

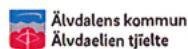
# Länsövergripande överenskommelse om samverkan

- rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar



FÄRLUN

GÄGNEF



Giltig fr.o.m  
2021-07-01

Giltig t.o.m  
2024-06-30

Diarienummer  
Dnr: RD21/00238

Versionsnummer  
1.0

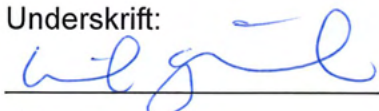
För verksamhet  
Länets kommuner och Region Dalarna

Godkänt av  
Länsnätverket för förvaltningschefer och  
Välfärdsrådet



<b>Dokumenttyp</b> Länsövergripande överenskommelse	<b>Dokumentnamn</b> Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar
<b>Giltig från och med</b> 2021-07-01	<b>Giltig till och med</b> 2024-06-30
<b>Ansvarig för revidering</b> Region Dalarna	<b>Diarienummer</b> RD21/00238
<b>Version</b> Version 1	<b>Godkänd av</b> Länsnätverket för förvaltningschefer 19 februari 2021 Välfrädsrådet 25 mars 2021
<b>Dokumenthistorik</b> Ersätter: Länsövergripande överenskommelse om samverkan inom missbruk- och beroendevården giltig från 2016-06-01	<b>Parter</b> <input type="checkbox"/> Region Dalarna <input type="checkbox"/> Avesta kommun <input type="checkbox"/> Borlänge kommun <input type="checkbox"/> Falu kommun <input type="checkbox"/> Gagnefs kommun <input type="checkbox"/> Hedemora kommun <input type="checkbox"/> Leksand kommun <input type="checkbox"/> Ludvika kommun <input type="checkbox"/> Malung-Sälens kommun <input type="checkbox"/> Mora kommun <input type="checkbox"/> Orsa kommun <input type="checkbox"/> Rättviks kommun <input type="checkbox"/> Smedjebackens kommun <input type="checkbox"/> Sätters kommun <input type="checkbox"/> Vansbro kommun <input type="checkbox"/> Älvdalens kommun  Kommunerna benämns i överenskommelsen gemensamt <i>kommunerna</i> och var för sig <i>kommun</i> .  Region Dalarna benämns <i>regionen</i> . Kommunerna och Region Dalarna benämns gemensamt <i>parterna</i> eller <i>huvudmännen</i> .

Underskrift:



Ulrika Gärdback

Ordförande Länsnätverket för förvaltningschefer



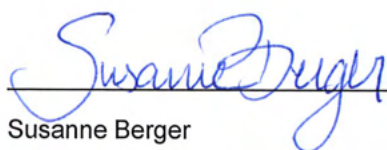
Jeanette Hjortsberg

Vice ordförande Länsnätverket för förvaltningschefer



Sofia Jarl

Ordförande Valfärdsrådet



Susanne Berger

Vice ordförande Valfärdsrådet



## Innehåll

<b>1.</b>	<b>Inledning</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrund	5
1.1.1	Regional och lokala samverkansöverenskommelser	5
1.1.2	Nationella kunskapsstöd	6
1.1.3	Helhetslösning tillsammans i samverkan	7
1.1.4	Samverkan – gemensamt agerande och gemensam handling	8
1.2	Syfte, mål och målgrupp	9
1.2.1	Syfte och mål	9
1.2.2	Målgrupp	9
1.3	Framtagande av den regionala överenskommelsen	10
1.3.1	Framtagen i bred samverkan	10
1.3.2	Samverkansorganisation i Dalarna	10
<b>2.</b>	<b>Utgångspunkter</b>	<b>11</b>
2.1	Agenda 2030 - de globala målen för hållbar utveckling	11
2.1.1	Globala mål som ska respekteras, skyddas, uppfyllas och främjas regionalt och lokalt	11
2.1.2	God och jämlik hälsa och förebygga ohälsa och sjukdom	12
2.2	Jämställdhet och jämlikhet	13
2.2.1	Jämställdhet och jämlikhet integreras i arbetet	13
2.3	Barns rättigheter	15
2.3.1	Barns rättigheter, barns bästa och barns delaktighet och inflytande	15
2.4	ANDTS - alkohol, narkotika, dopning och tobak och liknande produkter samt spel om pengar	17
2.5	Delaktighet och inflytande	18
2.6	Skyldighet att samverka	20
2.7	Särskilda omständigheter och särskilt sårbara målgrupper	21
2.7.1	Möta olika målgrupper på likvärdigt sätt	21
2.7.2	Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för barn 13-17 år och unga vuxna 18-29 år med missbruk och beroende	21
2.7.3	Samsjuklighet	22
2.7.4	Utsatthet för våld	23

---

<b>3.</b>	<b>Ansvarsfördelning</b>	25
3.1	Komplext område – ansvaret är gemensamt	25
3.2	Gemensamt ansvar för kommunerna och regionen	25
3.2.1	Ansvar samordnad individuell plan, SIP	26
3.2.2	Ansvar samsjuklighet	27
3.2.3	Ansvar barn och unga	28
3.2.4	Ansvar tvångsvård	29
3.3	Kommunernas ansvar	30
3.3.1	Insatser som kommunerna ansvarar för	30
3.4	Regionens ansvar	31
3.4.1	Insatser som regionen ansvarar för	32
<b>4.</b>	<b>Lokala överenskommelser</b>	34
4.1	Framtagandet av den lokala överenskommelsen	34
4.2	Innehåll i lokala överenskommelser	35
<b>5.</b>	<b>Implementering</b>	36
<b>6.</b>	<b>Uppföljning</b>	37
6.1	Systematisk uppföljning och analys	37
<b>7.</b>	<b>Avvikelsehantering och tvister mellan parterna</b>	38
7.1.1	Avvikelser	38
7.1.2	Tvist på regional nivå	39
7.1.3	Tvist på lokal nivå	40
<b>8.</b>	<b>Giltighetstid</b>	41
<b>9.</b>	<b>Ikraftträdande</b>	41
<b>10.</b>	<b>Utvärdering och revidering</b>	42

---



## 1. Inledning

### 1.1 Bakgrund

#### 1.1.1 Regionala och lokala samverkansöverenskommelser

Denna länsövergripande överenskommelse utgör ett lagstadgat styrdokument för att stödja den regionala och lokala nivån, det vill säga Region Dalarna och Dalarnas 15 kommuner, avseende samverkan rörande personer med missbruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar<sup>1</sup>.

I överenskommelsen tydliggörs dels huvudmännens lagstadgade ansvarsområden, enskilt och gemensamt i samverkan, dels hur arbetet kan utvecklas och genomföras utifrån bästa tillgängliga evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap (vetenskap, professionell erfarenhet och den enskildes erfarenheter, önskemål och situation).

Vidare utgör denna regionala länsövergripande samverkansöverenskommelse en grund för lokala samverkansöverenskommelser inom varje kommun, det vill säga mellan regionen och den enskilda kommunen. Den lokala överenskommelsen bör anpassas utifrån de specifika förutsättningarna och behoven på den lokala nivån men genom att de lokala samverkansöverenskommelserna tar sin utgångspunkt i den regionalt framtagna överenskommelsen, säkerställs förutsättningarna för att invånarna i länet ges en likvärdig och jämlik vård och omsorg.

Såväl denna som de lokala överenskommelserna ska omfatta både flickor, pojkar, kvinnor, män och personer av annat kön, det vill säga barn (upp till 18 år) och vuxna.

#### TERMER I ÖVERENSKOMMELSEN

---

*Vård och omsorg* avser fackområdet som innefattar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet.

*Insatser* avser åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder enskilda med syftet att möta ett behov. Det kan t.ex. handla om: förebyggande- och främjande arbete, tidiga insatser, utredning, stöd och behandling.

*Individ* avser personer med behov av vård och omsorg såsom patienter, brukare, deltagare, klienter eller kunder.

*Närstående* används som samlande begrepp både för de personer som är anhöriga till individen juridisk sett och de personer som individen själv anser sig ha en nära relation.

<sup>1</sup>) I överenskommelsen används begreppen **missbruk** och **beroende** genomgående i enlighet med gällande lagstiftning, nationella riktlinjer och nationella vård- och insatsprogrammet. I Sverige använder vi oss av två olika diagnosystem när det gäller missbruk och beroende, DSM som främst används inom forskning och psykiatrisk verksamhet och ICD som används i övrig hälso- och sjukvård. Det kan noteras att DSM i sin senaste upplaga, DSM 5, frångått de tidigare diagnoserna missbruk respektive beroende. I stället har diagnosen substansbrukssyndrom införts som indelas i svårighetsgraderna lindrigt, medelsvårt eller svårt. I ICD:s nuvarande version, ICD 10, återfinns diagnoserna skadligt bruk och beroende. **Riskbruk** beskriver bruk av alkohol utan att det är ett beroende eller missbruk.

Två ytterligare regionala samverkansöverenskommelser finns mellan kommunerna och regionen som berör missbruk och beroende.

Dessa är:

- Länsövergripande överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa (inkluderar: barn med psykisk funktionsnedsättning samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet), beslutas under år 2021.
- Länsövergripande överenskommelse om samverkan för kommuner och region i Dalarnas län kring personer med psykiska funktionsnedsättningar från 18 år.

### 1.1.2 Nationella kunskapsstöd

#### *Nationellt vård- och insatsprogram*

Överenskommelsen följer det nya nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) för missbruk och beroende som lanserades i december 2020. VIPen är det senaste nationella kunskapsstödet inom psykisk hälsa och belyser befintlig kunskap på ett användarvänligt sätt. Mot denna bakgrund hänvisar denna överenskommelse till gällande VIP i mycket hög utsträckning som kunskapsstöd och vägledning, i alla relevanta delar och sammanhang. Det finns flera relevanta VIPar inom psykisk hälsa<sup>2</sup>.

Vård- och insatsprogrammet syftar till att öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ och bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapsammansättningar. VIPen innehåller inte "ny" kunskap, utan syftar främst till att tillgängliggöra befintlig kunskap på användarvänligt sätt i, eller inför, professionens möte med individen.

VIPen utgör ett samlat instrument där olika verksamheter och professioner (socialtjänst, skola och hälso- och sjukvården) kan ta del av varandras kunskapsunderlag vilket kan bidra till bättre helhetssyn kring individen samt skapa mer realistiska förväntningar verksamheter emellan<sup>3</sup>.

Förutsättningarna för ett ge bra bemötande och rätt insatser utifrån individens behov, ökar om bästa tillgängliga kunskap används i mötet mellan personal i skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård och individen.



2) År 2021 finns följande nationella vård- och insatsprogram: ADHD, depression och ångestsyndrom, missbruk och beroende, schizofreni och liknande tillstånd och självskadebeteende. VIParna finns på hemsidan: [www.vardochinsats.se](http://www.vardochinsats.se). I VIP Missbruk och beroende ingår alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel och spel om pengar.

3) De nationella vård- och insatsprogram arbetas fram inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning. Arbetet har skett inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa med deltagare från regioner och kommuner. För mer info om Kunskapsstyrning se SKR:s hemsida.



Ett annat instrument är de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen som tas fram, vilket innefattar primärvården, den specialiserade vården samt även vid behov den kommunala hälso- och sjukvården.

Syftet är att skapa en jämlik, jämställd och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap<sup>4</sup>. Sammanfattningsvis beskriver VIPen vad som ska utföras och hur en insats utformas och den regionala samverkansöverenskommelsens fokus är att tydliggöra "vem som gör vad", det vill säga huvudmännens ansvar både var för sig och gemensamt i samverkan.

#### *Socialstyrelsens nationella riktlinjer*

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. De Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende 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<sup>5</sup>.

Det finns även Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor som innehåller rekommendationer om åtgärder för att förebygga och behandla sjukdom genom att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor såsom förändrat tobaksbruk, riskbruk av alkohol m.m. Riktlinjerna vänder sig också till beslutsfattare och profession inom området<sup>6</sup>.

Både Socialstyrelsen och vård- och insatsprogrammet hänvisar även till andra kunskapsammansättningar.

### **1.1.3 Helhetslösning tillsammans i samverkan**

Problematiken vid missbruk och beroende är ofta komplex och insatser behöver samordnas för att möta individens hela livssituation. Därmed aktualiseras ett brett utbud av insatser, som faller både inom det sociala och medicinska området, men även inom det farmakologiska och psykiatriska området.

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har därför viktiga uppgifter som ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och omsorgssystem för att åstadkomma ett tydligt och samlat ansvar.

4) För mer info om Vårdförlopp se SKR:s hemsida.

5) Socialstyrelsens första nationella riktlinjer (NR) för missbruk och beroende som publicerades år 2007 och de Nationella riktlinjerna för hälsofrämjande insatser som publicerades år 2011 har haft stor betydelse för utvecklingen av missbruks- och beroendevården. I de lagändringar som har skett sedan dess och de nationella riktlinjerna för vård och insatser vid missbruk och beroende från år 2015 stärks kravet ytterligare på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänst och på brukar- och patientinflytande. De nationella riktlinjerna uppdateras 2017 respektive 2019 för att bland annat tydliggöra terminologin för opioidberoende i enlighet med nya föreskrifter. Läs mer på Socialstyrelsens hemsida.

6) Läs mer på Socialstyrelsens hemsida "Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor".



Det är inte alltid helt tydligt vem som har ansvar för vad och ofta sammanfaller ansvaret och blir gemensamt. Kommunerna och regionen måste därför tillsammans, både regionalt och lokalt, skapa en bra helhetslösning som utgår från individernas olika behov och önskemål. Det handlar om att tillsammans skapa en behovsanpassad, personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorgskedja (ibland används begreppet "sömlös") av hög kvalitet mellan de två huvudmännen. För att lyckas är det nödvändigt att överskrida organisationsgränser och fokusera på individerna istället för respektive organisation och profession.

Samverkan mellan kommunernas och regionens verksamheter är därför av stor betydelse för att personer i behov av vård och omsorg för missbruk och beroende inte "faller mellan stolarna" inom den egna organisationen eller mellan organisationerna.

I första hand berör denna överenskommelse socialtjänst och hälso- och sjukvård, men även andra aktörer spelar en viktig roll i arbetet. I ovannämnd VIP utpekades förskola och skola som viktiga aktörer.

Ansvarsfördelningen mellan kommunernas socialtjänst och regionens hälso- och sjukvård beskrivs närmare i avsnitt 3.

#### 1.1.4 Samverkan – gemensamt agerande och gemensam handling

Det finns många olika definitioner av begreppet samverkan. Inledningsvis kan konstateras att samverkan inte är ett mål i sig, utan ett medel för att uppnå överenskommelser mellan olika huvudmän/parter/aktörer.

I detta sammanhang och i förevarande länsövergripande samverkansöverenskommelse definieras samverkan enligt följande:

- "Samverkan: en process som är ämnad att skapa nytänkande, nytt agerande, ny förståelse och nytt lärande i en specifik fråga. Samverkan innebär ett gemensamt agerande och gemensam handling"<sup>7</sup>.

#### SAMVERKAN OCH SAMARBETE

---

*Samverkan* skapas vidare genom delaktighet, lyhörd dialog, förståelse för varandras förutsättningar och ett gemensamt ansvar för helheten.

*Samarbete* innebär gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift.

I samverkan och samarbete sker således ett kunskapsutbyte vilket berikar professionerna och möjliggör att resurser används mer effektivt.

Källa: Partnerskapet och Socialstyrelsen termbank

7) Partnerskapet som verkar inom kunskapsstyrningsfrågor för socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård använder denna definition. Läs mer om Partnerskapet på SKR:s hemsida. Källa citat: Bottheim, K. & Zingmark, A. (u.å.). Samverkansmodellen – en modell för att leda samverkan strategiskt. Länka Consulting. Läs mer om samverkan i rapporten "Dimensioner för framgångsrik samverkan". Socialstyrelsen termbank definierar samarbete, finns på Socialstyrelsens hemsida.

## 1.2 Syfte, mål och målgrupp

### 1.2.1 Syfte och mål

#### *Syfte*

Syftet med denna samverkansöverenskommelse är att:

- stärka samverkan
- tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen
- tillgodose individens behov av vård och omsorg utifrån ett helhetsperspektiv
- utveckla verksamheter genom att tillämpa bästa tillgängliga evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet med den enskilda individen.

Ytterst sett handlar det om att tillsammans utveckla en behovsanpassad, personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorgskedja av hög kvalitet för alla olika grupper av kvinnor, män, flickor, pojkar och personer av annat kön.

#### *Mål*

Det övergripande målet är att:

- huvudmännen tillsammans främjar en effektiv, kunskapsbaserad, jämlik, jämställd och likvärdig vård och omsorg för missbruk och beroende, oavsett för vem du är och vart i länet du bor.
- överenskommelsen ska utgöra grund för framtagande och implementering av lokala samverkansöverenskommelser i varje enskild kommun, mellan den kommunen och regionen.

### 1.2.2 Målgrupp

Målgruppen för överenskommelsen är personer, män, kvinnor, flickor, pojkar och personer av annat kön, som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Överenskommelsen gäller således för både barn (upp till 18 år) och vuxna.

Vården och omsorgen för missbruk och beroende, ska därför anpassas för att på bästa sätt möta olika målgrupper oavsett kön, ålder och annan bakgrund (se avsnitt 2.2).

Särskilt sårbara målgrupper eller sårbara omständigheter som vidare bör beaktas är: kriminalitet, risk för suicid<sup>8</sup>, barn och ungdomar med eget missbruk och beroende eller som lever i en familj där missbruk förekommer, äldre personer, gravida, risk för och utsatthet för våld, personer med funktionsnedsättning, personer med utländsk bakgrund, personer med samsjuklighet samt personer med dopingproblematik.

Arbetet med att uppnå målet, med denna överenskommelse, för alla målgrupper förutsätter implementering, ett systematiskt kvalitetsarbete med uppföljning och analys, liksom användning av bästa tillgängliga kunskap samt reflektion över normer och värderingar som kan påverka bemötandet av den enskilde individen (se avsnitt 5 och 6).

8) I Dalarna finns en handlingsplan för suicidprevention, se på Region Dalarnas hemsida.



## 1.3 Framtagande av den regionala överenskommelsen

### 1.3.1 Framtagen i bred samverkan

Denna överenskommelse är framtagen i bred samverkan mellan kommunerna i Dalarna och Region Dalarna. Den tidigare Regionala utvecklingsgruppen (RUG) för missbruk och beroende fick i uppdrag av länschefsnätverket i Dalarna att revidera denna överenskommelse. En arbetsgrupp med representanter från kommuner och Region Dalarna tillsattes för att genomföra uppdraget. Till arbetet tillsattes även en referensgrupp som stöd i arbetet. I både arbetsgruppen och i referensgruppen har representanter från brukarrörelsen funnits med.

Avdelningen för Hälsa och välfärd (regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS Dalarna)) Region Dalarna, har varit ett stöd i arbetet.

Till skillnad från tidigare överenskommelse om missbruk och beroendevården som beslutades 2016 omfattas barn och unga samt spelberoende/spelproblem (spel om pengar) i denna överenskommelse.

Tidigare fanns också ett regionalt vårdprogram som kompletterade den länsövergripande överenskommelsen. Som nämns ovan hänvisas nu istället till det nya nationella vård- och insatsprogrammet (VIP).

### 1.3.2 Dalarnas samverkans- och stödstruktur

Den regionala samverkans - och stödstrukturen, RSS Dalarna, verkar på länsnivå med kunskapsstyrning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård samt med att stödja samverkan mellan länets femton kommuner och Region Dalarna. RSS drivs genom Avdelningen för Hälsa och välfärd i Region Dalarna. En samordning av arbetet inom RSS sker också med regionens system för kunskapsstyrning<sup>9</sup>.

RSS Dalarna är uppbyggd genom olika grupperingar:

- *Välfärdsrådet* är ett politiskt samverkansorgan på övergripande och strategisk nivå för länets socialtjänst och hälso- och sjukvård<sup>10</sup>.
- *Länsnätverket för förvaltningschefer* ("Länschefsnätverket") är ett samverkansorgan på högsta tjänsteledningsnivå för länets socialtjänst och hälso- och sjukvård<sup>11</sup>.
- *Lokala arbetsgrupper (LAG) och referensgrupper* utgör operativa arbetsgrupper som består av adekvata kompetenser/funktioner från kommuner och regionen. LAG får uppdrag av Länschefsnätverket.

9) Målet med kunskapsstyrning är att nå en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård och omsorg av hög kvalitet. Kunskapsstyrningens delar (kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap) främjar en evidensbaserad praktik (EBP). Läs mer om kunskapsstyrningen på SKR:s hemsida och Region Dalarnas hemsida.

10) Välfärdsrådets ledamöter utgörs av ordförande i socialnämnd eller motsvarande nämnd från länets femton kommuner. Regionens ledamöter består av presidiet i Region Dalarnas hälso- och sjukvårdsnämnd (se instruktion).

11) I Länschefsnätverket representeras kommunerna av högsta chefsfjäntemannaledning från socialtjänstförvaltningen (eller dylik förvaltning). Regionen representeras av chefer inom hälso- och sjukvårdsledningen (se arbetsordning).



## 2. Utgångspunkter

### 2.1 Agenda 2030 - de globala målen för hållbar utveckling

#### 2.1.1 Globala mål som ska respekteras, skyddas, uppfyllas och främjas regionalt och lokalt

Agenda 2030 är en FN-resolution som innehåller en handlingsplan med globala mål för omställning till ett hållbart samhälle för människorna, planeten och välbefinnandet. Världens länder har åtagit sig att fram till år 2030 leda världen mot en hållbar och rättvis framtid, att utrota fattigdom och hunger överallt, att bekämpa ojämlikheter inom och mellan länder, att bygga fredliga, rättvisa och inkluderande samhällen, att alla ska kunna åtnjuta de mänskliga rättigheterna, att främja jämställdhet och kvinnors och flickors egenmakt, att vidta ansträngningar för att nå dem som är mest utsatta först samt att säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Som en del i att förverkliga en social, ekologisk och ekonomisk hållbar utveckling har FN antagit 17 globala utvecklingsmål och 169 delmål.

Agenda 2030 genomsyras av ett rättighetsperspektiv som säkrar alla individers politiska och medborgerliga rättigheter, likväl som de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Att ingen ska lämnas utanför är en av agendans centrala principer och visar på vikten av att arbeta mot ojämlikhet på olika nivåer i samhället – från det lokala till det globala.

Jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet och barnets rättigheter är vidare centrala delar som systematiskt ska integreras för att uppnå samtliga mål.



När det gäller denna överenskommelse är särskilt följande mål och delmål viktiga att lyfta fram:

- Mål 3 är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar.
  - Delmål 3.4: Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.
  - Delmål 3.5: Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk.
- Mål 5 är att uppnå jämställdhet, och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10 är att minska ojämlikheten inom och mellan länder.
- Mål 16 är att främja fredliga och inkluderande samhällen<sup>12</sup>.

De globala målen omfattar alla världens länder och de regionala och lokala offentliga aktörerna är avgörande för genomförandet. Arbetet ska ske i enlighet med Agenda 2030 och andra internationella konventioner om mänskliga rättigheter ska respekteras, skyddas, uppfyllas och främjas regionalt och lokalt i Dalarna<sup>13</sup>.

### 2.1.2 God och jämlik hälsa och förebygga ohälsa och sjukdom

Främjande och förebyggande insatser för en god och jämlik folkhälsa är en integrerad del i Agenda 2030 och en förutsättning för en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar samhällsutveckling. Ett folkhälsobaserat förebyggande arbete, eller prevention, är att främja hälsa och förebygga ohälsa och sjukdom. Det kan riktas mot individer, olika befolkningsgrupper eller samhället i stort. En viktig aspekt är att minska ojämlikhet i hälsa mellan olika grupper genom långsiktiga och varierande typer av insatser på olika arenor och nivåer i samhället.

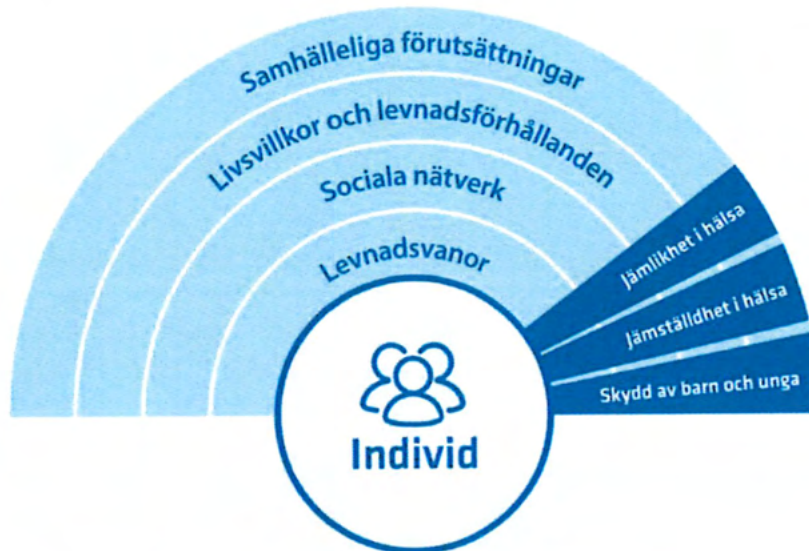
Det förebyggande arbetet utgår från att dels stärka skyddsfaktorer, dels motverka riskfaktorer, det vill säga faktorer som i detta sammanhang antingen innebär en risk för att individer börjar missbruka eller utveckla eller som kan skyddas från att utveckla ett missbruk. Dessa faktorer finns på individuell, social och strukturell nivå.

12) UNDP [www.globalamalen.se](http://www.globalamalen.se) om "Globala målen" och under "Material" alla rapporter.

13) Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna, Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, Internationell konvention om avskaffande av alla former av rasdiskriminering, Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, Konventionen om tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling och bestraffning, Konventionen om barnets rättigheter och Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.



Inom folkhälsoområdet omnämns vidare Hälsans bestämningsfaktorer som är faktorer i människors livsvillkor och levnadsvanor som anses ha central betydelse för hälsan, och de illustreras i modellen nedan. Den beskriver förhållandena mellan individen, omgivningen och hälsan samt förtydligar vikten av att i alla delar beakta jämlikhet och jämställdhet i hälsa samt skydd av barn och unga<sup>14</sup>.



Källa: Dahlgren och Whitehead 1991, Bearbetad av Folkhälsomyndigheten 2020

## 2.2 Jämställdhet och jämlikhet

### 2.2.1 Jämställdhet och jämlikhet integreras i arbetet

Att integrera jämställdhet och jämlikhet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård handlar om att alla (oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, ålder, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning eller sexuell läggning) i lika stor utsträckning får vård och omsorg samt insatser för missbruk och beroende utifrån sina behov och att verksamheten håller en jämn och hög kvalitet oavsett vem den enskilde är och oavsett vem hen möter.

Det ska vara självklart att alla, män och kvinnor, flickor och pojkar samt personer av annat kön<sup>15</sup>, med missbruk eller beroende, får ett respektfullt och likvärdigt bemötande. Den enskildes egna erfarenhet, kunskap och önskemål ska finnas med som en självklar del i utredning, bedömning och vid val av insatser oavsett kön, ålder och annan bakgrund. Bedömningen får inte utgå ifrån könsstereotypa föreställningar eller begränsas av rådande normer. Det leder i förlängningen till diskriminering. Reflektion om verksamhetens normer och värderingar som kan påverka bemötandet av individer är därför viktigt<sup>16</sup>.

14) Folkhälsomyndigheten "Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika" Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag S2019/04314/FS. Modellen för Hälsans bestämningsfaktorer återfinns även i rapporten (Dahlgren och Whitehead 1991, bearbetad av Folkhälsomyndigheten 2020).

15) För fördjupning om transinkluderande jämställdhetsarbete och begreppet personer av annat kön, se RFSL - OAVSETT KÖN? (2020) Handbok för arbete med jämställdhet och trans. Se även SCB:s skrift: Stödmaterial för att inkludera transpersoner i enkäter och undersökningar (2020).

16) Socialstyrelsen: "Att mötas i hälso- och sjukvård" - Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor (2015).



Trots de globala och nationella målsättningarna visar en lång rad undersökningar att vård och omsorg är ojämställda och ojämlika på flera sätt<sup>17</sup>. Det handlar om att användningen, skadorna samt resultatet av insatser inom missbruk och beroende skiljer sig åt mellan olika grupper av kvinnor, män, flickor, pojkar och personer av annat kön<sup>18</sup>. Jämställdhet och jämlikhetsperspektivet är därför centralt.

För att skapa likvärdighet och lyckas uppnå en jämställd och jämlik vård och omsorg för missbruk och beroende, är det viktigt att jämställdhet och jämlikhetsperspektivet är integrerat i verksamheternas olika delar. Det handlar om att använda perspektivet i analysen av målgruppens olika behov, i valet av insatser och i uppföljningen av resultat och utfall<sup>19</sup>.

Ett annat viktigt redskap i arbetet är att könsuppdelad individbaserad statistik vilket synliggör kvinnor, män, flickor och pojkars levnadsvillkor, behov och upplevelser. Regionen och kommunerna är dessutom skyldiga att använda sig av könsuppdelad statistik (uppdelat på juridiskt kön)<sup>20</sup>. Statistiken kan även indelas ytterligare som t.ex. ålder, inrikes-/utrikesfödd och bostadsort.

Ett redskap som kan inspirera i det konkreta individmötet är t.ex. "Genushanden"<sup>21</sup>, som handlar om att få till jämställda rutiner för likvärdig service.

För att belysa jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet i verksamheternas arbete har Socialstyrelsen tagit fram ett antal frågeställningar:

- Vilka problem eller behov har individerna?
- Vilka insatser får individerna?
- Har individernas situation förändrats efter insatserna?
- När vi de mål vi satt upp tillsammans med individerna?
- Vad tycker individerna om insatserna?
- Speglar våra insatser individernas behov?
- Hur skiljer sig ovanstående mellan olika grupper av kvinnor - män, flickor, pojkar och personer av annat kön: svenskfödda - utlandsfödda, beroende på socioekonomi, funktionsnedsättning, och så vidare? <sup>22</sup>

17) Det nationella jämställdhetspolitiska delmålet om att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor - gäller för såväl socialtjänst och hälso- och sjukvård. Läs mer SKR-rapporten:(O)jämställdhet i hälsa och vård - en genus medicinsk kunskapsöversikt.

18) SKL rapport - (O)jämställdhet i hälsa och vård (2014).

19) SKR- rapporten:(O)jämställdhet i hälsa och vård - en genus medicinsk kunskapsöversikt.

20) Förordning (1994:1108)

21) Jämställ.nu – Genushanden. Genushanden hjälper verksamheten att få jämställda rutiner så deltagare, och de som möts av verksamhetens service, får samma frågor oavsett kön, och därmed likvärdig service.

22) Socialstyrelsens rapport "Systematisk uppföljning" – Beskrivning och exempel (2014) Terminologin i frågorna är bearbetad av Region Dalarna. För fler stödfrågor som rör värden se även SKR- rapporten:(O)jämställdhet i hälsa och vård - en genus medicinsk kunskapsöversikt.

## JÄMSTÄLLDHET OCH JÄMLIKHET

---

Jämlikhet och jämställdhet hänger nära samman, men är inte samma sak. Jämlikhet handlar om rättvisa villkor mellan individer och grupper i samhället medan jämställdhet gäller kön - förhållandet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar och personer av annat kön.

Normer är oskrivna regler, idéer och ideal kring hur man förväntas vara, leva och se ut. Personer som bryter mot normer kan komma att uppleva osynliggörande, trakasserier, diskriminering eller våld. Det kan påverka ens hälsa negativt eller leda till ojämlika livsvillkor.

Personer av annat kön används för att inkludera personer som bryter mot föreställningen om att det enbart finns två kön och att dessa kategorier är stabila över tid. Det avser alltså barn och vuxna som identifierar sig som mellan, bortom eller med båda könskategorierna kvinna/man, flicka/pojke eller som är osäker på eller inte definierat sin könsidentitet.

Källa: Jämställ.nu och RFSL

### 2.3 Barns rättigheter

#### 2.3.1 Barns rättigheter, barns bästa och barns delaktighet och inflytande

1 januari 2020 blev barnkonventionen lag. Syftet är att stärka alla barns mänskliga rättigheter i praktiken<sup>23</sup>. Barnkonventionen innehåller 54 artiklar. Artikel 2, 3, 6 och 12 kallas för de fyra grundprinciperna som ska integreras i övriga artiklar<sup>24</sup>. Barnkonventionen, det vill säga barns rättigheter, ska integreras i arbetet med missbruk och beroende när barn berörs direkt eller indirekt<sup>25</sup>.

Det innebär att barns bästa ska vara vägledande vid planering och vid samverkan inom och mellan huvudmän. Verksamheter ska ta hänsyn till vad som är bäst för barnet sett ur ett helhetsperspektiv, att hänsyn tas till barnets mående och hela livssituationen. Vid alla åtgärder som rör barn ska en prövning av barnets bästa alltid genomföras. Prövningen kan gälla det enskilda barnet eller barn som grupp<sup>26</sup>.

Det nationella vård- och insatsprogrammet beskriver vikten av att arbeta med barnkonventionen i praktiken. Verksamheter som möter barn eller som fattar beslut som påverkar barn ska:

- arbeta för att stärka barns och ungas rättigheter
- utveckla barns och ungas delaktighet och inflytande inom verksamheten
- verka för att barns bästa lyfts fram i beslut, avtal, verksamhetsplanering och budget<sup>27</sup>.

23) Barnkonventionen gäller alla barn som befinner sig i Sverige oavsett om ett barn är medborgare, har tillfälligt uppehållstillstånd, är asylsökande, EU-medborgare eller vistas i Sverige utan tillstånd.

24) Barnombudsmannen om Barnkonventionen.

25) Det kan handla om barn och unga med eget missbruk och beroende, gravida, barn till föräldrar samt föräldrar med missbruk- och beroendeproblem.

26) Barnombudsmannen stödmaterial: "Prövning av barnets bästa" - Ett stödmaterial för beslutsfattare och tjänstepersoner.

27) Vård. och insatsprogram – Missbruk och beroende – Lagar och regler – Barnkonventionen.

## BARNKONVENTIONENS FYRA GRUNDPRINCIPER

---

**Artikel 2** handlar om alla barns lika värde och rättigheter. Ingen får diskrimineras. Barnkonventionen gäller för alla barn som befinner sig i ett land som har ratificerat den.

**Artikel 3** anger att det i alla åtgärder som rör barn i första hand ska beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Begreppet "barnets bästa" är konventionens grundpelare och har analyserats mer än något annat begrepp i barnkonventionen. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall och hänsyn ska tas till barnets egen åsikt och erfarenhet.

**Artikel 6** understryker varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling. Artikeln handlar inte bara om barnets fysiska hälsa utan också om den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen.

**Artikel 12** lyfter fram barnets rätt att bilda och uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad.

Med utgångspunkt i barnkonventionen ansvarar varje verksamhet för att ge barnet en möjlighet att uttrycka sin mening och att deras åsikter ska beaktas utifrån ålder och mognad, se vidare Socialstyrelsens kunskapsstöd om att bedöma barns mognad för delaktighet<sup>28</sup>.

Barnombudsmannen har tagit fram ett processtöd, Barnrättsresan, för att hjälpa kommuner, regioner och myndigheter att utveckla sitt barnrättsarbete och leva upp till barnkonventionen. Barnrättsresan innehåller fyra steg och varje steg innehåller olika moment. I stegen finns kunskap, verktyg och lärande exempel från verksamheter som kommit en bit på vägen i sitt barnrättsarbete. Arbetet med att säkerställa rättigheterna i barnkonventionen är ett ständigt pågående arbete - därför är Barnrättsresan cyklisk. Inom ramen för varje steg och respektive moment finns olika stöd, instruktioner och webbutbildningar<sup>29</sup>.

28) Socialstyrelsens "Bedöma barns mognad för delaktighet" - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården (2015).

29) Barnombudsmannen "Barnrättsresan".



## REFLEKTIONSFRÅGOR

---

### **Artikel 2 – Lika rättigheter och icke diskriminering**

Gäller lika rättigheter för barn i vår verksamhet, eller finns det barn som faktiskt diskrimineras? Används kunskap om barn och statistik systematiskt i analyser, beslut och uppföljning? Har vi kunskap om ifall det finns grupper av barn som vi har svårt att nå, eller som inte har tillgång till vår verksamhet?

### **Artikel 3 – Barnets bästa**

Ser vi alltid till barnets bästa i vår verksamhet? Finns det arbetssätt, rutiner och stöd för att göra systematiska prövningar av barnets bästa i din verksamhet? Vilka beslutsprocesser har vi där prövningar av barnets bästa behöver genomföras?

### **Artikel 6 – Rätt till liv och utveckling**

Vad betyder barns rätt till liv och utveckling i vår verksamhet? Vilka samverkar du med idag, för att få ett helhetsperspektiv på barnet? Vilka skulle du behöva samverka med för att se till att barn får sina rättigheter tillgodosedda?

### **Artikel 12 – Rätt till delaktighet och inflytande**

Vad betyder barns rätt till delaktighet och inflytande i vår verksamhet? Har vi rutiner och arbetssätt som möjliggör att barn kan göra sin röst hörd utifrån barnets ålder och förutsättningar? Har vi arbetssätt och rutiner för att inhämta barns åsikter inför strategiska beslut som rör barn?

Källa: Barnrättsresan

## **2.4 ANDTS - alkohol, narkotika, dopning och tobak och liknande produkter samt spel om pengar**

Sveriges nationella mål för folkhälsopolitiken är: "Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation"<sup>30</sup>. En viktig del av arbetet, som i hög grad bidrar till ohälsa i samhället, är alkohol, narkotika, dopning, tobak och liknande produkter samt spel om pengar (ANDTS). För att minska de negativa effekterna beslutade regeringen 2016 om en "samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016-2020" (ANDT-strategin). Strategin ska vägleda prioriteringarna på lokal, regional och nationell nivå.

30) Beslutades i Riksdagen i juni 2018.

Strategin innehåller sex mål som tillsammans ska bidra till att uppnå det övergripande målet "Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk".

1. Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska.
2. Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska.
3. Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.
4. Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.
5. Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.
6. En folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.

Folkhälsomyndigheten har ansvar för att stödja genomförandet av ANDT-strategin. En ny strategi tas fram under 2021.

Länsstyrelsen har också ett särskilt ansvar för att regionalt samordna och utveckla det förebyggande arbetet mot alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS) i länet. Länsstyrelsen Dalarna samordnar länets ANDTS-förebyggande arbete genom utbildning och stöd till kommuner och region samt tillsyn av kommunens kontroller av bland annat serveringstillstånd.

## 2.5 Delaktighet och inflytande

Både i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen står det att individen ska ha möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som behövs. Vården för den enskilde väljs och utformas i samarbete mellan individen och personalen. Om individen lämnar samtycke kan anhöriga och närstående kontaktas och involveras. För mer information om barns inflytande och delaktighet (se avsnitt 2.3)

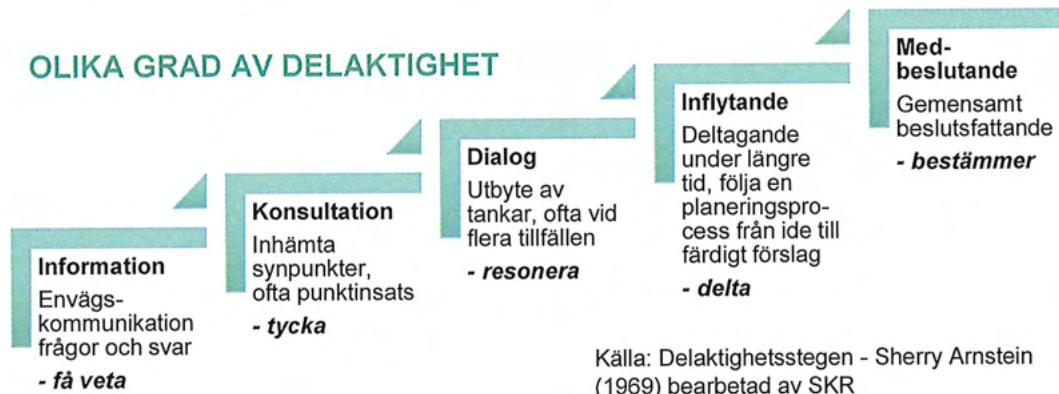
*Enligt socialtjänstlagen 5 kap § 10 (2009:549) har anhöriga rätt till stöd från socialtjänsten. Detta förtydligas även i socialstyrelsens "Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap § 10 socialtjänstlagen" utgiven av socialstyrelsen 2016.*

*Enligt HSL 1 § och PL 5 § har hälso- och sjukvården ett ansvar att förebygga ohälsa i befolkningen. Detta innebär bland annat att upplysa personer om förebyggande metoder för att förhindra ohälsa hos närstående till personer med skadligt bruk eller beroende.*

*Individer och närstående* - För att uppnå syfte och mål med överenskommelsen både regionalt och lokalt är det avgörande att Dalarnas kommuner och Region Dalarna ständigt och systematiskt verkar för delaktighet och inflytande från de invånare som har behov av vård och omsorg eller är närstående.



Det handlar om att säkerställa att inflytande och delaktighet sker på olika nivåer, både individnivå samt verksamhets- och systemnivå<sup>31</sup>. Delaktighet kan också förekomma i olika grad och det som ska eftersträvas är just inflytande i meningen att delta och medbeslutande genom att bestämma gemensamt. Se Delaktighetstrappan<sup>32</sup> nedan:



*Brukarorganisationer och brukarrevision* - Att samverka med brukarorganisationer, både regionalt och lokalt, är avgörande för att utveckla vård och insatser för missbruk och beroende utifrån ett individ/brukar/patient- och närstående perspektiv<sup>33</sup>. Regionalt finns det ett brukarråd inom missbruk och beroende. När det gäller lokala brukarråd inom missbruk och beroende finns ett i Borlänge som kan fungera som stöd vid uppstart i andra kommuner. I Dalarna finns det också utbildade brukarrevisorer (utbildning genom Högskolan Dalarna) som kan genomföra revisioner inom kommun såväl som Region Dalarnas verksamheter. En brukarrevision är en kvalitetsundersökning av en verksamhet som ger vård och omsorg till personer med psykisk funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa. Brukarrevisionen styrs och utförs av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, i samråd med beställaren<sup>34</sup>.

31) Nedan följer några material som stöd i arbetet med inflytande och delaktighet: Socialstyrelsen handbok: "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig Handbok för vårdgivare, chefer och personal" , (2015); Socialstyrelsen vägledning: "Att ge ordet och lämna plats" - Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård (2013); Metodstöd från Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg (NSPHiG) Handbok i brukarinflytande, (2020); Återhämtningsguiden, verktyg för den som mår psykiskt dåligt och är i behov av återhämtning samt för de som i sin yrkesroll möter målgruppen, men även för närstående.

32) Delaktighetsstegen - Sherry Arnstein (1969) bearbetad av SKR.

33) "Brukarorganisationer" utgör personer som organiserar sig i en förening utifrån gemensamma erfarenheter, i det här fallet av egen eller närståendefarenhet av psykisk ohälsa eller både och.

34) Se Högskolan Dalarnas film: Om brukarrevision.

*Brukarinflytandesamordnare (BISAM)* - Inom Region Dalarna finns det en Brukarinflytandesamordnare (BISAM) som arbetar med att utveckla metoder för att inhämta och samordna expertkunskap ur brukarnas/patienternas perspektiv, både inom Region Dalarna och länets kommuner. BISAM arbetar också med att stärka befintliga intresseorganisationer inom området psykisk hälsa och missbruk och beroende. Utgångspunkten är att individernas egna upplevelser och önskemål utgör en kunskapskälla som ska vägas samman med forskning och erfarenhet för att höja kvaliteten. BISAM samarbetar med föreningar inom området psykisk hälsa i Dalarna och medverkar i Dalarnas nätverk för psykisk hälsa<sup>35</sup>.

## 2.6 Skyldighet att samverka

Myndigheter har en allmän skyldighet att inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter<sup>36</sup>. Särskild skyldighet att samverka gäller t.ex. barn som far illa eller riskerar att fara illa<sup>37</sup>. Kommuner och regioner är även enligt lag skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete gällande tre målgrupper:

1. Personer med psykisk funktionsnedsättning (5 kap. 8 § SoL och 16 kap. 3 § HSL).
2. Personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL).
3. Barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § HSL).

Denna överenskommelse om samverkan är framtagen mot bakgrund av lagkravet om överenskommelser mellan huvudmännen enligt punkt 2 ovan.

### HSL 3 kap.

3 § Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

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

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

### SoL 5 kap.

§ 9 a Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Lag (2017:809).

35) Läs mer på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS).

36) 8 § Förvaltningslag (2017:900)

37) 5 kap § 8 HSL, 14 kap. 1 § SoL, 29 kap. 13 §. SkoL



## 2.7 Särskilda omständigheter och särskilt sårbara målgrupper

### 2.7.1 Möta olika målgrupper på likvärdigt sätt

Innehållet i vård och omsorg för ett missbruk och beroende bör anpassas för att på bästa sätt möta olika målgrupper oavsett kön, ålder och bakgrund. Vård- och insatsprogrammet belyser detta genomgående. Det handlar om att beakta särskilt sårbara målgrupper eller sårbara omständigheter som: kriminalitet, risk för suicid, barn och ungdomar med eget missbruk och beroende eller som lever i en familj där missbruk förekommer, äldre personer, gravida<sup>38</sup>, risk för och utsatthet för våld, personer med funktionsnedsättning, personer med utländsk bakgrund, personer med samsjuklighet samt personer med dopingproblematik.

Nedan beskrivs följande:

- Barn 13-17 år och unga vuxna 18-29 år med missbruk och beroende
- Samsjuklighet
- Utsatthet för våld

För mer information och andra målgrupper och omständigheter hänvisar överenskommelsen till nationellt vård- och insatsprogram och nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar.

### 2.7.2 Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för barn 13-17 år och unga vuxna 18-29 år med missbruk och beroende

För att stärka arbetet för barn och unga med missbruk och beroende beslutade SKR:s styrelse i december 2018 om *Handlingsplan mot missbruk och beroende – tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år*. Planen omfattar 43 punkter om hur aktörer tidigare ska upptäcka och bättre ta hand om unga som hamnat i missbruk. Planen som ska underlätta samarbete och samordning mellan huvudmännen, sätter fokus på hur olika aktörer bättre ska kunna samverka runt varje individ. Såväl regionen som kommunerna samt den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) omnämns som avgörande i arbetet. I handlingsplanen betonas t.ex. samverkansöverenskommelser och samordnade individuella planer (SIP) som viktiga verktyg.

Handlingsplanen lyfter vikten av att tidigt upptäcka riskbeteenden för att kunna ge tidiga och samordnade insatser. En viktig insats är kompetensutveckling hos olika personalkategorier om risk- och skyddsfaktorer samt arbete med tidig upptäckt.

38) Inom Region Dalarna finns ett dokument "missbruk och beroende i samband med graviditet PM 3383" som gäller för mödrahälsovård (MHV), kvinnosjukvården och, psykiatri. Utöver regionens dokument, se nationella vård- och insatsprogrammet (VIP). I vissa fall bör anmälan till socialtjänsten övervägas redan under graviditet, anmälningskyldighet gäller först när barnet är fött. För gravida definieras allt alkoholbruk som riskbruk.

Handlingsplanen består av en beslutsdel och två fristående kunskapsunderlag och ska fungera både som underlag för beslut och för utvecklingsarbete. I beslutsdelen samt kunskapsunderlaget Missbruk och beroende i åldern 13-29 år – så här vänder vi utvecklingen behandlas följande områden:

- Synen på missbruk
- Lättillgänglighet
- Samverkan, samordning och delaktighet
- Tidig upptäckt och tidiga, samordnade insatser
- Stöd och behandling – inklusive frågan om ansvarsfördelning och gränssnitt mellan socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Kunskapsutveckling

I det fristående kunskapsunderlaget *Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nätdroger* beskrivs bland annat vad nya psykoaktiva substanser (NPS) är för något, hur de produceras och distribueras, vilka som använder substanserna, utvecklingsarbeten samt några förslag till åtgärder från rapportskrivaren.

### 2.7.3 Samsjuklighet

Det är viktigt med tidig upptäckt av samsjuklighet, dvs. att personen har två eller fler diagnoser. Det kan handla om missbruk och beroende och ohälsa i form av annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd men även somatisk sjukdom. Depression, ångestsyndrom, personlighetssyndrom, ADHD, bipolär sjukdom och schizofreni är exempel på diagnoser som är vanliga i kombination med missbruk eller beroende<sup>39</sup>. Samsjuklighet kan innebära stora svårigheter för personen att tillgodogöra sig vård och insatser<sup>40</sup>. Det är därför viktigt att ärenden med samsjuklighet prioriteras av respektive huvudman för att uppnå en sammanhållen vård- och omsorgskedja av hög kvalitet för denna särskilt sårbara målgrupp.

Samsjuklighet komplicerar diagnostik och behandling och ställer höga krav på samverkan mellan flera verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kommuner och region ska genomföra en gemensam planering av de behandlingar och stödinsatser som krävs för att möta den enskildes sammansatta behov. Insatserna för tillstånden ska ske samtidigt, i enlighet med de nationella riktlinjerna, vilket innebär att det är särskilt viktigt att samordnade individuella planer (SIP) upprättas för dessa personer (se avsnitt 3.2.1). Ett exempel på samverkan och ansvarsfördelning kan vara att kommunen påkallar behov av insatser från specialistsjukvården i de fall det finns en samsjuklighet, det vill säga ett missbruk och eventuellt annat sjukdomstillstånd som behöver utredas eller behandlas. Det är också viktigt att utreda om personen har en funktionsnedsättning och omfattas av rätten till LSS.

39) Vård- och insatsprogram – Missbruk och beroende – Behandlingsmetod av samsjuklighet.

40) Socialstyrelsen rapport (2019) Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

Det pågår en statlig utredning (Dir. 2020:68) kring samsjuklighet som redovisas den 30 november 2021. Syftet med utredningen är att skapa bättre förutsättningar för att barn och vuxna med allvarliga beroendeproblem och samtidig psykisk ohälsa ska kunna få en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg som är av hög kvalitet och som kan erbjudas på lika villkor i hela landet.



Mot denna bakgrund är det viktigt att tidigt upptäcka och behandla eventuella diagnoser, samtidigt som missbruket och beroendet behandlas. Man kan inte invänta nykterhet och drogfrihet. Pågående missbruk och beroende får inte hindra eller försena insatser från någon av parterna. Det är därför viktigt att även uppmärksamma om intag av beroendeframkallande substanser föreligger vid utredning och diagnostik. Detta gäller i synnerhet bland barn och ungdomar. Barn som har intag av beroendeframkallande substanser riskerar att tidigt utveckla ett missbruk eller beroende.

Eftersom personer med samsjuklighet är i behov av samtidiga och samordnade insatser är målgruppen särskilt sårbar för brister i samverkan (se mer om ansvarsfördelning under avsnittet 3.2.2 och de nationella vård- och insatsprogrammen för psykisk ohälsa).

#### 2.7.4 Utsatthet för våld

För att kunna upptäcka och hjälpa någon som är utsatt för våld behöver man ha kunskap, mod (våga fråga) och bemöta individen med respekt. Vissa tecken på våld är tydliga, men det finns många som är svåra att se. Personal som möter individer som kan vara utsatta för våld, kan behöva utbildning i hur man frågar, bedömer och ger stöd<sup>41</sup>.

Ofta är det kvinnor som utsätts för våld. Både kvinnor och män kan utöva våld i parrelationer och våld förekommer både i heterosexuella relationer och i hbtq-relationer (homo-, bi-, transgender-, queer-relationer)<sup>42</sup>. I heterosexuella relationer är det dock betydligt vanligare att mannen misshandlar kvinnan än tvärtom<sup>43</sup>.

Studier har visat att kvinnor som missbrukar befinner sig i en särskilt utsatt situation i samhället och att våld är ett vanligt inslag i dessa kvinnors vardag. Studier visar även att kvinnorna inte sällan möts av oförståelse och okunskap och utsätts ibland för kränkningar och våld av de samhällsinstanser som ska ge dem stöd och hjälp. Våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem är en mångfacetterad grupp i fråga om social tillhörighet och typ av missbruk. Detta måste beaktas i arbetet för att stödja varje enskild individ utifrån dennes specifika situation och behov.

41) Nationellt centrum för kvinnofrid - Ämnesguide – "Missbruk och utsatthet för våld"; Vård- och insatsprogram – Missbruk och beroende – "Våld i nära relationer"; Socialstyrelsen "Skylla sig själv? Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem".

42) NCK (2014) Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns utsatthet samt kopplingen till hälsa. NCK-rapport 2014:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid; Longobardi, C & Badenes-Ribera, L (2017) Intimate Partner Violence in Same-Sex Relationships and The Role of Sexual Minority Stressors: A Systematic Review of the Past 10 Years. *Journal of Child and Family Studies* 26(8), 2039–2049.

43) Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Rapport 2014:8; Dobash, R. P. & Dobash, R. E. (2004) Women's violence to men in intimate relationships. Working on a Puzzle. *British journal of Criminology* 44, 324-349; Jernbro, C. & Janson, S. (2017) Våld mot barn 2016. En nationell kartläggning. Stockholm: Allmänna Barnhuset; Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns utsatthet samt kopplingen till hälsa. NCK-rapport 2014:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.

Om någon bekräftar att det förekommer våld i nära relation ska man alltid fråga om det finns barn som berörs (t.ex. i hemmet eller på annat sätt är nära den som utövar våldet eller den som är utsatt)<sup>44</sup>. Alla i socialtjänsten, hälso- och sjukvården och i skolan är skyldiga att anmäla till socialtjänsten om man misstänker eller får reda på att ett barn far illa (14 kap. 1 § SoL.). Det är vanligt att barnen också utsätts för fysiskt våld då de lever i en familj där en förälder utsätter sin partner för våld. I många fall är det en förälder – typiskt sett pappan eller styvpappan – som är huvudkälla till våld både mot partnern och barnen. Det händer dock att båda föräldrar utsätter barnen för fysiskt våld. Eftersom barns utsatthet kan se olika ut, är det viktigt att utreda det enskilda barnets situation noga<sup>45</sup>.

Missbruk kan bland annat leda till hälsoproblem, ekonomiska problem, bostadslöshet och kriminalitet. Att utöver detta utsättas för övergrepp i form av psykiskt, fysiskt och sexuellt våld gör att denna grupp är i behov av särskilda stödinsatser. Ytterligare en faktor som är specifik för kvinnor som lever i missbruk är att de ofta utsätts för våld av flera olika förövare: partner, behandlingspersonal, väktare, polis eller andra missbrukare.

Missbrukande personer (ofta kvinnor) som utsätts för våld har ofta ingenstans att vända sig då de flesta skyddade boenden inte tar emot missbrukare av alkohol eller droger<sup>46</sup>.

Det är i mötet med våldsutsatta personer som befinner sig i missbruk, viktigt att särskilja missbruket från våldsutsattheten och att arbeta med båda problemen samtidigt och samordnat. I många fall kan det vara så att missbruket är en följd av att en är våldsutsatt. Individerna behöver då hjälp som brottsoffer, inte i första hand som missbrukare<sup>47</sup>.

En välfungerande samverkan mellan myndigheter och andra aktörer är nödvändig för att våldsutsatta ska kunna få det stöd och den hjälp de har rätt till. Ett gott bemötande är en förutsättning för att en våldsutsatt person med missbruks- och beroendeproblem ska kunna ta emot samhällets stöd. Personerna (ofta kvinnor) bär ofta på mycket känslor av skuld och skam, och hur de blir bemötta kan minska eller förstärka dessa känslor. Ett bra bemötande påverkar deras tillit till samhället och ökar motivationen att försöka komma ur sin situation<sup>48</sup>.

44) SKR rapport - Barn som upplever våld - Att stödja barn och bedöma föräldrars omsorgsförmåga.

45) SKR rapport - Barn som upplever våld - Att stödja barn och bedöma föräldrars omsorgsförmåga.

46) Nationellt centrum för kvinnofrid - Ämnesguide – "Missbruk och utsatthet för våld"

47) Nationellt centrum för kvinnofrid - Ämnesguide – "Missbruk och utsatthet för våld"; Vård- och insatsprogram – Missbruk och beroende – "Våld i nära relationer"

48) Kunskapsguiden.se – "Om våldsutsatta kvinnor med missbruks- och beroendeproblem".



### 3. Ansvarsfördelning

#### 3.1 Komplex område – ansvaret är gemensamt

Problematiken vid missbruk och beroende är ofta komplex och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation, därmed omfattas en bredd av insatser. Nedanstående beskrivning av ansvar är inte uttömmande utan det kan finnas fler viktiga områden och för mer detaljerad beskrivning se nationellt vård- och insatsprogram och nationella riktlinjer.

Det är inte alltid helt tydligt vem som har ansvar för vad och ofta går ansvaren ihop och är gemensamma – tillsammans måste därför kommunen och regionen skapa en bra helhetslösning för den enskilda utifrån dennes behov.

Kommunerna ansvarar för att klargöra ansvarsområden och skapa samarbetsrutiner för verksamheter inom kommunen. Regionen har motsvarande ansvar inom regionen.

Varje verksamhet ansvarar för insatser inom ramen för sitt ansvarsområde och gällande lagstiftning. Kommunen har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver, men inskränker inte det ansvar som vilar på andra huvudmän.

För att åstadkomma vård och insatser av hög kvalitet i en behovsanpassad, personcentrerad och sammanhållen kedja krävs kunskap om varandras verksamheter, både inom och mellan organisationerna. Det ger förståelse för varandras uppdrag och är centralt för att få samverkan att fungera. Respekt, tillit och förtroende mellan verksamheternas representanter är också betydelsefullt för en välfungerande samverkan. Ansvaret för detta vilar på båda parter.

En ändamålsenlig samverkan bidrar till att huvudmännen skapar möjligheter till nytänkande, nytt agerande, ny förståelse och nytt lärande som leder till gemensam handling (se avsnitt 1.1.4).

##### *Sekretess och samtycke*

Respektive part förbinder sig att iaktta den sekretess och tystnadsplikt som gäller inom sitt verksamhetsområde. För underlättande av samverkan mellan parterna ska rutiner upprättas när det gäller sekretess och dokumenthantering, med iakttagande av gällande lagstiftning. Det är i samverkan viktigt att tydligt respektera individens/närstående integritet och självbestämmande och att arbeta med samtycke<sup>49</sup>.

49) Vård- och insatsprogram för missbruk och beroende – Samarbete med närstående.

## 3.2 Gemensamt ansvar för kommunerna och regionen

Kommunerna och regionen har ett gemensamt ansvar för:

- Att ge psykosocial behandling, var för sig men kan också ske gemensamt<sup>50</sup>.
- Att ge sociala stödinsatser inom ramen för var och ens ansvarsområde.
- Att tillhandahålla kompetensutveckling inom detta område. Bör helst ske gemensamt för att uppnå bästa resultat för den enskilde.
- Att samverka vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård (Se lag 2017:612 om Samverkan vid utskrivning från slutenvård, (SUS). Se regional överenskommelse för SUS<sup>51</sup>.
- Att sprida information och ge rådgivning när det gäller smittspridning av infektionssjukdomar inom målgruppen. Ett nära samarbete mellan beroendevård, infektionsvård, socialtjänst och kriminalvård bör ha fungerande rutiner om hur smittspridning kan förhindras.
- Att iniera och arbeta med samordnad individuell plan SIP enligt HSL § 3 f och SoL 5 kap. § 9 a. 9
- Att genast anmäla om barn far illa enligt 14 kap. 1 § SoL, se avsnitt 3.2.3.
- Att arbeta med våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.

### GEMENSAMT ANSVAR

---

"Kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän" (SoL 2001:453, 2 kap. § 1).

Hälso- och sjukvård är "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador" (HSL 1982:763, 1 §, PL 5 §).

Målet är god hälsa och en vård på lika villkor i befolkningen (HSL; 1982:763 2 §.). "Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården" (HSL; 1982:763 2.

### 3.2.1 Ansvar samordnad individuell plan, SIP

En samordnad individuell plan, SIP, är ett verktyg för att verkställa ansvarsfördelningen mellan parterna och ska upprättas för personer som behöver insatser från både kommun och region. Syftet med SIP är ökat inflytande och ökad delaktighet för den enskilde, samtidigt som den förbättrar samordningen och ger en helhetsbild av den enskildes situation. 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. Samtycke behöver inhämtas från den berörda.

50) Se även: Länsövergripande överenskommelse om ansvarsfördelning när kommunen beslutar om placering på hem för vård eller boende (HVB). Finns på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS).

51) Se regional överenskommelse: Samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (SUS). Finns på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS).



I arbetet med en SIP ska följande klargöras:

- vilka insatser individen är i behov av
- vilka insatser regionen ansvarar för
- vilka insatser kommunen ansvarar för
- vad som ska genomföras av någon annan än regionen eller kommunen
- vem som ska vara huvudansvarig för planen
- hur planen ska följas upp<sup>52</sup>.

Initiativ till SIP kan tas av den enskilde, närstående eller av personal inom parternas verksamheter. För att underlätta arbetet med tidiga insatser bör skolan också kunna vara initiativtagare till SIP. Detta bör regleras i den lokala överenskommelsen, (se avsnitt 4). Upprättande och uppföljning av SIP ska ske enligt det nationella vård- och insatsprogrammet och riktlinjer som antagits i Dalarna, se vidare Dalarnas styrdokument för arbetet med SIP<sup>53</sup>.

### EN LAGSTADGAD SKYLDIGHET

---

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen.

#### 3.2.2 Ansvar samsjuklighet

Vid samsjuklighet interagerar de olika tillstånden med varandra, något som kan leda till sämre förlopp och sämre följsamhet i behandling. Innan en behandling inleds genomförs en noggrann kartläggning och utredning för att ta reda på vilka problem individen behöver behandling för. De integrerade behandlingsmetoder som är prioriterade enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för samsjuklighet består av KBT eller KBT i kombination med motiverande samtal<sup>54</sup>.

Kommunerna och regionen har ansvar för personer med samsjuklighet genom att:

- Om socialtjänsten misstänker att en individ med missbruks- och beroendeproblem har psykisk eller somatisk sjukdom ska, med individens samtycke, omedelbar kontakt tas med primärvård eller öppenvårdspsykiatri för en bedömning.
- Om hälso- och sjukvården misstänker att en patient med psykiatrisk diagnos och/eller somatisk ohälsa har missbruks- och beroendeproblem ska det övervägas om, med patientens samtycke, kontakt ska tas med kommunens socialtjänst.
- En samtidig vård och behandling för båda problemen är viktig, samordnad tillsammans av regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst.
- Varje patient ska ha en samordnad individuell plan (SIP) (patientens samtycke krävs) som är gemensam mellan kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården (ex. psykiatris öppenvård alternativt primärvården).

52) Vård- och insatsprogram – Missbruk och beroende – Samordnad individuell plan, SIP.

53) Dalarnas styrdokument för SIP finns på Region Dalarnas hemsida för samarbetspartners (PLUS).

54) Vård- och insatsprogram – Missbruk och beroende – Integrerad behandlingsmetod vid samsjuklighet.

### 3.2.3 Ansvar barn och unga

Olika insatser från olika verksamheter erbjuds ofta samtidigt till barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa inom missbruk och beroende. För barnet och familjen är det viktigt att få rätt insatser i rätt tid utifrån en helhetssyn på barnets situation och behov samt att samverkan sker när insatser ges från olika instanser samtidigt. Det är verksamhetsledningen och professionen som har ansvar för att samverkan ska komma till stånd och att hela processen från utredning, bedömning, genomförande och uppföljning av insatser genomförs på ett rättssäkert sätt och utifrån bästa möjliga kunskap<sup>55</sup>.

Regionens ansvar att medicinskt förebygga, utreda och behandla skador och sjukdomar avser hela befolkningen. I primärvården finns ungdomsmottagningar och samtalsmottagningar som tar emot barn och unga vuxna för samtal. Den specialiserade vården sker inom Barn och Ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri.

Kommunernas ansvar för barn och unga avseende att förebygga och motverka missbruk och beroende framgår av 5 kap. § 1 SoL.

#### SOL 5 KAP. BARN OCH UNGA

---

1 § Socialnämnden ska...

1. verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden,
2. i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga,
3. bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa,
4. aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel,
5. aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga.

Enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) är alla yrkesverksamma i myndigheter vars verksamhet berör barn och unga skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Detsamma gäller annan personal i dessa myndigheter (än de som direkt arbetar med barn). Anmälningssplikten gäller också enskild verksamhet gällande barn och unga samt all annan verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

<sup>55</sup>) Socialstyrelsen webbstöd om samverkan för barn och unga.



Anmälningsskyldiga är också skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd (14 kap. 1§ SoL)<sup>56</sup>. Detta gäller vid pågående utredning enligt ovan. Orosanmälan är personlig och kan inte överlåtas till någon annan som gör en orosanmälan.

Socialtjänsten bör erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som gjort anmälan ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt. Socialnämnden får informera den som gjort anmälan om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska på begäran lämnas till anmälaren om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt.

### 3.2.4 Ansvar tvångsvård

*Orosanmälan vuxen och Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM (1988:870)*

Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, är avsedd att komplettera socialtjänstlagen när frivillig vård bedöms vara otillräcklig. Utöver LVM-anmälan kan myndigheters personal och läkare inom hälso- och sjukvården, göra en anmälan (orosanmälan) till socialtjänsten avseende vuxna om den enskilde samtycker annars gäller sekretess. Även privatpersoner och närstående kan anmäla, även om den enskilde samtycker<sup>57</sup>. För barn gäller istället orosanmälan enligt 14 kap.1§ SoL.

Anmälningsskyldigheten enligt LVM gäller för läkare i både offentlig och privat regi, under förutsättning att missbrukaren inte kan beredas vård genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. Läkare har med andra ord anmälningsskyldighet om patienten inte vill vårdas för sitt missbruk eller för allvarliga komplikationer av missbruket eller om det uppstår allvarlig fara för patientens hälsa om vård inte kan genomföras.

Socialtjänsten beslutar om läkarundersökning, för detta krävs samarbete med hälso- och sjukvården. Läkarintyg i samband med LVM-utredning jml 9 § utfärdas av primärvård i de fall behandlingskontakt inte pågår inom annan hälso- och sjukvård gällande beroendet.

*Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (1990:52)*

Barn kan vårdas utanför hemmet mot vårdnadshavarnas vilja enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Det görs om det finns en påtaglig risk för att barnets hälsa eller utveckling skadas på grund av barnets hemmiljö eller egna beteende och om vårdnadshavarna inte går med på det stöd som socialtjänsten erbjuder.

56) Socialstyrelsen: Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer (2013) 14 kap. 1 § SOL

57) Vård- och insatsprogram – Missbruk och beroende – Orosanmälan Vuxen

## LAGEN OM VÅRD AV UNGA, LVU

---

För att lagen ska vara tillämplig måste tre förutsättningar vara uppfyllda:

- Ett missförhållande ska föreligga med anknytning till den unges hemmiljö (2 §, de så kallade miljöfallen) eller till den unges beteende (3 §, de så kallade beteendefallen).
- Missförhållandet ska medföra att det finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas.
- Behövlig vård kan inte ges på frivillig väg.

Vård kan enligt 2 § ges till den som ännu inte fyllt 18 år. Vård enligt 3 § kan även ges till den som fyllt 18 år men inte 20 år och ska upphöra senast när individen fyller 21 år (1 och 21 §§).

De missförhållanden som nämns i 3 § är missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

### 3.3 Kommunernas ansvar

Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den enskilde får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruk och beroende och den ska planeras och genomföras i samförstånd med den enskilde och noga följas upp (5 kap. § 9 SoL). Kommunen ska ha insatser för barn och unga för att främja en ... "gynnsam fysisk och social utveckling" ..., och bland annat ... "aktivt arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel, aktivt arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk av spel om pengar bland barn och unga." (5 kap. § 1 SoL). Insatserna som erbjuds enligt SoL är frivilliga med undantag för insatser som är reglerade i tvångslagstiftning såsom Lagen om vård av missbrukare, LVM (1988:870) och Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU (1990:52).

Tvångslagstiftningen gäller ej vid spel om pengar.

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn- och unga som far illa får det stöd och skydd som de behöver (5 kap SoL). För att socialtjänsten ska kunna ta detta ansvar finns en anmälnings- och uppgiftsskyldighet för offentligt anställda enligt 14 kap. 1 § andra och fjärde stycket SoL.

#### 3.3.1 Insatser som kommunerna ansvarar för:

- information och rådgivning
  - förebyggande arbete med uppsökande verksamhet och tidig upptäckt
  - utredning av hjälpbehov jämlikt SoL
  - sociala stödinsatser
  - psykosocial behandling
  - stöd för anhöriga till personer med missbruk och beroende
  - stöd för barn som är anhöriga till personer med missbruk och beroende
  - utredning "orosanmälan" (14 kap.1§ SoL)
-



- utredning LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM; 1988:870)
- utredning LVU (Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU 1990:52)
- insatser enligt LSS (Lagen om stöd och service till funktionshindrade, LSS 1993:387)

#### *Suicid*

Får socialtjänsten kännedom om att en person är suicidal eller har suicidtankar skall kontakt tas med hälso- och sjukvården, suicidriskbedömningar har högsta prioritet inom hela sjukvården.

#### *Arbete, bostad och utbildning*

Socialtjänsten ska enligt lag verka aktivt för att personer med missbruksproblem får den hjälp och vård de behöver för att uppnå frihet från missbruk (5 kap. 9 § SoL) och "främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning" (3 kap. 2 § SoL). Bostad är en grundläggande rättighet i FNs deklaration om de mänskliga rättigheterna. En stor andel av personer med missbruks- och beroendeproblem har bl.a. samsjuklighet, relationsproblem med familj och sociala nätverket, avsaknad av arbete och bostad. Behov av insatser kan finnas inom flera områden och från flera aktörer.

### **3.3 Regionens ansvar**

"Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård" (1982:763 § 2 a HSL). Detta innebär att den ska vara av "god kvalitet, av god hygienisk kvalitet, tillgodose patienterna behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården" (1982:763 § 2 a HSL). "Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt" och "om det inte är uppenbart obehövt snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd". (1982:763 § 2 HSL). Vården som ges ska vara av god kvalitet och stå i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet" (PL § 7).

Primärvården i länet står för första linjens hälso- och sjukvård. Som sådan är vårdcentralerna strategiskt placerade för screening och tidiga interventioner vid riskbruk, skadligt bruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Personer med ett riskbruk, missbruk och beroende ska upptäckas i hela sjukvården, men primärvården har ett särskilt ansvar. Behandling av missbruk och beroende kan ske inom både primärvård och psykiatri utifrån art och grad, komplexitet och samsjuklighet. Ansvaret för abstinensvård som sker i slutenvård tillhör psykiatrin. Hälso- och sjukvårdens samtliga verksamheter möter emellertid personer med riskbruk, missbruk och beroendetillstånd och kunskap inom området och samverkan inom regionen och med kommunerna bör därför inkludera dessa enheter.

### 3.3.1 Insatser som regionen ansvarar för:

- "Skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd" finns i SoL 2001:453 14 kap.1 §, HSL § 2 f.
  - särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning, psykisk funktionsnedsättning och/eller skadligt bruk/beroende av alkohol, beroendeframkallande medel eller spel om pengar
  - förebyggande arbete och tidiga interventioner
  - screening, diagnostik, psykologisk och psykosocial behandling
  - abstinensbehandling i öppen- och slutenvård
  - alkohol- och drogkontroller inom ramen för medicinsk behandling
  - somatisk utredning och behandling
  - psykiatrisk utredning och behandling
  - läkemedelsbehandling vid olika beroendetillstånd
  - läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende
  - nedtrappning och läkemedelsassisterad behandling vid opioidanalgetikaberoende
  - stöd till anhöriga
  - inledande vård på sjukhus i samband med LVM-vård
  - anmäla till socialtjänsten om patient bedöms vara i behov av vård enligt LVM
  - läkarundersökning LVM på begäran från socialtjänsten (LVM § 9 och § 24)
  - nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel
  - genomföra suicidriskbedömningar
-



Missbruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar för både barn och vuxna.	Primärvård VC, inkl. privata VC UM, "SBU"	Somatiska kliniker	Psykiatrisk vård inkl. beroende- vård, VUP, BUP	Socialtjänst försörjning, barn och familj, skadligt bruk, beroende, äldre, funktions- hinder social- psykiatri
<b>Ansvarsfördelning vård och omsorg</b>				
Tidiga tecken, tidig upptäckt och förebyggande arbete	X	X	X	X
Utredning missbruk och beroende	X		X	X
Diagnos missbruk och beroende	X		X	
Abstinensvård			X	
Nedtrappning beroendeframkallande läkemedel	X		X	
Läkemedelsbehandling, alkoholberoende	X		X	
Läkemedelsbehandling, narkotika			X	
Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende			X	
Psykosocial behandling	X		X	X
Psykologisk behandling	X		X	
Sociala stödinsatser	X		X	X
Stöd till anhöriga/närstående, information och råd mm.	X		X	X
Barns rätt till information, råd, stöd	X	X	X	X
Orosanmälan barnsocialtjänsten enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlagen	X	X	X	X





## 4.2 Innehåll i lokala överenskommelser

### DE SKRIFTLIGA LOKALA ÖVERENSKOMMELSERNA KAN INNEHÅLLA FÖLJANDE AVSNITT

---

#### FRAMTAGANDE/ARBETET MED DEN LOKALA ÖVERENSKOMMELSEN

**Beskrivning av hur framtagandet av den lokala överenskommelsen (ÖK) har gått till samt hur den kompletterar den regionala samverkansöverenskommelsen och vård- och insatsprogrammet (VIP)** Exempelvis: Vilka verksamheter och funktioner/personer har varit involverade? Hur har arbetet gått till? Hur har den förankrats lokalt? På vilket sätt (konkret) kompletterar den lokala ÖK den regionala ÖK och VIPen?

#### LEDNING OCH ORGANISATION

**Beskrivning av den lokala "samverkansorganisationen"** Exempelvis: Hur och när samverkar vi lokalt kring målgruppen, det vill säga vilka verksamheter och funktioner medverkar på olika nivåer (övergripande-, verksamhets- och individnivå)? Hur och när är den högsta ledningen involverad (politisk- resp. tjänsteledning)? Vem/vilka samordnar arbetet lokalt (praktiskt sett)? Hur och när sker samverkan lokalt (i praktiken)? Hur och vad registreras i Synergi? Hur löser vi ev. uppkomna lokala tvister? Vilka andra aktörer involveras utöver socialtjänst och hälso- och sjukvård (andra verksamheter inom kommunen, Kriminalvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen m.fl.)?

**Hänvisning till och beskrivning av lokala rutiner och riktlinjer, m.m.** Exempelvis: Vilka riktlinjer, samverkansdokument, avtal, rutiner, blanketter finns redan och vart finns de? Behöver de uppdateras och/eller saknas några? Vilka ska användas och när och av vem? Hur sker en gemensam dokumenthantering?

#### LOKAL LÄGESBILD FÖR MÅLGRUPPEN

**Beskrivning av den lokala kontexten för målgruppen** Exempelvis: Hur ser problematiken ut vad gäller dess omfattning m.m? Aktuell statistik uppdelat på olika målgrupper och kön, ålder och annan bakgrund. Vilka nås och nås inte idag? Ev. inventering av beskrivning av bakgrund och historik kring samverkansarbetet kring målgruppen i er kommun.

#### LOKALT UTBUD AV INSATSER

**Beskrivning av de lokala förutsättningarna att ge olika former av vård och omsorg** Exempelvis: Vilka insatser finns lokalt? Hur speglar dessa behov från olika målgrupper? Vilka saknas? Vilka bör utvecklas – och hur görs det?

#### **Beskrivning av det lokala arbetet med samordnande individuella planer (SIP)**

Exempelvis: Vem kan initiera? Var och när sker träffen? Hur sker inbjudan? Vem dokumenterar och följer upp?

---

#### SÄRSKILDA BESKRIVNINGAR AV KOMPLEXA FRÅGOR

**Beskrivning av hur jämställdhet och jämlikhet, barns rättigheter samt inflytande och delaktighet för målgrupperna (såväl barn som vuxna och närstående) integreras i den lokala överenskommelsen** Exempelvis: Hur integreras ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv tillika barns rättigheter? Hur involveras individerna och närstående (både barn och vuxna) i olika nivåer inom verksamheten? (Läs mer i avsnitt 2 i ÖK).

**Beskrivning av hur särskilda omständigheter och särskilt sårbara målgrupper prioriteras i det lokala arbetet** Exempelvis: Vilka är de? Hur synliggörs särskilt barn och unga? Behövs särskilda insatser för några av målgrupperna och hur utvecklas dessa? (Läs mer i avsnitt 2.7)

**Beskrivning av förändrings- och förbättringsarbete** Exempelvis: Hur tillämpas en evidensbaserad praktik i verksamheterna? Hur används senast tillgängliga kunskap i VIPen tex? Pågår ett lokalt utvecklingsarbete som syftar till förändring/förbättring? Om inte, hur och när initieras det?

#### IMPLEMENTERING, SYSTEMATISK UPPFÖLJNING OCH ANALYS

**Beskrivning av det lokala implementeringsarbetet av den lokala överenskommelsen och VIPen** Exempelvis: Hur görs ÖKn och VIPen kända inom berörda verksamheter? Hur säkerställs att de används av alla som berörs? Hur hålls arbetet i över tid? Behövs kompetensutveckling –för vem och när?

**Beskrivning av arbetet med systematisk uppföljning och analys inom ramen för det lokala samverkansarbetet** Exempelvis: Vilka mål är satta lokalt utifrån överenskommelsens övergripande mål? Hur och när görs uppföljning och analys? Vem/vilka medverkar och ansvarar? När och hur ska uppföljning ske? Hur dokumenteras det? Hur redovisas arbetet till ledningen? Används könsuppdelad statistik när det är relevant? Vem följer upp att överenskommelsen är implementerad?

## 5. Implementering

Implementering avser de tillvägagångssätt som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet. Implementering säkerställer att metoderna används så som det var avsett och sker med varaktighet<sup>58</sup>.

Både den politiska och högsta tjänstemannaledningen i Region Dalarna och Dalarnas kommuner har det yttersta ansvaret för att denna överenskommelse implementeras i samtliga berörda verksamheter och att personalen ges möjlighet att arbeta i enlighet med överenskommelsens uppställda syfte, mål och förutsättningar.

58) Kunskapsguiden.se - Implementering; Socialstyrelsen "Om implementering" (2012).



Ansvar för att överenskommelsen blir väl förankrad ända ut i mötet med individerna åligger den lokala nivån. För att överenskommelsen ska kunna tillämpas på lokal nivå nära individerna med behov, krävs således en organiserad samverkan mellan huvudmännen på alla nivåer i organisationerna; från högsta ledningsnivå, till lokala ledningsfunktioner, till samverkansgrupperingar och till enskild personal/anställd. Kopplingen till lokala överenskommelser behöver därvid vara tydlig.

En avgörande förutsättning för en lyckad implementering av överenskommelser är att den sker i samverkan mellan huvudmännen.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) kan ge ett övergripande stöd för implementering på regional nivå.

### FASER I IMPLEMENTERINGSPROCESSEN

---

- Behovsinventering
- Installation/införande
- Användning
- Vidmakthållande

Källa: Socialstyrelsen – "Om implementering" (2012)

## 6. Uppföljning

Uppföljning är viktigt för att följa upp implementeringen av samverkansöverenskommelsen. Uppföljning är också en viktig del i arbetet med en evidensbaserad praktik och för att kunna höja kvaliteten i verksamheten. Resultat behöver följas upp och analyseras systematiskt för att verksamheterna ska kunna förändra och förbättra arbetet. Ett redskap i arbetet är nyckeltal och indikatorer. I det nya vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende finns både stöd och information om uppföljning och analys på olika nivåer.

Vid uppföljning och analys av resultaten av insatserna får verksamheterna reda på om målen med insatserna uppnås och om olika insatser fungerar olika bra för olika grupper oavsett kön, ålder och annan bakgrund. Det är därför avgörande att könsuppdelad individbaserad statistik används och att andra indelningar görs om inte särskilda skäl emot föreligger.

### 6.1 Systematisk uppföljning och analys

Systematisk uppföljning handlar om att löpande beskriva och mäta den enskildes behov och problem, insatser och resultat<sup>59</sup>. Nyttan och användningen av systematisk uppföljning kan delas in i tre olika nivåer: i det direkta arbetet med individer (individuell uppföljning), på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten (verksamhetsuppföljning) och på nationell nivå i form av exempelvis öppna jämförelser och kvalitetsindikatorer inom (VIP) (nationell uppföljning)<sup>60</sup>.

59) Kunskapsguiden.se – Systematisk uppföljning. 60) Systematisk uppföljning, beskrivning och exempel, Socialstyrelsen juni 2014

Både den politiska och högsta tjänstemannaledningen i Region Dalarna och Dalarnas kommuner har det yttersta ansvaret för att denna överenskommelse följs upp i samtliga berörda verksamheter på lokal nivå. Det rör både individ- och verksamhetsnivå. Dalarnas kommuner och Region Dalarna har skyldighet att arbeta för att kvalitetssäkra statistik och rapportera till Socialstyrelsen, SKR, Bättre beroendevård (tidigare Svenskt beroenderegister), SBR, och Addiction Severity Index, ASI m.fl. Denna statistik är avgörande för att kunna arbeta med systematisk uppföljning och analys lokalt, regionalt och nationellt.

Den lokala överenskommelsen bör följas upp årligen och arbetet ska dokumenteras och kommuniceras till samtliga verksamheter som berörs.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) kan ge ett övergripande stöd i systematisk uppföljning och analysarbete utifrån jämförelser och övergripande indikatorer/nyckeltal samt implementering på regional nivå.

### SYSTEMATISK UPPFÖLJNING

---

Den grundläggande processen i systematisk uppföljning kan delas in i sex steg:

1. planera systematisk uppföljning
2. beskriv situationen före insats
3. beskriv situationen under insats
4. beskriv situationen efter insats
5. sammanställ uppgifterna
6. analysera resultaten på gruppnivå

## 7. Avvikelsehantering och hantering av tvister

### 7.1.1 Avvikelser

Respektive huvudman har system för avvikelser och ansvarar för att utreda i vilken mån avvikelser kräver förändring av lokala rutiner, handläggning, samverkan eller bemötande.

Synergi är regionens kvalitets- och avvikelssystem som även kommunerna i Dalarna har tillgång till. I det kan avvikelser registreras, riktade från en kommun till region eller omvänt. Kommunerna har personer som har behörighet att registrera och handlägga avvikelser i Synergi; ofta medicinskt ansvarig sköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) eller socialt ansvarig socionom (SAS). Regionens medarbetare har alla möjlighet att registrera i Synergi men utsedda handläggare inom regionen hanterar ärendena vidare till ansvarig verksamhet.

Syftet med att registrera avvikelser inom Synergisystemet är inom ramen för denna överenskommelse att kunna upptäcka svårigheter i samverkan. Det kan gälla otydliga och/eller felaktiga rutiner, brister i arbetssätt, bemötande m.m. vilket utgör delar av att

---



kvalitetssäkra arbetet. Därför är det viktigt att motivera all personal att observera och lägga märke till avvikelser samt rapportera dessa till Synergihandläggare. Syftet är inte att klandra andra eller sig själv, utan detta är en viktig hörnsten i hur verksamheterna kan utvecklas. Mot denna bakgrund är det därför mycket viktigt att avvikelser utreds (på ett professionellt sätt) och att utredningarna blir tydliga och om möjligt, generaliserbara, så att fler kan ta del av dem i sitt lärande. För att göra avvikelser gällande samverkan kring målgruppen är det viktigt att de rapporteras på ett likvärdigt sätt. Detta kan beskrivas och preciseras i den lokala överenskommelsen (se avsnitt 4)<sup>61</sup>.

### 7.1.2 Tvist på regional nivå

Den regionala samverkansöverenskommelsen har sin grund i lagstiftning om krav på samverkan mellan kommun och region kring personer med missbruk/beroende (5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL). Endera part kan under pågående avtalstid påtala brister i följsamhet av denna regionala samverkansöverenskommelse av annan part.

Tvist med anledning av denna regionala samverkansöverenskommelse hanteras i första hand av Länsnätverket för förvaltningschefer. Påtalad brist/er aviseras genom kontakt med Styrgruppen för Länschefsnätverket minst en månad (1) i förväg och ska sedan skriftligen tillställas Styrgruppen för Länschefsnätverket. Styrgruppen bereder ärendet och lämnar förslag till beslut av lösning av tvisten som Länschefsnätverket tar ställning till och fattar beslut om. Länschefsnätverket kan eventuellt föreslå revidering, tillägg och/eller ändring av samverkansöverenskommelsen av enklare innebörd till samverkansöverenskommelsen som inte påverkar överenskommelsens huvudsakliga innehåll vad gäller t.ex. dess syfte och mål (se mer avsnitt 10).

Om ärendet inte kan uppklaras inom ramen Länschefsnätverket, förs ärendet till Valfärdsrådet. Presidiet för Valfärdsrådet bereder ärendet och lämnar förslag till rekommendation om lösning av tvisten som Valfärdsrådet tar ställning till och fattar beslut om. Valfärdsrådet kan också ge Länschefsnätverket i uppdrag att genomföra en revidering, tillägg och/eller ändring av samverkansöverenskommelsen i de avseenden utifrån vilka tvisten uppkommit.

Om Valfärdsrådet alltjämt inte finner en samsyn och lösning av hur tvisten kan lösas kan Valfärdsrådet under pågående giltighetstid besluta om att omförhandling ska ske av samverkansöverenskommelsen i sin helhet. Valfärdsrådet kan ge Länschefsnätverket uppdrag om omförhandling och framtagande av ny samverkansöverenskommelse.

61) För att avvikelserna ska kunna kopplas till överenskommelsen kan den utsedda handläggare inom Synergi fylla i enligt följande: Händelsekategorisering: Samordnad vårdplanering, Rubrik på ärendet: Brister i samverkan utifrån Länsövergripande överenskommelse om samverkan rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

### 7.1.3 Tvist på lokal nivå

Tvister på lokal nivå kan uppkomma med anledning av Synergiärenden, utifrån lokala överenskommelser eller övriga samverkansavtal om t.ex. kostnads- och ansvarsfördelning (som har stöd i lag) m.m. Lokala tvister hanteras i första hand av tjänsteledningen från regionen och kommunen inom berörd kommun, utan deltagande av individen. Ärenden angående tvister hanteras enligt respektive verksamhets rutiner och delegationsordningar och i enlighet med förekommande lokal överenskommelse. Lösning och beslut av tvisten bör dokumenteras i respektive verksamhets dokumentationssystem.

Om de lokala parterna alltjämt inte kommer överens förs ärendet vidare till Länschefsnätverket för förvaltningschefer (Länschefsnätverket). Stygruppen för Länschefsnätverket för förvaltningschefer ansvarar för att bereda ärendet och lämna förslag till beslut av lösning av tvisten. Om ärendet inte upklaras inom ramen för Länschefsnätverket, förs ärendet till Valfärdsrådet. Presidiet för Valfärdsrådet bereder ärendet och lämnar förslag till rekommendation om tvistens lösning. Om den berörda kommunen och regionen fortsatt inte når enighet i ärendet får tvisten avgöras i allmän domstol.





## 8. Giltighetstid

Denna överenskommelse gäller från 2021-07-01 – 2024-06-30. Om inte en ny samverkansöverenskommelse tagits fram innan giltighetstidens upphörande men en utvärdering och revidering har påbörjats i enlighet med avsnitt 10 (Utvärdering och revidering av den regionala samverkansöverenskommelsen) förlängs samverkansöverenskommelsen automatiskt med 12 månader.

## 9. Ikraftträdande

Denna överenskommelse skall undertecknas skriftligen av parterna genom ordförande och vice ordförande i Länschefsnätverket för förvaltningschefer och i Valfärdsrådet. Valfärdsrådet lämnar beslut om rekommendation till kommuner och region att godkänna överenskommelsen. Överenskommelsen ska godkännas av parternas respektive beslutande organ. Varje part beslutar om ordningen för beslut om godkännande av denna överenskommelse.

## 10. Utvärdering och revidering

Länschefsnätverket kan initiera och fatta beslut om ändringar och tillägg av enklare innebörd till samverkansöverenskommelsen som inte påverkar överenskommelsens huvudsakliga innehåll vad gäller t.ex. dess syfte och mål. Det kan till exempel avse språkliga justeringar, anpassningar till förändringar i lagstiftningstext, formuleringar i nationella riktlinjer m.m. Sådana ändringar ska dokumenteras och biläggas samverkansöverenskommelsen. Valfärdsrådet skall informeras om sådana ändringar.

Samverkansöverenskommelsen skall revideras vart tredje år från och med ikraftträdandet av denna samverkansöverenskommelse. I samband med en revidering skall även en utvärdering av samverkansöverenskommelsen genomföras. Länschefsnätverket beslutar om uppdrag avseende utvärdering och revidering av samverkansöverenskommelsen.

---

