

Länsöverenskommelse

Barn och unga i risk- och missbruk

Gäller för: Socialtjänsten Hälsa- och sjukvård Elevhälsa	Godkänd av: Hälsa- och sjukvårdsnämnden Samtliga kommunfullmäktige i Värmland.	Utarbetad av: Barn- och ungdomspsykiatri Socialtjänst Elevhälsa	Revisionsansvarig: Central ledningsgrupp för missbruks- och beroendevården i Värmland (CLG-MBV)
Utgåva: 4	Giltighetstid: 2017-09-01 – 2026-01-31		Reviderad: 2017-06-01 2020-02-27 2022-05-01

Ansvarig verksamhet	Socialtjänsten och Region Värmlands hälso- och sjukvård
Kontakt	
Datum	2022-05-11
Diarienummer	
Region Värmland Regionens hus 651 82 Karlstad	

Innehållsförteckning

Bakgrund	4
Syfte och mål.....	4
Lagstiftning och nationella riktlinjer	4
Länsöverenskommelsen och ANDT-strategin.....	5
Övergripande ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.....	5
Rekommendationer vid sammansatt problematik och samsjuklighet - SIP	5
Sekretess.....	6
Barnkonventionen och barnets rättigheter	6
Barnkonventionen i SoL och LVU	7
Barnkonventionen och barnets rättigheter i HSL	7
Patientlagen (2014:821)	7
Från upptäckt till behandling.....	8
Processöversikt	8
Förkortningar	9
Upptäcka	9
Unga och spel om pengar	9
Medicinska test.....	10
Utreda	10
Stödja och behandla.....	11
Lokala överenskommelser – Lokala ledningsgrupper	12
Utökade verksamheter för unga	12

Bakgrund

Risk- och missbruk bland barn och unga är ett omfattande samhällsproblem som leder till negativa konsekvenser på både kort och långt sikt, för den enskilde, för anhöriga och för samhället i stort. På senare år har alkoholkonsumtionen minskat vad det gäller ungas konsumtion, dessvärre har narkotikabruket ökat. Samsjukligheten är vanligt bland barn och unga i risk- och missbruk. Alkohol- och substansmissbruk hos barn och unga associeras med psykisk ohälsa, riskbeteenden såsom våldsamt och kriminellt beteende, skolmisslyckanden, sexuellt riskbeteende samt psykiatriska störningar. Samverkan mellan olika professioner och verksamheter på olika nivåer inom samhället är därför nödvändigt för att barn och unga ska få den hjälp de har rätt till i rätt tid och på rätt nivå.

Denna länsöverenskommelse rör samarbete mellan Värmlands kommuner och Region Värmland. Verksamheter som berörs är hälso- och sjukvård, socialtjänst, elevhälsa och övrig kommunal verksamhet som möter barn och unga.

Syfte och mål

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

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

Lagstiftning och nationella riktlinjer

Sedan 1 juli 2013 förstärktes lagstiftningen kring personer i missbruk och beroende. Enligt denna ska överenskommelser finnas som tydliggör roller och ansvarsfördelning mellan huvudmännen¹. Utifrån dessa riktlinjer finns i Värmland länsöverenskommelse för vuxna i missbruks- och beroendevården² sedan 2011. Länsöverenskommelse för barn och unga har i länet funnits sedan 2015. Nationella riktlinjer samt nationella ANDTS strategin ligger till grund för aktuellt underlag.

Nationella riktlinjen för missbruks- och beroendevården³ uppdaterades senast 2019. Riktlinjerna berör tillstånd inom områdena:

- Alkohol
- Narkotika (cannabis, centralstimulantia, opioider)
- Läkemedel (bensodiazepiner och opioider)
- Samsjuklighet (psykisk sjukdom)
- Ungdomar
- Anhöriga, svag anknytning till arbetsmarknad, hemlöshet, komplex problematik

Riktlinjerna berör inte dopning, spelberoende eller nikotin

Riktlinjerna berör åtgärder inom:

- Medicinska test
- Bedömningsinstrument
- Läkemedelsbehandling (inkl. LARO)
- Psykologisk och psykosocial behandling
- Sociala stödinsatser – sociala nätverk, boende, sysselsättning, samordning (case management).

Riktlinjerna berör inte tidig upptäckt eller förebyggande.

¹ [Hälso- och sjukvårdslag \(1982:763\) Svensk författningssamling 1982:1982:763 t.o.m. SFS 2016:1298 - Riksdagen](#)

² [Styrdokument-arkiv - Värmlands läns vårdförbund \(varmlandsvardforbund.se\)](#)

³ [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende \(socialstyrelsen.se\)](#)

Syftet med de nationella riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder samt 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.

Länsöverenskommelsen och ANDT-strategin

Länsöverenskommelsen följer de nationella riktlinjerna utifrån faserna upptäcka, utreda samt stödja och behandla. Dessa faser rör i sin tur de nationella målområde 3-5 i länets ANDT-strategi⁴.

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

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

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

Övergripande ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen

- Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att barn och unga får den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Socialnämnden ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Nämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd (SoL 5:1). Det fortsatta ansvaret att samverka är därefter ömsesidigt för de verksamheter som är aktuella i det enskilda ärendet.
- Elevhälsan i skolan ansvarar för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att följa alla elevers hälsa och utveckling och att stödja eleverna att nå utbildningens mål. I detta ansvar ingår att upptäcka barn och unga i risk- och missbruk.
- Region Värmland ska erbjuda alla barn och unga en god, säker och tillgänglig hälso- och sjukvård samt att upptäcka barn och unga i risk- och missbruk.
- Personal inom alla verksamheter som möter barn och unga är anmälningskyldiga till socialnämnden vid misstanke om att barn far illa⁵ (SoL 14:1).

Rekommendationer vid sammansatt problematik och samsjuklighet - SIP

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

Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Behandlingsmöjligheter, följsamhet till behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom, och vice versa. Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och behandlas. Enligt de nationella riktlinjerna ska samsjuklighet behandlas integrerat av de verksamheter som är aktuella i det enskilda ärendet, det vill säga samtidigt och i nära samarbete. Behandling och insatser från flera olika huvudmän kräver samtidigt fungerande samarbete. Det är viktigt att i det enskilda ärendet ta

⁴ <https://www.lansstyrelsen.se/varmland/tjanster/publikationer/strategi-for-andt-forebyggande-arbete-i-varmland-2017-2021.html>

⁵ [Socialtjänstlag \(2001:453\) \(SoL\) | Lagen.nu](#) (SoL 14 kap. 1 § *Barn som far illa – anmälningskyldighet*)

ställning till om det räcker med informationsutbyte mellan de inblandade aktörerna eller om det krävs mer ingående samarbete kring planering och genomförande av insatser.

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

I planen ska framgå:

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

Initiativet till att ta fram en individuell plan kan tas av barnet själv, av vårdnadshavare, någon av närstående (om vårdnadshavare godkänner det) eller personal inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Skolan som aktör är ofta viktig vid samarbeten kring barn och unga i risk- eller missbruk. Skolsköterska och skolläkare eller annan personal inom skolan har möjlighet att initiera en SIP. I övrigt deltar skolans personal som samarbetspartners inom ramen för SIP när det gäller barn och unga. SIP initieras av den verksamhet som träffar barnet och som bedömer att det finns behov av insatser från två eller flera verksamheter. För att upprätta en SIP krävs samtycke från vårdnadshavare och barn beroende på ålder och mognad.

Sekretess

Skyldigheten att samverka förändrar inte respektive verksamhets sekretess.

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

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

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

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

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

Barnkonventionen och barnets 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. För hälso- och sjukvård även artikel 24⁷.

⁶ [Socialtjänstlag \(2001:453\) Svensk författningssamling 2001:2001:453 t.o.m. SFS 2021:1314 - Riksdagen](#)

⁷ [konventionen-om-barnets-rattigheter--med-strategi-for-att-starka-barnets-rattigheter-i-sverige-s2014.025 \(regeringen.se\)](#)

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 lyssnade 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 klargöra 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

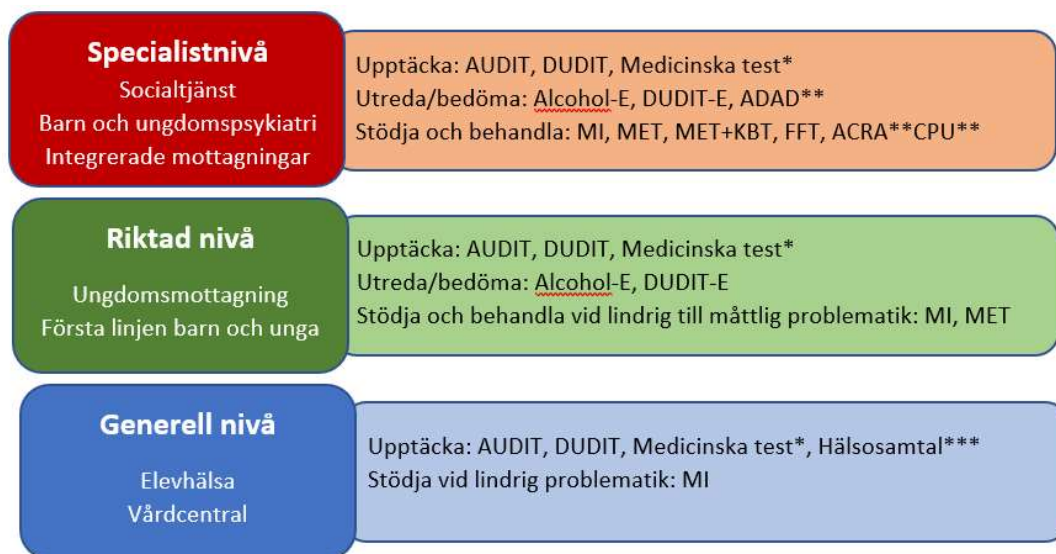
Inom Region Värmland finns tidigare beslut om att bevaka barns rättigheter, redan 2009 antog landstingsfullmäktige en *handlingsplan för FN:s konvention om barnets rättigheter*, som sedan uppdaterats 2014⁸. Nu finns ett nytt politiskt beslut att Region Värmland ska ta fram en handlingsplan för hur vi ska arbeta för att den nya lagen följs i Värmland. Politikerna vill att arbetet med planen sker i samverkan med andra viktiga aktörer i länet. Region Värmland är en av Sveriges Kommuner och Regioners modellregioner för arbetet inför att barnkonventionen blev lag i januari 2020⁹.

I Region Värmland finns närmare etthundra utbildade barnrättsombud. Dessa barnrättsombud har tillsammans med chef och ledning ett uppdrag att arbeta med barnets rättigheter och driva barnrättsfrågorna i det mer vardagsnära arbetet.

Från upptäckt till behandling

Processöversikt

Länsöverenskommelsen beskriver rekommenderade metoder utifrån de nationella riktlinjerna och ansvariga aktörer i följande faser: Upptäcka, Utredda samt Stödja och behandla, se figur 1. Figur 1. Processöversikt – ansvariga aktörer och metoder i respektive nivå.



* Se vidare område Medicinska test.

** Utrednings- och behandlingsmetod inom socialtjänsten samt integrerade mottagningar.

*** Elevhälsa.

⁸ [Handlingsplan barnkonventionen.pdf \(regionvarmland.se\)](#)

⁹ [Barnets rättigheter - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](#)

Förkortningar

ACRA: Adolescent Community Reinforcement Approach

ADAD: Adolescent Drug Abuse Diagnosis

ALCOHOL-E: Alcohol Use Disorder Identification Test – Extended

AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test

CPU: Cannabis Program för Ungdomar

DUDIT: Drug Use Disorders Identification Test

DUDIT-E: Drug Use Disorders Identification Test – Extended

FFT: Functional Family Therapy

KBT: Kognitiv Beteende Terapi

MET: Motivational Enhancement Therapy

MI: Motivational Interviewing

Upptäcka

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

AUDIT och DUDIT¹⁰ består av frågeformulär om konsumtion, beroende samt alkohol- respektive drogrelaterade skador och rekommenderas som bedömningsinstrument för att upptäcka unga i risk- eller missbruk. Instrumenten kan användas av personal inom elevhälsa, ungdomsmottagningar, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, Första linjen unga samt vårdcentraler.

Syftet med AUDIT och DUDIT är att personal snabbt och enkelt ska kunna identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion och droganvändande. Formuläret kan användas för självskattning av den unge eller som underlag för en strukturerad intervju. Det kan användas i samband med utredning/bedömning, hälsosamtal, anamnestagning, allmän hälsoundersökning eller liknande.

Det är inget krav att använda bedömningsinstrumenten för att kunna remittera vidare till annan verksamhet eller för att göra anmälan till socialtjänsten.

Unga och spel om pengar

Från och med den 1 januari 2018 har socialtjänstens ansvar för att förebygga och motverka missbruk, utökats till att även omfatta missbruk av spel om pengar (3 kap. 7 § SoL) samt inom 5 kap. 1 § SoL: Aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga.

Förtydligande gällde även ansvaret inom hälso- och sjukvård (5 kap. 7 § HSL):

Hälso- och sjukvårdens ska särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med har ett missbruk av spel om pengar. Information, råd och stöd ska anpassas efter barnets ålder och mognad. Principen om barnets bästa kan ibland innebära att någon information inte alls ska lämnas eller lämnas först efter en viss tid.

¹⁰ [Metodguide för socialt arbete - Socialstyrelsen](#)

Enligt lag får spel om pengar inte förekomma innan 18 års ålder, men undersökningar visar att det förekommer inom grundskole- och gymnasieålder. I CAN:s studie 2019¹¹ i område spel om pengar visar denna att trenden har minskat på senare år men visar ändå på höga siffror på spel om pengar bland unga och framförallt hos pojkar. Bland pojkar i gymnasiet uppger 27% att de spelat om pengar de senaste 12 mån, bland pojkar i årskurs nio var andelen 20%. Bland flickor i gymnasie- och årskurs nio ligger detta på 4-5%. Av unga pojkar i gymnasieålder som spelat om pengar de senaste 12 mån visar 31% av dessa tecken på spelproblem, av pojkar i årskurs nio som spelat om pengar de senaste 12 mån visar 38% av dessa tecken på spelproblem. Siffrorna för flickor är markant lägre¹².

För att undersöka omfattning av riskabla spelvanor bland unga kan följande bedömningsinstrument användas inom socialtjänstens verksamheter: PGSI, NODS-PERC eller NODS¹³. Mer stöd i detta finns på [Stödlinjen](#).

Medicinska test

Rekommenderade medicinska test är främst:

- Utandningsprov för att fastställa alkoholpåverkan och i vissa fall blodprov (Cdt).
- Urinprov för att fastställa drogpåverkan.
- Salivprov för att säkerställa drogpåverkan.

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

Socialtjänst kan, efter medgivande från den unge och dess vårdnadshavare, samråda med läkare från barn och ungdomspsykiatri eller vårdcentralen som sedan ordinerar lämpligt prov och tolkar resultatet.

Barn och ungdomspsykiatri kan använda drogtester inför eller under utredning och/eller behandling – vid den unges och vårdnadshavarens samtycke.

Skola/elevhälsa kan begära urinprov på elev, vid dennes och vårdnadshavarens samtycke. Vart själva provtagningen ska ske är upp till respektive skola/elevhälsa att upparbeta rutiner till i samråd med hälso- och sjukvård, socialtjänst samt polis.

Utreda

Vid upptäckt av barn och unga i risk- eller missbruk rekommenderas ADAD, ALCOHOL-E och DUDIT-E7 som utredningsmetoder inom socialtjänst. Metoderna kompletterar övriga utredningsmetoder inom respektive verksamhet i syfte att få en helhetsbild av barnet/den unges behov. ADAD, ALCOHOL-E och DUDIT-E kan också användas inom Första linjen unga i de kommuner som denna verksamhet finns. Detta för att kunna identifiera om den unge har ett problematiskt alkohol- och drogbruk och om fungerande stöd runt barnet saknas. I dessa fall görs anmälan till socialtjänsten om misstanke om att barnet far illa. Första linjen unga, elevhälsan, socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri har i sig en samverkansrutin som tydliggör samverkan mellan dessa enheter¹⁴.

ADAD är en bedömningsmetod för unga med risk- eller missbruk och social problematik, som används vid intervju. Metoden kan användas i utredningsarbete, vid behandlingsplanering och för uppföljning

¹¹ [Skolelevers drogvänor 2019 - CAN-rapport 187](#)

¹² [Spelproblem bland unga - spelprevention.se \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

¹³ [Sök - Kunskapsguiden](#)

¹⁴ [Barnalivet - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](#)

och utvärdering. ADAD består av ett antal frågor som rör nio livsområden: fysisk hälsa, skola, arbete, fritid och vänner, familj, psykisk hälsa, brottslighet, alkohol och narkotika.

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

Stödja och behandla

Stöd och behandling som ges till unga behöver utgå från ett helhetsperspektiv. Fokus utifrån de nationella riktlinjerna ligger på psykosocial behandling och familjesystemiska metoder. Metoderna som presenteras i överenskommelsen rör enbart risk- och missbruk och kan behöva kompletteras med andra metoder eller stödinsatser, ex vid psykisk ohälsa. De nationella riktlinjerna framhåller ett antal behandlingsmetoder som har vetenskapligt stöd och som bör/kan användas¹⁵. Även SKR:s handlingsplan för barn och unga 13-29 år med missbruk och beroende tar upp vikten av tidig upptäckt, insatser och stöd och behandling för målgruppen¹⁶.

MI; motiverande samtal

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

MET i kombination med KBT

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

FFT - Specifik familjebehandling

CPU; Cannabis Program för Ungdomar

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

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

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

Följande metoder är aktuella för respektive verksamhet:

Första linjen unga: MI, MET

Socialtjänst: MI, MET, ACRA, FFT, CPU

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

Ansvarsfördelning vad gäller genomförande och uppföljning av insats bestäms utifrån varje enskilt ärende med stöd av Samordnad Individuell Plan (SIP). Oavsett behandlingsmetod och allvarlighetsgrad är det viktigt att i varje enskilt ärende arbeta med konkreta mål med insatsen och att systematiskt följa upp måluppfyllelsen. Detta är också en viktig grund i insatser som rör samarbete mellan kommuner eller mellan kommun och hälso- och sjukvård vid samsjuklighet. Enligt de nationella riktlinjerna ska stöd och behandling ges samtidigt och i nära samarbete mellan aktuella verksamheter, det vill säga inte efter varandra eller utifrån att krav exempelvis ställs på drogfrihet innan barnet kan få stöd inom psykiatri. Utgångspunkten vid samarbete är snarare att olika professioner och

¹⁵ [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Socialstyrelsen](#)

¹⁶ [Handlingsplan mot missbruk och beroende \(skr.se\)](#)

verksamheter kompletterar varandras kompetens kring den komplexa problematik som barnet eller den unge har. Socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola är här samtliga centrala aktörer.

Lokala överenskommelser – Lokala ledningsgrupper

Skriftliga lokala överenskommelser, som omfattar lokala aktörer (Elevhälsa, Vårdcentral, Första linjen, Ungdomsmottagning, BUP, Socialtjänst), skall finnas. Överenskommelserna ska tydliggöra samverkan och roller mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och elevhälsa. Lokala överenskommelser ska bygga på Länsöverenskommelsen men utgå från lokala förutsättningar. Ansvar för att upprätta lokala överenskommelser vilar på Första linjens chefer inom respektive verksamhetsområde som möter barn- och unga. Ansvaret gäller även att lokala överenskommelser implementeras i respektive verksamhet samt revideras enligt länsöverenskommelsens revideringar. Lokala överenskommelser skall vara reviderade och färdigställda senast 2022-12-31.

Sedan 2018 finns i länet fem lokala ledningsgrupper som inkluderar chefer för verksamheter som möter unga. Ledningsgrupperna har två sammankomster per termin med huvuduppdrag att stödja implementering av lokala överenskommelser, ha dialog om samarbetsfrågor¹⁷. Länets organisation för missbruks- och beroendevården regleras via en politisk styrgrupp, en central ledningsgrupp samt lokala ledningsgrupper. Den politiska styrgruppen och den centrala ledningsgruppen har två sammankomster per termin, protokoll med eventuella beslut publiceras¹⁸

Utökade verksamheter för unga

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/juni 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 lokaler¹⁹. 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.

Revideringsgrupp feb 2020:

Leif Martinsson Beroendecentrum

Jörgen Pierrou socialtjänst Karlstad

Anna Tång BUP

Linda Rågård elevhälsan Karlstad

Revidering/förlängning av länsöverenskommelsen 2022:

Linda Svensson, Processledare skadligt bruk och beroende.

Region Värmland

¹⁷ <https://varmlandsvardforbund.se/om-oss/utvecklingsomrade/organisation/>

¹⁸ [Skadligt bruk och beroendevård - Region Värmland \(regionvarmland.se\)](https://regionvarmland.se/Skadligt-bruk-och-beroendevard)

¹⁹ [Beroendemottagning-unga-rapport-KLAR.pdf \(varmlandsvardforbund.se\)](https://varmlandsvardforbund.se/Beroendemottagning-unga-rapport-KLAR.pdf)

