



# Länsöverenskommelse

Skadligt bruk och beroende

2026-2027

För kommunerna i Jämtlands län och  
Region Jämtland Härjedalen

Denna länsöverenskommelse är en uppdatering av 2021 års överenskommelse. Nästa uppdatering ska göras senast under år 2027.

# Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1. Syfte .....	4
1.2. Mål .....	5
1.2.1. Målgrupper.....	5
<b>2. Samverkan och ansvarsfördelning.....</b>	<b>7</b>
2.1. Kommunens ansvar .....	7
2.2. Regionens ansvar .....	10
2.3. Kostnadsfördelning.....	12
2.4. Samordnade vård och stödverksamheter mellan Region och kommun.....	13
2.5. Läkarförskrivna narkotikaklassade läkemedel.....	15
2.6. Tillnyktring – ansvarsfördelning.....	16
2.7. Samverkan kring LVM .....	16
2.8. Samverkan kring målgruppen 13-29 år.....	16
2.9. Samverkan gällande anhöriga (inkl barn) enl SoL, HSL och Barnkonventionen.....	17
2.10. Stärkt samverkan genom lokala programområden och insatsprogram för skadligt bruk och beroende.....	18
2.11. Samordnad individuell plan, SIP .....	18
<b>3. Brukarmedverkan .....</b>	<b>19</b>
<b>4. Lokala överenskommelser .....</b>	<b>20</b>
<b>5. När samverkan inte fungerar.....</b>	<b>20</b>
<b>6. Uppföljning och utvärdering.....</b>	<b>21</b>
<b>Bilaga 1; förslag till mall för lokal överenskommelse.....</b>	<b>22</b>
<b>Referenslista .....</b>	<b>24</b>

# 1. Inledning

Regioner och kommuner är skyldiga att träffa gemensamma länsöverenskommelser om samarbete kring personer med skadligt bruk och beroende. Skyldigheten regleras i nya socialtjänstlagen (7 kap. 2 § SoL)<sup>1</sup> och hälso- och sjukvårdslagen (16 kap. 3§ HSL)<sup>2</sup>. Överenskommelsen ska stärka samverkan och bidra till att målgruppens behov av vård, stöd och behandling tillgodoses på ett bra sätt.

Länsöverenskommelsen ska utgöra bas för eventuella lokala överenskommelser mellan Regionens verksamheter, respektive kommun och, i förekommande fall, polis.

Denna överenskommelse är en revidering av tidigare överenskommelse från 2021. Revideringen är ett deluppdrag i arbetet med samsjuklighetsutredningen i Jämtland Härjedalen och även till viss del med anledning av ny lagstiftning på området i form av ny Socialtjänstlag (2025:400). Samsjuklighetsutredningen ”Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.”<sup>3</sup> ger förslag som kommer att innebära stora förändringar inom området skadligt bruk och beroende vilket innebär att det kommer finnas behov av en ny uppdatering av överenskommelsen under 2027.

I nya Socialtjänstlagen (2025:400), SoL, och i samsjuklighetsutredningen har terminologin ändrats från missbruk till *skadligt bruk och beroende*.

Området är brett och det pågår en ständig utveckling av verk samma insatser, utrednings- och behandlingsmetoder. Detta återspeglas bland annat i *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* som publicerades våren 2015 har reviderats ett flertal gånger genom åren, senast 2024.<sup>4</sup>

## 1.1. Syfte

Det övergripande syftet med överenskommelsen är att stärka samverkan mellan Regionen och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykisk ohälsa i hela länet.

Ett annat syfte är att tydliggöra ansvarsförhållandena inom och mellan huvudmännen.

Ansaret för personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende med eller utan annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd regleras i flera lagstiftningar samt vilar på flera huvudmän. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller vård och behandling samt stöd vid

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlag (2025:400)

<sup>2</sup> HSL (2017:30) [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

<sup>3</sup> <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/11/sou-202193/>

<sup>4</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/missbruk-och-beroende/>

sådan samsjuklighet. Denna överenskommelse syftar till att uppmärksamma behov av samverkan inom området och följa utvecklingen på nationell nivå kring dessa frågor.

## 1.2. Mål

Målet för överenskommelsen är att de stödinsatser som länets kommuner erbjuder och den beroendevård som Region Jämtland Härjedalen erbjuder ska vara utformade i enlighet med nationella riktlinjer och evidensbaserad praktik.

Alla som har behov ska få så effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser som möjligt och med god kvalitet. Insatserna ska bygga på en utvecklad vårdkedja där ansvarsfördelningen är tydlig och där personal har kompetens i enlighet med tillgänglig kunskap. Patient- och brukarinflytandet ska förstärkas och samverkan mellan de olika aktörerna ska förbättras.

Utvecklingsarbetet inom ramen för överenskommelsen ska tillvarata och utveckla den kompetens som finns regionalt och lokalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning.

### 1.2.1. Målgrupper

Skadligt bruk och beroendesjukdomar faller in under psykiatriska diagnoser och det finns därför två olika diagnossystem som beskriver kriterier för diagnoserna:

*ICD-10* (International statistical Classification of Diseases and related health problems. Tenth revision) som är det systemet som i allmänhet används i Sverige.

*DSM* (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) som är utarbetad av American Psychiatric Association och som används som ett diagnostiskt verktyg inom psykiatri även i Sverige. Inom forskningen används oftast DSM. 2013 kom den senaste publiceringen av DSM, DSM-V. Där har man gått bort från missbruk och beroende som begrepp och i stället använder man termen substansbrukssyndrom. Detta beskrivs som ”ett problematiskt mönster av substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande vilket visar sig i minst två av elva kriterier under en 12-månadersperiod”. De elva kriterierna består av en modifierad kombination av de tidigare beroendekriterierna och missbrukskriterierna. Man graderar substansbrukssyndromets svårighetsgrad efter hur många av diagnoskriterierna som uppfylls. Man kan även specificera om tillståndet är i tidig eller varaktig remission.

#### **Definitioner**

Eftersom vi i Sverige använder ICD-systemet för diagnoskodning redovisas här kriterierna för skadligt bruk (missbruk enligt tidigare utgåvor av DSM) och beroende. De är till stora delar överensstämmande med kriterierna i tidigare utgåvor av DSM.

### *Skadligt bruk:*

Skadligt bruk är en psykiatrisk diagnos i WHO:s klassifikationssystem ICD-10, som avser upprepad substansanvändning under det senaste året som framkallar negativa sociala eller medicinska konsekvenser enligt vissa uppställda kriterier.

### *Beroende:*

Enligt ICD-10 menas "en grupp av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen, där substansen får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden som tidigare haft större betydelse".

För att ställa diagnosen krävs att minst tre av följande sex kriterier är uppfyllda under det senaste året:

- Ett starkt behov (sug) eller tvång att inta substansen
- Svårigheter att kontrollera konsumtionen (kontrollförlust)
- Förekomst av karakteristiska abstinenssymtom
- Toleransökning
- Tilltagande ointresse för andra saker än att inta substansen
- Fortsatt konsumtion trots kroppsliga eller psykiska skador

ICD-10 använder alltså två skilda diagnostermer för narkotikaproblem, skadligt bruk och beroende, där det senare betecknar svårare problem. Man kan alltså inte ställa diagnosen skadligt bruk om patienten uppfyller kriterierna för beroende av den aktuella substansen.

I nya Socialtjänstlagen (2025:400), SoL, har terminologin ändrats från missbruk till *skadligt bruk och beroende*. Där saknar termen definition men omfattar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. I detta dokument används begreppet skadligt bruk och beroende då det används i nya socialtjänstlagen.

Även anhöriga och närstående ingår som målgrupp i denna överenskommelse.

### ***Särskild uppmärksamhet ska ske vid:***

#### Hälso- och sjukvård

#### Socialtjänst

Olycksfall

Kriminalitet

Långvarig smärtproblematik

Våld inom familjen

Hjärtarytmier

Försummelse av barn

Högt blodtryck

Långvariga ekonomiska bekymmer

Depressioner

Upprepat självdestruktivt beteende

Upprepat självdestruktivt beteende

Självmodsförsök

Självmodsförsök

### ***Särskilda målgrupper att uppmärksamma***

Vissa målgrupper är särskilt viktiga att uppmärksamma. Frågeställningarna kan spänna över olika kunskapsområden och flera specialiteter kan vara inblandade. Insatser till dessa målgrupper förutsätter samordnade och samtidiga insatser mellan olika aktörer.

- Personer med skadligt bruk och beroende och samtidig långvarig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)
- Gravida kvinnor med skadligt bruk och beroende
- Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och skadligt bruk och beroende
- Föräldrar med skadligt bruk och beroende
- Barn till föräldrar med skadligt bruk och beroende
- Personer med läkemedelsberoende
- Personer med spelberoende (spel om pengar)
- Insatser för äldre (65+)
- Insatser för unga under 18 år

”Riktlinjer för samverkan gravida missbrukande kvinnor” finns som dokument.

## 2. Samverkan och ansvarsfördelning

Socialstyrelsens kunskapsguide om ansvar och stöd vid behandling av skadligt bruk och beroende: ”Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att erbjuda stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens uppgifter när det gäller behandling ska samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål. Problematiken vid skadligt bruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Beroendevården omfattar därmed ett brett spektrum av vård- och stödinsatser som faller inom både det sociala och det medicinska området. Kommuner och regioner ska ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.”

Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningsätt som innebär att se den enskilda personen, involvera och anpassa efter individens behov och förutsättningar. På detta sätt kan vården både bli mer jämlik och kostnadseffektiv. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper. Eftersom personcentrering alltid måste utgå från individen så betyder personcentrering i praktiken olika saker, i olika situationer, för olika individer. Detta är grunden i utvecklingen av nära vård och ska också inkludera samverkan kring individer med skadligt bruk och beroende.

### 2.1. Kommunens ansvar

Kommuners arbete rörande skadligt bruk och beroende regleras i Socialtjänstlagen, SoL (2025:400). Hjälp och stödinsatser kan erbjudas både med eller utan behovsprövning och biståndsbeslut. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den

enskilde personen med skadligt bruk och beroende får den hjälp och vård som hen behöver för att komma ifrån sitt beroende. Insatserna som erbjuds enligt socialtjänstlagen är frivilliga. Om det är nödvändigt att personer med skadligt bruk och beroende får vård men inte samtycker till detta, kan vården under vissa förutsättningar ges mot den enskildes vilja. Detta är reglerat i Lagen om vård av missbrukare, LVM (1988:870). För barn och unga kan i särskilda fall Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (1990:52), vara tillämplig. Socialtjänsten ska enligt socialtjänstlagen förebygga och motverka skadligt bruk och beroende av spel om pengar på samma sätt som vid substansbruk.

Barn som lever med vårdnadshavare eller andra vuxna som har skadligt bruk och beroende har en utsatt position och socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och unga som far illa får stöd och skydd. För att socialtjänsten ska kunna ta detta ansvar finns en anmälnings- och uppgiftsskyldighet som regleras i SoL 19 kap §§ 1-6. Där regleras även på vilket sätt den som gjort anmälan får information om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår, såvida det inte är olämpligt med hänsyn till omständigheterna. Socialtjänsten har utöver detta en allmän skyldighet att ha särskild uppmärksamhet på barn och ungdomar som har visat tecken till en ogynnsam utveckling.

Enligt lagstiftningen ska socialtjänsten utifrån ett helhetsperspektiv genomföra en kvalificerad utredning och bedömning av vårdbehov för en person med skadligt bruk eller beroende, samt planera och genomföra insatserna i samråd med den enskilde och dennes anhöriga. Det ska finnas en strukturerad och dokumenterad samverkan för de personer som har behov av insatser från flera aktörer. För en trygg och säker hemgång från slutenvården ska avtal och riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården följa. Att det finns rutiner och struktur för samverkan mellan kommunens egna verksamheter och specialistfunktioner är också av stor betydelse.

Socialtjänstens insatser ska utgå från den enskildes behov. Behoven kan variera från mycket stora till sporadiskt behov av stöd. Insatserna ska tillgodose behov av vård för skadligt bruk och beroende, liksom behov av annan social rehabilitering. Kommunernas utbud av behandlingsinsatser växlar men det är av vikt att det är individens behov som är det primära och att de insatser som görs är valda med en evidensbaserad praktik som grund. Det innebär att både bästa tillgängliga kunskap, professionens kunnande och brukarens erfarenheter och önskemål vägs samman. Följaktligen är en kontinuerlig uppföljning av insatser en av förutsättningarna för en evidensbaserad praktik. De insatser som genomförs ska tydligt och korrekt dokumenteras.

#### **Kommunens ansvar för förebyggande arbete**

- Medverka i samhällsplaneringen genom bland annat omvärldsanalys som grund för lokal och regional verksamhetsplanering.
- Upptäcka och uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos vuxna, barn och ungdomar.



- Bedriva systematiskt arbete med att upptäcka, informera, ge stöd och insatser till föräldrar som har skadligt bruk och beroende och de barn och vuxna som är indirekt drabbade.

Från den 1 januari 2018 gäller nya regler som förtydligar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar avseende spelmissbruk. Reglerna finns i socialtjänstlagen (2005:400), SoL, 13 kap 10§ och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Med spelberoende avses beroende av spel om pengar. Genom lagändringen likställs spelberoende med substansberoende och personer med spelproblem får samma rätt till hjälp och stöd som personer med alkohol- eller drogproblem.

#### *Exempel på insatser som kommunerna ansvarar för*

- tidig upptäckt, screening
- information och rådgivning
- uppsökande verksamhet
- motivationsarbete
- utredning av behandlingsbehov
- vård och behandling av skadligt bruk och beroende i form av öppenvård, familjevård och/eller institutionsvård i egen eller annans regi
- samordning av stödinsatser för den enskilde
- boende och boendestöd för personer med särskilda behov
- träning av psykosociala färdigheter
- kontaktpersoner
- anhörigstöd – med särskild uppmärksamhet på barnen
- nätverksarbete
- utredning och ansökan till förvaltningsrätten om tvångsvård enligt LVM/LVU
- uppföljning av personer som omhändertagits enligt LOB

Av 11 kap 5§ SoL (2025:400) framgår att Socialnämnden, med vissa undantag, får tillhandahålla insatser utan föregående individuell behovsprövning. Den enskilde ska med andra ord inte först behöva vända sig till socialkontoret – för ansökan, utredning och beslut.

De insatser som kan vara aktuella är öppenvårdsinsatser. Följande insatser kräver dock alltid en individuell behovsprövning:

1. kontaktperson, kontaktfamilj eller kvalificerad kontaktperson,
2. vård i familjehem,
3. vård i LVM-hem,
4. vård i särskilda ungdomshem,
5. vård av barn eller unga mellan 18 och 20 år i jourhem, stödboende, skyddat boende och andra hem för vård eller boende utöver sådana LVM-hem och särskilda ungdomshem som avses i 3 och 4,
6. bostad i ett boende för äldre personer eller för personer med funktionsnedsättning som avses i 8 kap. 4 eller 11 §, och
7. vård i hem för viss annan heldygnsvård.

Det innebär dock ingen begränsning av den enskildes rätt till bistånd. Av 11 kap 6§ SoL framgår att den som genomför insatser som har beslutats enligt 11 kap 5 § ska

informera enskilda som vänder sig till verksamheten om möjligheten att ansöka om insatser enligt 11 kap 1§.

Samordnad Individuell Plan (SIP) ska tillämpas vid behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

## 2.2. Regionens ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), ska hälso- och sjukvården medicinskt utreda och behandla sjukdomar och skador. Arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och samverkansrutin enligt lagen (2017:612). För en trygg och säker hemgång från slutenvården ska avtal och riktlinjer för samverkan vid utskrivning från slutenvården följas. Att det finns rutiner och struktur för samverkan mellan regionens egna verksamheter och specialistfunktioner är också av stor betydelse.

Regionen ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för god hälsa. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor för hela befolkningen i länet. I detta arbete ska den enskilde personen stå i centrum.

Från den 1 januari 2018 gäller nya regler som förtydligar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar avseende spelberoende. De förändrade reglerna infördes i den tidigare socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Med spelberoende avses beroende av spel om pengar.

Genom lagändringen likställs spelberoende med substansberoende och personer med spelproblem får samma rätt till hjälp och stöd som personer med alkohol- eller drogproblem.

Regionens ansvar för förebyggande arbete

- Medverka i samhällsplaneringen genom bland annat omvärldsanalys som grund för lokal och regional verksamhetsplanering.
- Upptäcka och uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos vuxna, barn och ungdomar.
- Bedriva systematiskt arbete med att upptäcka, informera, ge stöd och insatser till föräldrar som har skadligt bruk och beroendeproblematik och de barn och vuxna som är indirekt drabbade.

Hälso- och sjukvården har en lagreglerad skyldighet enligt HSL att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med;

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
- har allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
- har ett skadligt bruk och beroende av alkohol eller andra beroendeframkallande medel

- spelar om pengar
- oväntat avlider

I detta sammanhang bör anmälnings- och uppgiftsskyldigheten till socialtjänsten, som gäller för offentligt anställda enligt SoL (2025:400) 19 kap 1§ understrykas. Enligt lagen ska en orosanmälan göras då det kommer till ens kännedom att ett barn far illa eller riskerar att fara illa.

Primärvården i länet står för första linjens hälso- och sjukvård för somatisk vård och psykisk ohälsa hos vuxna. Som sådan är hälsocentralerna strategiskt placerade för screening och tidiga interventioner vid skadligt bruk och beroende av alkohol, även om detta också kan ske inom Regionens övriga vårdenheter. Utifrån behov kan patienter slussas vidare till specialistsjukvård inom psykiatri. För barn upp till 18 år är Barn och ungdomspsykiatri, BUP första linjen för psykisk ohälsa, tillsammans med Ungdomsmottagningarna som har visst första linjeuppdrag för psykisk ohälsa för ungdomar. Se också länsöverenskommelsen JämtBus angående samverkan för barn och unga i behov av särskilt stöd.

Psykiatrins beroendeenhet erbjuder stöd och vård för patienter över 18 år med skadligt bruk och beroende av droger. Beroendeenheten har också ett ansvar för patienter med beroendeproblematik och annan psykiatrisk problematik såsom psykos eller annan allvarlig psykiatrisk problematik. Beroendeenheten ska då ansvara för att genomföra anpassade behandlingsinsatser och utredningar i samverkan mellan huvudmännen och på ett för individen lämpligt sätt. Enheten samarbetar med socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa och frivård.

Ansvarsfördelning mellan Primärvård och Psykiatri regleras i dokumentet *"Huvudöverenskommelse om ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och Område Psykiatri"* <https://centuri/regno/45323> och *Gränsdragning mellan primärvården och psykiatri avseende beroende och missbruk*.  
<https://centuri/RegNo/54655-1> (revidering pågår)

Sedan hösten 2019 finns sprutbytesverksamhet vid infektionskliniken i Östersund. Syftet med verksamheten är att förbättra hälsa och livskvalité bland personer med injektionsbruk samt minska spridning av framför allt hiv och hepatit. Mottagningen bemannas av personal från både infektionskliniken och beroendepsykiatri. För att skriva in sig i programmet behöver man vara över 18 år samt uppfylla dom regler som Region Jämtland Härjedalen satt för sprutbyte.

Ungdomsmottagningen vilar på en formell samverkan mellan kommun och region på en organisatorisk nivå och karaktäriseras av ett praktiskt tvärprofessionellt arbete mellan medicinsk och psykosocial personal. Ungdomsmottagningen är öppen för ungdomar 13-22 år och ska:

- Erbjuda hälsorådgivning. Bedriva systematiskt samtals-arbete (ej testning) där tidig upptäckt och information om skadligt bruk och beroende av läkemedel, dataspel, alkohol och droger ingår. Ex AUDIT och DUDIT. Information om skadligt bruk och beroende ingår även i det utåtriktade arbetet.

- Ha särskilt fokus på kopplingen mellan alkohol/droger och våldsutsatthet/sexuell utsatthet/utsätter andra.
- Vid upptäckt av skadligt bruk och beroende motivera för vidare kontakt av relevant vårdgivare samt orosanmäla till berörd socialtjänst.

***Exempel på insatser som Regionen ansvarar för***

- konsultation, rådgivning och kompetensstöd i beroendefrågor.
- förebyggande arbete och tidiga interventioner
- screening, diagnostik och behandling i enlighet med befintliga vårdprogram
- abstinensbehandling i öppen- och slutenvård
- alkohol- och drogkontroller inom ramen för medicinsk behandling
- somatisk utredning och behandling
- psykiatrisk utredning och behandling
- utredning och behandling vid samsjuklighet
- avgiftning och behandling av läkemedelsberoende
- psykoterapeutisk behandling
- läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
- smittskyddsarbete
- sprutbyte
- LVM-läkarintyg
- anmälan rörande barn i riskmiljö, LVM, vapen och körkort
- inledande vård på sjukhus vid behov, i samband med LVM-vård
- drogtestar genom urinprov vid hälsocentral för ungdomar under 18 år

Samordnad Individuell Plan (SIP) ska tillämpas vid behov av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

## **2.3. Kostnadsfördelning**

Denna överenskommelse innebär att respektive part, kommun och Region Jämtland Härjedalen, förbinder sig att fullfölja det ansvar som åligger dem i enlighet med gällande lagstiftning. Samverkan mellan parterna är av yttersta vikt för att göra situationen för den enskilde individen så bra som möjligt.

I vissa situationer behöver personen vård på HVB-hem. Beslut kan fattas enligt Socialtjänstlagen och socialtjänstens tvångslagstiftning.

En placering ska, om den enskilde så önskar, alltid föregås av en SIP där det tydligt framgår både socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens bedömning. Diskussioner om ansvar och kostnader bör, så långt det är möjligt, ske innan en placering ägt rum. Som stöd i diskussionen ska huvudmännen specificera vilka insatser som bedöms vara av social karaktär och vilka som bedöms vara av medicinsk karaktär. Den information som har framkommit i SIP kan utgöra ett bra stöd. Om den placerade individen under placering på HVB-hem har behov av insatser som faller inom hälso- och sjukvårdens ansvar ska, hälso- och sjukvården bedöma om individen ska remitteras till den region där HVB-hemmet är beläget, om hälso- och

sjukvårdsinsatsen kan ges av Region Jämtland Härjedalen eller om hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ges vid aktuellt HVB-hem.

I det fall hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ges vid aktuellt HVB-hem, ska kommunen och regionen göra en överenskommelse om att fördela kostnaderna för placeringen mellan sig. Fördelningen av kostnaden görs utifrån en gemensam bedömning avseende vad och hur stor del som utgör regionens ansvar respektive kommunens ansvar.

Principen är att frågor om kostnadsfördelning ska diskuteras på chefsnivå. Varje verksamhet bör således säkerställa att en person i chefsled ansvarar för att i förekommande fall diskutera kostnadsfördelning mellan huvudmännen.

- Överenskommelse om kostnader vid HVB-hemsplacering ska dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan kommunen och regionen
- Kostnaden ska preciseras i det enskilda fallet
- Kommunen och regionen upprättar avtal med HVB-hemmet var för sig. HVB-hemmet fakturerar parterna separat och enligt upprättade avtal
- Behov av placering ska fullföljas utan dröjsmål även om kostnadsansvaret är oklart
- I det fall en SIP inte hinner komma till stånd innan en placering skett ska en sådan genomföras senast inom en vecka efter placering
- Ingen av parterna får avvisa deltagande i SIP och kostnadsansvar med motivering att placering redan ägt rum
- Vid akutplacering ska kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 10 arbetsdagar efter beslut om placering
- HVB-hemmet ska i sin dokumentation tydliggöra vilken information som avser sociala- respektive medicinska insatser.

När placeringen avser barn eller ungdom se också ”Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet”  
<https://vardgivarwebb.regionjh.se/rest-api/centuri/document/54fcd6ce-d3ec-4250-bcb0-24394fe4bed1/86528>

Respektive huvudman har ansvar för vårdplanering och dokumentation utifrån sitt ansvarsområde. Vid gemensamma placeringar ska vårdplanering inför placering samt uppföljning under vårdtiden ske gemensamt mellan huvudmän och den enskilde inom ramen för SIP-rutinerna. Är detta inte möjligt med anledning av t ex akuta situationer, den enskildes uteblivna samtycke eller annan orsak, ska strävan ändå vara att åstadkomma detta under placeringens gång.

## **2.4. Samordnade vård och stödverksamheter mellan Region och kommun**

En framgångsfaktor för att samlat möta behoven hos personer med skadligt bruk och beroende är samtidiga insatser och att tydligt samordna insatserna utifrån den enskildes behov. SVOM behandlade i februari 2015 en utredning och analysarbete kring integrerad verksamhet. Av protokollet framgår att Region Jämtland

Härjedalen och länets kommuner då var överens om att gå vidare i arbetet med en gemensam integrerad missbruksenhet. Utgångspunkten är att hela länet på sikt skulle involveras men att själva uppbyggnadsarbetet skulle starta mellan Östersunds kommun och Regionen.

Huvudmännens tjänstemän har gjort flera försök men inte kunnat enas om formerna för lokalfrågan och organisatorisk form för en integrerad beroendeenhet. Parterna kom då överens om att i en strukturerad form fortsätta med erfarenhetsutbyten, gemensamma aktiviteter, chefssamverkan mm där samtliga kommuner ingår.

Samsjuklighetsutredningens reform föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning. Insatserna i verksamheten är frivilliga men ett motiverande arbete kan behöva ske för att förmå personer i målgruppen att ta emot hjälp.

Den samordnade verksamheten ska innehålla uppsökande arbete, hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser samt samordning av insatser och rikta sig till individer som inte tar emot insatser i ordinarie strukturer. Hur kommunerna och Regionen bäst ska kunna bedriva en särskild vård -och stödverksamhet för målgruppen samsjukliga behöver utredas vidare.

Samsjuklighetsdelegationen som inrättades i januari 2025 uppmanar att samordnade insatser kan påbörjas i en liten skala som en förberedelse för större integrerade och samordnade verksamheter. I aktivitetsplanen i länets slutrapport gällande samsjuklighetsutredningen finns ett antal aktiviteter som bör prioriteras tillsammans med nedanstående aktiviteter som finns i föregående överenskommelse.

- Erfarenhetsutbyte av personal mellan de olika verksamheterna, psykiatri – socialtjänst, genom att personal arbetar en halvdag i varandras verksamhet regelbundet
- Gemensamma utbildningsinsatser för ökad samsym, t ex när det gäller LVM, LARO, Läkemedel, förhållningssätt
- Diskussioner kring riktlinjer för orosanmälan för barn som far illa och orosanmälan för vuxna, LVM anmälan och erfarenhetsutbyte av detta
- Återkommande chefsdiskussioner med avstämningsmöten var tredje månad kring policyfrågor, minst en gång per år ska patienter, brukare och närstående deltar för dialog och erfarenhetsutbyte
- Konsultativ tid för länet i beroendefrågor som bemannas av personal från psykiatrin och socialtjänsten
- Gemensamma LARO-konferenser varje månad

- Regelbunden återkoppling i politiska arenor

I länets slutrapport gällande samsjuklighet belyses olika exempel på integrerade verksamheter med olika insatsmetoder. För att länet ska kunna påbörja arbetet med integrerade insatser behövs;

- Kartlägga och förbereda (målgrupp, profession, berörda verksamheter, geografiskt område etc) en uppstart av mindre pilotprojekt
- Följ upp och utvärdera för att eventuellt skala upp till permanenta verksamheter

## 2.5. Läkarförskrivna narkotikaklassade läkemedel

En inkörsport till beroendeproblem kan vara läkarförskrivna narkotikaklassade läkemedel. Vad som kan börja som smärtstillande behandling efter en olycka eller operation kan i värsta fall sluta med ett tungt opioidmissbruk.

I Sverige har vi i grunden en sund läkemedelsförskrivning och tämligen goda system för kontroll och uppföljning. Samtidigt finns det anledning till oro och förbättringar, bland annat mot bakgrund av att antalet anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om överförskrivning mer än fördubblades mellan 2014 och 2018. Felaktig förskrivning är också den vanligaste orsaken till att IVO kritiserar eller anmäler legitimerad personal till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

När det kommer till behandling med läkemedel och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel i länet så ligger Jämtland högst i riket gällande uthämtade recept på opioider i samtliga åldersgrupper. Både män och kvinnor ligger högre jämfört med övriga landet. Förskrivningen av opioider inom slutenvården i länet ligger i mitten i jämförelse med riket. Förskrivningar i länet har sänkts senaste åren men det har även skett i resten av landet, så av den anledningen ligger länet fortfarande högst.

Det har vid olika tillfällen framkommit, i första hand från polisen, att kända missbrukare i Jämtlands län ertappas med betydande mängder narkotikaklassade läkemedel som är utskrivna av läkare.

Det är därför av stor vikt att sjukvården är restriktiv med förskrivning av narkotikaklassade läkemedel. För att tidigt upptäcka begynnande skadligt bruk och beroende och minska risken för överförskrivningar, är det också viktigt att noggrant följa upp förskrivningarna och bli bättre på att följa upp patienter med en längre tids användning av narkotiska läkemedel.

Skulle det uppmärksammas att läkare misstänks för att överförskriva narkotikaklassade läkemedel så ska kontakt inledas med berörd läkare och ansvarig verksamhetschef.

Regionen har planerat att påbörja ett arbete med att implementera befintliga metoder och rutiner för att agera för att minska förskrivning av opiater och genomföra arbete med medicinuppföljning i länet.

## 2.6. Tillnyktring – ansvarsfördelning

Tillnyktringsenheten, TNE, var en del av Beroendeenheten i Region Jämtland Härjedalen. Verksamheten stängdes 1 november 2017. TNE byggde på en samverkan mellan kommunerna och Regionen och gemensam finansiering. Verksamheten upphörde när kommunerna inte ville teckna nytt avtal om tillnyktringsverksamhet i samverkan med Region Jämtland Härjedalen. Bakgrunden var att huvudmännen såg olika på vad i tillnyktring som är hälso- och sjukvård och vad som är socialtjänst.

2024 gjordes en översyn av behovet av att utöka med en Beroendeavdelning med 6-8 vårdplatser och 2 TNE-platser. Det stämmer väl överens med att samsjuklighetsutredningen bedömer att reformens förslag kommer att leda till att heldygnsbehandling kommer att ske inom psykiatrisk slutenvård oftare än i dag, framför allt när det gäller vuxna.

## 2.7. Samverkan kring LVM

LVM (SFS 1988:870 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall) är avsedd att komplettera socialtjänstlagen när frivillig vård bedöms vara otillräcklig. Socialtjänsten har ansvar för att utreda behov av tvångsvård, ansöka om och planera för vård samt ansvara för den samlade planeringen av åtgärder. Läkarintyg i samband med LVM-utredning utfärdas i första hand av primärvård om inte pågående behandling är inledd inom Beroendeenheten. Myndigheter har en skyldighet att anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. (6 § LVM)

### *Kvarhållningsskyldighet*

Verksamhetschefen, för den sjukhusenhet där personen med skadligt bruk och beroende vistas, är skyldig att hålla kvar en patient tills de praktiska arrangemangen kring överföringen till LVM-hem kan ordnas.

Skyldigheten förutsätter inte att den omhändertagne tagits in på sjukhus för slutenvård. Det räcker att den omhändertagne vistas vid en sjukhusenhet för vård. Sjukhusenheten bör dessförinnan gjort en bedömning av om LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) är tillämplig eller om det föreligger en sådan nödsituation att patienten måste ha vård. Kvarhållning bör ske under kortast möjliga tid och under former som inte äventyrar patientsäkerheten och som är etiskt godtagbara.

## 2.8. Samverkan kring målgruppen 13-29 år

Länsövergripande principer, överenskommelser och riktlinjer/rutiner inom barn och ungaområdet ska beaktas vid samverkan kring skadligt bruk och beroende hos målgruppen. Grundinställningen är att samverkan mellan de verksamheter som



möter barn och unga ska ske kontinuerligt och att insatser i första hand ska ges förebyggande.

Det finns en skyldighet att uppmärksamma barn som växer upp i riskmiljö med föräldrar eller andra närstående som har problem med skadligt bruk och beroende. Samverkan runt de utsatta barnen är i de flesta fall både en fördel och en nödvändighet. Här har skolan och elevhälsan också en viktig roll. Regionens primärvård genomför drogtester genom urinprov vid hälsocentral för ungdomar under 18 år, på uppdrag av skola, elevhälsa eller socialtjänst. Mödravårdscentraler, Barnavårdscentraler och ungdomsmottagningarna möter också delar av denna åldersgrupp varför uppmärksamhet kring målgruppen i denna överenskommelse är viktig att poängtera också i deras uppdrag.

Socialtjänsten och Barn- och ungdomspsykiatrien möter var för sig ungdomar som befinner sig i en riskzon att utveckla ett skadligt bruk och beroende och som samtidigt har någon form av psykisk ohälsa eller funktionshinder/diagnos. Sedan 2024 finns Mini-Maria, en länsövergripande integrerad mottagnings- och behandlingsenhet.

## **2.9. Samverkan gällande anhöriga (inkl barn) enligt SoL, HSL och Barnkonventionen**

Beroendevården fokuserar inte bara på personerna med skadligt bruk och beroende utan också på deras familjer. Anhöriga, inte minst barn, kan ha behov av hjälp och stöd. Stödet kan ges via föräldrarna eller direkt till barnet. I alla situationer där professionella möter personer med skadligt bruk och beroende som är föräldrar eller lever med barn, måste barns och ungas situation uppmärksammas och deras rättigheter, behov av hjälp och stöd tillgodoses.

För beroendevården räcker det inte att i utredning och behandling ha fokus enbart på en persons skadliga bruk och beroende. Vården behöver också fokusera på hur det har påverkat och påverkar relationerna och samvaron i personens familj. Frågor om föräldraskap och stöd till anhöriga kommer därmed naturligt in i den kartläggning, problemformulering och vårdplanering som görs kring den vuxna med skadligt bruk och beroende. Trygghet, begriplighet och sammanhang är nyckelord i situationer som väcker oro, osäkerhet och kan vara svåra att förstå. Det handlar om sådant som trygg anknytning, gott föräldraskap, fungerande struktur i vardagen, fungerande förskola och skola, kamrater och stöd i övrigt nätverk.

Förutsättningar för begriplighet och sammanhang kan öka, till exempel genom adekvat information och svar på frågor, öppen kommunikation i familjen och även möjligheten att dela erfarenheter med andra i liknande situationer. Detta är viktigt i både kommunernas arbete och i Regionens arbete med individerna – men extra viktigt blir det när individerna har insatser från både kommun och Region. I samverkan kring individerna ska samverkan kring de anhöriga också uppmärksammas.

## **2.10. Stärkt samverkan genom lokala programområden och insatsprogram för skadligt bruk och beroende**

2018 gick alla Sveriges regioner samman i ett nationellt system för kunskapsstyrning. Målet är att få en jämlik, kunskapsbaserad och resurseffektiv hälso- och sjukvård. Bästa möjliga kunskap ska finnas i varje patientmöte.

Inom programområdet psykisk hälsa ingår även beroendefrågor. Området skadligt bruk och beroende är särskilt viktigt för både regioner och kommuner. Samverkan är en utmaning – både på organisationsnivå och på individnivå. För att nå framgång behövs kommunal representation i LPO psykisk hälsa och i eventuella lokala arbetsgrupper, samt välfungerande kanaler för informationsspridning och gemensam förståelse.

## **2.11. Samordnad individuell plan, SIP**

Alla personer som får vård och behandling från två eller flera huvudmän ska enligt lag erbjudas att en skriftlig, samordnad individuell plan upprättas (SoL 10 kap §§ 8 och 9 och HSL 16 kap 4§). Planen ska tydliggöra ansvaret, dvs vem som ansvarar och gör vad av de behov som finns. Båda huvudmännen har lika stort ansvar för att erbjuda och upprätta en plan.

För personer med en psykiatrisk problematik och som samtidigt har ett skadligt bruk och beroende bör man alltid utgå från att en plan behövs för att behoven ska tillgodoses. En vårdplan ska också finnas för personer i hemsjukvård.

Planen ska upprättas om Regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

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 eller Regionen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen

För att öka stödet till verksamheterna i arbetet med SIP finns sedan 2020 funktionen SIP-stödjare i Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner. Syftet med SIP-stödjare är att möjliggöra en hållbar kunskapsspridning kring SIP och systematiskt förbättra samverkan mellan verksamheterna och huvudmännen. Kommunerna i Jämtlands län ska ha minst en utsedd SIP-stödjare per socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Region Jämtland Härjedalen ska ha minst en utsedd SIP-stödjare per hälsocentral/mottagning/öppenvårdsteam.

Under 2025 har en arbetsgrupp haft som uppdrag att med stöd av befintliga underlag, inspel och omvärldsspaning ta fram förslag till utvecklingsområden som bidrar till att underlätta för länets verksamheter så att SIP görs som en del i det dagliga arbetet. Uppdraget ska redovisas i november 2025.

### 3. Brukarmedverkan

Sveriges Kommuner och regioner har uttalat att synen på patienter/brukare som ”mottagare” av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst behöver förändras mot en syn och en praktik där de är medskapare. Metoder för att systematiskt synliggöra och ta tillvara kunskap, erfarenheter och synpunkter behöver utvecklas. Personer med nedsatt autonomi kräver särskild hänsyn, stöd och kompetens för att kunna vara delaktiga i sin egen process.

Att åstadkomma patient/brukarinflytande kräver en struktur och en långsiktig strategi. Medverkan behövs på tre nivåer: strategisk nivå, enhetsnivå och individnivå. Det är viktigt att patienter och brukare finns med redan från början och att det finns intresse hos den eller de som leder verksamheten. Cheferna måste kunna engagera och motivera personalen genom att tillhandahålla utbildning och avsätta resurser för att möjliggöra patient/brukarmedverkan.

På en övergripande strukturell nivå finns det en ”Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande personer med psykisk funktionsnedsättning”. Den antogs våren 2025 och där finns även ett stycke kring ökad delaktighet och patient/brukarinflytande som anger hur länet gemensamt ser på frågan. NSPH/ Hjärnkoll Jämtland Härjedalen deltog i arbetet med revidering av överenskommelsen som är ett underlag för dialog när det i samverkan mellan Regionen och kommunerna bedöms aktuellt att ha ett invånarperspektiv i utvecklings, förbättrings eller utredningsarbete. I länet finns åtta föreningar med olika satsningar; skolsatsning med föreläsning för högstadiet och gymnasiet med handledning och diskussionsmaterial. Det finns ”Peer-support” där personer med egen erfarenhet blir professionellt verksamma för att stötta invånare i deras återhämtningsprocess. Det finns också studiecirkel ”Din egen makt” vilket är ett material som handlar om att ta makten över sitt eget liv. I länet går personer i denna cirkel i väntan på tid hos en remissinstans. NSPH/Hjärnkoll har även en metodbok i brukarinflytande och en metod i brukarrevisioner. Det görs dock få brukarrevisioner och det saknas kunskap i länet om hur man gör dessa. NSPH/Hjärnkoll ser gärna en större samverkan med Regionen och länets kommuner för att hjälpa till att belysa patient -och brukarperspektivet.

I all ny lagstiftning på området och i samsjuklighetsutredningens förslag utgår allt från patienter och brukares perspektiv och att de ska vara delaktiga i sin egen vård men även i den mer övergripande planeringen.

## 4. Lokala överenskommelser

Jämtlands läns åtta kommuner har alla skilda förutsättningar, resurser, samverkansformer, kompetens- och utvecklingsbehov och det är därför viktigt att de enskilda kommunerna, Regionens verksamheter och i vissa fall polisen tillsammans, har möjlighet att formulera lokala överenskommelser som komplement till denna överenskommelse. För att den ska vara användbar är det bra om den är så konkret som möjligt. Ett mallförslag finns i bilaga 1.

I samband med att flöden, rutiner och samverkan mellan huvudmän ses över bör motsvarande också göras inom den egna organisationen. Inom kommunen kan det handla om samverkan mellan äldreomsorg, ekonomiskt bistånd och enheter för utredning och behandlingsstöd. Inom Regionen kan det handla om samverkan mellan somatiska enheter, akutverksamhet, primärvård och psykiatriska kliniker.

I arbetet i länet för att fler omhändertagna ska tillnyktra inom sjukvården, bli medicinskt bedömda samt vid behov länkas vidare till andra insatser är samverkan mellan kommuner, Region och polis betydelsefullt. Varje kommun bör göra en översyn av rutinerna i samband med LOB-omhändertaganden. Dessa rutiner kan med fördel inrymmas i lokal överenskommelse. Detta gäller även SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) där det är av stor vikt att det finns rutiner i varje kommun som säkerställer snabbt omhändertagande av misstänkta rattfyllerister och drograttfyllerister.

De skriftliga lokala överenskommelserna behöver inte samordnas för alla berörda verksamheter. Det är där behov finns av förtydliganden som lokala överenskommelser kan göras. Mall för lokal överenskommelse se bilaga 1

Lokala (styr)grupper med företrädare för berörda verksamheter och samarbetsrutiner inom andra områden finns redan i många kommuner och dessa kan i många fall användas i arbetet för utformandet av denna överenskommelse inom beroendområdet. Förutom att skriftligt tydliggöra ansvarsfördelning och rutiner kan processen i framtagandet av dokumentet ge tillfälle till analys och identifikation av förbättringsområden.

## 5. När samverkan inte fungerar

Oenigheter om tolkningen får ej leda till att enskilda inte får sina behov tillgodosedda. Oenigheten dokumenteras enligt ordinarie avvikelserutiner.

Om en part anser att samverkansöverenskommelsen inte följs skall detta i första hand lösas genom dialog mellan chefer på motsvarande nivå i kommunen och Regionen. Krävs förtydliganden och ändringar av överenskommelsen, eller om oenigheten inte kan lösas på verksamhetsnivå hänskjuts frågan till länsövergripande tjänstepersonsarena inom hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst (f.n. Fredagsgruppen och SamReKo HSI).

Tvister om kostnads- och ansvarsfördelning mellan huvudmännen i enskilda personärenden, som inte kunnat lösas i dialog mellan chefer, hänskjuts i aidentifierad form till länsövergripande tjänstepersonsarena inom hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst .

Enskilda personer som har synpunkter eller klagomål på hur överenskommelsen följs kan vända sig till den tjänsteperson inom kommunen eller Regionen, som hen har mest kontakt med och/eller förtroende för. Tjänstepersonen har därefter att göra en bedömning utifrån ärendets art och överlämna synpunkten till den verksamhet som är berörd. Återkoppling skall ske till den enskilde. Enskilda kan också använda sig av kommunernas synpunktshantering och Regionens klagomålshantering, där man också kan vara anonym, eller vända sig till Regionens patientnämnd.

I de fall parterna inte kan enas hänskjuts tvister till allmän domstol.

## 6. Uppföljning och utvärdering

Vård och stöd för den enskilde ska systematiskt följas upp av respektive huvudman utifrån aktuell lagstiftning.

Uppföljning av samverkan enligt denna överenskommelse ska ske årligen genom initiativ i länsövergripande tjänstepersonsarena för hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst och rapporteras till länsövergripande politisk samverkansarena inom området (f.n. SVOM). Ämnen för uppföljning är:

- Tillgänglighet, samordning och kvalitet i insatser
- Placeringar i HVB-hem (volym, motiv, samt vård och behandlingsinnehåll).
- Analys av anmälda avvikelser i samverkan mellan huvudmännen – med syfte att se vilka förbättringar som krävs.
- Analys av Socialstyrelsens Öppna Jämförelser för beroendevården

Länsövergripande politisk samverkansarena inom området (f.n. SVOM) roll inom beroendområdet är:

- Medverka till att det finns en tydlig och övergripande ansvarsfördelning för tidig upptäckt, förebyggande verksamhet samt vård och behandling utifrån aktuella riktlinjer, föreskrifter och lagstiftning
- Verka för att identifierade problemområden på länsövergripande nivå, mellan huvudmän och internt inom respektive organisation, blir belysta och föremål för utredning och åtgärd

Denna överenskommelse sträcker sig fram till 2027. Revidering kan komma att behöva ske tidigare på grund av de nationella initiativ som pågår utifrån Samsjuklighetsdelegationens uppdrag gällande Samsjuklighetsutredningen.

# Bilaga 1; förslag till mall för lokal överenskommelse

En lokal överenskommelse bör vara konkret. Representanter med mandat från olika verksamheter samverkar och enas om hur personer som har skadligt bruk och beroende och dennes närstående ska erbjudas stöd, vård och behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap.

*Förslag till rubriker och innehåll;*

## **Barn i riskmiljö**

- hur och var uppmärksammas barn som växer upp i riskmiljö, hur kan/bör en orosanmälan göras, återrapportering

## **Rutin för samverkan på chefs- och handläggarnivå**

- hur ofta träffar, vad ska tas upp, vilka ingår

## **Tidig upptäckt**

- i respektive verksamhet
- när/hur hänvisar vi till varandra

## **Utredning**

- vad behöver utredas, vem utreder vad

## **Behandling**

- vilken behandling behövs, vem erbjuder vad

## **Samsjuklighet**

- vem upptäcker, hur initieras samverkan
- utredning, på flera håll? stöd/behandling

## **Anhöriga**

- vad erbjuds och av vem

## **Rutiner vid polisens omhändertagande i enlighet med LOB**

- Medicinsk bedömning var/när
- tillgång till tillnyktring
- efterföljande kontakt var/när
- Särskilda arrangemang ex. festivaler

## **Rutiner för SMADIT**

- vem hjälper polisen med ev. provtagning
- vem håller SMADIT-samtalet
- vad erbjuds den som är motiverad att gå vidare till behandling

## **Kompetensutveckling**

- behovsinventering utifrån riktlinjerna
- samplanering

## **Uppföljning/utvärdering**

- hur hantera resultat från ÖJ

- behov av lokala uppföljningar
- forum för presentation av resultat

#### **Rutiner för avvikelser och eventuella tvister kring ansvarsfrågor**

- Rutiner för SIP, vem initierar och hur sker inbjudan, var och när sker träffen
- dokumentation, uppföljning mm

#### **Vem/vilka ansvarar för att den lokala överenskommelsen följs upp**

- hur ofta

För en konkret ansvars- och arbetsfördelning av insatser, mellan socialtjänst, primärvård, psykiatrisk specialistvård kan ett enkelt rutsystem användas enligt nedanstående förslag.

<b>Exempel</b>	<b>Handläggning socialtjänst</b>	<b>Handläggning primärvård</b>	<b>Handläggning specialistvård</b>
<b>Tidig upptäck och tidiga insatser</b>	AUDIT, DUDIT Rådgivande samtal (MI-inspirerat)	AUDIT, DUDIT Rådgivande samtal (MET)	AUDIT, DUDIT Rådgivande samtal (MET)
<b>Bedömning av behov</b>	Socialsekreterare genomför ASI-utredning om vuxen, ADAD för unga, missburkasutredning med samtal och kontakt med anhöriga	Provtagning, bedömningssamtal förmedling av kontakt till socialtjänst	Provtagning bedömningssamtal
<b>Stödmedicinering</b>	Hänvisning till primärvård	Provtagning, förskrivning uppföljning	
<b>Samsjuklighet</b>	ASI-utredning, LSS	Somatisk utredning/behandling	Psykiatrisk utredning/behandling

# Referenslista

- **Handlingsplan mot missbruk och beroende – tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13–29 år**, fastställd av SKLs styrelse dec 2018  
<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/missbrukochberoende.1165.html>. Planen omfattar 43 punkter om hur man tidigt ska upptäcka och bättre ta hand om unga som hamnat i missbruk. Planen, som ska bli underlätta samarbete och samordning mellan huvudmän.
- **Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019**  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf> innehåller rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. De vänder sig till beslutsfattare och profession inom området.
- Socialstyrelsens nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för **behandling av spelmissbruk och spelberoende**, utkom 2018.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2018-12-5.pdf>
- På **www.stodlinjen.se** finns självhjälpsprogram samt information för såväl den som själv spelar, den som är anhörig eller den yrkesverksamme.
- Regeringen beslutade i februari 2016 om en förnyad samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. **ANDT-strategin** gäller för perioden 2016-2020.  
[https://www.regeringen.se/contentassets/0cb3c9b3b28b49678a7205a3672b3e85/rk\\_21340\\_socialdep\\_folder\\_tillg\\_web.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/0cb3c9b3b28b49678a7205a3672b3e85/rk_21340_socialdep_folder_tillg_web.pdf)
- En **regional strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT)** för åren 2015–2020 har antagits för länet.  
<https://www.lansstyrelsen.se/download/18.4e0415ee166afb5932416930/1542113602862/Regional-ANDT-strategi-for-Jamtlands-lan-2015-2020.pdf> Syftet är att strategin och årliga handlingsplaner ska bidra till att stärka det lokala ANDT-arbetet samtidigt som den regionala nivån i ökad utsträckning ska vara ett stöd för länets kommuner och organisationer.
- **SMADIT** är en samverkan mellan Polisen, länets kommuner och Region JH med syfte att ge stöd till personer som rapporterats för ratt-, drogratt- eller sjöfylleri.  
<https://mobilisering.nu/alkohol/smadit-jamtlands-lan/>
- 2013 utfärdade Socialstyrelsen: **”Vägledning om brukarinflytande** inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Vägledningen riktar sig i första hand till personal inom socialtjänsten, psykiatri samt missbruks- och beroendevården, men kan även användas av brukarorganisationer.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>
- Socialstyrelsen har tagit fram ett **stöd för implementering**.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>
- Samsjuklighetsutredningen ”Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcenterade insatser för personer med samsjuklighet.” <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/11/sou-202193/>
- SoL 2025:400
- Slutrapport Samsjuklighetsutredningen i Jämtland Härjedalen