

Gäller för: Socialtjänsten och Hälsa- och sjukvården	Godkänd av: Region Värmland Samtliga kommunfullmäktige i Värmland	Utarbetad av: Allmänmedicin Psykiatrisk öppenvård Socialtjänst Värmlands läns vårdförbund	Revisionsansvarig: Central ledningsgrupp för missbruks och beroende- vården (CLG-MBV)
Utgåva: 5	Giltighetstid: 2010-05-31 – 2022-04-01		Reviderad: 2013-02-20, 2016-02-20 2018-02-20, 2020-04-01

Länsöverenskommelse –Vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland

Länsöverenskommelse vid dopningsmissbruk

Länsöverenskommelse vid spelmissbruk och spelberoende av spel om pengar

Värmlands läns Vårdförbund

Postadress

Box 93
667 22 FORSHAGA

E-post: varmlandsvardforbund@forshaga.se

Besöksadress

Lagergrens gata 2
652 26 KARLSTAD

Webbadress: www.varmlandsvardforbund.se

Telefon: 073-910 06 12

Bankgiro: 5212-5168

Orgnr: 222000-0406

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
BAKGRUND TILL LÄNSÖVERENSKOMMELSEN	3
UTGÅNGSPUNKT FÖR SAMARBETE	3
EVIDENSBASERAD PRAKTIK	4
MÅL	4
SYFTE	4
LÄNSÖVERGRIPANDE OCH LOKALA AKTÖRER	5
KOMMUNENS OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS GEMENSAMMA ANSVAR	5
INNEHÅLLET I LÄNSÖVERENSKOMMELSEN	6
LÄNS- OCH LOKALA BEROENDEMOTTAGNINGAR	6
MISSBRUK ELLER BEROENDE	6
PROCESSÖVERSIKT	7
PREVENTION OCH TIDIGA INSATSER	8
METODER OCH ANSVAR	9
BEDÖMNINGSINSTRUMENT	9
GEMENSAM KLASSIFIKATION OCH DEFINITIONER INOM HÄLSA OCH SJUKVÅRD	9
MEDICINSKA TEST	10
LÄKEMEDELSBEHANDLING	10
ALKOHOLBEROENDE	10
ALKOHOLABSTINENS	10
LÅNGVARIGT BRUK AV BEROENDEFRAMKALLANDE LÄKEMEDEL	11
CENTRALSTIMULANTIABEROENDE	11
OPIOIDBEROENDE	11
LOKALT SAMARBETE	12
PSYKOLOGISK OCH PSYKOSOCIAL BEHANDLING	12
MISSBRUK ELLER BEROENDE AV ALKOHOL	12
LÅNGVARIGT BRUK AV BENSODIAZEPINER	13
MISSBRUK ELLER BEROENDE AV CANNABIS	13
MISSBRUK ELLER BEROENDE AV CENTRALSTIMULANTIA	13
MISSBRUK ELLER BEROENDE AV OPIOIDER	13
PSYKOSOCIALA STÖDINSATSER	14
ARBETSRELATERADE INSATSER	14
BOENDESTÖD	14
ANHÖRIGA-NÄRSTÅENDE	14
BARNKONVENTIONEN OCH BARNNS RÄTTIGHETER	15
PATIENTLAGEN (2014:821)	16
SAMORDNING	16
BEHANDLING VID SAMSJUKLIGHET	17
SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN (SIP)	18
UNGDOMAR MED MISSBRUK ELLER BEROENDE	18
MISSBRUK OCH GRAVIDITET	18
BRUKARE	18
LOKALA ÖVERENSKOMMELSER OCH LOKAL SAMVERKAN	19
HANDLINGSPLAN FÖR FORTSATT UTVECKLING OCH IMPLEMENTERING AV LÄNSÖVERENSKOMMELSEN	19
BILAGA 1	22

LÄNSÖVERENSKOMMELSE VID DOPNINGSMISSBRUK.....	22
BILAGA 2	30
LÄNSÖVERENSKOMMELSE VID SPELMISSBRUK OCH SPELBEROENDE AV SPEL OM PENGAR	30

Reviderings- och granskningsgrupp mars 2020

Länsöverenskommelse – vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland

Länsöverenskommelse vid dopningsmissbruk

Länsöverenskommelse vid spelmissbruk och spelberoende av spel om pengar

Leif Martinsson	utvecklingsledare Värmlands läns Vårdförbund/Region Värmland
Lisa Pellikka	enhetschef psykiatriska öppenvården Hagfors
Christine Loiske-Björkman	verksamhetsutvecklare socialtjänst Karlstad
Katarina Andrén	enhetschef Vårdcentralen Herrhagen
Stefan Gräsberg	processledare Karlstad kommun
Annika Andersson	ANDT-samordnare Länsstyrelsen
Niklas Dannberg	enhetschef Laro-mottagningen psykiatriska öppenvården
Edvard Smith	psykiatriker psykiatriska öppenvården Karlstad

Bakgrund till Länsöverenskommelsen

I maj 2010 beslöt landstingsstyrelsen, i dåvarande Landstinget i Värmland och direktionen för Värmlands läns Vårdförbund att ställa sig bakom länsöverenskommelsen om missbruks- och beroendevården i Värmland. Länsöverenskommelsen har sedan reviderats 2013, 2016, 2018 samt 2020.

För att tillgodose den enskildes behov av långsiktig förändring av sin livssituation ska Region Värmland och Värmlands kommuner i samverkan erbjuda vård och behandlingsinsatser för personer i Värmland med missbruks- och beroendeproblematik. Samverkan bedrivs både på länsövergripande nivå och på lokal nivå. Länsöverenskommelsen har tillkommit på uppdrag av tidigare Landstingsstyrelsen och av Värmlands läns Vårdförbund där samtliga kommuner i länet är representerade.

Utgångspunkt för samarbete

Personer med missbruk och beroende ska ges kvalitativt stöd, vård och behandling. Bemötandet ska präglas av respekt för individen som ska erbjudas delaktighet i planering och beslut om den egna vården. Samverkan mellan huvudmännen ska leda till att individens behov av insatser blir organiserade så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden.

Kommuner och Region Värmland har en allmän lagstadgad skyldighet att både samverka och lämna god service enligt Förvaltningslagen och Hälso- och sjukvårdslagen samt andra lagar som styr huvudmännens verksamhet. Sedan 1 juli 2013 förstärktes lagstiftningen med ett nytt tillägg i Socialtjänstlagen (5 kap. 9 a § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (8 b § HSL) *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*. Denna lag har fått ett tillägg 1 jan 2018 med område spel om pengar. Detta innebär att Hälso- och sjukvården och kommunen skall ha gemensamma överenskommelser ifråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Överenskommelser skall finnas som tydliggör roller och ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Detta innebär att Värmlands län, förutom att revidera länsöverenskommelsen, har kompletterat länsöverenskommelsen vad det gäller dopning och spel om pengar. Dopnings- och spelområdet har framtagits av två separata arbetsgrupper och ligger med som fristående bilagor i denna länsöverenskommelse.

Samverkan ska även ske med andra myndigheter och med offentliga, privata och ideella aktörer. Länsöverenskommelsen avser att klargöra omfattningen av och innehållet i den verksamhet som parterna skall bedriva samt parternas uppgifter och ansvar med avseende på denna verksamhet. Utgångspunkten för länsöverenskommelsen är Nationella riktlinjer *Vård och stöd vid missbruk och beroende*, som utkom 2015, reviderad 2017 och 2019

Riktlinjerna ger rekommendationer om åtgärder inom följande områden:

- bedömningsinstrument
- medicinska test
- läkemedelsbehandling
- psykologisk och psykosocial behandling
- sociala stödinsatser
- behandling vid samsjuklighet
- psykologisk och 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, verksamhetsledningar 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.

Evidensbaserad praktik

Den som behöver samhällets insatser ska erbjudas hjälp som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Målet är att de metoder som socialtjänsten och hälso- och sjukvården använder ska vara till nytta och aldrig till skada för brukaren. I en evidensbaserad praktik (EBP) integreras den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter, brukarens erfarenheter och förväntningar och den professionelles expertis.

EVIDENSBASERAD PRAKTIK (Haynes et al, 2002)



I dialog mellan brukaren och den professionelle vägs kunskapskällorna samman. Klienterna har rätt att få veta på vilken grund besluten fattas, av dels etiska, dels rättssäkerhetsskäl. Beslutsgrunderna redovisas öppet. Det räcker inte att den professionelle hänvisar till personliga erfarenheter, tyst kunskap eller teorier om att hjälpprocessen har ett värde i sig.

Avgränsningar

Länsöverenskommelsen reglerar roller och samverkan mellan parterna vad beträffar missbruk och beroende av beroendeframkallande medel. Länsöverenskommelsen gäller för personer från 18 års ålder

Parter

Värmlands läns Vårdförbund/Värmlands kommuner och Region Värmland

Mål

Målet för länsöverenskommelsen mellan Värmlands kommuner och Region Värmland är att den missbruks- och beroendevård som kommunerna och hälso- och sjukvården erbjuder är utformad i enlighet med Nationella riktlinjer *Vård och stöd vid missbruk och beroende*, utifrån bästa tillgängliga kunskap om effektiva metoder och arbetssätt så att klienter och patienter får insatser av god kvalitet. Utvecklingsarbetet inom ramen för länsöverenskommelsen ska ta tillvara och utveckla den kompetens som finns lokalt och regionalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. Samordning och rollfördelning mellan parterna ska ständigt förbättras.

Syfte

Att utifrån brukarperspektiv beskriva hur ansvarsfördelningen ser ut mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården och hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas. Den gemensamma länsöverenskommelsen ska utgöra ett underlag för lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

En länsöverenskommelse ska bidra till att följande finns på länsnivå:

- En partsgemensam organisation för styrning och ledning
- Samordning av länsövergripande resurser
- Politisk medvetenhet på länsnivå
- Rollfördelning mellan länsövergripande och lokala verksamheter

En länsöverenskommelse ska leda till att följande strukturer finns på lokal nivå:

- Lokala överenskommelser för att tydliggöra samverkan och roller mellan framförallt socialtjänst och hälso- och sjukvård. Lokala överenskommelserna utgår från länsöverenskommelsen *Vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland*. Lokala ledningsgrupper som består av 1:a linjens chefer från lokala aktörer. Lokala ledningsgrupper har ett tydligt uppdrag och ansvar i förhållande till länsöverenskommelsen
- Politisk medvetenhet och delaktighet
- Lokal vårdkedja som innefattar identifiering av missbruks/beroendeproblematik, bedömning av individens behov, metoder för att motivera och påverka, vård och behandling, psykosociala stödinsatser samt uppföljning av vård/insats.
- Brukarmedverkan
- Uppföljningssystem både på individ- och gruppnivå

Länsövergripande och lokala aktörer

- Hälso- och sjukvårdens verksamheter i Värmland
- Värmlands kommuner
- Värmlands läns Vårdförbund
- Privata vårdgivare som har avtal med landstinget
- Första linjen unga

Kommunens och hälso- och sjukvårdens gemensamma ansvar

Vård och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem utgör ett gemensamt ansvar och uppdrag för både kommunernas socialtjänst och Regionens hälso- och sjukvård. Parterna har ett grundansvar utifrån det uppdrag man har enligt lagar och andra nationella styrdokument. Former och rutiner ska finnas för ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från flera aktörer. Det är viktigt att i varje samverkansärende med patientens/klientens godkännande upprätta en skriftlig samordnad individuell plan (SIP) som tydligt anger vilken vårdorganisation som är ansvarig för de olika insatserna. Arbetssättet ska utmärkas av samverkan såväl internt i egen organisation som med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer. Vård och behandling ska även ske i samarbete. Samverkansavtalet (länsöverenskommelsen) "Vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland" mellan Värmlands läns Vårdförbund, Värmlands kommuner och Region Värmland omfattar styrning, ledning och ansvarsfördelning.

Vårdcentralerna inom Hälsoval Värmland har ett ansvar för personer med alkoholmissbruk och alkoholberoende. Vårdcentralen ska erbjuda tidiga insatser samt stöd och behandling för alkoholproblem och måttlig problematik av psykisk ohälsa samt behandling av somatisk problematik. Vid komplicerad beroendeproblematik ska samarbete ske med psykiatri och i förekommande fall med lokal beroendemottagning. Vårdcentralerna i Hälsoval Värmland ska erbjuda möjlighet till poliklinisk avgiftning för personer med alkoholmissbruk eller alkoholberoende. När det gäller personer med narkotikamissbruk finns ett ansvar att upptäcka och remittera.

Det ska finnas en tydlig rollfördelning inom hälso- och sjukvården som tydliggör vårdcentralens roll i förhållande till psykiatri när det gäller gruppen patienter med missbruks- och beroendeproblematik. Konsultation och kompetensstöd i enskilda ärenden ska erbjudas vårdgrannar och andra myndigheter.

Psykiatri ansvarar för personer med narkotikamissbruk/beroende blandmissbruk/beroende och psykiatriskt tillstånd. Vid behandling av personer med komplexa vårdbehov/samsjuklighet på grund av psykisk störning och missbruk ska detta ske samtidigt och integrerat i samverkan med beroendevården och socialtjänsten, om behov föreligger. Psykiatri ska utreda, diagnostisera och erbjuda lämplig behandling i de fall funktionshindret kräver

specialistpsykiatriska insatser. Behandling av personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och missbruk ställer krav på integrerade insatser.

Kommunens arbete kring missbruksproblematik regleras i Socialtjänstlag (SoL 5 kap. 9 §) *Socialnämnden aktivt ska se till att personer med missbruk får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån missbruket* samt i (SoL 3 kap. 2 §) *Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning.*

Hjälp skall finnas i form av rådgivning, utredning/bedömning samt biståndsbedömda insatser i form av psykosocialt stöd och psykosociala behandlingsinsatser.

Innehållet i Länsöverenskommelsen

Nedanstående är viktiga områden när det gäller insatser för människor med missbruks- och beroendeproblematik och det är därför viktigt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan kommunerna och hälso- och sjukvård. Men det är också viktigt att inom respektive huvudman tydliggöra ansvar och roller.

Läns- och lokala beroendemottagningar

Utifrån uppdrag från den politiska styrgruppen angående en Läns gemensam beroendemottagning för unga 13-25 år, presenterade en sammansatt arbetsgrupp, med representanter från socialtjänst, BUP, Första linjen unga samt psykiatriska öppenvården, en rapport på förslag att inrätta en Läns gemensam mottagning, lokala mottagningar samt en vårdavdelning för unga i maj 2019. Rapporten har varit ute på remiss under hösten 2019 med positiva svar från 14 av 16 kommuner i länet samt hälso- och sjukvårdsnämnden där beslut att ställa sig bakom rapporten togs den 4 feb 2020.

De planerade utökade verksamheterna bygger på s.k. integrerade mottagningen där båda huvudmännen – socialtjänst och hälso- och sjukvård - bedriver verksamhet i samma lokaler.¹ De tilltänkta verksamheterna i länet blir ett komplement till övrig hälso- och sjukvård samt socialtjänst och bedöms underlätta för den unge och dennes familj när de söker vård samt underlättar samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Samtidigt har samtliga lokala ledningsgrupper haft ett uppdrag från den politiska styrgruppen² att under HT 2019 ta fram ett underlag för lokala beroendemottagningar för vuxna – i samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta arbete pågår på lokal nivå.

Huvudansvaret att driva dessa beslut vidare, läns mottagning- och lokala mottagningar unga samt lokala beroendemottagningar vuxna, har Region Värmland.

Vid denna länsöverenskommelses revidering ingår de tilltänkta mottagningarna under begreppet *beroendemottagningar*, vilket i sig kan innebära renodlad mottagning inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst eller samverkansmottagningar mellan socialtjänst och vårdcentraler eller psykiatrisk öppenvård

Missbruk eller beroende

Personer med ett identifierat missbruks- och beroendeproblem ska i första hand få sin behandling inom socialtjänsten, vårdcentralen inom Hälsoval Värmland och psykiatrisk

¹ <https://varmlandsvardforbund.se/wp-content/uploads/2019/10/Beroendemottagning-unga-rapport-KLAR.pdf>

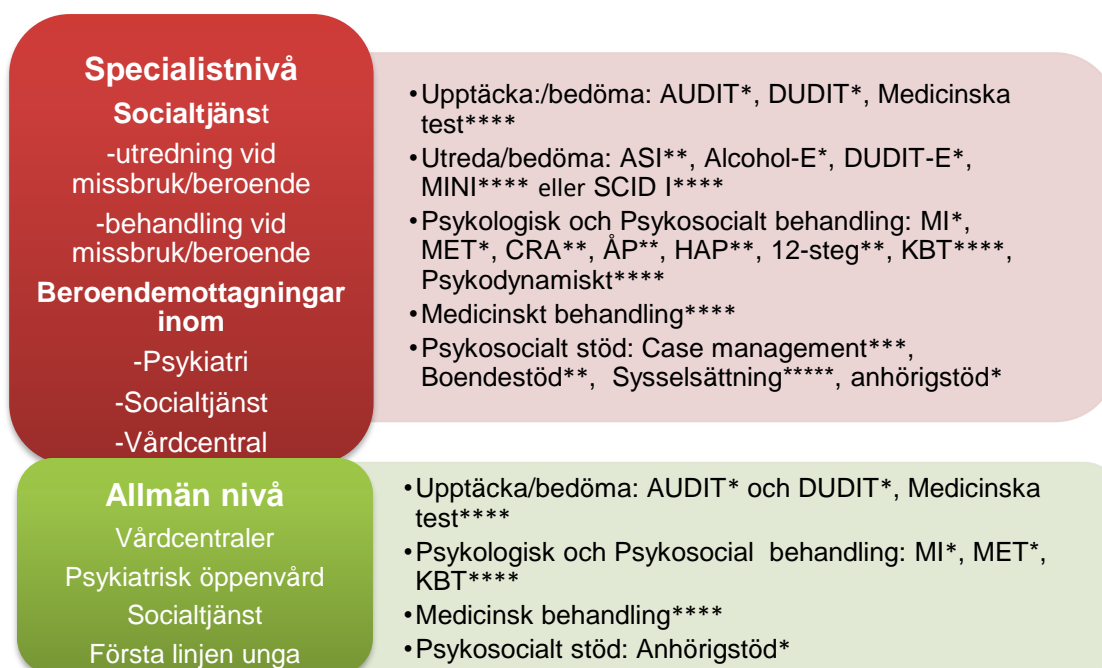
² <https://varmlandsvardforbund.se/om-oss/utvecklingsomrade/organisation/>

öppenvård eller specifika beroendemottagningar där personen bor eller mottagningar som har en länsfunktion. Det är den lokala ledningen för hälso- och sjukvården och ledningen för kommunens socialtjänst som tillsammans ska planera hur vård och behandling ska organiseras. Verksamheten ska samordnas lokalt mellan socialtjänstens personal inom missbruksverksamheten och med yrkeskompetens från vårdcentralen inom Hälsoval Värmland och psykiatrisk öppenvård inom området, t ex läkare och sjuksköterskor.

Processöversikt

Denna länsöverenskommelse beskriver rekommenderade metoder utifrån de nationella riktlinjerna och ansvariga aktörer i följande faser; upptäcka, utreda, behandla, stödja

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



- * Huvudansvar: Specialist- och allmän nivå -All verksamhet
- ** Huvudansvar: Specialistnivå – socialtjänst, beroendemottagningar (socialtjänst)
- *** Huvudansvar: Specialistnivå – socialtjänst, psykiatri, beroendemottagningar
- **** Huvudansvar: Allmän nivå – vårdcentraler, psykiatri, specialistnivå – beroendemottagningar
- ***** Huvudansvar: specialistnivå – socialtjänst, allmän nivå - socialtjänst

[Socialstyrelsen Nationella riktlinjer missbruk och beroende 2019](#)

Förkortningar

ACT: Assertive Community Treatment

ALCOHOL-E: Alcohol Use Disorder Identification Test – Extended

ANDT: Alkohol, Narkotika, Dopning, Tobak

ASI: Addiction Severity Index

ADDIS: Alkohol- och Drog Diagnos Instrument

AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test

Case management: Samlingsnamn av olika modeller i syfte att samordna vård och stödåtgärder och se till att patient/klient får tillgång till lämplig vård och stöd

CoM: Contingency Management – förstärkningsmetod med belöning och förstärkning av önskvärda beteenden

CRA: Community Reinforcement Approach

CST: Coping Skills Training

DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorder (missbruk/beroende)

DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorder (substansbrukssyndrom)

DUDIT: Drug Use Disorders Identification Test

DUDIT-E: Drug Use Disorders Identification Test – Extended

HAD: Hospital Anxiety and Depression scale

HAP: HaschAvvänjningsProgram

ICD-10: International statistical classification of diseases and relatet health problems (skadligt bruk/beroende)

IPS: Individual Placement and Support

KBT: Kognitiv Beteende Terapi

LARO: LäkemedelsAssisterad Rehabilitering vid Opioidberoende

MATRIX: Öppenvårdsmodell för beroende av centralstimulerande drogen, kombinerar olika psykosociala behandlingsmetoder (12-steg, ÅP) med socialt nätverksstöd och urinprover

MET: Motivational Enhancement Therapy

MI: Motivational Interviewing

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

SCID I: Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis I Disorders

SCL90: Symtoms Check List 90

ÅP: ÅterfallsPrevention

Prevention och tidiga insatser

Uppdraget att ge tidiga insatser och förebygga missbruks- och beroendeproblem har många verksamheter inom det offentliga området, till exempel Vårdcentralerna inom Hälsoval Värmland inklusive mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar, akutmottagningar, psykiatriska mottagningar, företagshälsovård, elevhälsa, socialtjänsten, familjecentraler, Första linjen unga med flera.

Som hjälp för att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion eller droganvändning skall den personal som ansvarar för att möta patienter/klienter ha kompetens för att använda och analysera resultatet av bedömningsinstrument som anvisas av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer *Vård och stöd vid missbruk och beroende*.

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/missbruk-och-beroende/>

ANDT

På nationell och regional nivå pågår sedan 2012 ANDT-strategi (alkohol, narkotika, dopning, tobak). Det övergripande målet med ANDT-politiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk. För att nå ANDT-politikens övergripande mål finns både långsiktiga mål och prioriterade delmål formulerade i en ANDT-strategi.

[Folkhälsomyndigheten ANDT 2016-2020](#)

[Länsstyrelsen i Värmland ANDT 2017-2021](#)

Metoder och ansvar

I en evidensbaserad praktik (EBP) integreras den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter, brukarens erfarenheter och förväntningar och den professionelles expertis. På lokal nivå skall det vara tydligt om vem som ansvarar för vad, samt vad alla som möter målgruppen har ett ansvar i. Detta förutsätter att det finns en lokal vårdkedja som innefattar identifiering av missbruks/beroendeproblematik, bedömning av individens behov, metoder för att motivera och påverka, vård och behandling, psykosociala stödinsatser samt uppföljning av vård/insats.

Bedömningsinstrument

Det är viktigt att personal inom socialtjänsten och hälso-och sjukvården och som arbetar med missbruks- och beroendevård kan kommunicera och samarbeta på ett professionellt sätt. En förutsättning är att man använder samma terminologi, definitioner och skattnings- och bedömningsinstrument för att underlätta kommunikationen mellan verksamhetsområdena. För att upptäcka och bedöma graden av alkohol- och narkotikamissbruk behövs olika evidensbaserade bedömningsinstrument såsom biologiska och psykosociala test. Dessa gör det möjligt att välja åtgärder på rätt nivå och att följa utfallet av de åtgärder som den enskilde erbjuds, det vill säga bedöma om åtgärderna har hjälpt den enskilde att minska eller bryta sitt missbruk eller beroende. I Värmland ska de delar inom socialtjänsten och de delar inom hälso- och sjukvården (specialistnivå) som möter personer med missbruks- och beroendeproblematik kunna använda nedanstående psykosociala bedömningsinstrument:

- AUDIT, screening av alkoholvanor och identifiering av skadlig konsumtion
- DUDIT, screening av narkotikabruk och identifiering av narkotikakonsumtion
- Alcohol-E, problembedömning och förändringsbenägenhet
- DUDIT-E, problembedömning och förändringsbenägenhet
- ASI (Addiction Severity Index), bedömning av problemtyngd och hjälpbehov av missbruk- och beroendeproblem samt problemtyngd och hjälpbehov inom andra livsområden samt uppföljning av insatser för vuxna
- MINI eller SCID I, diagnosinstrument missbruk- och beroende samt samsjuklighet
- ADDIS, diagnosinstrument missbruk- och beroende

Gemensam klassifikation och definitioner inom hälsa och sjukvård

- ICD 10, diagnostik skadligt bruk och substansberoende
- DSM-5, diagnostik substansbrukssyndrom

Medicinska test

Medicinska tester omfattar provtagning med efterföljande analytisk undersökning. Syftet med medicinska test är huvudsakligen för att påvisa eller utesluta intag av substanser, underlätta val av åtgärd, följa utfall av åtgärd, följa förändring under behandling samt vid avslut av behandling. I det fall socialtjänst överväger att blodprov för exempelvis alkohol (CDT eller PEth) kan vara av värde kan socialsekreterare samråda med läkare från vårdcentral, psykiatri eller beroendemottagningar, som sedan ordinerar lämpligt prov och tolkar resultatet. Vid urinprov behövs kvalitetssäkrade toaletter och för uppgiften utbildad personal. Detta för att minimera risken att urinproven förfalskas och för rättssäkerhetens skull. Ansvariga för att ta urinprov är i första hand hälso- och sjukvård. Inom socialtjänsten får urinprov enbart tas inom ramen för barnvårdsutredningen och inte som en del av förhandsbedömningen. Urinprov utförs inte inom de kommunala skolorna men kan förekomma inom utbildningar där det finns arbetsmiljörisiker, exempelvis bilkörning

- Mätning av pågående intag av alkoholhalt i utandningsluft:
Ansvarig: Specialistnivå – socialtjänst, beroendemottagningar
Allmän nivå - psykiatriska mottagningar, vårdcentraler
- Mätning av nyligen intag av alkohol i blod eller urin - Etg, Ets:
Ansvarig: specialistnivå - beroendemottagningar
Ansvarig: Allmän nivå – vårdcentraler, psykiatriska mottagningar
- Mätning av långvarigt högt intag av alkohol i blod – GT, CDT, PEth:
Ansvarig: Specialistnivå - beroendemottagningar
Allmän nivå - vårdcentraler, psykiatriska mottagningar
- Mätning av pågående eller nyligen intag av narkotika – urinprov
Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagningar
Allmän nivå – psykiatriska mottagningar vid samsjuklighet
- Mätning av pågående eller nyligen intag av narkotika – snabbtest (snabbtest "stickor" har risk för både falskt positiva och falskt negativa resultat)
Ansvarig: Specialistnivå – socialtjänst, beroendemottagningar
- Mätning av narkotika – salivprov (har en lägre tillförlitlighet än urinprov och ett kortare tidsfönster)
Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagningar

Läkemedelsbehandling

Alkoholberoende

Behandling av alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska. För personer med uttalat beroende är möjligheten att uppnå ett stabilt måttligt drickande små, medan personer med mer begränsat beroende kan klara detta. Medicinska behandlingar för personer med beroende av alkohol bör kombineras med psykologisk eller psykosocial behandling, men kan även ges utan samtidig psykosocial behandling. Valet av preparat beror på syftet med behandlingen – helnyktert eller icke riskfylld konsumtion - samt medicinska förutsättningar hos den enskilda personen.

- Disulfiram, Akamprosat, Naltrexon, Nalmefen:
Ansvarig: Allmän nivå – vårdcentraler, psykiatriska mottagningar
Specialistnivå: beroendemottagningar

Alkoholabstinens

Abstinensbehandling ska i första hand erbjudas i öppna vårdformer inom Regionens vårdcentraler inom Hälsoval Värmland eller psykiatrins öppenvård, beroende på typ av alkoholproblem. Vid promillehalt över 3, skall akut sjukhusvård aktualiseras.

Identifikation av högkonsument är en uppgift för alla verksamma inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Överenskommelse finns mellan vårdcentralerna inom hälsoval Värmland, psykiatri och allmänmedicin gällande patienter med alkoholproblem.

Den medicinska behandlingen vid alkoholabstinens syftar till att minimera risken för allvarliga komplikationer i form av abstinenskramp och delirium tremens, men ges också i syfte att lindra fysiska och psykiska symtom (skakningar, snabb puls, förhöjt blodtryck, ångest).

Tiamin (vitamin B1) ska ges på vid indikation för att motverka Wernicke-Korsakoffs syndrom.

- Behandling med bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens samt personer med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens
Ansvarig: Allmän nivå - vårdcentraler, beroendemottagningar samt medicinklinik
- Behandling med bensodiazepiner eller klometiazol till personer med delirium tremens
Ansvarig: Beroendemottagningar, medicinklinik

Vid abstinensbehandling ska gemensam vårdplanering (SIP) initieras mellan hälso- och sjukvård och kommunens missbruks- och beroendeverksamheter när psykosociala stödinsatser bedöms föreligga.

Långvarigt bruk av beroendeframkallande läkemedel

Principen är att den vårdgivare som startat medicineringen också primärt ansvarar för att avsluta denna. Det handlar om att upptäcka ett missbruk/beroende och övriga biverkningar/negativa långtidseffekter, samt att ta ställning till en poliklinisk nedtrappning. Då det finns behov ska det finnas möjlighet till somatiskt omhändertagande. Det kan också i vissa fall handla om att vårdgivaren utreder ett eventuellt behov av abstinensbehandling.

Personer som har en mer komplex problematik, som har ett missbruk av både legalt förskrivna läkemedel och har alkohol- eller narkotikamissbruk/beroende, kan även socialtjänsten ha ett ansvar. I de fallen ska bestämmelserna i SoL och HSL om samordning av individuella planer (SIP) tillämpas. (2 kap 7 § socialtjänstlagen och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen)

Centralstimulantiberoende

Naltrexon har viss effekt på sug (craving) och amfetamininducerad eufori och kan användas i kombination med andra insatser

- Naltrexon som tillägg till psykologisk och psykosocial behandling i form av KBT eller ÅP:
Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagningar
Allmän nivå - psykiatriska mottagningar vid samsjuklighet

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/missbruk-och-beroende/>

Opioidberoende

Sedan 2012 finns en länsövergripande Laro-mottagning,³ en enhet inom psykiatriska öppenvården. Mottagningen finns i psykiatrihuset, Centralsjukhuset i Karlstad.

Opioidberoende avser beroende av heroin, morfin, opium samt smärtstillande läkemedel

Smärtstillande läkemedel avser iatrogen beroende (av vården orsakat läkemedelsberoende) efter långtidsbehandling mot smärta och beroende där läkemedlet införskaffats illegalt – missbruk av opioider. Läkemedelassisterad behandling kan bli aktuellt för personer som inte blivit opioidfria med hjälp av nedtrappning.

Läkemedelassisterad behandling ska syfta till att den som är beroende av opioider ska upphöra med sitt missbruk borttaget ord samt få en förbättrad hälsa och social situation.

³ Laro-mottagning (Läkemedelassisterad rehabilitering vid opioidberoende)

Behandlingen ska ses som en långsiktig rehabilitering där det är viktigt att skapa en gemensam och sammanhållen vårdstruktur med ett nära samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten.

Ansökan om substitutionsbehandling sker via remiss från hälso- och sjukvård eller kommunens socialtjänst eller via egen ansökan.

Personer som söker underhållsbehandling ska ha haft ett opioidberoende om minst ett år. Utredning och behandling sker enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd HSLF-FS 2016:1

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20161-om-lakemedelsassisterad-behandling-vid-opioidberoende/>

Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd (mars 2020) för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Det innehåller en modell för behandlingsprocessen och beskriver vilka bestämmelser och rekommendationer som är tillämpliga. Syftet med kunskapsstödet är att bidra till en god och likvärdig vård för personer med opioidberoende

<https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/kunskapsstod-for-behandling-vid-opioidberoende/>

I den utredning som görs innan behandlingen påbörjas ska personens medicinska, psykologiska och sociala situation belysas. Utredningen ska göras i samråd mellan hälso- och sjukvård och den enskilde och i förekommande fall även med socialtjänst

Behandling opioidberoende

Behandlingen sker lokalt med stöd från den länsgemensamma Laromottagningen. Behandlingen bygger på två delar, dels läkemedelsbehandling, dels psykosocialt stöd och behandling. Båda de här delarna är nödvändiga. Laromottagningen ansvarar för den medicinska behandlingen som också innefattar provtagning, psykiatriska och medicinska bedömningar samt stöd och omvårdnad under behandlingsperioden, den andra delen består av psykologisk och psykosocial behandling. Socialtjänsten ansvarar för Psykosociala stödinsatser i form av ex. boendestöd och daglig sysselsättning. En gemensam planering görs i varje enskilt ärende mellan den lokala psykiatrin och den lokala socialtjänsten – i förekommande fall.

- Nedtrappning av analgetika:
Ansvarig: Allmän nivå - vårdcentraler, smärtklinik, Specialistnivå-beroendemottagningar, psykiatriska mottagningar
- Opioidabstinens – Buprenorfin eller metadon.
Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagningar, psykiatriska mottagningar
- Opioidberoende – Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon (Suboxone), buprenorfin, metadon.
Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagning, psykiatriska mottagningar

Lokalt samarbete

Eftersom det ser så olika ut i länet är det nödvändigt att varje kommun har ett avtal med aktuell psykiatrisk öppenvård samt utformar rutiner för samarbete samt rutiner för hur aktuella patienter/klienter hanteras i respektive verksamhet.

Psykologisk och psykosocial behandling

Missbruk eller beroende av alkohol

Behandling av missbruk eller beroende av alkohol syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska, för att minska de problem och skador som en hög alkoholkonsumtion medför. Alkohol är det preparat som har störst spridning samt har flest personer med missbruk och beroende, jämfört med andra preparat. I Sverige beräknas (*Missbruksutredningen, personer från 16 år*) att ca 50 tusen har en stor problembild, med sociala problem och

komplexa vårdbehov. Ca 250 tusen har beroende med låg till måttlig problemtyngd. Ca 300 tusen har ett alkoholmissbruk/skadligt bruk. Ca 450 tusen har en riskkonsumtion av alkohol. I ett Värmlandsperspektiv innebär detta att i en kommun med 10 000 innevånare så har ca 600 personer ett alkoholmissbruk till tungt alkoholberoende och ca 470 personer har ett riskbruk. Det är angeläget att erbjuda vård och behandling för denna målgrupp inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och upptäcka alkoholproblem i ett tidigt skede

Rekommenderade metoder och ansvar:

- ÅP, MET, KBT, Psykodynamisk
Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagningar
- MET, KBT
Ansvarig: Allmän nivå-vårdcentraler
- ÅP, CRA, 12-stegsbehandling
Ansvarig: Specialistnivå-socialtjänst, beroendemottagningar

Långvarigt bruk av bensodiazepiner

Här syftas på legal förskrivning av bensodiazepiner. Preparatgruppen används som ångestdämpande och sömngivande och kan för många ha ett viktigt terapeutiskt värde, men också en risk för tolerans och beroende. Användning av dessa läkemedel bör ske med försiktighet. Psykologisk behandling med KBT som komplement till sedvanlig nedtrappning ökar andel patienter som blir bensodiazepinfria.

- KBT som tillägg till nedtrappning av bensodiazepiner
Ansvarig: Allmän nivå - vårdcentraler, psykiatriska mottagningar
Specialistnivå – beroendemottagningar

Missbruk eller beroende av cannabis

Cannabis är den vanligaste illegala drogen som används idag. Risker med cannabisanvändning är främst relaterade till social och psykologisk funktion. Långvarig eller regelbunden användning kan också medföra risker för den psykiska och fysiska hälsan, inkluderat bland annan psykosymtom, nedsättning av kognitiva funktioner och störning av psykomotoriska funktioner. I Norden finns en specifik behandlingsmetod för cannabismissbruk/beroende, s.k HAP (HaschAvvänningsProgram) som är väl etablerad i de flesta län. Metoden är ett manualbaserat program med inslag av KBT.

<http://cannabishjalpen.se/cannabisnatverket>

- KBT, ÅP, HAP med tillägg av MI eller MET
Ansvarig: Specialistnivå - socialtjänst, beroendemottagningar

Missbruk eller beroende av centralstimulantia

Med centralstimulantia menas här olika typer av amfetamin- och kokainpreparat och illegal användning. God effekt i behandling har CRA med förstärkningsmetod (CoM - metod att belöna och förstärka önskvärda beteenden), 12-steg och MATRIX (kombinerad 12-steg med ÅP och socialt nätverksstöd samt regelbundna urinprov), därefter KBT-behandling eller ÅP. Bättre resultat i behandling kan uppnås med kombination av Naltrexon som påverkar sug (craving) och amfetamininducerad eufori.

- CRA, 12-stegsbehandling, MATRIX, KBT eller ÅP
Ansvarig: Specialistnivå - socialtjänst, beroendemottagningar
Allmän nivå – psykiatriska mottagningar vid samsjuklighet

Missbruk eller beroende av opioider

Med opioidberoende menas beroende av heroin, morfin eller opium samt smärtstillande läkemedel. Syftet med behandlingen är att lindra eller förbättra psykiska problem, öka följsamheten i den läkemedelsassisterade behandlingen, påverka motivation samt minska avbrott och sidomissbruk.

- KBT eller ÅP eller psykodynamisk terapi som tillägg till läkemedelsassisterad behandling

Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagningar (Laromottagningen) CRA som tillägg till den läkemedelsassisterade behandlingen

Ansvarig: Specialistnivå - socialtjänst, beroendemottagningar

Psykosociala stödinsatser

Psykosociala stödinsatser regleras bland annat i Socialtjänstlag (SoL 3 kap. 2 §, SoL 4 kap. 1 §). Vidare har både hälso- och sjukvård och socialtjänst ett delat ansvar för personer med samsjuklighet och vid anhörigstöd.

Arbetsrelaterade insatser

För arbetsrelaterad insats bör *Arbetslivsinriktad rehabilitering* erbjudas i form av arbetsförberedande träningsmodell, vilket innebär en gradvis introduktion till arbetsmarknaden eller *IPS-modellen*, vilket innebär avlönat arbete med individuellt och kontinuerligt stöd och service.

IPS-modellen har prövats i ett 30-tal kommuner och då med målgrupper med funktionsnedsättning och långt från arbetsmarknaden. IPS-modellen är en manualbaserad rehabiliteringsmodell och sker oftast i samverkan med arbetsförmedling och försäkringskassa

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-8-5.pdf>

- Arbetslivsinriktad rehabilitering eller IPS-modellen
Ansvarig: Specialistnivå – socialtjänst
Allmän nivå - socialtjänst

Boendestöd

Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att komma ifrån ett missbruk eller beroende. För att få eller behålla ett boende finns flera olika insatser – dels stöd i boendet, dels olika modeller som kombinerar stöd i boendet och vård och behandling för personer som är hemlösa.

Med *Personellt boendestöd* menas här stöd till personer i boendet och i behov av praktisk och/eller social insats för att klara av vardagen i boendet och i samhället.

Boendeinsatser vid hemlöshet och missbruk - *Bostad först*, innebär bostad först som det första steget i en rehabiliteringsprocess följt med någon form av Case management, oftast ACT-team

Boendeinsatser vid hemlöshet och missbruk – *Vårdkedja*, innebär att först behandla bakomliggande problem och därefter erbjuda egen bostad i kombination av stöd- och vårdinsatser. Oftast villkorat boende och succesiv boendeförändring till eget boende

- Personellt boendestöd, bostad först, vårdkedja
Ansvarig: Specialistnivå – socialtjänst
Allmän nivå – socialtjänst

Anhöriga-närstående

Barn till föräldrar med missbruks- och beroendeproblem ska särskilt uppmärksammas. Viktigt att aktuella aktörer följer bestämmelser om anmälningsskyldighet i SoL så att de här barnen får den hjälp de behöver utifrån sin situation. Barn till föräldrar med missbruks- och beroendeproblematik ska erbjudas hjälp av socialtjänsten. Bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2 g §) och i patientsäkerhetslagen (6 kap. 5 §), innebär att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas av hälso- och sjukvården och dess personal om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning
- har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada
- har missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller
- oväntat avlider

Genom samtycke från den enskilde kan anhöriga/närstående utgöra en viktig förutsättning för den enskildes vård, behandling och rehabilitering. Att stödja och förmedla kunskap till anhöriga/närstående ingår i huvudmännens ansvar. På samma sätt som brukarperspektivet ska ingå i lokala överenskommelser är det också viktigt att lokalt beskriva hur kommunens och landstingets anhörigverksamhet ska bedrivas.

Stöd till anhöriga och närstående regleras i Socialtjänstlag (SoL 5 kap. 10 §).

Tre metoder/modeller lyfts särskilt fram i arbetet med vuxna anhöriga/närstående:

-*AI eller Nar-Anon inspirerade stödprogram* eller *CST (Coping Skills Training)*, båda metoderna innehåller interaktiva föreläsningar om beroende och om anhörigas olika strategier för att hantera påfrestningar och krav, eller *CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Training)* vilket är en manualbaserad intervention som har utformats i anslutning till CRA. CRAFT bygger på icke-konfrontativa KBT-orienterade terapeutiska strategier.

- AI- eller Nar-Anon inspirerade stödprogram, CST eller CRAFT
Ansvarig: Specialistnivå – socialtjänst, beroendemottagningar
- Barnperspektivet enligt SoL och HSL, information, råd och stöd
Ansvarig: Specialist och allmän nivå

Barnkonventionen och barns rättigheter

Barnkonventionen består av 54 artiklar och blev lag 1 jan 2020. Fyra av konventionens artiklar anses vara de grundläggande principerna. Det är principen om barnets bästa, barns rätt till inflytande, att varje barn har rätt till liv och utveckling och att inget barn får diskrimineras (artikel 2, 3, 6, 12) utöver detta även artikel 33: Rätten till en narkotikafri uppväxt samt för hälso- och sjukvård även artikel 24. Barnkonventionen som helhet kan läsas i följande länk: [Regeringen - barns rättigheter](#)

Barnets rätt till delaktighet i frågor som rör honom eller henne består av tre olika delar:

1. Barnets rätt till information.
2. Barnets rätt att komma till tals och bli lyssnad på.
3. Barnets rätt till inflytande och självbestämmande utifrån ålder och mognad.

Barnkonventionen i SoL och LVU

Rätt till relevant information

Barns rätt till information är en viktig förutsättning för att de ska kunna komma till tals och vara delaktiga. Det är viktigt att informationen är anpassad så att barnet kan ta den till sig. Att informera barnet och unga på ett lämpligt sätt kräver förmåga att lyssna och leva sig in i barnets situation. Informationen kan behöva ges vid flera tillfällen och socialsekreteraren kan behöva ta reda på om barnet har kunnat ta emot och kunnat förstå vad informationen innebär.

Rätt att komma till tals och bli lyssnad på

Ett barn ska ges möjlighet att framföra sin åsikt i frågor som rör honom eller henne. Barnet får inte pressas på synpunkter eller försättas i svåra valsituationer. Delaktigheten ska vara på barnets villkor.

Om ett barn av någon anledning inte kan eller vill framföra sina åsikter ska socialtjänsten så långt det är möjligt försöka klarlägga hans eller hennes åsikter på annat sätt. Det kan exempelvis göras genom kontakt med någon annan som känner barnet väl eller som kan företräda barnet.

Rätt till inflytande och delaktighet utifrån ålder och mognad

Socialtjänsten ska ta hänsyn till barnets åsikter och inställning utifrån hans eller hennes ålder och mognad. Det innebär att barnets åsikter ska vägas in när socialtjänsten gör bedömningar och fattar beslut, men att det är barnets ålder och mognad som avgör vilket inflytande barnet får i praktiken. Graden av inflytande ökar normalt sett med åldern, men det är viktigt att man ger utrymme även för yngre barn att uttrycka sig.

Mognad är ett komplext begrepp som inte är klart definierat i lagstiftningen. Det kan beskrivas som i vilken grad man har olika förmågor, till exempel att hålla flera perspektiv samtidigt, kunna väga risker och möjligheter samt fördelar och nackdelar mot varandra samt tänka långsiktigt. Mognad påverkas av barnets utveckling och erfarenheter.

För att kunna göra en mognadsbedömning behövs både generella kunskaper om barns utveckling, behov och förmåga och kunskaper om det enskilda barnet – både genom egen kontakt med barnet själv och från andra som känner honom eller henne.

Barnkonventionen och barnets rättigheter i HSL

Förutom artikel 2, 3, 6, 12 gäller även artikel 24 för hälso- och sjukvård: Barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. Delar av barnkonventionen framgår även inom Patientlagen

Patientlagen (2014:821)

Patientlagen innehåller många bestämmelser om patientens ställning som redan tidigare finns i andra lagar. Den innehåller också större förändringar och förtydliganden jämfört med gällande lagstiftning, bland annat:

Invånare får möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela Sverige.

- Invånare får möjlighet att lista sig på en vårdcentral och välja en fast läkarkontakt i ett annat landsting än hemlandstinget.
- Vårdgivarnas prioritering av patienter ska enbart baseras på medicinska behov. Detta innebär att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatta i andra landsting.
- Vårdens informationsplikt mot patienten utökas och information till patienter ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.
- Patienter får utvidgad möjlighet till en ny medicinsk bedömning i valfritt landsting.
- Bestämmelser om barns inflytande över sin egen vård införs i lagen

Samordning

För samordning av vård bör *Case management* tillämpas. Case management beskrivs här i två modeller/metoder: *Individuell Case Management* (Strengths Model) - för personer med missbruk eller beroende och i behov av samordning och *Case management* – för personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom, där ett sätt att organisera insatsen är i form av ACT-modellen (Assertive Community Treatment).

- Samordning Case management och Individuell Case management
Ansvarig: Specialistnivå - socialtjänst, beroendemottagningar
Allmän nivå – psykiatriska mottagningar

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Behandling vid samsjuklighet

Med samsjuklighet menas att en brukare med missbruks- och beroendeproblem samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för ett psykiatriskt (även somatiskt) tillstånd. Personer med missbruks- och beroendeproblem har ofta psykiatriska symptom, somatisk ohälsa och social problematik. Bland personer som vårdas för missbruk har 30-50% en samtidig psykisk sjukdom – vanligast är ångest och depressionssjukdomar och personlighetsstörningar, ca 20% har ADHD. Omvänt är också missbruk och beroende vanligare bland personer med psykisk ohälsa, omkring 20-30% av de som är aktuella i vård pga psykisk ohälsa har samtidigt ett missbruk eller beroende. Inom den specialiserade psykiatrin är det personer med psykosjukdomar och bipolär sjukdom som har högs förekomst av samtidig missbruk- eller beroendeproblematik.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för brukare med missbruk och beroende och samtidig psykiatriska symptom och somatisk sjukdom. Om socialtjänsten misstänker samsjuklighet hos en brukare ska, med brukarens samtycke, kontakt utan dröjsmål tas med vårdcentralen eller psykiatrisk öppenvård för bedömning. Den lokala hälso- och sjukvården skall vara behjälplig till den lokala socialtjänsten vid medicinsk bedömning. Socialtjänst på specialistnivå kan vid bedömning om psykiatrisk samsjuklighet hos klient använda screeningsinstrument, ex. HAD eller SCL90 som underlag vid kontakt med psykiatriska vården eller vårdcentraler. Vad det gäller psykisk ohälsa har vårdcentralerna ansvar för patienter med lätta till måttliga psykiska besvär och den psykiatriska vården ansvar för mer uttalade psykiska besvär.

Om hälso- och sjukvården misstänker samsjuklighet hos en brukare med psykiatrisk problematik och/eller somatisk ohälsa har missbruks- eller beroendeproblem och är i behov av psykosociala stödinsatser och/eller psykosocial behandling ska, med brukarens samtycke, kontakt utan dröjsmål tas med kommunens socialtjänst. En samtidig vård och behandling för båda problemen är viktig.

Utgångspunkten är samordnad individuell plan (SIP).

Det finns ingen evidensbaserad behandling specifikt för personer med samsjuklighet. Nationella rekommendationer är att använda metoder som har effekt för missbruks- och beroendeproblem respektive psykiatriska problem och i möjligaste mån behandla båda symtomen samtidigt.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Rekommenderad vårdmodell:

- Integrerad behandling – den psykologiska och psykosociala behandlingen fokuserar både på brukarens missbruk eller beroenden och på den psykiska sjukdomen:
Ansvarig: Specialistnivå - socialtjänst, beroendemottagningar
Allmän nivå - psykiatriska mottagningar
- Psykosocialt stöd – Samordning av Case management:
Ansvarig: Specialistnivå - socialtjänst, beroendemottagningar
Allmän nivå - psykiatriska mottagningar
- Samverkande medicinsk behandling och psykologisk och psykosocial behandling
Ansvarig: Specialistnivå – beroendemottagningar, psykiatriska mottagningar

Det ska finnas lokala riktlinjer för samarbete och samordning för att behandla brukare med samsjuklighet. Brukare som har gett sitt samtycke ska ha upprättade samordnade individuella planer (SIP) som är gemensamma mellan kommunens socialtjänst och psykiatrin och/eller vårdcentral.

<https://varmlandsvardforbund.se/category/anslagstavla/utvecklingsomrade/styrdokument/>

Samordnad Individuell plan (SIP)

2010 infördes en skyldighet för kommuner och Regioner (landsting) att upprätta individuella planer för alla personer som behöver det för att kunna få sina behov tillgodosedda genom insatser från båda huvudmännen (2 kap 7 § Socialtjänstlagen och 3 f § Hälso- och sjukvårdslagen). Reglerna syftar till att säkerställa att samverkan mellan huvudmännen fungerar. Missbruks- och beroendevården är ett exempel på en verksamhet inom socialtjänsten där bestämmelserna kan få stor betydelse. Inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för patienter i den psykiatriska vården och beroendevården. Mer information finns på nedanstående länk:

<https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>

Alla som får vård och behandling från båda huvudmännen ska erbjudas samordnad individuell plan. Den ska vara skriftlig och den ska beskriva det gemensamma uppdraget. Planen upprättas med utgångspunkt från den enskildes behov av insatser och i samråd med denne och berörda huvudmän. Det kan också vara andra parter med än socialtjänsten och landstinget, exempelvis företagshälsovården och privata aktörer. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Av planen ska framgå:

- vilka insatser behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för
- vilka åtgärder vidtas av någon annan än kommun eller landstinget
- vem av huvudmännen som ska ha samordningsansvaret för planen

Skriftliga lokala rutiner bör finnas för att beskriva hur praktisk användning och genomförande av samordnad individuell plan (SIP) ska ske.

<https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/Samordnad-individuell-plan-SIP/>

Ungdomar med missbruk eller beroende

Ungdomar (grundskole- och gymnasieålder) kan vara en riskgrupp. Nationella Riktlinjer *Vård och stöd vid missbruk och beroende* april 2015, reviderad version 2017 och 2020, ger rekommendationer inom området psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar. I Värmland finns *Länsöverenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk. (Version 3 mars 2020)*

<https://varmlandsvardforbund.se/category/anslagstavla/utvecklingsomrade/styrdokument/>
<https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/beroende--och-missbruksvard/>

Missbruk och graviditet

Bruk av alkohol, narkotika eller beroendeframkallande läkemedel under graviditet kan ge skadliga effekter på fostret, vilket innebär att gravida kvinnor utgör en särskild riskgrupp som måste uppmärksammas.

Mödravården har vid inskrivning av gravida kvinnor ett särskilt ansvar och uppdrag att utföra screening (AUDIT) av de blivande föräldrarna.

Identifieras ett riskbruk ska kort rådgivning initieras enligt metoden motiverande samtal/MI. Om screeningen visar på mer omfattande problematik ska kontakt tas med socialtjänsten. Arbetet utgår i övrigt från rutiner och arbetssätt som finns beskrivet i landstingets vårdprogram.

Brukare

Brukarmedverkan inom missbruks- och beroendevården har blivit allt viktigare. Den enskilde ska ha möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd han eller hon får. Kommuner och Region Värmland behöver också den kunskap som brukarna har för att förbättra den vård och det stöd som erbjuds. Genom att personer med egen erfarenhet är

med och påverkar till exempel verksamhetsutvecklingen kan vi få bättre kvalitet och högre effektivitet i till exempel inom psykiatrisk vård och socialtjänst.

Brukarens erfarenheter är en viktig del av begreppet evidensbaserad praktik och båda huvudmännen har därför ett stort ansvar att använda arbetsformer som tar tillvara brukarnas erfarenheter och förväntningar. Brukarmedverkan sker på olika sätt. Det mest grundläggande är att brukare/patient skall ha inflytande över vården som han/hon är föremål för. Inflytande kan också ske via brukarföreningar. Med brukarförening avses intresseföreningar för personer med egna erfarenheter av missbruk/beroende och/eller deras närstående.

Hur det här ska ske kan se olika ut i länet eftersom förutsättningarna är olika. Det här är därför en viktig del av de lokala överenskommelserna.

Det länsövergripande brukarrådet för Beroendecentrum Värmland har som funktion att ta tillvara brukarnas erfarenheter och önskemål under vistelsen på Beroendecentrum samt vara en resurs för länet.

Brukarrådet har en fast besökstid på avdelningen varje vecka samt finns tillgängliga i psykiatriens (Rosenborgsgatan Karlstad) brukarrum varje vecka. Vidare har brukarrådet genomfört en brukarstyrd brukarrevision på avdelningen HT 2013, med en uppföljande brukarrevision HT 2015 samt revision på ett vårdboende i en kommun i länet VT 2015 samt Laromottagningen 2019. Från och med HT2017 medverkar brukarrådsrepresentanter i Beroendecentrums ledningsgrupp.

Brukarrådet är en länsresurs och kan engageras för bl a brukarstyrda brukarrevisioner i verksamheter i länet som möter personer med missbruk/beroende eller andra verksamheter/projekt inom socialtjänst och hälso- och sjukvård

Brukarrådet startade under 2019, i samarbete med en kommun, en dagverksamhet för *dag-lediga*, med verksamhetsnamn *Startspåret*. Målgruppen var personer aktuella inom socialtjänst och var utanför arbetsmarknad. Brukarrådet drev verksamheten i ca 6 mån, därefter övertog socialtjänsten ansvaret med fortsatt drift med brukare från socialtjänst

<https://varmlandsvardforbund.se/om-oss/utvecklingsomrade/brukarrad/>

Lokala överenskommelser och lokal samverkan

Skriftliga lokala överenskommelser som omfattar lokala aktörer ska finnas mellan huvudmännen. Överenskommelserna ska tydliggöra samverkan och roller mellan framförallt socialtjänst och hälso- och sjukvård samt även elevhälsan. Lokala överenskommelser ska bygga på länsöverenskommelsen men utgå från lokala förhållanden och behov.

Handlingsplan för fortsatt utveckling och implementering av Länsöverenskommelsen

Det ska finnas lokala ledningsgrupper som består av 1:a linjens chefer från lokala aktörer. Lokala ledningsgrupper har ett tydligt uppdrag utgående från länsöverenskommelsen och ansvarar för att lokala överenskommelser implementeras och revideras.⁴ För att genomföra länsöverenskommelsen i Värmland måste olika aktiviteter genomföras inom och mellan kommunernas socialtjänst och Regionens hälso- och sjukvård. På lokal nivå innebär detta att de lokala ledningsgrupperna i länet ansvarar för att revidera sina lokala överenskommelser, vilket innebär:

- att samverkan inom olika åtgärder/insatser tydliggörs i lokal överenskommelse
- att de metoder som beskrivs i länsöverenskommelsen även finns på lokal nivå

⁴ <https://varmlandsvardforbund.se/om-oss/utvecklingsomrade/organisation/>

- att ansvariga chefer ansvarar för att kompetens höja medarbetare/verksamheter där det behövs
- att ansvara för att metoder och samverkan som beskrivs på lokal nivå implementeras
- att den lokala överenskommelsen implementeras inom respektive område
<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/om-implementering/>
- Länsöverenskommelsen för Missbruks- och beroendevården i Värmland gäller för samtliga kommuner i Värmland och alla hälso- och sjukvårdsverksamheter i Värmland som Region Värmland har ansvar för. Detta dokument är den 5:e versionen av länsöverenskommelsen. Vid den 3:a versionen (2016) kom tillägget av Bilaga 1: Dopning. Vid den 4:e versionen (2018) kom tillägget av Bilaga 2: Spel om pengar
- Den länsövergripande Centrala ledningsgruppen för missbruks och beroendevården (CLG-MBV) har huvudansvaret för uppföljning av Länsöverenskommelsen *Vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland*.
<https://varmlandsvardforbund.se/om-oss/utvecklingsomrade/organisation/>
- Personal⁵ som möter patienter/klienter ska ha kunskap i basal missbruks- och beroendelära. Central ledningsgrupp ska ansvara för att detta tillförs.
- All utsedd personal som möter patienter/klienter ska ha kompetens i att använda och att tolka bedömningsinstrumenten AUDIT/DUDIT och andra bedömningsinstrumentet som kan vara aktuella
- Personal på specialistnivå inom varje kommuns socialtjänst skall ha utbildning i bedömningsmetoden ASI och regelbundet använda bedömningsmetoden. Personal på psykiatriska mottagningar ska ha utbildning i diagnosinstrumenten MINI eller SCID I samt ICD-10/DSM-5
- All personal på specialistnivå som arbetar med målgruppen inom kommunens socialtjänst, Vårdcentraler inom Hälsoval Värmland och psykiatriska mottagningar skall ha utbildning i MI (motiverande samtal).
- Att metoder och arbetssätt bygger på bästa tillgängliga kunskap enligt Nationella riktlinjer 2019 för missbruk och beroende.
- Specialiserad verksamhet för missbruk- och beroendevård organiseras inom varje kommun i samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård utgående från de förutsättningar som finns i kommunen. Det är möjligt att samarbeta mellan kommuner för att på så sätt skapa förutsättningar för specialisering.
- Avvikelser från Lokala överenskommelser ska hanteras på lokal nivå. Ledningsgruppen för de lokala överenskommelserna ska upparbeta hanterbara system för detta. Detta innebär att det på lokal nivå skall finnas en funktion som mottagare för avvikelser oavsett huvudman
- Centrala ledningsgruppen för missbruks och beroendevården ska följa upp Länsöverenskommelsen vart annat år. Uppföljningen sker i samarbete med kommunernas socialtjänst samt berörda verksamheter inom Region Värmland.

⁵ Vårdcentraler inom Hälsoval Värmland, psykiatri, beroendemottagningar och motsvarande samt socialtjänstens verksamhet

Bilaga 1

Gäller för: Socialtjänsten och övrig kom- munal verksamhet samt Hälso- och sjukvårdens verksamheter	Godkänd av: Region Värmland Värmlands kommuner	Utarbetad av: Allmänmedicin Psykiatrisk öppenvård Länsstyrelsen Kem.Lab CSK Beroendecentrum Kommuner i Värmland	Revisionsansvarig: Central lednings- grupp för miss- bruks och beroen- devården (CLG-MBV)
Utgåva: 3	Giltighetstid: 2016-02-20 – 2022-04-01		Reviderad: 2018-02-20 2020-04-01

Länsöverenskommelse vid Dopningsmissbruk

Bakgrund till länsöverenskommelsen

Med anledning av [Proposition 2012/2013:77](#) *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* har ett nytt tillägg i Socialtjänstlagen (5 kap. 9 a § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (8 b § HSL) trätt i kraft 2013-07-01. Med nytt tillägg 2018-01-01 med spel om pengar. Detta innebär att landstinget och kommunen skall ha gemensamma överenskommelser ifråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Värmlands län har kompletterat överenskommelser vad det gäller Dopning och spel. Denna Länsöverenskommelse är ett tillägg till länsöverenskommelse *Missbruks- och beroendevården i Värmland*

Länsöverenskommelse *Missbruks- och beroendevården i Värmland* har sedan 2010 fungerat som grund för samverkan och förtydligande i kommunernas och hälso- och sjukvårdens skilda och gemensamma ansvar för att upptäcka och behandla missbruk och beroendeproblematik. Vidare har lokala överenskommelser/styrdokument i kommunerna upprättas utifrån lokala förutsättningar. Ansvar för att överenskommelserna följs styrs av en Central ledningsgrupp samt lokala ledningsgrupper i länet:

<https://varmlandsvardforbund.se/om-oss/utvecklingsomrade/organisation/>

Nationell – regional ANDT-strategi (alkohol, narkotika, dopning, tobak)

Sveriges riksdag antog 2011 en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopning- och tobakspolitiken, den så kallade ANDT-strategin 2010/11:47, för åren 2011 – 2015 samt 2016 – 2020 (2015/16:86). Strategin innehåller sex mål som tillsammans ska bidra till att uppnå det övergripande målet: ”Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk”.

Länk nationell ANDT-strategi:

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2016/02/skr.20151686/>

En ANDT-strategi för Värmland antogs av Samhällsråd Värmland hösten 2011 för 2012-2015, samt ANDT-strategi för åren 2017-2021 (fastställdes feb 2017). ANDT-strategin i Värmland ligger i direkt linje med den nationella strategin och innehåller även en handlingsplan för samma tidsperiod. Länk regional ANDT-strategi:

<https://www.lansstyrelsen.se/varmland/tjanster/publikationer/strategi-for-andt-forebyggande-arbete-i-varmland-2017-2021.html>

Utvecklingen av dopning

Förr var användning av dopningspreparat mera tydligt kopplat till idrottsutövande, men sedan några decennier tillbaka har användning även i andra aktiviteter som exempelvis träning på gym och kroppsbyggnad blivit vanligare. Det saknas säkra uppgifter om användningen av dopningsmedel i Sverige. Vanligast är dopning hos män i åldern 18–34 år som regelbundet styrketränar på gym. Antalet brott och beslag av dopningsmedel har ökat markant, vilket kan tyda på att dopning har blivit vanligare.

[Drogutvecklingen i Sverige 2019](#)

Styrande lag

Dopningslagen (SFS 1991:1969) trädde i kraft 1992. Denna kontrollerar hantering och bruk av syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska

substanser. Anabola androgena steroider (AAS), vanligen kallade anabola steroider, utgör den i samhället vanligast förekommande förbjudna preparatgruppen. Lagen har skärpts vid två tillfällen. I och med införandet av grovt dopningsbrott 1 april 1999 skärptes straffskalan, från två till maximalt fyra års fängelse, och samtidigt kriminaliserades även själva bruket av dessa preparat. I linje med förslag i SOU 2008:120 höjdes maxstraffet för grovt brott åter i april 2011, nu till sex års fängelse.

Dopningslagen:

[SFS lag \(1991:1969\)](#)

Hälso- och sjukvårdslag:

[HSL \(1982:763\)](#)

Socialtjänstlag:

[SoL \(2001:453\)](#)

Definition av dopning

Med dopning menas här missbruk av Anabola Androgena Steroider (AAS) och andra hormonläkemedel, vanligtvis testosteron och nandrolon. Oftast kombineras AAS med fler substanser och droger – för att öka effekten eller minimera icke önskvärd effekt. Förteckning över dopningsmedel finns publicerat på Folkhälsomyndigheten:

[Folkhälsomyndigheten - förteckning över dopningsmedel](#)

Länsövergripande aktörer

- Beroendecentrum
- Psykiatriska mottagningar
- Region Värmland
- Länsgrupp mot dopning
- Länsstyrelsen ANDT
- Privata vårdgivare som har avtal med landstinget
- Vårdcentraler inom Hälsoval Värmland
- Värmlands Idrottsförbund
- Värmlands läns Vårdförbund

Lokala aktörer

- Socialtjänst, elevhälsa och annan berörd kommunal verksamhet
- Privata vårdgivare
- Vårdcentraler
- Psykiatriska mottagningar

Kommunen och landstingets ansvar

Kommunens ansvar

Enligt socialtjänstlagen ska kommunernas socialtjänst arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 Kap. 7 § SoL). Socialtjänsten ska aktivt arbeta för att förebygga och till att motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel (5 Kap. 1 § SoL)

Symtom/besvär; se bilaga.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvården ska erbjuda invånarna i Värmland god och säker hälso- och sjukvård. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen i länet. Vidare ska den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller eventuell skada (2 c § HSL). Vårdcentraler har i huvudsak ansvar för att vid misstanke upptäcka dopningsmissbruk, därefter remiss till specialistfunktion för vidare utredning/behandling (tyngre psykiatriska symtom, kardiologi m.m.) Symtom/besvär; se bilaga.

Prevention och tidiga insatser

Hälso- och sjukvård samt socialtjänst ska i ett tidigt skede ställa frågan om dopningsanvändning till patienter/klienter som uppvisar besvär/symtom som kan förekomma vid användning av dopningspreparat. Detta förutsätter en allmän kunskap om dopning och tillhörande tidiga tecken.

Förebyggande arbete

I allt förebyggande arbete är det viktigt att ha kunskap om vad forskningen visar har effekt samt en aktuell nulägesbild av problematiken, helst på lokal nivå. För att kunna bygga upp och genomföra ett bra förebyggande arbete så är det viktigt att förstå dopningsanvändaren och vad som driver denne, bakomliggande risk- och skyddsfaktorer samt attityder och beteenden samt vilka effekter som följer av bruket. Kunskapen om dopning är fortfarande begränsad, det gäller t.ex. hur många som använder dopningsmedel och dess hälsoeffekter. Klart är dock att användningen kan leda till allvarliga fysiska, psykiska och sociala problem samt att det är relativt enkelt att få tag på dopningsmedel. Statens folkhälsomyndighet:

[Fysiska, psykiska och sociala konsekvenser](#)

Genomförda åtgärder för att begränsa dopningen har varit fokuserade på att påverka värderingar, normer och lagar, illegal verksamhet samt attityder och beteenden. Metoder för förebyggande arbetet utvecklas inom PRODIS-projektet, men i övrigt är preventions- och behandlingsforskningen inom dopningsområdet outvecklad. I frågeundersökningar ser man tydliga samvariationer mellan hormondopningserfarenhet och annan drogerfarenhet, det gäller också sambandet med omfattande konsumtion av alkohol, rökning och erfarenhet av snifningsmedel.

CAN:s Drogutvecklingen – *Rapport 180:*

[Drogutvecklingen i Sverige 2019](#)

Länsgruppen mot dopning

Värmland har sedan 1994 haft en tvärsektoriell arbetsgrupp som arbetar mot samhällsproblemet dopning. Arbetsgruppen initierades av dåvarande Värmlands idrottsförbund utifrån att idrottsförbundet sett att den största problematiken med dopning inte var idrottsrelaterad och så är det även idag. I arbetsgruppen ingår följande verksamheter och myndigheter: Region Värmland, Polismyndigheten, Värmlandsidrotten, Länsstyrelsen Värmland.

Karlstad och Torsby kommun är med som kommunrepresentanter för kommunerna i länet. Länsgruppen mot dopning är en undergrupp till Länsamverkansgruppen för alkohol- och drogrågor. Länsgruppen mot dopningsarbetet handlar till stor del om att öka kunskapen och

höja den allmänna kunskapsnivån om dopningsmissbruket som samhällsproblem utifrån ett kommunalt och ett länsperspektiv.

Utbildningar planeras och genomförs till berörda grupper och verksamheter i samhället utifrån deras olika roller att arbeta med frågan, utbildningsinsatser har exempelvis genomförts riktat mot skolan, fritidssektorn, socialförvaltningen och polisen. Kommunala gym, föreningsdrivna gym eller privata gym i kommunala lokaler har haft fler utbildningstillfällen utifrån att gymmiljön och dopningsmissbruket har självklara beröringspunkter. Utbildningsinnehållet förändras utifrån målgruppen och målgruppens behov.

Bedömning och dokumentation

Bedömning utifrån besvär/symtombild (se bilaga) där social, medicinsk och psykiatrisk anamnes genomförs (Nationellt Vårdprogram). Provtagning/analyser tas enligt rekommendationer från nationellt vårdprogram. En indikation för vidare provtagning/utredning är för hög alt. för låg testosteronhalt. Komplettering med screening för andra narkotikaklassade preparat samt alkohol –utifrån vanligt förekommande kombinationsmissbruk. AAS-missbruk faller under psykiatridiagnoser ICD-10 samt kan klassificeras som substanssyndrom i DSM 5. Utredningsinstrument som kan användas på specialistnivå är ASI, ADDIS, TCI samt SCID

Behandling

Vid multipla symtom, särskilt under pågående AAS-missbruk, behövs en samverkande behandlingsinsats från specialistvård inom hälsa- och sjukvård. Samverkan skall ske även med socialtjänst vid sociala problem. Initialt är AAS-missbruk ofta av psykologisk karaktär som senare kan övergå i ett fysiologiskt beroende och med risk för fysiska skador och symtom av social, psykiatrisk och fysiologisk karaktär. Specifika symtom kan kräva behandling inom olika specialistfunktioner inom hälso- och sjukvård (Nationellt Vårdprogram) med medicinsk behandling för psykiska och fysiska symtom. Psykosocial behandling kan vara aktuellt, där ingen specifik psykosocial metod rekommenderas, det kan ha effekt oavsett inriktning, KBT föreslås för personer som lider av dysmorfofobi och ätstörningar, reviderad 12-steg med tydliga inslag kring kroppsuppfattning och självbild, samt MI och olika varianter av gruppbehandling. Ofta är symtomen så omfattande och plågsamma att samtida antidepressiva och ångestdämpande preparat i kombination med samtalsbehandling och sociala stödåtgärder är nödvändiga (medicinsk rekommendation; Nationellt Vårdprogram). Utifrån förändring i patientlagen (1 jan 2015) kan patienter söka öppenvård eller öppen specialistvård inom hälso- och sjukvård i hela landet. Detta innebär att specialistmottagningen i Örebro (Dopningsmottagningen Örebro) kan rekommenderas för patienter – utifrån att det saknas en samlad specialistfunktion för dopningsmissbruk i Värmland.

Abstinensbehandling

Utsättning efter ett långvarigt missbruk ger dels symtom kopplade till testosteronbrist (hypogonadism) men även symtom som ökat psykologiskt sug efter AAS, depression, rastlöshet, sömnbesvär, trötthet samt missnöje med den egna kroppen. Utifrån vanligt förekommande missbruk av andra preparat kan även dessa ge symtom av abstinenskaraktär. Rekommendation är medicinsk behandling för symtomen.

Samsjuklighet

Samsjukligheten är hög för personer med AAS-missbruk, utifrån sociala, psykiatriska och fysiska symtom/besvär. En Samordnad Individuell Plan (SIP) bör upprättas där behov av samordning av insatser är relevant.

Samordnad individuell plan (SIP)

2 kap. 7 § socialtjänstlagen och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen.

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig detta. Av planen ska det framgå:

1. Vilka insatser som behövs
2. Vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och hälso- och sjukvård
4. Vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för

[SKR Samordnad Individuell Plan - SIP](#)

[Region Värmland Samordnad Individuell Plan - SIP](#)

Barn till föräldrar som har dopningsmissbruk

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med (2017:30 HSL 5 kap. 7 §)

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar

Länkar barnperspektivet:

[SKR Barn och ungas psykiska hälsa](#)

Anhöriga/närstående

Vid ett AAS-missbruk kan även personer i dess närhet drabbas negativt. Närstående kan bli utsatta för aggressionsutbrott, svartsjuka, misstänksamhet och våld. I Värmland har flertalet kommuner specialistfunktioner som har anhörigstöd till anhöriga till personer med missbruk:

[Läns- och lokala överenskommelser](#)

Dopingjourer m fl har även hjälp och rådgivning i detta:

[Dopingjouren](#)

[Kvinnorfridslinjen](#)

[BRIS](#)

Nationella Dopningsmottagningen Örebro

Skriftlig remiss till: Universitetssjukhuset i Örebro, Beroendecentrum Dopningsmottagningen
701 85 ÖREBRO

Egensökande: Dopningsmottagningens rådgivningstelefon 019-602 33 60. Vardagar 8-12, 13-16

Egen Vårdbegäran: **1177.se** Beroendecentrum Dopningsmottagningen

Fysiska tecken och biverkningar av AAS-missbruk

- Snabb och kraftig viktökning (ca 10 kg på 2-3 mån)
- Muskulös kroppsbyggnad
- Oproportionerlig muskelutveckling, framförallt omkring bröst, nacke och skuldror
- Ödem
- Kraftig akne, framförallt rygg, skuldra och bröst
- Hudbristningar – mellan stora bröstmuskeln och biceps, förekommer även på rygg och lår
- Ökad kroppsbehåring
- Gynekomasti (bröstkörtelförstoring)
- Förändrad sexlust – i början ökad, därefter avtagande, kan upphöra efter avslutad kur
- Potensproblem
- Androgent håravfall
- Hjärtproblem (høgt blodtryck, störningar i lipidmönster, hjärtklappning, hjärtinfarkt)
- Leverpåverkan
- Prostataförstoring
- Lokala reaktioner vid injektionsställe (svullnad, rodnad, ömhet)
- Sen- och muskelbristningar
- Testikelatrofi (krympande testiklar)
- Fertilitetsproblem
- Menstruationsrubbningsar
- Basröst, irreversibel
- Klitorisförstoring
- Ökad skäggväxt och kroppsbehåring

Vanliga psykiska biverkningar vid AAS-missbruk

- Aggressivitet
- Depressiva besvär (nedstämdhet, depression, suicidtankar, suicidförsök)
- Nedsatt impulsivitetskontroll
- Ångest
- Panikångest
- Affektinstabilitet
- Oro
- Psykos
- Sömnstörningar
- Megarexi
- Empatistörning
- Sänkt mentaliseringsförmåga
- Svartsjuka
- Våldsamhet

Källa: <http://dopingjouren.se/>

Kontaktuppgifter och länkar

Analyser–vårdgivare

<https://www.karolinska.se/KUL/Alla-anvisningar/Anvisning/9438>

<http://www.anvisningar.se/Anvisningar/Klinisk-kemi/A/U-Anabola-androgena-steroider-screening/>

<https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/vard-och-behandling/Analysportal/Om-laboratoriemedicin/>

Dopingjouren

<http://dopingjouren.se/>

Dopningsmottagningen Örebro

<https://www.regionorebrolan.se/dopningsmottagningen>

Folkhälsomyndigheten

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/dopning/>

Riksidrottsförbundet

<https://www.rf.se/Arbetsrum/SvenskAntidoping/>

Arbetsgrupp-Dopning

Bengt Hansson Allmänmedicin

Mártha Hlavács Läns gemensam psykiatri

Jörgen Johansson Torsby kommun

Peter Carlsson Hammarö kommun

Stefan Gräsberg Karlstad kommun

Maude Johansson Länsstyrelsen

Victoria Lindqvist Kem Lab CSK

Lars Andersson Värmlands Idrottsförbund

Leif Martinsson Beroendecentrum

Gäller för: Socialtjänsten, psykiatriska mottagningar samt allmänmedicinska mottagningar	Godkänd av: Politisk styrgrupp för Missbruk och beroendevården	Utarbetad av: Central ledningsgrupp för missbruk och beroendevården (CLG-MBV)	Revisionsansvarig: CLG-MBV
Utgåva: 2	Giltighetstid: 2018-02-20 – 2022-04-01		Reviderad: 2020-04-01

Länsöverenskommelse vid spelmissbruk och spelberoende av spel om pengar

Spel om pengar - spelmissbruk och spelberoende

Från 1 januari 2018 gäller nya regler som förtydligar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar avseende spelmissbruk. Med spelmissbruk avses missbruk av spel om pengar. I Sverige ses spelproblem som ett Folkhälsoproblem.

I Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning Swelogs från 2018 visar att av Sveriges befolkning i åldern 18-84 år har ungefär

- 225 000 personer (2,9 procent) viss risk för spelproblem
- 56 000 personer (0,7 procent) förhöjd risk för spelproblem
- 45 000 personer (0,6 procent) spelproblem.

75% av problemspelarna är män och vanligast i åldern 25-44 år, personer med förhöjd risk för spelproblem är störst i åldern 18-24 år.

Lagtexter

Tillägg i Socialtjänstlagen 2001:453 SoL (3 kap. 7 §): *Arbeta för att förebygga och motverka spelmissbruk av spel om pengar (5 kap. 1 § 5): Aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga. Bistå med stöd och behandlingsinsatser vid spelmissbruk.*

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL 7 §: *Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med*

1. *har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,*
2. *har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*
3. *har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.*

Utöver specifika lagtexter i SoL och HSL ingår sedan 1 jan 2018 ett tillägg i 2013 års lagtext om regional överenskommelse mellan huvudmän:

5 kap. 9 a § SoL: *Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.*

16 kap. 3 § HSL: *Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om*

1. *personer med psykisk funktionsnedsättning,*
2. *personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och*
3. *barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Lag (2017:810)

Definition av spelproblem

Flera olika begrepp används vid problem med spel om pengar: spelproblem, spelmissbruk, spelberoende, hasardspelssyndrom, problemspelande, riskabelt spelande och överdrivet spelande. De olika begreppen avser ofta olika saker, men de används också olika beroende på sammanhang.

Ibland använder vi begrepp som har en mer specifik betydelse för att synliggöra ett speciellt sammanhang, till exempel i olika mätinstrument.

Spelproblem

Spelproblem är ett samlingsbegrepp som beskriver de negativa sociala, ekonomiska eller hälsomässiga konsekvenser som spel om pengar kan få.

Spelproblem används också ofta i forskningssammanhang för att beteckna när spelaren har bristande kontroll över sitt spelande och när spelandet ger upphov till påtagliga negativa konsekvenser.

Spelmissbruk

Spelmissbruk saknar en formell definition men används ofta för att beskriva negativa konsekvenser av spel. Begreppet missbruk används främst inom socialtjänsten, men används både i socialtjänstlagen, SoL och i hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Ofta syftar missbruk på de negativa sociala konsekvenserna för en individ, medan beroende beskriver de negativa biologiska och medicinska aspekterna.

Spelberoende

Spelberoende betyder att problemen är så allvarliga att det kan vara ett kliniskt beroende. Spelberoende är en specifik diagnos, till exempel i officiell svensk hälso- och sjukvårdsstatistik som använder sig av WHO:s diagnossystem ICD-10.

Spelberoende F63.0

- Karakteriseras av frekventa och upprepade spelepisoder som dominerar patientens liv på bekostnad av sociala, arbetsmässiga eller familjemässiga förpliktelser.

Hasardspelssyndrom

Hasardspelssyndrom är en psykiatrisk diagnos för spel om pengar enligt DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) och avser i allmänhet den grupp som har allra störst problem på grund av sitt spelande. Hasardspelssyndrom och spelberoende används i princip på samma sätt.

Hasardspelssyndrom 312:31

- A. *Ihållande och återkommande problematiskt spelbeteende som leder till kliniskt signifikant lidande eller funktionsnedsättning som tar sig uttryck på fyra (eller fler) av följande sätt under en 12-månadersperiod:*
1. **Upptagenhet.** *Tänker ständigt på spel, till exempel är upptagen av att tänka på tidigare spelupplevelser, av att planera nästa speltillfälle eller av att fundera på hur man kan skaffa pengar att spela med.*
 2. **Tolerans.** *Behöver spela med allt större summor för att uppnå den önskade spänningseffekten.*
 3. **Kontrollförlust.** *Har flera gånger misslyckats med att kontrollera, begränsa eller sluta upp med sitt spelande.*
 4. **Abstinens.** *Blir rastlös eller irriterad vid försök att begränsa eller sluta upp med sitt spelande.*

5. **Flykt.** Spelar för att slippa tänka på sina problem eller söka lättnad från nedstämdhet, till exempel hjälplöshetskänslor, skuld, ångest, depression.
 6. **Jagar förluster.** Återvänder en annan dag för att vinna tillbaka bortspelade pengar.
 7. **Lögner.** Ljuger för anhöriga, terapeuten eller andra personer för att dölja vidden av sitt spelande.
 8. **Sociala konsekvenser.** Har äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, anställning, utbildnings- eller karriärmöjlighet på grund av sitt spelande.
 9. **Ekonomiskt beroende.** Förlitar sig på att andra kan ordna fram pengar för att lösa en ekonomisk krissituation som uppstått på grund av spelande.
- B. Spelbeteendet förklaras inte bättre av en manisk episod

[Folkhälsomyndigheten DSM 5](#)

Överdrivet spelande

I folkhälsopolitikens målområde om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar ingår att minska skadeverkningar av överdrivet spelande. Som indikatorer för överdrivet spelade ingår förutom spelproblem även indikatorn spelande bland barn och unga som inte har åldern inne för att få spela, det vill säga 18 år utom för Casino Cosmopol som har 20 år.

Bedömningsinstrument - screening

NODS-PERC är ett kort frågeformulär med 4 frågor (frågor under livstid), framtaget av det längre frågeformuläret NODS. Syftet med NODS-PERC är att screena för spelproblem. Att svara minst ett ja på en av de fyra frågorna indikerar spelproblem. Instrumentet skall användas som screening inom hälso- och sjukvård och socialtjänst vid indikation på spelproblem eller för riskgrupper. Instrumentet följer DSM-IV-kriterierna upptagenhet, flykt, jaga förluster och sociala konsekvenser.

NODS baseras på DSM-IV och överensstämmer inte helt med DSM-5. Frågeformuläret med 17 frågor (under senaste året) mäter svårighetsgrad utifrån riskabla spelvanor, spelproblem samt spelmissbruk eller spelberoende. Formulär finns på Folkhälsomyndigheten

PGSI (Problem Gambling Severity Index) innehåller 9 frågor med 4 svarsalternativ som mäter förekomsten av spelproblem utifrån kategorierna – spelproblem, förhöjd risk för spelproblem och viss risk för spelproblem – under det senaste året. PGSI har använt i befolkningsstudien SWELOGS som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.

TLFB-G (Timeline Followback for Gambling) eller Speldagbok är ett instrument för självmonitorering (att följa sitt eget beteende). En speldagbok består oftast av en kalender där klienten/patienten fyller i vilka dagar eller hur mycket han/hon spelat för. Forskning pekar på att självmonitorering av ohälsosamma beteenden bidrar till sannolikheten att man ändrar sitt beteende. Bedömningsformulär finns bland annat på Folkhälsomyndigheten:

[Folkhälsomyndigheten - spel om pengar och spelproblem](#)

ASI (Addiction Severity Index) Spel. Manualbaserat intervjuformulär i två versioner: ASI Spel och ASI Spel Uppföljning. Formulär är framtaget av Socialstyrelsen och innehåller ca 30 frågor. Bedöms och skattas som övriga områden inom ASI-Grund och ASI-Uppföljning. Intervjuformuläret finns på Socialstyrelsens ASI-sida:

[Socialstyrelsen ASI-spel](#)

Anhöriga och närstående påverkas av spelproblem

De negativa konsekvenserna av att ha spelproblem drabbar inte bara den som spelar. Enligt uppgifter från Swelogs från 2018 delar ungefär 165 000 personer hushåll med någon som har ett problemspelande. 68 000 av dem är barn under 18 år.

Anhöriga och närstående påverkas på olika sätt. Känslor av skuld och skam hos personer med spelproblem skadar ofta relationerna till omgivningen, till exempel när familjen, släktingar, vänner och andra i personens närhet känner sig lurade av och förlorar tilltron till den som spelar.

Många drabbas ekonomiskt

Många anhöriga och närstående drabbas ekonomiskt av spelandet. Ofta lånar de ut pengar, betalar skulder, eller blir bestulna på pengar som en konsekvens av en personens spelande. Synnerligen hårt drabbas en partner som har gemensam ekonomi med personen som har spelproblem. Även släktingar och vänner som lånar ut pengar påverkas.

Anhöriga och närstående till personer med spelproblem mår generellt sett sämre, konsumerar mer alkohol och har sämre ekonomi än personer som inte har en anhörig eller närstående med spelproblem.

När det gäller hälso- och sjukvård finns särskilda regler angående hur och när anhöriga och andra närstående ska involveras. Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården – om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta. (se 5 kap. 3 § patientlagen 2014:821)

Närstående ska också ges möjlighet att delta i arbetet med en individuell plan (SIP), om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. En individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Planen upprättas av kommun och landsting tillsammans. (se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL)

Barn och unga som anhöriga

Barn och unga behöver bland annat känslomässig närvaro och trygghet för att utvecklas och må bra. Därför blir de extra utsatta när en förälder eller vårdnadshavare har spelproblem. Problem som kan uppkomma är:

- ekonomiska svårigheter
- hot om avhysning eller i värsta fall avhysning från bostad
- arbetslöshet
- separation eller skilsmässa
- konflikter
- våld mot barnet eller någon i familjen
- föräldern riskkonsumerar alkohol eller använder droger
- föräldern är deprimerad eller har ångest
- föräldern är känslomässigt eller praktiskt frånvarande
- bristande tillit.

Barn och unga som växer upp i familjer där någon vuxen har spelproblem kan därmed vara i behov av stöd och hjälp. Det är viktigt att både de vuxna som har spelproblem och att deras barn får hjälp.

Psykologisk och psykosocial behandling

De metoder som har evidens är KBT eller KBT i kombination med MI. Vid missbruk och beroende av spel om pengar har både den psykologiska och den psykosociala behandlingen ett psykosocialt synsätt. Psykologisk behandling fokuserar mer på intrapsykologiska processer medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget, vilket kan innefatta åtgärder som information, rådgivning, hänvisning och kontakt med anhöriga och närstående.

KBT med inriktning på spelmissbruk och spelberoende av spel om pengar är en behandlingsform som syftar till att kartlägga och förändra tankar och beteenden. KBT syftar generellt till att underlätta för personer att hantera problematiska tankar, känslor och beteenden samt att skapa realistiska och funktionella sådana, i behandlingen ingår att kartlägga tankar, känslor, reaktioner och beteende samt exponering. Behandlingen kan ske enskilt eller i grupp.

KBT och MI är en rekommenderad metod för att minska risken för behandlingsbortfall eller återfall. MI är en psykosocial samtalsmetod och används brett inom många områden där MI syftar till att öka personens egen motivation till beteendeförändring.

Samsjuklighet

De samsjuklighetsfaktorer som är kopplat till spelmissbruk och spelberoende är olika psykiatriska tillstånd såsom ångestsjukdomar, depressiva tillstånd, beroende-sjukdomar samt neuropsykiatriska tillstånd. Vid spelberoendemottagningen i Malmö påvisade patientgruppen en 58% psykiatrisk samsjuklighet (Anders Håkansson, Beroendecentrum Malmö), där kvinnor hade en högre psykiatrisk samsjuklighet än män vad det gäller icke substansrelaterad samsjuklighet, samt risk- och missbruk av alkohol och missbruk av andra preparat.

Inom det sociala området förekommer ekonomiska problem, våld i nära relation, arbetslöshet och kriminalitet

Personer med spelmissbruk och spelberoende förekommer inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter – ekonomiskt bistånd, familjeavdelningar, vuxenavdelningar, psykiatriska mottagningar samt allmänmedicinska mottagningar. Här ska personal och verksamheter använda screening för spel om pengar vid vanligt förekommande kombinationsproblemen, se nedan. Patienten/klienten själv kan söka hjälp för andra orsaker än för just spelmissbruk eller spelberoende.

- Vårdcentral i fråga om till exempel läkemedelsbehandling eller stressproblem och lättare psykisk ohälsa.
- Psykiatrisk vård när det gäller mer allvarlig psykisk ohälsa och akut psykisk ohälsa.
- Specialistpsykiatri vid exempelvis utredningar av ADHD eller bipolaritet.
- Beroendemottagning.
- Budget- och skuldrådgivning gällande skulder.
- Ekonomiskt bistånd vid otillräckliga inkomster.
- Socialtjänstens barn- och familjeenheter vid misstanke om att barn far illa.
- Socialtjänstens missbruksvård.

De metoder som rekommenderas vid uttalad samsjuklighet (psykiatriska tillstånd samt missbruk eller beroende av alkohol och narkotika) är KBT, där båda tillstånden skall behandlas samtidigt.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvårdens ansvar är detsamma som tidigare – behandla spelberoende, som vid andra psykiatriska tillstånd. Särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd vid vuxens spelmissbruk (5 kap. 7 § HSL)

Kommunens ansvar

Socialnämndens ansvar likställs med det som gäller vid substansmissbruk. Samma handlägningsregler. Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar (3 kap. 7 § SoL). Aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga (5 kap. 1 § 5 SoL). Bistå med stöd- och behandlingsinsatser.

Länsstyrelsen ska stödja huvudmännen när det gäller deras utökade ansvar för spelmissbruk enligt lagändringarna i SoL (2001:453) samt HSL (2017:30).

Process

Hälso- och sjukvård samt socialtjänst

- Psykiatrisk öppenvård
- Socialtjänst
- Vårdcentral
- Beroendemottagningar
- Första linjen unga

- Upptäcka:/bedöma: NODS-PERC*, PGSI*
- Utreda/bedöma: NODS** PGSI**ASI-spel**** ICD10*** DSM 5****
- Psykologisk och Psykosocialt behandling: KBT med inriktning på spelmissbruk/beroende*, KBT med inriktning på spelmissbruk/beroende med MI*.
- Psykosocialt stöd: Rådgivning*, ekonomiskt bistånd****, skuldsanering**** anhörig/närståendestöd*

* Huvudansvar: Psykiatrisk öppenvård, Vårdcentraler, Socialtjänst, Beroendemottagningar, Första linjen unga

** Huvudansvar: Psykiatrisk öppenvård, Vårdcentraler, Socialtjänst, Beroendemottagningar

*** Huvudansvar: Psykiatrisk öppenvård, Vårdcentraler, Beroendemottagningar

**** Huvudansvar: Socialtjänst

Samverkan mellan kommun och hälso- och sjukvården om spelmissbruk

Hälso- och sjukvården och kommuner ska ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer som missbrukar spel om pengar (5 kap. 9 a § Sol och 16 Kap. 3 § HSL). Individuell plan SIP ska initieras vid behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård (2 kap. 7 § Sol och 16 kap. 4 § HSL)

Förebyggande arbete vid spelproblem

Material om det förebyggande arbetet mot spelproblem vid spel om pengar finns på Folkhälsomyndighetens webbplats, men även på den myndighetsgemensamma webbplatsen Kunskapsguiden.se. Screeningsinstrument som här rekommenderas indikerar vilken nivå spel om pengar ligger på och vid riskabelt spelande – ej spelmissbruk eller spelberoende, ska rådgivande insatser ske.

Länsstyrelserna ska stödja kommuner och regioner när det gäller deras utökade ansvar för missbruk av spel om pengar enligt de ändringar i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som trädde i kraft den 1 januari 2018

Lokala överenskommelser

I befintliga lokala överenskommelser för missbruks och beroendevården ska överenskommelsen om spel finnas. På den lokala nivån ska hälso- och sjukvård och socialtjänst tydliggöra ansvaret vad det gäller missbruk/beroende av spel om pengar. Inom hälso- och sjukvårdens delar – vårdcentral och psykiatrisk öppenvård kan överenskommelse ske om att alla verksamheterna ska behandla spelmissbruk/beroende eller en specifik verksamhet ensamt skall ansvara för detta. Detsamma gäller på lokal nivå för socialtjänst och hälso- och sjukvårdens verksamheter – att båda huvudmännen ska ansvara för behandling vid problem av spel om pengar eller att en av huvudmännen ska ansvara för detta. Det är den lokala ledningsgruppen som beslutar detta, vilket ska tydliggöras i lokala överenskommelser

Länkar

<https://www.kunskapsguiden.se/missbruk/teman/spelproblem/Sidor/Default.aspx>
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/material-och-stod/mata-och-upptacka-spelproblem/>
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2018-12-5-metodbilagan.pdf>
<https://www.stodlinjen.se/%20-%20!information-om-spelberoende/allmant#!/>
<https://spelberoende.se/foreningar-och-stodgrupper/karlstad/>
<https://www.iterapi.se/sites/spelfrihet/>
<http://spelforskning.se/>
<https://www.gamblersanonymous.se/kontakt>

Arbetsgrupp-Spel

Lisa Pellikka	avdelningschef psykiatriska mott. Hagfors
Ulf Meyer	enhetschef vuxenavdelningen. Karlstad kommun
Anna Aronsson	verksamhetsutvecklare IFA Karlstad kommun
Karin Swensån Retzman	verksamhetsutvecklare vuxenavdelningen. Karlstad kommun
Kristina Huatorpet	socialsekreterare IFO Forshaga kommun
Åsa Wahlén	enhetschef Vårdcentralen Skoghall
Anna-Karin Törnqvist	utvecklingsledare Landstinget
Leif Martinsson	utvecklingsledare Värmlands läns Vårdförbund/Landstinget

