har Folkhälsomyndigheten (2017c) funnit stöd för att skolinterventioner för unga med spelproblem kan ge viss effekt på spelandet, även om det är oklart hur det påverkar spelproblemen. Psykosociala stödinsatser som rekommenderas för ungdomar är anhörigstöd och samverkan med skola eller annan sysselsättning.

För mer ingående beskrivningar av de metoder och instrument som rekommenderas ovan, hänvisas läsaren till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende samt regionala medicinska riktlinjer.

Bilaga 2

Förteckning över indikatorer

Tabellerna i det här avsnittet visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Tabell 4. Bedömningsinstrument

Nummer	Namn
Indikator 1.1*	AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård
Indikator 1.2*	AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, primärvård
Indikator 1.3*	AUDIT och DUDIT i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk
Indikator 1.4*	AUDIT och DUDIT vid alkohol- eller narkotikaproblem i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 2.1*	ASI eller DOK i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk
Indikator 2.2*	ASI eller DOK vid alkohol- eller narkotikamissbruk i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 3.1	ADDIS, SCID I eller MINI bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård
Indikator 3.2*	ADDIS, SCID I eller MINI bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, primärvård

*Utvecklingsindikator

Tabell 5. Läkemedelsbehandling

Nummer	Namn
Indikator 4.1	Disulfiram, akamprosot eller naltrexon vid beroende av alkohol, specialiserad vård
Indikator 4.2*	Disulfiram, akamprosot eller naltrexon vid beroende av alkohol, primärvård
Indikator 5*	Bensodiazepiner eller klometiazol vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens, sluten vård
Indikator 6	Läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon vid opioidberoende, specialiserad vård

*Utvecklingsindikator

Tabell 6. Psykologisk och psykosocial behandling, vuxna

Nummer	Namn
Indikator 7.1*	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholberoende, specialiserad vård
Indikator 7.2*	MET vid alkoholberoende, primärvård
Indikator 7.3*	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av alkoholmissbruk
Indikator 7.4*	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholmissbruk i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 8.1*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid missbruk eller beroende av cannabis, specialiserad vård
Indikator 8.2*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av missbruk av cannabis
Indikator 8.3*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid missbruk av cannabis i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 9*	KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid missbruk eller beroende av opioider, specialiserad vård
Indikator 10.1*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat, specialiserad vård
Indikator 10.2*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av missbruk av centralstimulerande preparat
Indikator 10.3*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 11*	Nedtrappning av bensodiazepin samt nedtrappning med tillägg av KBT vid långvarigt bruk av bensodiazepiner, specialiserad vård

*Utvecklingsindikator

Tabell 7. Psykologisk och psykosocial behandling, ungdomar

Nummer	Namn
Indikator 12.1*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård
Indikator 12.2*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den sociala barn- och ungdomsvården bland de som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikaproblem
Indikator 12.3*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC på grund av alkohol- eller narkotikaproblem i den sociala barn- och ungdomsvården
Indikator 13.1*	Familjebehandling med FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård
Indikator 13.2*	Familjebehandling med FFT eller MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården bland de som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikaproblem
Indikator 13.3*	Familjebehandling i form av FFT eller MDFT på grund av alkohol- eller narkotikaproblem i den sociala barn- och ungdomsvården

*Utvecklingsindikator

Tabell 8. Psykosociala stödinsatser

Nummer	Namn
Indikator 14*	Psykosocialt stöd till anhöriga i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 15.1*	Boendeinsatser i socialtjänstens arbete bland hemlösa personer som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk
Indikator 15.2*	Boendeinsatser till hemlösa personer i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet

*Utvecklingsindikator

Tabell 9. Övergripande indikatorer och kompletterande mått

Nummer	Namn
Indikator 16	Dödlighet bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 17	Återinskrivning i slutna vård inom 12 månader bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 18	Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 19	Respekt och hänsyn i bemötande bland patienter inom beroendevården, öppen eller slutna vård
Indikator 20	Delaktighet i beslut om vård och behandling bland patienter inom beroendevården, öppen eller slutna vård
Indikator 21*	Undersökning av den enskildes uppfattning om verksamheten i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 22	Brukarinflytande på individuell nivå i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 23	Tillgänglighet – tid till första besök i socialtjänstens missbruks- och beroendevård
Indikator 24*	Minskat antal dagar med substansbruk vid första uppföljning
Kompletterande mått	Rapportering till Svenskt Beroenderegister

*Utvecklingsindikator