

**Ordinarie ledamöter och ersättare
i Socialberedningen**

Kallelse till sammanträde

Plats: Nordkalotten Hotell och konferens i Luleå (efter vägen mot Kallax flygplats)
Tid: **Tisdag den 3 maj. För tider, se nedan.**

Program

08.00 Sammanträde för styrgruppen för Koh-I-Noor
(gäller bara dig som är ledamot i denna grupp)

09.30 Kaffe/thé och smörgås står framdukat

**10.00 Sammanträde för Barn- och utbildningsberedningen samt
Socialberedningen gemensamt**

12.00 Lunch

**13.00 Separata sammanträden för Barn- och utbildningsberedningen
respektive Socialberedningen**

**15.00 Sammanträde för Den politiska ledningsgruppen för Samverkan mot
våld och Den politiska ledningsgruppen för Kunskap till praktik**
(Dessa ledningsgrupper består av Socialberedningens samtliga ledamöter och
politiska representanter för Norrbottens läns landsting och Polisstyrelsen i
Norrbotten)

**Dagordning för sammanträde för Barn- och utbildningsberedningen
samt Socialberedningen gemensamt**

- 1. Val av justerare**
- 2. Föregående protokoll**
- 3. Information om beredningarnas uppdrag och Förbundsfullmäktiges beslut om
inriktning 2011-2015**

*Muntlig information av Ingrid Carlenius, handläggare för Socialtjänstfrågor och
Marita Björkman, handläggare för Barn- och utbildningsfrågor*

- 4. Barn och unga**
 - Modellområde Östra Norrbotten
 - Utvecklingsområde Barn- och ungdomar.
 - Samverkan mot våld

*Muntlig information av Ingrid Carlenius, handläggare för Socialtjänstfrågor och
Marita Björkman, handläggare för Barn- och utbildningsfrågor*

- 5. Samverkan mot våld**

Muntlig information av Annika Stävenborg- Vennberg, projektledare

- 6. Övriga frågor**

Dagordning för Socialberedningens sammanträde

1. Val av justerare

2. Föregående protokoll

3. Handlingsplan för kunskapsutveckling inom äldreomsorg

Bilaga: plan enligt rubrik, se nedan

Kansliet föreslår beredningen besluta att anta planen

4. Länsövergripande överenskommelse i Norrbotten om samarbete för personer med psykisk funktionsnedsättning

Bilaga: förslag enligt rubrik, se nedan

Kansliet föreslår att beredningen rekommenderar medlemskommunerna att anta förslaget till överenskommelse

5. Val till länshandikapprådet

Bilaga, se nedan

6. Rapport FoU Norrbotten

Muntlig information av Marianne Forsgårde, forskningsledare

7. Upphandling HVB-hem

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

8. Kunskapsutveckling inom socialtjänst

Muntlig information av Annika Green, projektledare

9. Motion om stöd och hjälp till äldre att använda sina hörselhjälpmedel

Bilaga, se nedan

10. Anställning av samordnare för eHälsa inom vård och omsorg

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

11. Aktuellt inom socialtjänstområdet

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

Delgivning "Förskrivning av läkemedel"

Bilaga, se nedan

Dagordning för den Politiska ledningsgruppen för Kunskap till praktik

1. Val av justerare

2. Rapport

Muntlig information av Marja-Leena Komulainen, projektledare

3. Länsstrategi för missbruks- och beroendevård i Norrbotten

Bilaga, se nedan

Uppdragsdirektiv kompetenscentrum abstinensbehandling

Bilaga, se nedan

Dagordning för den Politiska ledningsgruppen för Samverkan mot våld

1. Val av justerare

2. Rapport

Muntlig information av Annika Stävenborg- Vennberg, projektledare

För sakfrågor inom socialtjänst, var vänlig kontakta:

Ingrid Carlenius

Telefon: 0920-20 54 04

Mobiltelefon: 070-213 58 15

E-post: ingrid.carlenius@bd.komforb.se

För frågor om sammanträdet, var vänlig kontakta:

Kjell-Åke Halldén

Sekreterare

Telefon: 0920-205405

Mobiltelefon: 070-6661774

E-post: kahn@bd.komforb.se

Utsänd 2011-04-12

**Ordinarie ledamöter och ersättare
i Socialberedningen**

**Bilaga föregående protokoll från det gemensamma sammanträdet för
Barn- och utbildningsberedningen och Socialberedningen 2011-01-13**

Barn- och utbildningsberedningen/
Socialberedningen gemensamt

Plats

Arkitektkopias lokaler,
Västra Varvsgatan 11, Luleå

Beslutande,

Barn- och utbildningsberedningen

Robert Forsberg, (s), Kalix
Mari-Teres Ögren, (s), Arjeplog

Beslutande, Socialberedningen

Bill Nilsson, (s), Älvsbyn,
Kenneth Nilsson, (-), Kiruna
Agnetha Eriksson, (s), Piteå
Anders Sundström, (ns), Boden

Övriga deltagare

Ingrid Carlenius, kansliet
Marita Björkman, kansliet
Agneta Bygdell, kansliet
Kjell-Åke Halldén, kansliet, *sekreterare*

Underskrifter § 1 - 5

.....
Bill Nilsson
Ordförande

.....
Robert Forsberg
Justerare

.....
Kjell-Åke Halldén
Sekreterare



Utsänd dagordning

1. Val av justerare

2. Dagordning

Bilaga: Utsänd dagordning

3. Föregående protokoll

Bilaga: Föregående protokoll

4. Inriktning 2011-2014

Bilaga: Våra planeringsförutsättningar 2011-2014

5. Samverkan mot våld

Muntlig information av Agneta Bygdell, kansliet



§ 1

Val av justerare

Beredningarna beslutar

Att Robert Forsberg, (s), Kalix, väljs till justerare



§ 2

Föregående protokoll

Ordföranden redogör för föregående protokoll.

Beredningarna beslutar

Att redogörelsen, med godkännande, läggs till handlingarna



§ 3

Dagordning

Ordföranden presenterar utsänd dagordning

Beredningarna beslutar

Att utsänd dagordning fastställs

§ 4

Inriktning 2011-2014

Marita Björkman och Ingrid Carlenius, kansliet, informerar i ärendet. Av informationen framgår bland annat att styrelsen ska ta ställning till den övergripande verksamhetsplanen för mandatperioden vid sitt sammanträde den 10 februari. Planen ska slutligen fastställas av förbundsfullmäktige den 17 mars.

Informationen innehåller också en sammanfattning av hur Kommunförbundet Norrbotten arbetat och vad som genomförts under mandatperioden, prioriteringar med mera.

Informationen avslutas med ett antal frågeställningar om hur Kommunförbundet Norrbotten bör arbeta i framtiden. Frågeställningarna presenteras så att de kan tjäna som grund för en diskussion under sammanträdet.

Ordföranden föreslår att beredningarna diskuterar frågan och att kansliet noterar synpunkterna som sedan inarbetas i det material som styrelsen har att ta ställning till den 10 februari och att de tillträdande beredningarna delges synpunkterna.

Beredningarna diskuterar frågeställningarna enligt ordförandens förslag.

Beredningarna beslutar

Att synpunkter som framkommer under diskussionen inarbetas i det material som kansliet presenterar för styrelsen den 10 februari

Att synpunkterna delges tillträdande beredningar

Barn- och utbildningsberedningen/
Socialberedningen gemensamt

§ 5

Samverkan mot våld

Agneta Bygdell, kansliet, informerar enligt rubrik. Av informationen framgår bland annat att bakgrunden till detta arbete är flera tidigare initiativ, bland annat att etablera ett barnahus för barn som utsatts för våld eller övergrepp eller bevittnat våld och kvinnohus för kvinnor i länet som utsatts för våld eller övergrepp.

Länsstyrelsen i Norrbotten har beviljat 380 000 SEK för att anställa en projektledare för arbetet. Summan utgör hälften av de sökta medlen och efter omarbetning av budgeten kommer Annika Stävenborg Vennberg att anställas för att leda projektet under ett år. Hon är både utbildad socionom och polis.

Beredningarna beslutar

Att informationen, med godkännande, läggs till handlingarna

Utsänd 2011-04-12

**Ordinarie ledamöter och ersättare
i Socialberedningen**

**Bilaga föregående protokoll från Socialberedningens
sammanträde 2011-01-13**

Socialberedningen

Plats Västra Varvgatan 11, Arkitektkopias sammanträdesrum, Luleå

Beslutande Bill Nilsson, (s), Älvsbyn,
Kenneth Nilsson, (-), Kiruna
Agnetha Eriksson, (s), Piteå
Anders Sundström, (ns), Boden

Övriga deltagande Ingrid Carlenius, kansliet
Marianne Forsgårde, kansliet
Agneta Bygdell, kansliet
Gunnar Eriksson, utredare
Kjell-Åke Hallden, *sekreterare*, kansliet

Underskrifter
§ 1 - § 13

.....
Bill Nilsson
Ordförande

.....
Anders Sundström
Justerare

.....
Kjell-Åke Halldén
Sekreterare

Socialberedningen

1. Val av justerare

2. Dagordning

Bilaga: Utsänd dagordning

3. Föregående protokoll

Bilaga: Föregående protokoll

4. Riktlinjer hjälpmedel revidering

Bilag:Förslag enligt rubrik

5. Regionala stöd strukturer för kunskapsutveckling – rapport och eventuella kompletterande beslut

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

6. Enklare sjukvård- rapport och eventuella åtgärder

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

7. Koh i Noor- rapport om projektet

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

8. FoU rapport

Muntlig information av Marianne Forsgårde, kansliet

9. Upphandling HVB platser

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

10. Vårdprogram för stroke

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

Bilaga: Utdrag ur Norrbottens läns landstings information 5. *När patient kommer hem*

11. Beslutsstöd vid förskrivning av hjälpmedel

Bilaga: PM

12. Länsstrategi missbruk o beroendevård

Muntlig information av Agneta Bygdell, kansliet

13. Aktuellt om socialtjänst

a) *Delgivning: medel för kompetensutveckling psykiatri*

b) *Övriga frågor*

Muntlig information av Ingrid Carlenius, kansliet

Socialberedningen

§ 1

Val av justerare

Ordföranden föreslår att Anders Sundström, (ns), Boden, väljs till justerare

Socialberedningen beslutar

att Anders Sundström, (ns), Boden, väljs till justerare

Socialberedningen

§ 2

Föregående protokoll

Ordföranden presenterar föregående protokoll

Socialberedningen beslutar

Att föregående protokoll, med godkännande, läggs till handlingarna

Socialberedningen

§ 3

Dagordning

Ordföranden presenterar utsänd dagordning och föreslår att punkterna ”FoU Rapport” och ”Enklare sjukvård” behandlas först så att föredragande inte behöver vänta. Han föreslår också att ärendet ”Hemsjukvård” läggs till dagordningen.

Socialberedningen beslutar

att dagordningen, med justeringar enligt ordförandens förslag, antas

Socialberedningen

§ 3

Föregående protokoll

Ordföranden presenterar föregående protokoll och föreslår att informationen läggs till handlingarna.

Socialberedningen beslutar

Att informationen om föregående protokoll läggs till handlingarna

Socialberedningen

§ 4

Rapport FoU

Marianne Forsgärde och Agneta Bygdell, kansliet, informerar om FoU:s verksamhet sedan senaste sammanträdet.

Ordföranden föreslår Socialberedningen besluta

Att med godkännande lägga rapporten till handlingarna

Socialberedningen beslutar

Att med godkännande lägga rapporten till handlingarna

Socialberedningen

§ 5

Enklare sjukvård – rapport och eventuella åtgärder

Utredaren Gunnar Eriksson informerar om förhandlingarna mellan Norrbottens läns landsting och kommunerna i rubricerad fråga. Av informationen framgår bland annat att avtalet gällde till och med 31 december. Parterna har inte kommit överens om nytt avtal och därmed gäller lagstiftning och föreskriftet. Båda parter är överens om att brukare inte ska drabbas och därmed försätter verksamheten på samma sätt som tidigare.

Ordföranden föreslår

Att rapporten godkänns

Att rapport i frågan lämnas till styrelsen under sammanträdet 2011-02-10

Socialberedningen beslutar

Att frågan

Att rapporten godkänns

Att rapport i frågan lämnas till styrelsen under sammanträdet 2011-02-10

Socialberedningen

§ 6

Hemsjukvård

Regeringen har beslutat 23 juni 2010 att tillsätta en nationell samordnare som ska stödja landsting och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Syftet med uppdraget är att på frivillig väg få ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för den kommunala hälso- och sjukvården och hemsjukvården i landet. Den nationella samordnaren ska även utreda frågan om kommunerna ska ges befogenhet att kunna anställa läkare. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2011. Ansvarig är Eva Samuelsson.

Ansvaret för hemsjukvård i det ordinära boendet är inte enhetligt i landet. I närmare två tredjedelar av landets kommuner har en frivillig kommunalisering av hemsjukvården genomförts och i ca en tredjedel av landets kommuner ligger ansvaret kvar hos landstinget.

Samordnarens uppdrag är:

- Identifiera och analysera vilka hinder och problem som finns för att på frivillig väg ta över ansvaret för hemsjukvården
- Ange omfattningen av den hemsjukvård som bör tas över av kommunerna med hänsyn till lokala förutsättningar
- Formulera strategier samt ta fram regionalt anpassade modeller för hur ett frivilligt övertagande av hemsjukvården från landsting till kommunerna kan genomföras
- Uppskatta kostnaderna för huvudmannaskapsförändringen
- Föreslå hur kostnaderna för hemsjukvården kan omfördelas mellan landsting och kommuner samt
- Lyfta fram exempel på huvudmannaskapsförändringar som gett gott resultat

Arbetet i Norrbotten ska bedrivas i samarbete med landstinget, berörda kommuner samt berörda organisationer. Relevanta utredningar och rapporter i hemsjukvårdsfrågan ska beaktas.

Socialberedningen

Som företrädare för kommunerna föreslås följande tjänstemän:

- Lars Åhl, ekonomichef Luleå
- Catharina Liljeholm, socialchef Boden
- Gunnar Eriksson, fd socialchef Kommunförbundet Norrbotten
- Ingrid Carlenius, handläggare Kommunförbundet Norrbotten

Kansliet föreslår Socialberedningen föreslå styrelsen

Att utse föreslagna tjänstemän som kommunala företrädare i samarbetet om
hemsjukvård

Ordföranden föreslår bifall till kansliets förslag

Socialberedningen beslutar föreslå styrelsen

Att utse föreslagna tjänstemän som kommunala företrädare i samarbetet om
hemsjukvård

Socialberedningen

§ 7

Gemensamma riktlinjer inom området medicintekniska produkter 2011

Kommunen erbjuder hälso- och sjukvårdsinsatser upp till läkarnivå enligt 18§ Hälso och sjukvårdslagen. Kommunen har ett ansvar för hälso- och sjukvård för medborgare som bor i särskilda boendeformer som avses i 20 och 21§.

Förskrivning av hjälpmedel ska utgå från brukarens behov av att upprätthålla och/eller förbättra sina förmågor/funktioner som en del i habiliterings/rehabiliteringsprocessen. Ansvaret för hjälpmedelsverksamheten är i huvudsak delat mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen, kommunerna och landstinget.

De gemensamma riktlinjerna har reviderats av en grupp arbetsterapeuter bestående av:

- Eva-Lisa Hägglund, Boden
- Britta Liljedahl, Piteå
- Mats Lindmark , Gällivare
- Maj-Britt Lundberg Luleå
- Tuula Tammilahti, Haparanda

Kansliet föreslår Socialberedningen besluta

att rekommendera medlemskommunerna att anta de reviderade riktlinjerna

Ordföranden föreslår bifall till kansliets förslag

Socialberedningen beslutar

att rekommendera medlemskommunerna att anta de reviderade riktlinjerna

Socialberedningen

§ 8

Regionala stöd strukturer för kunskapsutveckling – rapport och eventuella kompletterande beslut

Ingrid Carlenius, kansliet, rapporterar enligt rubrik.

Ordföranden föreslår att rapporten, med godkännande, läggs till handlingarna.

Socialberedningen beslutar

att rapporten, med godkännande, läggs till handlingarna

Socialberedningen

§ 9

Koh i Noor- rapport om projektet

Ingrid Carlenius, kansliet rapporterar enligt rubrik.

Ordföranden föreslår att rapporten, med godkännande, läggs till handlingarna.

Socialberedningen beslutar

att rapporten, med godkännande, läggs till handlingarna

Socialberedningen

§ 10

Upphandling HVB platser

Ingrid Carlenius, kansliet, rapporterar enligt rubrik. Av rapporten framgår bland annat att Socialberedningen anhållit hos Piteå kommun om att övriga kommuner ska bjudas in till den utredning i detta ärende som pågår i Piteå. Ledamöter i Socialberedningen har vid tidigare sammanträden efterlyst rapport om arbetet. Piteå kommun har nu meddelat att övriga kommuner inbjudits till samarbete men inbjudningarna har inte besvarats och därmed har inget samarbete inletts.

Ordföranden föreslår

Att kansliet får uppdraget att kontakta berörda kommuner i frågan

Att Socialberedningens ledamöter får uppdraget att diskutera frågan i sina respektive organisationer

Att ärendet tas upp till ny behandling under Socialberedningens nästa sammanträde

Socialberedningen beslutar

Att kansliet får uppdraget att kontakta berörda kommuner i frågan

Att Socialberedningens ledamöter får uppdraget att diskutera frågan i sina respektive organisationer

Att ärendet tas upp till ny behandling under Socialberedningens nästa Sammanträde

Socialberedningen

§ 11

Vårdprogram för Stroke i Norrbotten

Norrbottens strokevårdprogram är utarbetat i samverkan mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner. Programmet följer Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005 och 2009. Under 2010 har en arbetsgrupp genomfört en uppdatering av vårdprogrammet med utgångspunkt i Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009”.

I arbetsgruppen har följande medverkat från kommunerna: Annika Green, enhetschef rehabenheten Luleå, Maja-Lena Henriksson, medicinskt ansvarig sköterska Överkalix, Annika Morèn, hemtjänstchef Piteå, Tiina-Marie Ruotoistenmäki, sjukgymnast Luleå och Ann-Catrin Zakrisson, arbetsterapeut Boden

Vårdprogrammet utgör ett stöd vid handläggning av stroke och medverkar till att strokepatienterna i länet får en likvärdig vård av hög kvalitet. Det ska användas av samtliga vårdgivare inom Norrbottens Läns Landsting och även av kommunerna. Vårdprogrammet är nätbaserat och kan även användas i utbildningssyfte för personal och patient/närstående.

Version 2010 av ”Vårdprogram för stroke i Norrbotten” är baserat på Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009”. De nationella riktlinjerna utgår från det vetenskapliga underlaget för olika typer av åtgärder vid stroke. Det gäller både medicinska/kirurgiska åtgärder, omvårdnads/rehabiliteringsåtgärder och åtgärder som rör vårdens organisation. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer är ett värdefullt underlag vid utformningen av ett regionalt vårdprogram.

Stroke eller slaganfall är en av våra folksjukdomar. I Sverige drabbades under 2009 ca 34000 människor av stroke, varav ca 900 i Norrbotten. Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken i västvärlden efter hjärtsjukdom och cancer och är den enskilda sjukdom som medför flest antal vård dagar på sjukhus i vårt land, cirka en miljon per år. Dessutom tillkommer stora kostnader för kommunala insatser såsom boenden och hemtjänst.

Kansliet föreslår Socialberedningen besluta

att rekommendera länets kommuner att som stöd i verksamheten använda vårdprogrammet för stroke

Socialberedningen

Ordföranden föreslår att kansliets förslag bifalls

Socialberedningen beslutar

att rekommendera länets kommuner att som stöd i verksamheten använda vårdprogrammet för stroke

Socialberedningen

§ 12

Beslutsstöd vid förskrivning av hjälpmedel

Hjälpmedel är en integrerad del av hälso- och sjukvården. Kommunernas ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen samt i den överkommelse om gränsdragning som finns i Norrbotten.

Det är av vikt att en helhetsbedömning av individens behov ligger till grund för de åtgärder som ges. Förskrivning av hjälpmedel ska ske i samspel med övriga insatser. Ett beslutsstöd ska vara till hjälp för förskrivaren att bedöma behovet och utvärdera de insatser som ges.

Ett strukturerat beslutsstöd skulle kunna innehålla:

- Modell för att bedöma behov
- Prioriteringsordning
- Riskanalys
- Modell för utvärdering

Landstinget i Norrbotten har utarbetat en Hjälpmedelspolicy som gäller f.o.m 1 juli 2009.

Vid träffen med kontaktpersonerna i hjälpmedelsfrågor framkom att man ser ett värde i att kommunerna i Norrbotten samverkar med att ta fram ett förslag på beslutsstöd.

Kansliet föreslår Socialberedningen besluta

Att ge i uppdrag till arbetsterapeuterna och sjukgymnaster att bilda en arbetsgrupp som under 2011 arbetar med att ta fram förslag

Ordföranden föreslår bifall till kansliets förslag

Socialberedningen beslutar

Att ge kansliet i uppdrag att i samråd med arbetsterapeuter och sjukgymnaster att bilda en arbetsgrupp som under 2011 arbetar med att ta fram förslag

Socialberedningen

§ 12

Länsstrategi missbruk o beroendevård

Agneta Bygdell, kansliet, informerar enligt rubrik.

Ordföranden föreslår

Att informationen läggs till handlingarna

Socialberedningen beslutar

Att informationen läggs till handlingarna

Socialberedningen

§ 13

Aktuellt om socialtjänst

Ingrid Carlenius och Agneta Bygdell, kansliet, informerar om bland annat:

Socialstyrelsen har gett 2, 5 miljoner kronor till kompetensutveckling inom psykiatri i Norrbotten under 2011.

Till länsträffen i mars inbjuds såväl nya som tidigare ordföranden och vice ordförande i länets socialnämnder. Programmet är ännu inte definitivt.

Socialberedningen diskuterar den kommande länsträffen. Av diskussionen framgår bland annat att det vid detta tillfälle är lämpligt att informera nya ledamöter om Kommunförbundet Norrbotten och därmed också Socialberedningen. De nya ledamöterna kan få värdefull information av någon som varit aktiv i både den egna kommunens nämndsarbete som Socialberedningen och en sådan person är Agnetha Eriksson.

Ordföranden föreslår

Att informationen läggs till handlingarna

Att programmet för länsträffen ska innehålla information om Kommunförbundet Norrbotten och Socialberedningen

Att Agnetha Eriksson får uppdraget att redovisa erfarenheter för de nya ledamöterna

Socialberedningen beslutar

Att informationen läggs till handlingarna

Att programmet för länsträffen ska innehålla information om Kommunförbundet Norrbotten och Socialberedningen

Att Agnetha Eriksson får uppdraget att redovisa erfarenheter för de nya ledamöterna

Utsänd 2011-04-12

**Ordinarie ledamöter och ersättare
i Socialberedningen**

Bilagor till Socialberedningens sammanträde

Handlingsplan för kunskapsutveckling inom äldreområdet

2011-2013

Samverkan mellan landstinget och kommunerna i Norrbotten

Bakgrund

I december 2009 träffade regeringen och Sveriges kommuner och landsting, SKL, överenskommelse om ett treårigt utvecklingsarbete med "Program för en god äldreomsorg". En del i programmet är att bygga regionala stödstrukturer som långsiktigt ska kunna försörja regionen med praktiskt verksamhetsstöd, liksom att utgöra en arena för lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet.

I Norrbottens län pågår sedan lång tid ett omfattande samarbete mellan kommunerna och landstinget inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Syftet med samverkan är att bedriva en god vård och omsorg med god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande för medborgare som behöver hjälp och stöd.

I Norrbotten finns en länsstyrgrupp som är en samverkansgrupp mellan länets kommuner och landstinget. I länsstyrgruppen ingår fyra socialchefer, fyra barn- och utbildningschefer från kommunerna, fyra chefer från hälso- och sjukvårdsdivisionerna i landstinget samt samordnare. Länsstyrgruppen tar initiativ till och fungerar som styrgrupp för alla arbetsgrupper för gemensamma frågor. Länsstyrgruppen fastställer länsövergripande överenskommelser och rekommendationer som därefter ligger till grund för lokala avtal. Två gånger per år samlas länets samtliga socialchefer, barn- och ungdomschefer och divisionschefer i en gemensam samverkanskonferens.

Samarbetet mellan kommuner och landsting sker inom fyra områden: Hälso-sam uppväxt, Bra liv mellan ungdom och ålderdom, Trygg ålderdom samt Övriga samverkansarenor. Den indelningen utgår från ett individperspektiv och inte ett organisatoriskt perspektiv vilket även gör den mer hållbar över tid.

Regional stödstruktur

Kommunerna och landstinget ska utveckla en regional stödstruktur som långsiktigt ska kunna stödja verksamheterna att ta fram ny kunskap genom evidensbaserad forskning och utveckling.

Prioriterade förbättrings- och utvecklingsområden

Med satsningen på programmet för en god äldreomsorg använder vi begreppet Trygg ålderdom som en helhet där alla delar inom äldreområdet ingår. Uppgiften är att klargöra hur hälso- och sjukvård och socialtjänst ska samordnas och utföras för äldre med tydliga mål och uppföljningsbara paramet-

rar. Viktiga faktorer för att nå detta är en utveckling till en lärande organisation och att det skapas ett utbud av insatser som kan svara upp mot den enskildes individuella behov. En annan viktig faktor är att ha kompetent personal med evidensbaserad kunskap i olika aspekter av åldrandet, både hälsomässigt och socialt.

Övergripande mål

Det övergripande målet är att den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen ska tillgodoses. Den enskilde med behovsanpassade insatser ska få möjlighet att leva självständigt och under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

Länsstyrgruppen i Norrbotten är överens om en långsiktig planering (3-årig) inom äldreområdet. De prioriterade områdena i handlingplanen är vård och omsorg vid stroke respektive demens, palliativ vård och omsorg, samordnad individuell plan, evidensbaserad praktik, förebyggande insatser samt kvalitativ uppföljning av situationen för multisjuka äldre. Nedan redovisas en kortfattad beskrivning av respektive utvecklingsarbete.

Vård och omsorg vid stroke

I Norrbotten drabbas ca 900 människor årligen av stroke, i medeltal cirka tre personer dagligen. Av yttersta vikt är en välfungerande uppföljning och fortsatt behandling av personer som drabbats av stroke inom öppenvårdsrehabilitering, primärvård och kommun vad gäller rehabilitering, hjälpinsatser, medicinsk behandling samt kontroll av riskfaktorer.

För att uppfylla kraven i de nationella riktlinjerna för strokesjukvård samt målen med Norrbottens vårdprogram krävs förbättringar av samordningen i vårdkedjan, i eftervården samt det långsiktiga omhändertagandet av personer inom såväl primärvården som den kommunala omsorgen.

Mål

- En välfungerande vårdkedja från specialistvård till primärvård och kommun.
- Alla individer i ordinärt boende som har behov av uppföljning efter utskrivning från slutna vård skall få en samordnad individuell plan upprättad inom tre veckor.
- Varje vårdcentral och kommun har ett team med strokekompetensbevis.

En gemensam utvecklingsledare ansvarar för att ge stöd, information och utbildning till verksamheterna samt utforma det gemensamma strokeprogrammet. En gemensam projektplan med uppföljningsbara mål och mått kommer att utarbetas och fastställs av länsstyrgruppen.

Vård och omsorg vid demenssjukvård

Demenssjukdom är ett stort ohälsoproblem. Med en beräknad prevalens på åtta procent hos personer över 65 år lever drygt 4 000 norrbottningar med demenssjukdom. Gemensamt för samtliga demenssjukdomar är att de påverkar det kognitiva beteendet och funktionsförmågan.

En GAP-analys gjordes hösten 2009 i samband med Socialstyrelsens publicering av den preliminära versionen av nationella riktlinjer. Den visar bland annat att:

- många verksamheter saknar strukturerat arbetssätt för samverkan mellan specialiserad vård/primärvård/kommun,
- ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserad vård är oklar. Fördelningen av geriatriska resurser och specialistkompetens är ojämn över länet och prioriteringarna ser olika ut,
- det finns en brist på samsyn och samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Mål

- Tydlig ansvarsfördelning och arbetsfördelning mellan specialistvård, primärvård och kommuner.
- Teamarbete utvecklas för omhändertagande av personer med demenssjukdom.
- Ett gemensamt program utarbetas utifrån nationella riktlinjer.

Gemensamma utvecklingsledare ansvarar för att ge stöd, information och utbildning till verksamheterna. En gemensam projektplan med uppföljningsbara mål och mått kommer att utarbetas och fastställs av länsstyrgruppen.

Palliativ vård och omsorg

Palliativ vård i Norrbotten skall vara säker, patient fokuserad, kunskapsbaserad och jämlik, ges i rimlig tid och vara effektiv. Palliativa rådgivningsteam (PRT) finns idag som ett stöd för den palliativa vården som bedrivs inom kommun och landsting.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som är till för alla som vårdar människor i livet slut. Syftet med registret är att bidra till att förbättra vården vid livets slut oavsett var i landet man bor och oavsett vem som vårdar. Registreringen bygger på ett antal frågeställningar kring den avlidnes sista levnadsvecka.

Mål

- Ett gemensamt handlingsprogram utarbetas i samverkan mellan kommun och landsting för vård i livet slut.
- Säkerställa informationsöverföringen; Meddix, Samordnad individuell plan, hemmajournal
- Samtliga berörda enheter inom landstinget och kommunerna ska rapportera till Svenska palliativregistret.
- Utdata från kvalitetsregistret ska användas för utveckling och förbättring av verksamheterna.

En gemensam utvecklingsledare ansvarar för att ge stöd, information och utbildning till verksamheterna. Ett gemensamt program utarbetas efter nationella riktlinjer för palliativ vård. En gemensam projektplan med uppföljningsbara mål och mått kommer att utarbetas och fastställs av länsstyrgruppen.

pen.

Prestationsbaserad ersättning

Prestationsbaserad ersättning till kommuner och landsting utbetalas i förhållande till antalet genomförda registreringar sista kvartalet 2010. Ersättningen till kommuner och landsting som nått målen (40 procent, respektive 70 procent) kommer att fördelas i relation till antalet äldre i befolkningen.

Förebyggande insatser

Vårdprevention är ett systematiskt arbetssätt för att förebygga fall, trycksår och undernäring inom vård och omsorg. Arbetssättet innebär att alla personer 65 år och äldre, som kommer i kontakt med vård och omsorg, tidigt riskbedöms med evidensbaserade instrument. Vid identifierad risk sätts åtgärder in som följs upp och utvärderas.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som mäter hur landsting och kommuner arbetar systematiskt med att förebygga fall, trycksår och undernäring. Senior alert utgår från tre grundtankar; systematik, struktur och uppföljning av resultat. Resultat från kvalitetsregistret kan visa på områden att arbeta vidare med för att förbättra verksamheten.

Mål

- Identifiera alla personer 65 år och äldre, som kommer i kontakt med vård och omsorg, med risk för fall, trycksår och undernäring.
- Alla med identifierad risk ska få åtgärder insatta som följs upp och utvärderas.
- Inga undvikbara skador ska uppstå, alla ska kunna garanteras säkert och lika omhändertagande.
- Samtliga relevanta enheter inom landsting och kommun ska registrera i det nationella kvalitetsregistret Senior alert.
- Utdata från kvalitetsregistret ska användas för utveckling och förbättring av verksamheterna.

Gemensamma utvecklingsledare ansvarar för att ge stöd, information och utbildning till verksamheterna. En gemensam projektplan med uppföljningsbara mål och mått kommer att utarbetas och fastställas av länsstyrgruppen.

Prestationsbaserad ersättning

Prestationsbaserad ersättning till kommuner och landsting utbetalas i förhållande till antalet genomförda registreringar i Senior alert under sista kvartalet 2010.

Samordnad individuell plan (SIP)

Ändringar i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen från 1 januari 2010 innebär att landstinget och kommunerna tillsammans ska upprätta en individuell plan om denna behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. (3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL). Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Utifrån fastställda gemensamma samverkansriktlinjer mellan landstinget och kommunerna ska ett utvecklingsarbete påbörjas för att förbättra processen

kring vård- och omsorgsplanering. Äldre personer som är i behov av samordning ska få *en* egen individuellt anpassad plan istället för flera planer från olika verksamheter eller ingen samordnad plan alls.

Mål

- En samordnad individuell plan ska utvecklas för att enskilda med behov av insatser från landstinget och kommunerna ska få sina behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen tillgodosedda.

Gemensamma utvecklingsledare ansvarar för att utveckla den samordnade individuella planen och stödja verksamheterna i implementeringsarbetet. En gemensam projektplan med uppföljningsbara mål och mått kommer att utarbetas och fastställs av länsstyrgruppen.

Kunskaper i evidensbaserad praktik

Utifrån lagstiftningens krav på en god kvalitet i socialtjänsten sett ur ett brukar- och medborgarperspektiv är avsikten att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att skapa och använda relevant kunskap så att resurser kan riktas till områden där de gör bäst nytta. Det inkluderar även samtidiga insatser från landsting. Med evidensbaserad praktik avses ett arbete som baseras på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, de professionellas expertis och bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. En evidensbaserad praktik är ett förhållningssätt för ett ständigt och systematiskt lärande.

Mål

- Utveckla en kunskaps- och evidensbaserad socialtjänst och i angränsande områden tillsammans med landstinget.
- Brukarinflytande och brukarmedverkan utvecklas på individ-, grupp- och verksamhetsnivå.
- Alla berörda yrkesgrupper inom socialtjänsten och landstinget samt förtroendevalda ska senast år 2012 ha inhämtat grundläggande kunskaper i evidensbaserad praktik (EBP).

En gemensam utvecklingsledare ansvarar för att ge stöd, information och utbildning till verksamheterna. En gemensam projektplan med uppföljningsbara mål och mått kommer att utarbetas och fastställs av länsstyrgruppen.

Kvalitativ utvärdering av situationen för multisjuka äldre

Landstinget och kommunerna i Norrbotten planerar att delta i ett utvecklingsarbete som rör de mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende. Modellen är beprövad och har vidareutvecklats av SKL. Den kvalitativa analysen omfattar identifiering av situationen för multisjuka äldre. Utvärderingen riktar sig mot personer 75 år och äldre som bor i ordinärt boende och som under en tolv månadersperiod har vårdats tre eller fler gånger inom slutna sjukhusvård samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller flera olika sjukdomsgrupper enligt ICD10.

Datainsamlingen baseras på intervjuer och genomlysning av register- och journaldata under 18 månader kring berörd målgrupp inom den öppna och slutna vården samt kommunernas vård och omsorg. I uppföljningen ingår

13 JANUARI 2011

även läkemedelsbedömning och analyser av kostnader för vård, omsorg och anhörigstöd.

Gemensamma utvecklingsledare kommer att anställas för att ge stöd till landstinget och kommunerna i länet för att bedriva ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete för multisjuka äldre.

**Länsövergripande
överenskommelse i Norrbotten
om samarbete för personer med
psykisk funktionsnedsättning**

Förord

Kommunerna i Norrbotten och Norrbottens läns landsting är överens om att god vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning förutsätter ett nära samarbete mellan huvudmännen. Det innebär dels att huvudmännen är överens om ansvarsfördelning, dels att se vilka insatser som ska ges utifrån det egna kompetensområdet. Det är även angeläget med samtidiga insatser när så behövs.

Samarbetet ska präglas av en samsyn om att utgångspunkt för insatser är den enskilda personens behov och målet ska vara att dessa behov tillgodoses. Det är huvudmännens gemensamma skyldighet. Insatserna ska grunda sig på och tillvarata brukarens erfarenheter, den professionella beprövade kunskapen och den vetenskapliga forskningen.

De samarbetsområden som anges i denna överenskommelse är i överensstämmelse med tidigare tecknade överenskommelser samt lagar, föreskrifter och vägledningar inom detta område.

Denna överenskommelse har antagits av landstinget och kommunerna i Norrbottens län för tillämpning från och med 2011-xx-xx. Den har utarbetats i samråd med nätverket för brukar- och närståendeorganisationer i länet, NSPH, som bidragit med värdefulla synpunkter. Överenskommelsen är ett ramverk för lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

Överenskommelsen gäller tills vidare och ska följas upp en gång per år för att kvalitetssäkra underlaget och tillförsäkra att överenskommelsen är tillämpbar. Uppföljning ska ske i samråd med brukar- och närståendeorganisationer. Ansvariga för uppföljningen är Länsstyrgruppen.

Länsövergripande överenskommelse i Norrbotten om samarbete för personer med psykisk funktionsnedsättning

Syfte

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar (8 a § HSL, 5 kap 8 a § SoL) (1).

Syftet med överenskommelsen är att med utgångspunkt från gällande lagstiftning, de förordningar och reglementen som reglerar parternas ansvar för insatser och samverkan tydliggöra respektive huvudmans ansvarsområde och former för samverkan.

Mål

Målet är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få vård, stöd och rehabilitering och möjlighet till återhämtning så att de, utifrån egna önskemål, kan leva i samhällsgemenskap med andra.

Överenskommelser mellan landstinget och länets kommuner

Psykiatrireformen som genomfördes 1995 med skatteväxling mellan huvudmännen ligger till grund för den övergripande ansvarsfördelningen mellan landsting och kommuner.

Därutöver finns överenskommelser mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner på regional nivå, länsdelsnivå och på lokal nivå. Nedan refereras till några av överenskommelser som gjorts och som har betydelse för samarbetet kring personer med psykiska funktionsnedsättningar.

2004-08-19 ingicks överenskommelse om politisk samverkan inom vård- och omsorgsområdet mellan kommuner och landsting i Norrbotten (2). Den politiska samverkan enligt överenskommelsen gäller i första hand följande grupper:

- Äldre multisjuka individer med nedsatt autonomi
- Fysiskt och psykiskt funktionshindrade oavsett ålder
- Barn och ungdomar

Psykiatrireformen

1995 års psykiatrireform syftade till att förbättra livssituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Tanken med reformen var att ge kommunerna ett mer samlat ansvar för boende, sysselsättning, stöd och omvårdnad för personer med psykisk funktionsnedsättning samt att utveckla samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (3).

Den förändrade ansvarsfördelningen mellan kommunernas socialtjänst, primärvården och psykiatrin innebar också att psykiatrin alltmer skulle utgöra den spetskompetens som, dels ska svara för kvalificerade vård- och behand-

lingsinsatser till enskilda medborgare, dels fungera som stöd och handledning till övriga vårdgivare.

I psykiatrireformen poängterades primärvårdens ”första linje ansvar” för målgruppens psykiatriska och somatiska vårdbehov. Vikten av att tillförsäkra kontinuerligt stöd från specialistpsykiatrin till primärvården och till kommunerna i form av utredningsresurser, handledning och utbildning understöks också .

Inom ramen för Psykiatrireformen ingicks Psyk-Ädel Ramavtal mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner i slutet av 1994 (4).

I ramavtalet regleras, utöver de ekonomiska åtaganden som följer av den ändrade ansvarsfördelningen, kommunernas och landstingets samverkan i all övergripande planering av vård, omsorg och service till människor med psykiska funktionsnedsättningar. I den övergripande planeringen ska en viktig utgångspunkt vara att undvika parallella organisationer.

Individuell plan

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har utarbetat riktlinjer som reglerar hur huvudmännen ska samverka kring personer med behov av insatser från fler än en huvudman ”Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan” (5).

Dokumentet är uppbyggt utifrån tilläggen i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) som trätt i kraft 1 januari 2010 och behandlar ingående flera av de samverkansområden som ingår i dessa riktlinjer.

Egenvård

I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:6) definieras egenvård som: ”Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra som egenvård. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen”(6).

Det gemensamma målet är att den enskildes och närståendes förmågor nyttjas så långt det är möjligt. Den individuella bedömningen ska utgå från den enskildes fysiska och psykiska hälsa samt patientens livssituation och ske i samråd med den enskilde. Egenvård kan utföras av den enskilde, närstående, socialtjänst eller annan aktör. Legitimerad yrkesutövare ska samråda med den aktuella utföraren av egenvården.

Den individuella bedömningen och ansvarsförhållanden regleras närmare i dokumentet ”Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan”.

Missbruk- och beroendevård - samsjuklighet

Norrbottens län landsting och länets kommuner har i september 2008 träffat överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om implementering av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (7).

Samlade och samtidiga insatser över huvudmannagränserna riktade till personer med samsjuklighet på grund av psykisk störning och samtidigt missbruk, har som mål ett bättre omhändertagande och vård för målgruppen och är sannolikt samhällsekonomiskt lönsamt och kan bidra till minskad kriminalitet i samhället.

Utvecklingsarbetet med Case Manager enligt ACT- modellen som stöd för patienter med samsjuklighet på grund av psykisk sjukdom och samtidigt missbruk har sedan 2005 spridits i länet och CM-verksamhet finns nu inom vuxenpsykiatriens samtliga fyra verksamhetsområden tillsammans med nio av länets kommuner. Erfarenheterna är goda och understryker vikten av att de gemensamma insatserna grundar sig på gemensamma lokala överenskommelser mellan huvudmännen (8).

NORRBUS – Samverkan kring barn och unga i Norrbotten

För barn och ungdomar med samtidiga psykiska och sociala problem finns sammanverkansdokumentet NORRBUS (9). I dokumentet tydliggörs vikten av samverkan kring barn och unga 0 – 20 år. I NORRBUS anges bland annat mål för samverkan, grundläggande värderingar, aktörernas uppdrag och skyldighet att samverka.

Utgångspunkter

- Bästa möjliga vård och omsorg ska erbjudas den enskilde med utgångspunkt från personens behov och tillgängliga resurser
- Insatserna ska samordnas mellan huvudmännen för att skapa kontinuitet utifrån den enskildes behov
- Samarbetet ska präglas av öppenhet och god ömsesidig information
- I arbetet ska psykiskt funktionsnedsattas barns situation uppmärksammas och huvudmännen ska verka för att deras behov tillgodoses
- Närstående är en resurs i vård och rehabiliteringsarbetet och huvudmännen ska verka för att de får den hjälp och det stöd de behöver

Målgrupp för överenskommelsen

”En person har ett psykiskt funktionshinder om hon/han, har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden, och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid Svårigheterna skall vara en konsekvens av psykisk störning.”

Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning SOU 2006:100

I den följande texten används begreppet psykiska funktionsnedsättningar istället för psykiska funktionshinder.

I denna överenskommelse om samverkan anges inga åldersgränser utan kraven på samordning gäller även insatser till barn (0-18 år) och äldre (65+).

Grupper med särskilda behov av samverkan

- Personer med psykisk störning och samtidigt missbruk
- Barn och ungdomar med psykiska och sociala problem samtidigt
- Äldre med psykiska funktionsnedsättningar

För **personer med psykisk störning och samtidigt missbruk** bedrivs sedan flera år ett brett utvecklingsarbete i samverkan mellan länets kommuner och landstinget.

Samarbetet utgår från gemensamt utbildade Case Managers enligt ACT-modellen, som utgör integrerade team för samtidiga insatser.

Lokala avtal är upprättade för samarbete för denna målgrupp.

Ambitionen är att samarbetet mellan huvudmännen ska befästas, fördjupas och breddas.

Som ett led i implementeringen av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården pågår arbete med att ta fram lokala och regionala samverkansöverenskommelser. Det är angeläget att personer med psykiska funktionsnedsättningar och samtidigt missbruk tydliggörs även i dessa sammanhang.

För **barn och ungdomar med samtidiga psykiska och sociala problem** finns sammanverkansdokumentet NORRBUS.

I dokumentet tydliggörs vikten av samverkan kring barn och unga 0 – 20 år.

I Norrbus anges bland annat mål för samverkan, grundläggande värderingar, aktörernas uppdrag och skyldighet att samverka.

I överenskommelsen diskuteras och tydliggörs bas- och specialistnivåns uppdrag. Specialistverksamheterna ska komplettera basverksamheterna med konsultation och ansvarar för bedömning och utredning som kräver särskilda kunskaper, diagnostik och behandling. Brister på basnivån motiverar inte insatser på specialistnivån.

För **äldre med psykiska funktionsnedsättningar** planeras en inventering av vilka insatser som erbjuds i länet idag och hur de korresponderar med behoven.

Insatserna till personer över 65 år med psykisk ohälsa i länet behöver inventeras och analyseras för att det ska vara möjligt att göra en samlad bedömning om behoven i förhållande till hur de tillgodoses idag.

Sveriges Kommuner och Landstings kartläggning av den psykiatriska slutenvården understryker behovet av att utveckla samverkansformer och klargöra ansvarsgränser.

Gemensamma mål för landstinget och kommunens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar

Det övergripande målet för samverkan är att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska få vård, stöd och rehabilitering och möjlighet till återhämtning så att de, utifrån egna önskemål, kan leva i samhällsgemenskap med andra.

Denna länsövergripande överenskommelse förutsätter att det på lokal nivå formuleras uppföljningsbara mål och mått för insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Rutiner för samarbete mellan landstinget och kommunen kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar

I överenskommelsen mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner ”Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan” tydliggörs rutiner för samarbetet kring personer med behov av insatser från fler än en huvudman. Personer med psykiska funktionsnedsättningar har ofta sammansatta vårdbehov.

En individuell plan ska ses som ett viktigt dokument för den enskildes delaktighet och tillgodose hans/hennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården och omsorgen.

Utöver den enskildes medgivande finns ytterligare ett antal motiv för att upprätta en individuell plan:

Det etiska motivet – samarbete avlastar den enskilde bördan att själv hitta rätt i vårdapparaten och förhindrar att hon/han ”faller mellan stolarna”.

Verksamhetsmotivet – en enskild aktör, verksamhet eller myndighet kan inte ensam möta den enskildes behov.

Effektivitetsmotivet – med samarbete kan den enskilde uppnå en högre livskvalitet till en lägre samhällskostnad.

Kunskapsmotivet – samarbete breddar och fördjupar kunskapen om fungerande insatser. Specialistkompetensen förstärks och integreras i ett större sammanhang.

De gemensamma riktlinjerna för samverkan - samordnad individuell plan - tillsammans med andra lokala överenskommelser och riktlinjer gäller i tillämpliga delar för samarbetet kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Ansvar för boende

I samband med socialtjänstlagen 1982 fick kommunerna ökat ansvar för att tillgodose psykiskt störda personers behov av bland annat bostäder och meningsfull sysselsättning. Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen förtydligades i och med psykiatrireformen 1995. Kommunerna fick då ansvar för att tillgodose behov av sysselsättning och boendestöd samt uppsökande verksamhet och samordning av insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen och LSS ansvar för boendefrågan för alla medborgare som inte själva eller på annat sätt kan tillgodose sina behov av boende. Mer specifikt beskriver lagstiftningen en grupp som till följd av ”psykiska, fysiska eller andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring”. Bostadsfrågan framhålls i Psykiatriutredningens slutbetänkande som den enskilda faktor som har de största effekterna på den enskildes levnadsförhållanden.

Den Nationella psykiatrisamordningen uttryckte i sitt slutbetänkande att den vägledande principen när det gäller boendelösningar ska vara att det alltid är den enskildes behov och önskemål som styr insatsens utformning (10).

I enlighet med psykiatrireformen har specialistpsykiatrin uppdraget att genom utredningsresurser, handledning och utbildningsinsatser stödja kommunerna och deras verksamheter.

Boendelösningar för personer med särskilda behov

Den Nationella psykiatrisamordningen underströk vikten av nära samverkan mellan landsting och kommuner när det gäller mindre undergrupper av personer med psykiskt funktionsnedsättning som behöver få sina boendebehov lösta inom ramen för speciella arrangemang. Psykiatrisamordningen nämner särskilt de undantagsfall då samhällsskyddet värderas högre än personens självbestämmande.

I Vägledning för boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning definieras boendestöd som ”bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende” (11).

Till särskilda målgrupper räknas bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning där stödet ges i ett ordinärt boende. Stödet kan också ges i boende med särskild service. I vägledningen slås fast att den etiska plattformen som boendestödsverksamheten ska bygga på är att hemmet ska ses som individens egen plats, där han/hon bestämmer över sin vardag, markerar den personliga integriteten, upprätthåller relationer och utgör basen för individens aktiviteter. Det betyder att boendestöd alltid måste ta hänsyn till den enskildes önskemål och behov, och att stödet ska individanpassas.

För att förbereda patienter som vårdats inom den rättspsykiatriska vården inför utslussning i samhället finns sedan ett par år ett nära samarbete mellan Läns gemensam Rättspsykiatri i Öjebyn och länets kommuner. Det är dels ett gruppboende och dels ett boende för utskrivningsklara patienter. Båda boendelösningarna är arrangemang i nära anslutning till Rättspsykiatrins lokaler. Det är angeläget att dessa goda exempel på utvecklat samarbete mellan huvudmännen fördjupas till att även omfatta andra patientgrupper.

Ansvar för sysselsättning och arbetsrehabilitering

Personer med funktionsnedsättningar ska inte diskrimineras från arbetsmarknaden. Rehabilitering och återgång till arbete är en avgörande fråga för att förhållandena för personer med psykiskt funktionshinder ska kunna utvecklas och normaliseras. Arbetslinjen ska ses som central och gälla fullt ut även för personer med psykiska funktionshinder.

Ansvar för att utveckla, driva och stödja arbetslivsinriktad rehabilitering ligger hos flera olika myndigheter. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett visst ansvar men inte det totala. Psykiatrireformen förtydligade kommunernas ansvar för sysselsättningsverksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Inom ramen för den så kallade rehabiliteringsgarantin får landsting och regioner ekonomisk ersättning för insatser inom medicinsk rehabilitering med vetenskapligt stöd för att stärka arbetsförmågan hos den enskilde. För patienter med lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress rekommenderas kognitiv beteendeterapi (KBT) och för patienter med icke specifik smärta i nacke, skuldra eller rygg rekommenderas multimodal rehabilitering. Målsättningen är att dessa patientgrupper tidigt ska erbjudas adekvat behandling och därmed snabbare återgå i arbete eller undvika sjukskrivning.

Försäkringskassan har ett generellt ansvar för att klarlägga rehabiliteringsbehovet för en försäkrad person som drabbats av sjukdom eller skada. Försäkringskassan ska också medverka till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.

Arbetsförmedlingen har bland annat ett sektorsansvar för att verka för att arbetsgivare ska anställa fler personer med funktionsnedsättningar.

Personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning återhämtar sig snabbare om man satsar tid och resurser på att hitta bra sysselsättning och en väg tillbaka till arbetslivet, även under den tid som sjukdomen/funktionsnedsättningen varar.

Genom finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet finns möjligheter till samordnade rehabiliteringsinsatser i syfte att uppnå eller förbättra en enskilds förmåga till förvärvsarbete. Ett annat viktigt syfte med Finsam är att förhindra att människor hamnar i en gråzon och förhindra rundgång mellan olika aktörer. Finansiella samordningsförbund, där Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget samverkar, finns idag i några kommuner i länet, och kan vara en modell att utveckla.

Ansvar för hjälpmedel

Norrbottnens läns landsting och kommunerna i länet har träffat avtal om ansvarsfördelning för hjälpmedel i den dagliga livsföringen (12). Fördelningen innebär ett förtydligande av lagstiftningen som anger att kommunen har ansvaret för hjälpmedel i de särskilda boendena, medan landstingets ansvar omfattar de som bor i ordinärt boende. Målet med avtalet är att med starkt fokus på den enskilde personen förbättra samverkan. Syftet är att uppnå ett effektivt nyttjande av respektive huvudmans resurser och kompetens.

Verksamheten ska utmärkas av god tillgänglighet, säkra produkter, helhetsyn på den enskildes hjälpmedelsbehov, hög kompetens och samordnade kostnadseffektiva lösningar.

I vägledningen för boende och boendestöd finns förtydliganden om de specifika kognitiva hjälpmedel som finns och i vilka sammanhang och vid vilka specifika behov de kan användas.

Ansvar för stöd till barn till personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning

Det är varje barns rättighet att bli uppmärksammas och få det stöd och den hjälp som han eller hon är i behov av.

Mot denna bakgrund infördes 1 januari 2010 bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och i Patientsäkerhetslagen som ger hälso- och sjukvården och dess personal skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd (13).

Skyldigheten gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Barnets rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården är inte helt entydig. I Socialstyrelsens Meddelandeblad 7/2010 redogörs för de frågor om exem-

pelvis information, beslutskompetens och sekretess som kan uppkomma när barn under 18 år söker hälso- och sjukvård (14).

Nationell psykiatrisamordning framhöll i sitt slutbetänkande att tydliga rutiner borde finnas i all hälso- och sjukvård för att tillgodose behovet av stöd till barn och syskon till personer med psykisk sjukdom. Enligt utredningen har vuxenpsykiatri och primärvården en central ställning att upptäcka barnen och initiera stöd till dem och deras föräldrar eftersom verksamheterna har kunskap om föräldrarnas sjukdom. Detta kräver att ett barn- och familjeorienterat arbetssätt utvecklas inom hälso- och sjukvården och att ett nära samarbete skapas mellan vuxenpsykiatri, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänst, skola med flera berörda aktörer.

Metoden "Föra barnen på tal" syftar till att stärka föräldraskapet och stödja barnens utveckling. "Föra barnen på tal" har sin grund i förståelsen av hur den psykiska ohälsan påverkar föräldraskapet och barnen samt kunskapen om hur viktigt det är att föräldern kan stödja barnets utveckling. Metoden har utvecklats som stöd till personal som behandlar den psykiskt sjuka föräldern. Den vuxne kan ha sin kontakt inom specialistsjukvården eller primärvården. Metoden kan även användas inom socialtjänsten och skolhälsovården.

"Beardsleys familjeintervention" är en preventiv metod som riktar sig till familjer med en förälder med psykisk ohälsa. Metoden är utvecklad för att öppna upp samtal inom familjen om föräldrarnas sjukdom. Syftet är framförallt att minska barnets risk att själv insjukna genom att stärka skyddande faktorer och öka öppenheten inom familjen.

Socialnämnden har enligt socialtjänstlagen ett allmänt ansvar för att barn och ungdom ska kunna växa upp under goda och trygga förhållanden samt ett särskilt ansvar att ingripa om föräldrarna inte kan tillgodose den unges grundläggande behov av omvårdnad, skydd eller stöd.

Socialtjänsten har som uppdrag att stödja barn i utsatta situationer men är i det arbetet beroende av att andra samverkansaktörer aktualiserar när behov uppstår. Ett fungerande samarbete mellan en rad olika instanser är nödvändigt för att barn och föräldrar ska få ett så tidigt och bra stöd som möjligt. Enligt SoL ska socialnämnden i frågor som rör barn som riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Enligt HSL ska hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs.

Hälso- och sjukvården har enligt socialtjänstlagen skyldighet att genast anmäla till socialnämnden när de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att nämnden kan behöva ingripa till ett barns skydd.

I Norrbottens läns landstings rapport "Jag är så rädd" anges råd och riktlinjer för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av misshandlade och sexuellt utnyttjade barn (15).

Ansvar för stöd till anhöriga och närstående

Socialnämnden ska enligt 5 kap 10 § SoL erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning.

Enligt HSL 2c § ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Det betyder att den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska upplysas om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Den närstående tar ofta ett stort ansvar och kan behöva stöd och avlastning. En viktig uppgift för hälso- och sjukvården är att informera om kommunernas stöd till närstående och att motivera till kontakt.

Det finns ett antal evidensbaserade metoder för stöd till närstående, till exempel familjeinterventioner, som förutsätter samarbete mellan kommunerna och hälso- och sjukvården.

Insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning och psykiska sjukdomar ska präglas av medinflytande från den enskilde personen. Det är viktigt att utveckla förhållningssättet och bemötandet så att närstående bemöts på ett förtroendeingivande och stödjande sätt (16).

Former för hur tvister mellan parterna ska lösas

Frågor angående tillämpning av denna överenskommelse som inte kan lösas i samförstånd ska lyftas till närmaste verksamhetsnivå. Om frågan inte kan lösas i linjeorganisationen ska rapportering ske till den politiska ledningsnivån.

Om parterna är överens kan ett gemensamt utlåtande från juristerna vid Sveriges Kommuner och Landsting inhämtas.

Kostnaden för detta fördelas lika mellan huvudmännen.

Länkar

1. Sveriges Kommuner och Landsting, [Cirkulär 09:66](#)
2. [Överenskommelse om politisk samverkan inom vård- och omsorgsområdet mellan kommuner och landsting i Norrbotten](#)
3. [Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform](#), Socialstyrelsen
4. [Psyk-Ädel Ramavtal mellan NLL och Norrbottens kommuner](#)
5. [Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan](#)
6. [SOSFS 2009:6](#)
7. [Överenskommelse mellan SKL och Norrbotten om implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård](#)
8. [Överenskommelse CM i Luleå-Boden](#)
9. [NORRBUS](#)
10. [Ambition och ansvar, Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning SOU 2006:100](#)
11. [Det är mitt hem - vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen 2010](#)
12. [Avtal om hjälpmedel](#)
13. Sveriges Kommuner och Landsting, [Cirkulär 09:65](#)
14. [Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 7 2010](#)
15. Jag är så rädd – Råd och Riktlinjer för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av misshandlade och sexuellt utnyttjade barn. Norrbottens Läns Landsting 2007
16. [Socialstyrelsens meddelandeblad november 2009](#)

Utsänd 2011-04-12

**Ordinarie ledamöter och ersättare
i Socialberedningen**

Val till länshandikapprådet

Nuvarande ordinarie ledamöter:

Bertil Sundqvist (S)
Agnetha Eriksson (S)
Katarina Palm (V)

Nuvarande ersättare (personliga):

Marlene Haara (S)
Desirée Krutrök (S)
Sven-Olov Granlund (C)

Styrelsen har 2011-03-17 beslutat

Att ärendet överlämnas till Socialberedningen för behandling och beslut

Utsänd 2011-04-12

**Ordinarie ledamöter och ersättare
i Socialberedningen**

**Bilagor till sammanträde för Den politiska ledningsgruppen för
Kunskap till praktik**

Länsstrategi för missbruks- och beroendevård i Norrbotten

Länsstrategi för missbruks- och beroendevård i Norrbotten

Vägledande för arbetet med att ge stöd, vård och behandling till personer med riskbruk, missbruk och beroende är att det sker i samverkan mellan Norrbottens läns landsting och länets kommuner.

De insatser som erbjuds ska utgå från evidensbaserad praktik, vilket innebär att bästa tillgängliga kunskap utifrån forskning, praktikerns beprövade erfarenhet och brukarens erfarenheter och förväntningar vägs samman.

Den enskildes behov ska vara i fokus, och insatser ska så långt det är möjligt planeras i samråd med honom/henne.

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har kommit överens om följande gemensamma strategi för en missbruks- och beroendevård som håller hög kvalitet och är tillgänglig för alla.

Undertecknas av Ordförande i Kommunförbundet Norrbotten och Landstingsråd.

Bakgrund

Norrbottnens läns landsting och länets kommuner har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården i Norrbotten.

För att förebygga missbruk och tillgodose den enskildes behov krävs en långtgående samverkan mellan kommunerna och landstinget och inom respektive huvudman. Personer med missbruk och beroende ska ges stöd, vård och behandling av hög kvalitet. Bemötandet ska präglas av respekt för individen som ska erbjudas att vara delaktig 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.

År 2007 utkom Socialstyrelsen med Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som är gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården (1). Målet med riktlinjerna är bland annat att vården ska bli mer enhetlig, tillgänglig och utmärkas av god kvalitet samt att ge huvudmännen ett underlag för att rationellt använda missbruks- och beroendevårdens resurser.

Sveriges Kommuner och Landsting har i september 2008 träffat överenskommelse med Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting om implementering av de Nationella riktlinjerna. Målet med överenskommelsen är att den missbruks- och beroendevård som kommuner och landsting erbjuder är utformad i enlighet med aktuell kunskap om effektiva metoder och arbetssätt, så att klienter och patienter får insatser av god kvalitet.

Utvecklingsarbetet inom ramen för överenskommelsen ska ta till vara och utveckla den kompetens som finns lokalt och regionalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. Det kan bland annat ske genom en strukturerad samverkan mellan de båda huvudmännens FoU-verksamheter och genom samarbete med berörda universitet.

I överenskommelsen åtar sig Norrbottens läns landsting och kommunerna i länet, att implementera de Nationella riktlinjerna och arbeta fram ett gemensamt styrdokument för missbruks- och beroendevården som tydliggör vårdkedjan och de olika aktörernas ansvar.

Länsstrategi

Utgångspunkten för länsstrategin är de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården med rekommendationer om hur en evidensbaserad praktik inom området bör hanteras. I strategin kommer de enskilda rekommendationerna inte att upprepas, då de kan förändras över tid. Istället hänvisas till de Nationella riktlinjerna med de rekommendationer som är aktuella.

Länsstrategin uttrycker en målinriktning, där flera områden måste utvecklas, förstärkas och förtydligas innan kommunerna och landstinget gemensamt lever upp till strategins intentioner.

Länets kommuner har olika befolkningsstruktur, organisation, behov och förutsättningar vilket innebär att insatserna kan skilja sig åt mellan de olika kommunerna. Varje kommun måste därför, tillsammans med landstinget, analysera vilka insatser som fordras för att leva upp till strategins intentioner.

Länsstrategin ska utifrån de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, Missbruksutredningens diskussionspromemoria (2) och utifrån tidigare utredningar och erfarenheter definiera innehåll och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen inom följande områden:

- Upptäckt och tidig intervention
- Tillnyktringsverksamhet
- Abstinensvård
- Behandling och stöd
- Utredning, bedömning, planering, uppföljning

Länsstrategin ska också tydliggöra vilka vård- och behandlingsinsatser som tillgodoses på basnivå respektive specialistnivå samt behovet av regional stödstruktur för kunskaps- och kompetensutveckling inom missbruks- och beroendevården i länet utifrån individens behov.

Eftersom ansvaret ofta är gemensamt för huvudmännen ska den nya bestämmelsen i SoL och HSL om individuell plan, som alltid ska upprättas i samråd med den enskilde om behov finns av insatser från båda huvudmännen, utgöra ett viktigt verktyg för arbetet.

Länsstrategin ska ses som ett utvecklingsdokument. Förslag till förbättringar och utveckling ska behandlas av länsstyrgruppen. Länsstrategin gäller tills vidare. Länsstyrgruppen har det övergripande ansvaret för uppföljning och utvärdering och att strategin blir reviderad vartannat år. Utgångspunkten är att arbetet ska vara långsiktigt.

Missbrukssituationen

I betänkandet ”Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling” (SOU 2005:82) uppskattas antalet personer med tungt narkotikamissbruk till cirka 26 000 och antalet med tungt alkoholmissbruk uppskattas till cirka 80 000 personer (3).

I Missbruksutredningens diskussionspromemoria summeras, utifrån tillgängliga undersökningar, den rådande missbrukssituationen i Sverige (2).

Tabellen på nästa sida har hämtats från Missbruksutredningen (sid 74) och kompletterats med skattat antal för Norrbotten. Beräkningen utgår från att länets befolkning utgör 2,7 procent av rikets befolkning och att missbrukssituationen i länet är av ungefär samma omfattning som för riket.

	Andel	Antal	Skattat antal i Norrbotten
Alkohol			
- Riskabel konsumtion		900 000	25 000
- Skadligt bruk		300 000	8 000
- Beroende (vårdade för alkoholdiagnos)		80 000	2 200
Narkotika			
- Riskabel konsumtion (någon gång)	10 %		
- Beroende (vårdade för narkotikadiagnos)		29 500	800
Läkemedel			
- Skadligt bruk (tillvanda eller beroende)		250 000	7 000
Dopningsmedel			
- Riskabel konsumtion (någon gång)	1 %		
- Skadligt bruk och beroende (frekvent användning)		10 000	270
Blandmissbruk			
- Tungt narkotika och alkohol	40 %		
- Missbruksklienter med alkohol och narkotika (ASI)	25 %		
Samsjuklighet			
- Missbruk (sökt vård) och psykisk sjukdom	30– 50 %		
- Psykisk sjukdom (sökt vård) och missbruk	20-30 %		

Som framgår av tabellen har alkohol som problemdrog klart störst utbredning. Alkoholen står också för de största negativa konsekvenserna i form av dödlighet, sjukdom och skador. Den svenska alkoholkonsumtionen har ökat markant sedan mitten av 1990- talet liksom de alkoholrelaterade skadorna (2).

Narkotikamissbruket är mer begränsat men i vissa former mycket allvarligt. Efter flera år av minskad konsumtion förefaller narkotikamissbruket ha förvärrats under senare år. Detta grundas på att antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet som har sjukhusvårdats för narkotikarelaterade diagnoser eller avlidit av narkotikarelaterade orsaker har ökat (4).

Skadligt bruk av läkemedel är förhållandevis vanligt och i stor utsträckning ett dolt problem (2).

Blandmissbruk är vanligt förekommande och från både brukar- och klientorganisationer och från professionella inom vården förmedlas bilden av att blandmissbruket ökat över tid (2).

När det gäller samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol och narkotika visar forskning att mellan 30 och 50 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende också har prevalens för psykisk sjukdom. Mellan 20 och 30 procent av dem som söker vård för psykisk ohälsa har samtidigt missbruk eller beroende (2).

Utvecklingsområden inom missbruks- och beroendevården

Missbruks- och beroendevården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. Kunskapsutvecklingen på området ger förutsättningar för att åtgärder och insatser i allt högre utsträckning ska kunna ge faktiska och hållbara resultat. Ny kunskap om vård- och behandlingsformer,

behoven av samverkan och samarbete mellan olika vårdgivare samt värdet av att sätta individen och hans eller hennes behov i centrum ställer krav på organisering som förmår skapa goda förutsättningar för en önskvärd utveckling. Missbruksutredningen konstaterar att missbruks- och beroendevården i landet uppvisar problem inom följande områden:

- Individens ställning
- Tillgänglighet
- Kompetens och kvalitet
- Samordning och kontinuitet

Evidensbaserad praktik

Ett strategiskt utvecklingsområde inom missbruks- och beroendevården är införandet av evidensbaserad praktik. Det innebär ett förhållningssätt med ständigt och systematiskt lärande, där brukaren (i den mån brukaren kan eller vill vara delaktig), och de professionella, utifrån bästa tillgängliga kunskap tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser. Vetenskap blir användbar först när den integreras med professionell erfarenhet samt brukarens situation och önskemål (5).

Ett systematiskt förbättringsarbete kan fungera som drivkraft i en evidensbaserad verksamhet. Samtliga yrkesgrupper involveras i en läroprocess där man tillämpar vetenskap, ny kunskap systematiseras, brukarens erfarenheter tas tillvara och insatser följs upp metodiskt.

För att uppnå önskad effekt och bättre resultat är det viktigt att det finns utvecklade strukturer för samarbete över huvudmannaskapsgränserna och att olika professioners arbete synkroniseras. Kort skulle man kunna beskriva det som att man i en dialog mellan brukaren och den professionelle väger samman kunskapskällorna. Brukaren har rätt att få veta på vilken grund besluten fattas, dels av etiska och dels av rättssäkerhetsskäl. Beslutsgrunderna redovisas öppet, och det räcker inte att den professionelle hänvisar till personliga erfarenheter, tyst kunskap eller teorier om att hjälpprocessen har ett värde i sig.

EVIDENSBASERAD PRAKTIK (Haynes et al, 2002)



Innehåll och ansvarsfördelning

Personer med missbruk eller beroendeproblematik utgör ingen homogen grupp. Många olika problembilder ställer krav på olika insatser och kombinationer av insatser. Svårighetsgraden kan variera; allt från riskbruk till skadligt bruk till beroende. Konsekvenserna är ibland hälsorelaterade, ibland sociala och ibland både och.

Insatserna behöver vara differentierade och individuellt anpassade, ofta behöver de vara samordnade och samtidiga från huvudmännen.

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen framgår av följande plan:

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig intervention	Upptäckt och tidig intervention
Tillnyktring	Tillnyktring
	Abstinensvård
Psykosocial behandling Socialt stöd: Boende, sysselsättning, försörjning	Medicinsk diagnostik och behandling
Utredning, bedömning, planering, uppföljning (Egen, ibland samordnad)	Utredning, bedömning, planering, uppföljning (Egen, ibland samordnad)

Upptäckt och tidig intervention

Upptäckt och tidig intervention ska ske hos båda huvudmännen genom att bland annat använda de evidensbaserade screening- och bedömningsinstrument som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna. Viktiga verksamheter för identifikation är inom kommunens ansvar skolan och vissa delar av socialtjänsten och inom landstingets ansvar primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri och den somatiska vården.

Den som upptäcker problem ska ha möjlighet att initiera tidig intervention, till exempel i form av kort rådgivning. Det är också viktigt att den som upptäcker problemet har smidig tillgång till den specialiserade nivåns insatser, till exempel att enkelt kunna hänvisa vidare alternativt konsultera specialister hos båda huvudmännen om de upptäckta problemen bedöms vara svåra eller om det visar sig att den enkla, tidiga interventionen inte är tillräcklig.

Samordning mellan huvudmännen ska erbjudas när den ger ett mervärde för brukaren och kan konkretiseras i en individuell plan.

Tillnyktringsverksamhet

Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda alkohol- och drogpåverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap och någonstans att vistas under en kortare tid medan den värsta påverkan går ur kroppen.

De flesta tillnyktringar sker i hemmet utan inblandning av vare sig socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Polisen har ett särskilt ansvar för tillnyktring enligt Lagen om omhändertagande av berusad person, LOB.

Utöver detta finns behov av tillnyktring med medicinsk tillsyn oavsett om personen söker själv eller med hjälp av socialtjänst eller polis. Många personer klarar inte själva att bryta ett aktivt missbruk av rädsla för medicinska komplikationer. Det finns alltid en ökad medicinsk risk för påverkade perso-

ner, och det ska finnas tillgång till tillnyktring under medicinskt kontrollerade former.

Tillnyktringsverksamhet är ofta en länk i en vårdkedja före en abstinensbehandling eller en behandling för missbruk eller beroende.

Abstinensvård

Med abstinensbehandling eller abstinensvård avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder i anslutning till att intaget av alkohol eller andra droger upphör.

Abstinensvård är ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Abstinensvård ska i första hand erbjudas i öppna vårdformer inom hälso- och sjukvården medan komplicerad abstinensvård fordrar heldygnsvård.

Abstinensvård ska också ses som en länk i vårdkedjan.

Behandling och stöd

Behandling definieras som systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från missbruk eller beroende.

Psykosocial behandling innebär utöver detta att interventionen ska rikta sig till den enskildes psykologiska och sociala livssituation med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende, samt främst syfta till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar.

Psykosocial behandling och socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning är ett ansvar för socialtjänsten.

Medicinsk behandling utgår från diagnostik och omfattar bland annat provtagning, abstinensvård och farmakologisk behandling. Psykoterapi är en annan viktig del, i första hand beteendeorienterade kognitiva terapier, olika former av jagstödande terapi samt motiverande samtal.

All farmakologisk behandling, inklusive substitutionsbehandling vid opiatberoende, är ett ansvar för sjukvården. Vid abstinens- och substitutionsbehandling är den psykosociala delen av insatsen ett viktigt inslag som åligger socialtjänsten.

Vid abstinensbehandling och substitutionsbehandling för opiatberoende ska alltid en samverkan ske mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och i förekommande fall med arbetsgivaren. En individuell plan ska upprättas i samråd med den enskilda individen där ansvarsfördelningen tydliggörs.

Huvudregeln är att kommunen ansvarar för psykosocial behandling och landstinget för medicinsk behandling. Detta delade ansvar kommer att medföra ett visst mått av otydlighet som får avhjälpas genom individuella planer, lokala rutiner och överenskommelser.

Utredning, bedömning, planering, uppföljning

Med utredning avses kartläggning av behov och önskemål hos en individ med identifierade problem. För detta finns standardiserade instrument som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Med bedömning avses att beskriva problemen i termer av diagnos och vårdbehov, väga samman bästa åtgärder och individens egna önskemål, samt att formulera förslag till åtgärder.

Med planering avses den aktivitet som professionella tillsammans med brukaren och ibland hans eller hennes närstående utför för att bestämma hur insatserna ska utformas.

Med uppföljning avses främst aktiviteter som görs för att ta reda på hur förloppet utvecklar sig och om de vidtagna insatserna är tillräckliga.

Ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning ligger hos såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

Det är viktigt att se att utredning, bedömning, planering och uppföljning kan visa behov av samordning men det kan också vara så att det bara är den ena huvudmannen som ska stå för uppgiften. Den enskilda individen ska inte behöva utsättas för upprepade utredningar och bedömningar för samma problem. Om det inte finns behov av insatser från båda huvudmännen ska utredning och bedömning ske där frågan väcks.

Bara när det krävs för att länka ihop en vårdkedja ska detta göras gemensamt och föregås av en individuell plan.

Behovet av en individuell plan är särskilt tydligt vid samsjuklighet (missbruk/beroende och samtidig psykisk sjukdom) då samtidiga insatser är avgörande för effekterna för den enskilde.

Rätt insats på rätt nivå för personer med missbruks- och/eller beroendeproblem

Insatser för personer med missbruks- och/eller beroendeproblematik ska ta sin utgångspunkt i den enskildes behov vare sig det gäller riskbruk, skadligt bruk eller beroende och bygga på evidensbaserad praktik.

Det är angeläget att öka tillgängligheten till vård och stödinsatser för målgruppen. Kontinuitet i vårdkedjan med tillgång till personal med adekvat kompetens och med hög kvalitet i insatserna är av stor vikt för den enskilde och för samhället.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och kommunerna och mellan kommunerna behöver utvecklas för att få tillgång till tillräcklig kompetens och specialkunskap.

Kommunernas och landstingets verksamheter har olika basnivåer för sina verksamheter som möjliggör tidig upptäckt och intervention. För hälso- och sjukvården utgör primärvården ”första linjen” och för kommunernas del skolan och vissa delar av socialtjänsten.

Det är viktigt att basnivån i sin organisation har tillgång till de resurser och kompetenser som krävs inom området. Tidig identifiering av problem förutsätter att det finns insatser att tillgå för att förhindra fortsatt problemutveckling. En otillräckligt utvecklad första linjens vård och specialistvård, liksom oklarheter i ansvarsfördelning, medför stor risk för att insatser fördröjs eller helt uteblir.

När basnivåns kompetens inte är tillräcklig ska specialistnivån kontaktas. Specialistverksamheterna ska komplettera basverksamheterna med konsultation och ansvarar för bedömning och utredning som kräver särskilda kunskaper, diagnostik och behandling. Brister på basnivån motiverar inte insatser på specialistnivån.

Den specialiserade vården utgörs från kommunernas sida av socialtjänstens missbruks- och beroendevård. För hälso- och sjukvårdens del finns patienter med missbruks- och/eller beroendeproblematik både inom den psykiatriska och inom den somatiska specialistvården.

Kompetenscentrum

För att utveckla kompetensen inom området missbruk och beroende behöver ett gemensamt kompetenscentrum etableras, i syfte att samla och sprida kunskap gällande utvecklingen inom de psykiatriska, medicinska och psykosociala områdena.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007-102-1)
2. Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen (S2008:04).
3. Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling (SOU 2005:82).
4. Drogutvecklingen i Sverige. CAN Rapport 117. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
5. Oscarsson L. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. SKL Kommentus 2009.

Övrigt

När behoven får styra över organisationerna. Samordnad beroendebehandling i Norrbottens län. Norrbottens läns Landsting och Kommunförbundet Norrbotten 2006.

Norrbus – Samverkan kring barn och unga i Norrbotten. Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting

Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa – en kunskapssammanställning. Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

Kartläggning av den psykiatriska slutenvården. Sveriges Kommuner och Landsting 2010.

Datum: 2011-03-31

Uppdragsnamn: Kompetenscentrum abstinensbehandling

Uppdragsägare: Länsstyrgruppen

1. Grundläggande information

1.1. Bakgrund

Norrbottens läns landsting och länets kommuner har ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården i Norrbotten.

1.2. Idé

För att utveckla kompetensen inom området, med tyngdpunkt på avancerad abstinensbehandling, är parterna överens om att etablera ett kompetenscentrum med syfte att samla och sprida kunskap gällande utvecklingen inom såväl de psykiatriska, medicinska som psykosociala områdena. Det för huvudmännen gemensamma Kompetenscentrum ska huvudsakligen verka konsultativt och kompetensstödande till basnivån och till den specialiserade nivån hos de båda huvudmännen.

2. Mål och Verksamhetsnytta

2.1. Verksamhetsnytta/Nyttoeffekt

En kvalitativt likvärdig abstinensbehandling i länet

2.2. Uppdragsmål

Uppdraget är att identifiera vilken typ av abstinensbehandling centret skall kunna hantera och ge råd kring, vilka kompetenser som krävs och hur dessa skall utbildas alternativt rekryteras. Därtill skall uppdraget redovisa en kalkyl för den årliga driften av kompetenscentret. Arbetsgruppen har även uppdraget att föreslå andra insatser som kan kopplas till kompetenscentret, i syfte att utveckla kompetensen inom området missbruk och beroende.

3. Tidplan

Uppdraget skall redovisas till Länsstyrgruppen den 10 juni 2011.

4. Budget

4.1. Kostnader

Kostnader för uppdraget utgörs av arbetad tid och resor för möten inom länet.

Datum: 2011-03-31

4.2. Finansiering

Uppdraget finansieras av respektive uppdragsmedlems huvudman

5. Organisation

Uppdragsägare: Länsstyrgruppen

Arbetsgrupp för uppdraget:

Annsophie Nilsson Vuxenpsykiatri Piteå, Rose-Marie Larsson Vuxenpsykiatri Gällivare, Jan Karlsson Vuxenpsykiatri Sunderby psykiatri, Maria Apelqvist Samordnare/1:e socialsekreterare Biståndsenheten Gällivare kommun, Ralph Nilsson Sektionschef Luleå kommun samt Greger Pettersson, Verksamhetsområdeschef - Psykosocialt stöd till vuxna, Piteå kommun. Samordnare för arbetsgruppen är Greger Pettersson.

Mottagare av uppdragets resultat: Länsstyrgruppen

6. Kommunikation / dokumentation

6.1. Dokumentation

Mötesanteckningar och slutrapport

7. Överlämning/leverans av uppdraget

Slutrapport överlämnas till Länsstyrgruppen den 10 juni 2011. Rapporten skall ange vem som har ansvar för implementering, förvaltning och finansiering av verksamheten.

8. Referenser och bilagor

Länsstrategi för missbruks- och beroendevård i Norrbotten daterad den 27 mars 2011, med därtill hörande referensförteckning.

Luleå den 31 mars 2011

Stefan Bergström
Länsstyrgruppen

Mikael Lekfalk
Ordf. Länsstyrgruppen