



Skadligt bruk/ beroende

Handbok för handläggning

2025-09-04

Beslutad av:
Avdelningschefsnätverket
vuxen och försörjningsstöd

Gäller för:
Gäller för:
Socialförvaltningarna
Centrum, Hisingen,
Nordost och Sydväst

Diarienummer:
[Nummer]

**Datum och paragraf för
beslutet:**
2025-09-04

Dokumentsort:
Handbok – stödjande
dokument

Giltighetstid:
Tillsvidare

Senast reviderad:
2025-09-04

Dokumentansvarig:
Processledare Enheten för
kvalitet

Bilagor:
[Bilagor]

Inledning

Utifrån kategoriplan vuxen har Enheten för kvalitet har fått i uppdrag att ta fram denna handbok för handläggning av skadligt bruk/ beroende som en del i att säkerställa följsamhet till socialtjänstprocessen och främja likahantering över staden.

Göteborgs Stad har sedan 2018 arbetat med modellen för kategoristyrning.

En kategoriplan tas fram utifrån en faktabaserad nulägesanalys, arbetet genomförs i ett tvärfunktionellt team. Planen, som kan beskrivas som en behovsförsörjningsplan, tydliggör vilka insatser som krävs för att möta behoven inom kategoriområdet. Utifrån kategoriplanen utformas en handlingsplan med aktiviteter så som upphandlings-, utrednings- och utvecklingsaktiviteter.

Syftet med kategoriplan vuxen är att förvaltningarnas arbete ska leda till hållbar förändring och utveckling för de vi är till för, brukaren ska ständigt vara i fokus och brukarens totala tid med insatser från socialtjänsten ska minska.

Handboken ska läsas som ett komplement till nationella styrande dokument samt övriga styrande dokument i staden. Kursiverad text innebär att länken finns att hitta under ”Kopplingar till andra styrande dokument” i början av handboken.

Innehåll

1	Koppling till andra styrande dokument.....	5
1.1	Nationellt	5
1.2	Regionalt	5
1.3	Stadens styrande dokument	6
1.4	Stödjande material	6
2	Lagar och styrning	8
2.1	Socialtjänstlagen (2025:400)	8
2.2	Samsjuklighetsutredningen	9
2.3	Narkotikautredningen	10
2.4	Nationella riktlinjer	11
3	Definitioner av skadligt bruk och beroende.....	12
3.1	Vad händer i hjärnan?	12
3.2	Riskfaktorer	13
4	Särskilt utsatta grupper.....	14
4.1	Flickor och kvinnor	14
4.2	Unga personer	15
4.3	Äldre personer.....	16
4.4	Personer med samsjuklighet	17
5	Substansöversikt.....	18
5.1.1	Alkohol	19
5.1.2	Bensodiazepiner.....	19
5.1.3	Cannabis	20
5.1.4	Opioider.....	21
5.1.5	Centralstimulerande substanser	21
6	Spel om pengar.....	23
7	Aktualisering av ärenden	24
7.1	Ansökan	24
7.2	Anmälan	25
7.2.1	Vidarebefordra oro för barn	25
7.2.2	Omedelbar skyddsbedömning	25
7.2.3	Förhandsbedömning.....	26
7.2.4	Anmälan som övergår till egen ansökan	26
7.3	Annat sätt.....	27
8	Socialtjänstens utredning	28

8.1	Information och utredningsplan	28
8.2	Standardiserade bedömningsmetoder	29
8.2.1	AUDIT och DUDIT	29
8.2.2	FREDA- kortfrågor och farlighetsbedömning	29
8.2.3	NODS och NODS CLiP	30
8.3	ASI	30
8.4	Motiverande samtal (MI- Motivational Interviewing)	31
8.5	Barnrätt	31
8.6	Kommunicering	32
8.7	Analys och bedömning	33
9	Insatsplanering	35
9.1	Ansvar för behandling och stödinsatser	35
9.2	Abstinensbehandling/ nedtrappning	35
9.3	Nationella riktlinjer	36
9.3.1	Psykologisk och psykosocial behandling	36
9.3.2	Boendeinsatser vid hemlöshet	37
9.3.3	IPS	38
9.3.4	Case management	39
10	Tvångsvård	40
11	Anhöriga	41
11.1	Barn som anhöriga	41
12	Sekretess	43
13	Samverkan	44
13.1	Intern samverkan	44
13.2	Samverkan med hälso- och sjukvården	44
13.2.1	Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LoSUS	45
13.2.2	Samordnad individuell plan - SIP	45
13.2.3	SAMSA	45
13.3	Samverkan med kriminalvården	46
13.3.1	Sociala insatsgrupper - SIG	47
13.3.2	Samlade avhopparverksamheten - SAV	47
14	Uppföljning	48
14.1	ISU – Individbaserad systematisk uppföljning	49

1 Koppling till andra styrande dokument

1.1 Nationellt

[Socialtjänstlag \(2025:400\) | Sveriges riksdag](#)

[Förvaltningslag \(2017:900\) | Sveriges riksdag](#)

[Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\) | Sveriges riksdag](#)

[Handläggning och dokumentation – handbok för socialtjänsten](#)

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

[Nationella vård- och insatsprogram](#)

[LVU – Handbok för socialtjänsten](#)

[LVM – Handbok för socialtjänsten](#)

Statliga utredningar av vikt:

[Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93](#)

[Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus, SOU 2023:62](#)

1.2 Regionalt

[Styrdokument - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet – här kommer du till startsidan för alla regionalt styrande dokument, nedan följer de som benämns i denna handbok.](#)

[ÖK Psykiatri Missbruk 2017 beslut](#)

[Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn Västra Götaland](#)

[Länsgemensam riktlinje för samordnad individuell plan, SIP i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam rutin för SIP](#)

[Utbildning - GITS - Gemensam information- och tjänstesamordning i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam riktlinje för Öppenvårdsprocessen i Västra Götaland.pdf](#)

[Länsgemensam rutin för öppenvårdsprocessen och IT- tjänsten SAMSA.](#)

Riktlinje för kontraktsvård – Samverkan mellan kommun och kriminalvård vid utredningar om kontraktsvård och placeringar för vårdvister (2022-05-01).pdf,
Ansvarsförbindelse – Kontraktsvård, vårdvistelse.pdf

Rutin för avvikelshantering i samverkan

1.3 Stadens styrande dokument

Anmälan utifrån skadligt bruk/ beroende (stödjande dokument)

Anmälan enligt LOB

Rutin för Bostad Först

Överenskommelse stödinsats Bostad Först

Handbok insats i form av boende

Rutin för kommunala kontrakt

Boendeinsatser unga vuxna - metodstöd

Rutin för insatsen ACT

Socialförvaltningarnas rutin för handläggning av LVM

Socialförvaltningarnas rutin för förstärkt barnrätt i vuxenärenden

SIP inför beslut om behandlingsinsatser vuxna

Planerad nedtrappning av illegala substanser

Göteborgs Stads rutin för samordnad plan och samtycke i ärenden som kräver samordning från två eller flera förvaltningar

Rutin för samordnad individuell plan, SIP

Samverkan enligt insluss

Rutin för samverkan mellan de fyra socialförvaltningarna och samlad avhoppbarverksamhet, SAV

1.4 Stödjande material

Droghjulet_PO_1_0_1

Kunskapsguiden:

Behandling och stödinsatser vid missbruk och beroende - Kunskapsguiden

Socialstyrelsen:

Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare

SIG Samverkan i sociala insatsgrupper

Sekretess- och tystnadspliktsgränser - I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården

OM – Individbaserad systematisk uppföljning i socialtjänsten

Särskilt utsatta grupper:

Vård efter behov?

Missbruk och beroende i åldern 13-29 år

Om äldre personer och alkohol - Kunskapsguiden

Behandling vid samsjuklighet - Kunskapsguiden

Standardiserade bedömningsmetoder:

Om standardiserade bedömningsmetoder

audit-dudit-identifiera-problem-med-alkohol-och-droger.pdf

FREDA standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer - Socialstyrelsen

NODS Utredning och bedömning - Kunskapsguiden

ASI-manualen – Anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning – Reviderad version 2022 - Socialstyrelsen

Anhöriga:

Om stöd till anhöriga - Kunskapsguiden

Föräldraskap och missbruk

Brukaranhörigas Riksorganisation (BARO)

Fakta om anhörigstöd – Nka

Barn som anhöriga – Nka

BRA - Barns rätt som anhöriga - Stiftelsen Allmänna Barnhuset

SKU – stadenövergripande kunskap och utveckling:

Kunskapsbaserad socialtjänst i Göteborgs stad

Följer vi rekommendationerna?

2 Lagar och styrning

2.1 Socialtjänstlagen (2025:400)

Den nya lagen som trädde i kraft 1 juli 2025 har en moderniserad och mer konkret inriktning. Av de övergripande målen för socialtjänsten framgår att socialtjänsten ska arbeta förebyggande och vara lättillgänglig. Det innebär att socialtjänstens uppdrag förtydligas med fokus på att:

- Arbeta förebyggande: Socialtjänsten ska aktivt arbeta för att förebygga sociala problem och behov av insatser.
- Vara lättillgänglig: Det ska vara enkelt för individer att få kontakt med och få stöd från socialtjänsten.
- Bedriva verksamheten i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet: Socialtjänstens arbete ska baseras på bästa tillgängliga kunskap.
- Främja jämlika och jämställda levnadsvillkor: Socialtjänsten ska verka för att alla individer har lika möjligheter och rättigheter.

Enligt 6 kap. 6 § SoL ska socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar. Det åligger även socialnämnden, enligt 6 kap. 7 § SoL, att genom information till myndigheter, grupper och enskilda samt genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av skadligt bruk och beroende samt om de stöd- och behandlingsinsatser som finns att få.

Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för behandling och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende. Problematiken vid skadligt bruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Beroendevården omfattar därmed ett brett spektrum av vård- och stödinsatser som faller inom både det sociala och det medicinska området. Kommuner och regioner ska, enligt 7 kap. 2 § SoL, ingå en överenskommelse om att samverka bland annat när det gäller personer som lever med skadligt bruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Socialtjänsten har ett generellt ansvar för stödinsatser. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och insatser för sin livsföring i övrigt. Socialnämnden ska också, enligt 8 kap. 10 § SoL, arbeta för att personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att dessa personer får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter deras individuella behov av särskilt stöd. Regeln handlar om personer med funktionsnedsättning där skadligt bruk inte per definition ingår, men samtidig funktionsnedsättning är vanlig.

Enligt 13 kap. 10 § SoL ska socialnämnden erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Nämnden ska ta de initiativ som krävs för att sådana insatser kan erbjudas dem som har behov av insatser. Socialnämnden ska planera insatserna tillsammans med den enskilde och noga följa upp att planen fullföljs.

När det finns skäl att tvångsvårda någon på grund av skadligt bruk eller beroende, ansvarar socialnämnden för att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

2.2 Samsjuklighetsutredningen

När ”Uppdrag granskning” sändt programmet ”Vem kan rädda Sanne?”, som belyste allvarliga brister i vården för personer med samsjuklighet, väcktes debatt om behovet av förbättringar inom vårdsystemet. En statlig utredning tillsattes och den 31 januari 2023 överlämnades slutbetänkandet till regeringen. Regeringens budget för 2025 inkluderar flera åtgärder och resurser för att implementera förslagen i samsjuklighetsutredningen (*Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet SOU 2021:93*).

Samsjuklighetsutredningen föreslår i ett delbetänkande en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Reformen förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende.

Reformen ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering och består av tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).

6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.

8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörig-organisationer.

9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.

10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys som utredningen presenterar i betänkandet.

I Tidöavtalet, som utgör grunden för det politiska samarbetet mellan regeringspartierna och Sverigedemokraterna, betonas vikten av att stärka beroendevården och förbättra insatserna för personer med samsjuklighet. Detta innebär att personer med substansbruksproblematik och beroendesjukdom ska ges en sammanhållen vård och behandling, där ansvaret ligger på regionerna. En långsiktig plan ska arbetas fram för en bättre beroendevård i hela landet. Samtidigt ska socialtjänstens ansvar för stöd i vardagen, såsom boende, sysselsättning och hjälp att utveckla egna resurser, kvarstå och stärkas.

För att genomföra dessa mål har regeringen, i linje med samsjuklighetsutredningens förslag, tillsatt en samsjuklighetsdelegation. Delegationen har i uppdrag att ta fram en plan för reformens genomförande, analysera och föreslå eventuella ändringar eller kompletteringar av samsjuklighetsutredningens förslag, genomföra nya och kompletterande konsekvensanalyser samt föra dialog med berörda aktörer i reformarbetet.

Målet är att skapa mer sammanhållna och behovsanpassade insatser för personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Reformen syftar till att förbättra vården och stödet till personer med samsjuklighet och säkerställa att insatserna är samordnade och anpassade efter individens behov.

2.3 Narkotikautredningen

Narkotikautredningen - Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus (SOU 2023:62) har flera viktiga delar som syftar till att förbättra folkhälsan och minska skadorna relaterade till narkotikaanvändning. Här är några av de mest centrala aspekterna

1. **Förebyggande arbete:** Utredningen betonar vikten av att förebygga narkotikaanvändning, särskilt bland barn och unga. Detta inkluderar utbildningsprogram och stöd till föräldrar för att kommunicera om narkotika med sina barn
2. **Skadligt bruk- och beroendevård:** Förslag på förbättrad vård för personer med skadligt bruk och beroende, inklusive insatser för skademinimering och stöd till anhöriga
3. **Data och uppföljning:** Förbättring av insamling och analys av data för att bättre kunna följa utvecklingen och effekterna av narkotikapolitiken
4. **Minskning av dödsfall:** Ett program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar, inklusive ökad tillgång till naloxon, en opioidantagonist som kan rädda liv vid överdos
5. **Kunskapsbaserad politik:** Utredningen föreslår en kunskapsbaserad narkotikapolitik som kombinerar restriktiva åtgärder med effektiva förebyggande insatser och vård.

Regeringen har ännu inte presenterat ett beslut eller en proposition baserat på utredningens förslag, men relaterade åtgärder har vidtagits då naloxon säljs receptfritt och förslagen går i linje med nya SoL (2025:400) där förebyggande och kunskapsbaserade insatser genomsyrar lagstiftningen.

2.4 Nationella riktlinjer

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid skadligt bruk (missbruk) och beroende i Sverige är utformade av Socialstyrelsen. Dessa riktlinjer syftar till att förbättra tillgången till läkemedel mot alkoholberoende och erbjuda beteendearterad behandling. De inkluderar också stödinsatser som hjälp med arbete och bostad, exempelvis enligt IPS-modellen och Bostad först.

Riktlinjerna riktar sig till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten och innehåller rekommendationer för att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder. De omfattar psykologisk och psykosocial behandling för olika typer av beroenden, inklusive bensodiazepiner, cannabis, centralstimulerande preparat och opioider.

De nationella vård och insatsprogrammen är utformade för att konkretisera och implementera de rekommendationer som anges i riktlinjerna. Vård- och insatsprogrammen (VIP) är ett gemensamt kunskapsstöd som vänder sig till den som är verksam inom primärvård, specialiserad vård, socialtjänst och skola. Relevant för denna handbok är *Vård- och insatsprogram missbruk och beroende* som tillgängliggör riktlinjer och andra kunskapsunderlag på ett användarvänligt sätt.

3 Definitioner av skadligt bruk och beroende

Skillnaden mellan skadligt bruk och beroende ligger främst i graden av påverkan på personens liv och hälsa. Skadligt bruk innebär att användningen av en substans (alkohol eller droger) leder till negativa konsekvenser för personens hälsa och/ eller sociala liv. Det kan handla om att ofta bli berusad, komma sent till jobbet på grund av intag av substanser dagen innan eller att relationer påverkas negativt. Om ett skadligt bruk av en substans eller dylikt pågår under en längre tid leder det ofta till att ett beroende utvecklas. Ett beroende karaktäriseras av att det mesta i livet kretsar kring det, och att det prioriteras så högt att det ofta till och med går före den egna hälsan, arbetsliv, privatliv med mera. Det är också mycket vanligt att den som är beroende har försökt, eller kanske ständigt försöker, begränsa sitt bruk utan att lyckas. På det medicinska området är termerna huvudsakligen kopplade till de diagnossystem som används, ICD-10 och DSM-5. Skadligt bruk och substansberoende klassificeras båda som medicinska diagnoser enligt ICD-10 och tidigare versioner av DSM hade diagnosen ”missbruk”, men i nuvarande DSM-5 har diagnoserna ”missbruk” och ”beroende” slagits ihop till substansbrukssyndrom.

Begreppet ”missbruk” anses ofta vara stigmatiserande. Det kan bidra till negativa attityder och fördomar mot personer som har problem med substansanvändning. Detta kan leda till att personerna känner sig dömda eller skamfyllda, vilket i sin tur kan hindra dem från att söka hjälp. För att minska stigmatiseringen används istället begrepp som ”skadligt bruk” och/ eller ”beroende”. Dessa termer är mer neutrala och fokuserar på de negativa konsekvenserna av substansanvändning utan att lägga en moralisk värdering på individens beteende. I den nya socialtjänstlagen är begreppet ”missbruk” borttaget till fördel för ”skadligt bruk” och ”beroende”.

3.1 Vad händer i hjärnan?

När en tar en beroendeframkallande substans aktiveras hjärnans belöningssystem och dopamin frisätts. Det ger en känsla av eufori som i sin tur gör att en vill upprepa aktiviteten. Vid upprepad användning börjar belöningssystemet sända egna signaler till oss om att ta substansen för att vi ska uppnå samma euforiska effekt, oavsett om det leder till andra negativa effekter.

Det finns många saker som människor kan ha svårt att hantera och känna sig beroende av. Det kan handla om dataspel, socker/ mat, träning, sex eller sociala medier, men allt är inte sjukdomsklassificerade beroendetillstånd. Det är alkohol, droger, beroendeframkallande läkemedel och spel om pengar (sk hasardspelssyndrom) som Socialstyrelsen har angett som specifika beroendetillstånd.

3.2 Riskfaktorer

Det finns flera riskfaktorer som påverkar om individen utvecklar ett skadligt bruk eller beroende. Generella riskfaktorer för de flesta beroendesyndrom är:

- ärftlighet
- tidig debut
- instabil livssituation, utanförskap, våld/utsatthet, ekonomiska problem
- psykiska problem eller psykisk ohälsa
- somatiska sjukdomar
- annat skadligt bruk eller beroende
- otrygg psykosocial miljö

4 Särskilt utsatta grupper

Regeringen betonar särskilt behovet av anpassade insatser för vissa specifika målgrupper varpå ett axplock kommer redovisas i denna handbok med länkar till var du kan läsa mer.

4.1 Flickor och kvinnor

I sin rapport *"Vård efter behov? – Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende"* beskriver Socialstyrelsen behovet av anpassade insatser för flickor och kvinnor.

Flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende påverkas ofta av faktorer som skiljer sig från mäns. Flera studier visar att sociala relationer, omsorgsansvar och tidigare trauman har särskild betydelse för kvinnors beroendeproblematik.

En överrepresentation av övergrepp i barndomen och andra problematiska uppväxtförhållanden är vanligt bland kvinnor med substansbruksproblematik. Det är också vanligare att kvinnor som söker behandling har ansvar för hemmavarande barn, vilket kan göra det svårt att delta i vårdinsatser – särskilt vid brist på barnomsorg. Samtidigt kan viljan att förbättra relationen till sina barn fungera som en viktig drivkraft för förändring.

Relationer till en partner med eget substansbruk är en annan riskfaktor som påverkar kvinnor i högre grad än män och kan öka risken för återfall. Psykisk ohälsa i form av samsjuklighet är också vanligare bland kvinnor, vilket ytterligare komplicerar vårdbehovet.

Flera studier visar dessutom på omfattande våldsutsatthet bland flickor och kvinnor med beroendeproblematik, både i barndomen och i samband med skadligt bruk och beroende. Det kan vara svårare för kvinnor i beroende att bryta upp från en relation präglad av våld eftersom partnern kan vara den som tillhandahåller drogerna eller bostaden, eller fungerar som ett skydd mot andra förövare. Man behöver skilja på substansbruket och våldsutsattheten och arbeta med båda problemen samtidigt och samordnat. Våldet kan vara en följd av skadligt bruk, och bruket kan vara en följd av våld. Våldsutsatthet kan i vissa fall försvåra behandlingsföljksamhet och öka risken för återfall. Samtidigt finns exempel på integrerade behandlingsinsatser – där beroende och trauma behandlas parallellt – som visat goda resultat. För att läsa mer om våld finns *Handbok våld i nära relation och hedersrelaterat våld – Handbok för handläggning* där det också finns länkar vidare till nationellt styrande dokument.

Kvinnor med aktuellt eller tidigare drogberoende har även sämre förutsättningar vad gäller sexuell och reproduktiv hälsa. De löper förhöjd risk för vissa cancersjukdomar och sexuellt överförbara infektioner, men deltar i lägre utsträckning i screeningprogram. Biologiskt sett är kvinnor mer mottagliga för vissa infektioner jämfört med män.

Slutligen utsätts kvinnor ofta för en hårdare moralisk granskning kopplad till sitt substansbruk än män, vilket kan leda till stigmatisering. Stigmat kan i sin tur påverka kvinnans möjligheter att få hjälp, försämra livschanserna och leda till negativa bemötanden från både samhället och vårdgivare.

I sin rapport *"Vård efter behov?"* lyfter Socialstyrelsen fram sex övergripande åtgärdsområden för att förbättra vård och stödinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende:

1. **Ökad kunskap och kompetens**

Det behövs en stärkt kunskapsbas hos yrkesverksamma för att bättre förstå och möta kvinnors särskilda behov inom beroendevården.

2. **Stigma och bemötande**

Moraliskt dömande attityder behöver aktivt motverkas. Kvinnor med beroendeproblematik ska bemötas med respekt och få sina erfarenheter och behov tagna på allvar.

3. **Trygga och våldsfria miljöer**

Behandlingsmiljöer ska vara anpassade för att möta våldsutsatta kvinnor. Det kräver ett särskilt fokus på trygghet och ett traumamedvetet förhållningssätt.

4. **Sexuell och reproduktiv hälsa**

Tillgången till insatser som rör exempelvis screening för cancer och STI-prevention behöver förbättras för kvinnor med beroendeproblematik.

5. **Helhetsperspektiv och relationella behov**

Kvinnors beroende påverkas ofta av relationer, föräldraskap och sociala sammanhang. Stödet bör utformas med hänsyn till detta och möjliggöra exempelvis barnomsorg vid behandling.

6. **Samordnade insatser vid samsjuklighet**

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland kvinnor med beroendeproblematik. Därför bör vård- och stödinsatser utformas integrerat och samordnas mellan olika aktörer.

4.2 Unga personer

Barn och unga utgör en särskilt utsatt målgrupp i arbetet med skadligt bruk och beroende. Det framgår tydligt i SKR:s handlingsplan (2021) *"Missbruk och beroende i åldern 13–29 år"*, som betonar vikten av tidiga, samordnade och anpassade insatser för just denna åldersgrupp. Biologisk sårbarhet, samsjuklighet och sociala riskfaktorer ökar risken för att unga utvecklar beroende, samtidigt som tillgången till rätt hjälp ofta är begränsad.

Unga har ännu inte en färdigutvecklad hjärna, vilket påverkar förmågan till konsekvenstänk och impulskontroll. Tidigt bruk ökar risken för beroendeutveckling och andra livsproblem, vilket gör det särskilt viktigt med insatser som förebygger debut.

I handlingsplanen understryks samsjuklighet som en kritisk utmaning. Många unga med skadligt bruk har samtidigt svårigheter som ångest, depression eller neuropsykiatriska diagnoser, vilket ställer krav på integrerade insatser mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Unga i utsatthet – exempelvis de som saknar fullföljd skolgång, lever i otrygga hemmiljöer eller har erfarenhet av institutionsvård – löper ökad risk för både skadligt bruk, beroende och social marginalisering. Enligt SKR krävs samordnade och lågtröskliga insatser som möter unga tidigt och i deras vardagsmiljö.

Handlingsplanen pekar på att många unga "faller mellan stolarna" i dagens system – mellan BUP och vuxenpsykiatri, mellan skola och socialtjänst eller mellan frivilliga och tvångsmässiga insatser. SKR föreslår därför utveckling av samverkansmodeller som Mini-Maria, Ungdomscentrum och tvärprofessionella mottagningar.

Handlingsplanen knyter an till barnkonventionen och betonar att barns rätt till stöd gäller både när de själva har ett skadligt bruk och när de lever i närhet till någon med beroende. Socialtjänsten har en nyckelroll i att tillgodose denna rätt, bland annat genom systematiskt arbete med orosanmälningar, barnsamtal och uppföljning.

Flera av de centrala slutsatserna i SKR:s handlingsplan får nu ett tydligare stöd i den nya socialtjänstlagen. Handlingsplanens fokus på förebyggande arbete, individanpassning, samverkan och barnrättsperspektiv förstärks genom den nya lagstiftningens struktur och innehåll.

4.3 Äldre personer

Temat *Om äldre personer och alkohol - Kunskapsguiden* lyfter att äldre personer är en särskilt utsatt grupp vid alkoholberoende.

Äldre personer är mer känsliga för hur alkoholen påverkar hälsan än vad yngre personer är eftersom både muskelmassan och kroppsvätskan minskar när man blir äldre. Till exempel har äldre personer högre risk att drabbas av sjukdomar som orsakas eller förvärras av alkohol. Sjukdomar som kan orsakas eller förvärras av alkohol är leversjukdom, magsår, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancer eller demens.

Det finns också risker kopplade till en högre läkemedelsanvändning och att alkoholkonsumtion kan öka risken att falla eller råka ut för olyckor. Äldre personer som har alkoholproblem behöver erbjudas stöd och hjälp.

Alkoholkonsumtionen bland äldre personer har ökat under senare år samtidigt som den minskar i alla andra åldersgrupper. Även om de äldre männen står för den största konsumtionen av alkohol så är ökningen störst bland äldre kvinnor.

När det gäller äldre personer är samverkan med ÄVO ofta nödvändig och samverkan mellan förvaltningar ska ske enligt *Göteborgs Stads rutin för*

samordnad plan och samtycke i ärenden som kräver samordning från två eller flera förvaltningar.

4.4 Personer med samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att ha två eller flera sjukdomsdiagnoser samtidigt, i detta fall skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos.

Hos personer med skadligt bruk eller beroende är ångest, depression, ADHD och personlighetssyndrom vanligt förekommande.

Omvänt är beroende också vanligare bland personer med psykisk ohälsa än i befolkningen i övrigt. Omkring 20-30 procent av de personer som är aktuella i vården på grund av psykisk ohälsa har samtidigt ett skadligt bruk eller beroende. Inom den specialiserade psykiatrin är det personer med psykossjukdomar och bipolär sjukdom som har högst förekomst av samtidigt skadligt bruk eller beroende.

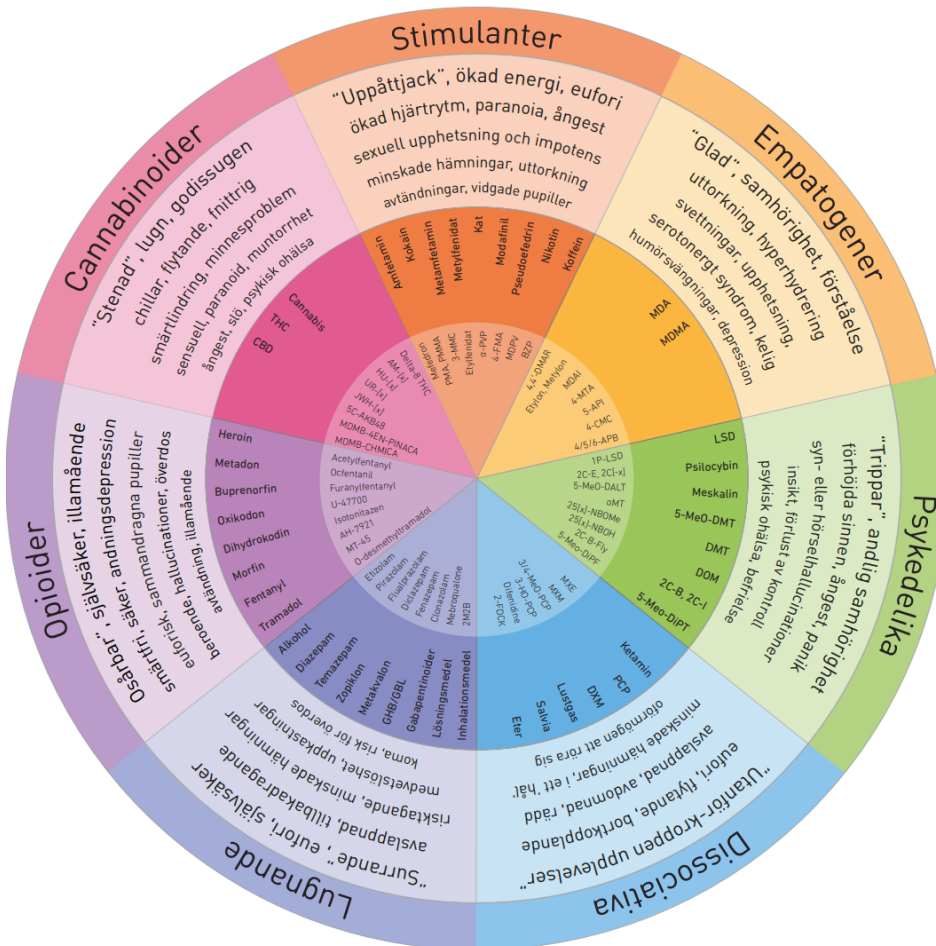
Det är viktigt att psykiatrisk samsjuklighet uppmärksammas och att personen får behandling för både beroendet och de andra psykiatriska tillstånden samtidigt eftersom personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. För särskilt vårdkrävande personer kan det finnas behov av mer omfattande insatser, anpassningar och stöd. Även behandlingsresultat och följsamhet till exempelvis läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) kan sannolikt bli sämre om det finns en samtidig psykisk sjukdom.

När en person har skadligt bruk eller beroende och annan samtidig psykiatrisk diagnos kan det krävas längre behandlingstider och ett stödjande, pedagogiskt förhållningssätt. Det är viktigt med realistiska mål som inte bara fokuserar på drogfrihet utan också på att öka personens livskvalitet.

Du kan läsa mer på *Behandling vid samsjuklighet – Kunskapsguiden*.

5 Substansöversikt

Man brukar dela in beroendeframkallande droger utifrån effekten de har på användaren. Det finns olika klassificeringsverktyg och det så kallade *Droghjulet* är ett sätt att illustrera kunskap om substanser. Den yttre ringen visar effekter efter kategori, mellanringen vilka etablerade droger som ingår i gruppen och den inre ringen visar nyare psykoaktiva substanser.



Nedanstående information baseras på det *Nationella vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende* samt *Socialstyrelsens nationella riktlinjer*, men droghjulet kan skrivas ut och vara till hjälp för att se exempel på vilka specifika substanser som avses.

Viktigt att komma ihåg är att många substansanvändare blandar olika preparat för att få olika effekter. Många har dock en huvuddrog som man oftast återkommer till. Om personer har ett kaotiskt droganvändande ökar risken för överdoser och skador.

5.1.1 Alkohol

Skadligt bruk och beroende av alkohol kännetecknas av återkommande konsumtion trots negativa konsekvenser i det sociala livet, hälsan eller arbetsförmågan.

Tecken på rus kan vara sämre koordination, nedsatt omdöme, högljuddhet, rödmosigt ansikte, vinglig gång, lukt av alkohol samt sänkt hämning.

Symtom på beroende inkluderar kontrollförlust, starkt sug efter alkohol, ökad tolerans, abstinensbesvär och att alkoholen får en central roll i individens vardag. Andra symtom kan vara sömnstörning, ångest, depression, hjärklappning, magbesvär och högt blodtryck.

Skadeverkningar ökar med konsumtionsnivån och kan omfatta levercirros, diabetes, pankreatit, hjärnskador samt tillstånd som delirium tremens – en allvarlig form av alkoholabstinens som kan ge hallucinationer, förvirring, feber och balansproblem.

Samsjuklighet är vanligt och omfattar över 60 somatiska och psykiska tillstånd enligt WHO. Dessa inkluderar hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, mag- och tarmsjukdomar, cancer, depression, bipolärt syndrom, PTSD och neuropsykiatriska diagnoser. Risken för självmord är förhöjd.

Behandling bör kombinera psykologiska, sociala och farmakologiska metoder. MI, KBT, CRA, återfallsprevention och tolvstegsbehandling är vanliga insatser. Farmakologisk behandling kan innefatta disulfiram, akamprosot eller naltrexon. Boende, sysselsättning och nätverksstöd är ofta avgörande.

Riskbruk definieras som alkoholvanor där det finns en påtagligt förhöjd risk för skadliga effekter på gruppnivå, jämfört med ingen konsumtion. Gränsvärdena för vuxna är nu samma för män och kvinnor:

- ≥ 10 standardglas per vecka
- ≥ 4 standardglas vid ett tillfälle, minst en gång i månaden (kallas intensivkonsumtion)

För unga personer rekommenderas tidig upptäckt, familjebaserade insatser och samverkan med skola och nätverk. För vuxna betonas integrerade insatser vid samsjuklighet och stöd för boende, sysselsättning och stabilitet.

5.1.2 Bensodiazepiner

Bensodiazepiner används för att behandla bland annat ångest och sömnproblem, men har hög beroendepotential, särskilt vid långvarigt bruk.

Tecken på rus innefattar trötthet, sluddrigt tal, ostadig gång, nedsatt omdöme, minnesluckor och emotionell avflackning. Personen kan framstå som frånvarande eller initiativlös.

Symtom på beroende inkluderar toleransutveckling och abstinenssymtom vid utsättning, såsom ångest, irritabilitet, sömnproblem och i svårare fall epileptiska anfall eller psykos.

Skadeverkningar omfattar kognitiva nedsättningar, personlighetsförändringar och ökad risk för fallskador. Kombination med andra substanser, som alkohol eller opioider, förstärker riskerna.

Samsjuklighet är vanligt med tillstånd som depression, PTSD, ångest och annat substansbruk.

Behandling sker genom långsam nedtrappning, i kombination med psykosociala insatser som KBT, MI och återfallsprevention. Samverkan mellan vård och socialtjänst är avgörande.

5.1.3 Cannabis

Cannabis är en av de mest använda illegala substanserna i Sverige och innefattar marijuana och hasch, samt syntetiska varianter som spice och K2. De syntetiska cannabinoïderna kan vara upp till 100 gånger starkare än traditionell cannabis och medför därmed högre risk för allvarliga biverkningar, inklusive dödlig utgång vid akut intoxication.

Tecken på rus innefattar höjd puls, muntorrhet, röda ögon, förstörade pupiller, hunger och sötsug. Psykiska tecken kan vara fnissighet, desorganiserat tänkande, förvirring, hallucinationer och vanföreställningar. Hos vissa individer kan cannabisanvändning utlösa ångestattacker eller panikångest. Akuta psykoser kan förekomma, kännetecknade av upprymdhet, hallucinationer, aggressivitet och vanföreställningar – ibland med fördröjd debut dagar efter användning.

Symtom på beroende omfattar toleransutveckling och abstinens vid försök att sluta, med tecken som irritabilitet, sömnsvärigheter, ångest och humörsvingningar. Individen fortsätter ofta använda cannabis trots negativa konsekvenser i arbete, studier eller relationer.

Skadeverkningar av långvarigt bruk inkluderar nedsatt kognitiv funktion, försämrat minne, koncentrationssvärigheter och minskad förmåga till problemlösning. Hos unga kan cannabis bromsa personlighetsutvecklingen och leda till bristande social anpassning. Även om cannabis inte är akut fysiskt toxiskt i sig, är långvarigt bruk kopplat till luftvägssjukdomar som kronisk bronkit samt ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar.

Samsjuklighet är vanligt, särskilt med psykiska tillstånd såsom depression, ångest och psykos. Det förekommer även parallellt bruk av andra substanser, vilket kan förvärra beroendetillståndet.

Behandling bör anpassas efter individens behov och kan omfatta psykosociala metoder som motiverande samtal (MI), kognitiv beteendeterapi (KBT) och återfallsprevention. För ungdomar finns specifika insatser såsom Cannabisprogram för ungdomar (CPU), som fokuserar på stöd till drogfrihet och livsstilsförändring. Samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är central för att kunna erbjuda en sammanhållen och effektiv behandlingsprocess, särskilt vid förekomst av samsjuklighet.

5.1.4 Opioider

Opioider omfattar både illegala substanser som heroin och läkemedel som morfin och oxykodon. Dessa substanser har hög beroendepotential och kan ge svåra fysiska och psykiska konsekvenser.

Tecken på rus vid opioidbruk innefattar små pupiller, trötthet, långsamt tal, sänkt andningsfrekvens, klåda, illamående och en allmän avslappnad eller omtöcknad uppsyn. Personen kan verka frånvarande, seg i respons och ha nedsatt reaktionsförmåga.

Symtom på beroende omfattar starkt begär efter opioider, toleransutveckling samt abstinensbesvär som muskelvärk, frossa, diarré, illamående och ångest. Användningen kan leda till stora sociala konsekvenser, inklusive förlorade relationer och arbetsförmåga.

Skadeverkningar inkluderar risk för överdos, särskilt vid injektionsbruk, samt infektioner som hepatit och HIV. Långvarigt bruk kan orsaka hormonella störningar, nedsatt immunförsvar och förstoppning. Samsjuklighet med psykiska tillstånd är vanligt och måste beaktas i behandlingsplanen.

Behandling bör, vid långvarigt och dokumenterat opioidberoende, omfatta läkemedelsassisterad behandling (LARO) med metadon eller buprenorfin i kombination med psykologiska och sociala insatser. Återfallsprevention, boende- och sysselsättningsstöd samt samverkan mellan vård och socialtjänst är centrala komponenter i en framgångsrik rehabilitering.

5.1.5 Centralstimulerande substanser

Centralstimulerande substanser som amfetamin, metamfetamin och kokain används för sina uppiggande och euforiska effekter. Dessa substanser har hög beroendepotential och kan orsaka både akuta och långsiktiga skador.

Tecken på rus inkluderar vidgade pupiller, rastlöshet, ökad motorisk aktivitet, förhöjd puls, överdrivet pratbehov, aggressivitet och misstänksamhet. Personen

kan uppfattas som överdrivet självsäker eller uppvarvad, och sakna behov av sömn och mat.

Symtom på beroende omfattar starkt begär efter substansen, ökad tolerans och abstinenssymtom såsom trötthet, depression, irritabilitet och sömnstörningar. Beteendet under rus kan innebära riskfyllda beslut, impulsivitet och ökad benägenhet för våld eller olyckor.

Skador vid långvarigt bruk innefattar hjärt-kärlproblem, neurologiska förändringar och psykiska störningar som paranoida vanföreställningar och psykosor. Samsjuklighet är vanligt, särskilt med depression, ångest och ADHD.

Behandling bör bestå av psykosociala insatser som KBT, återfallsprevention och gärna strukturerade program som MATRIX-modellen. En integrerad vårdmodell med fokus på både substansbruk och samsjuklighet, samt samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, är avgörande för god behandlingseffekt.

6 Spel om pengar

Spelberoende är ett allvarligt tillstånd som kan få stora konsekvenser för individens ekonomi, psykiska hälsa och sociala relationer.

Tecken på spelproblem kan vara upptagenhet av spel, behov av att spela för allt större summor, misslyckade försök att minska eller sluta spela, spelande för att lindra nedstämdhet, och att dölja omfattningen av spelandet för omgivningen. Ekonomiska svårigheter, lögn och försummelse av arbete eller relationer är vanligt.

Symtom på spelberoende liknar andra beroendetillstånd med kontrollförlust, upptagenhet av spel, ökad tolerans (behöver spela mer för samma känsla) och abstinensliknande känslor som rastlöshet och irritabilitet vid speluppehåll.

Skadeverkningar inkluderar skuldsättning, psykisk ohälsa, relationsproblem, arbetslöshet och i vissa fall kriminalitet. Psykiska följder som ångest, depression och självmordstankar är vanliga.

Samsjuklighet är vanligt med andra beroendetillstånd och psykiatriska diagnoser som depression, ångest och ADHD.

Behandling inkluderar psykosociala insatser såsom KBT, MI och ekonomisk rådgivning. Strukturerade behandlingsprogram och stöd från anhöriga är ofta viktiga. Samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård samt budget- och skuldrådgivning rekommenderas.

Tidig upptäckt genom screeningverktyg som NODS-CLiP och spelvanekartläggningar är avgörande. Individanpassat stöd och långsiktig uppföljning bör erbjudas.

7 Aktualisering av ärenden

För att du ska få en övergripande bild av socialtjänstens ansvar för handläggning av individärenden bör du i första hand använda dig av *Handläggning och dokumentation – Handbok för socialtjänsten*. Detta dokument är en mycket förenklad sammanfattning.

Ett ärende hos nämnden kan aktualiseras på i princip tre olika sätt: genom ansökan, anmälan eller på annat sätt. Det är mottagsenheterna som hanterar inkomna uppgifter som rör personer utan pågående ärende inom avdelning vuxen och om det finns ett pågående ärende så ska uppgiften hanteras av befintlig socialsekreterare alternativt jouren på dennes enhet.

Ansökan, anmälan eller annat sätt dokumenteras i en aktualisering i Treserva samma dag som uppgiften inkommer till nämnden. Det ska framgå av aktualiseringen vem som tagit emot uppgiften, befattning, datum, vem uppgiften avser och vad som gjorts.

7.1 Ansökan

En ansökan om insats enligt SoL innebär en skyldighet för nämnden att öppna ett ärende och inleda utredning. Även om det från början står klart att den enskildes ansökan eller begäran inte kan beviljas ska ärendet avslutas genom ett beslut.

Det finns inga begränsningar i socialtjänstlagen om vad den enskilde kan ansöka om, det är den enskildes behov som avgör om insatser ska beviljas och hur de i så fall ska utformas. En ansökan om insats behöver därför inte vara noggrant preciserad för att frågan ska utredas och avgöras genom ett beslut. För den som inte närmare känner till vad socialtjänsten kan erbjuda i olika situationer kan det vara svårt att precisera en ansökan. Om en ansökan är ofullständig eller oklar ska en myndighet i första hand hjälpa den enskilde till rätta inom ramen för sin allmänna serviceskyldighet.

Ansökan ska innehålla uppgifter om den enskildes identitet och den information som behövs för att myndigheten ska kunna komma i kontakt med honom eller henne. *Förvaltningslagen (FL)* ställer inga krav på att en ansökan ska ha en viss form varpå den kan ställas både muntligt och skriftligt, även via e-post eller sms. Handlingen ska dock bekräftas av avsändaren (om det inte är uppenbart onödigt) och socialtjänsten måste kunna säkerställa den enskildes identitet.

Om det står helt klart att den enskilde endast önskar upplysningar, exempelvis avseende socialtjänstens regler, ska rådgivning lämnas med information om att den enskilde alltid har rätt till en individuell behovsprövning. Rådgivning föranleder inte att ett ärende öppnas.

7.2 Anmälan

En anmälan om att en person kan behöva socialnämndens stöd kan komma från såväl enskilda personer som från myndigheter, yrkesverksamheter och andra organisationer. När det gäller en myndighet kan anmälan komma antingen från myndigheten som sådan eller från en person som är anställd vid myndigheten.

I 6 § LVM finns bestämmelser om anmälningsskyldighet för vissa myndigheter och yrkesverksamma när det gäller personer med substansbruk och/ eller beroendeproblematik. När det gäller vuxna personer som kan behöva stöd och hjälp finns det inte någon uppmaning till allmänheten eller andra som inte omfattas av bestämmelserna i 6 § LVM. En anmälan som görs av en privatperson eller organisation får dock inte avfärdas av nämnden och ska hanteras på samma sätt som de ovanstående.

Det finns ett separat stödjande dokument för hantering av anmälan, *Anmälan om oro utifrån skadligt bruk/ beroende*, där du kan läsa mer samt en särskild rutin för anmälan enligt LOB, *Göteborgs Stads rutin för handläggning av anmälan enligt LOB*.

När en anmälan inkommer till nämnden behöver socialsekreterare kontakta den person som anmälan avser. Utformningen av kontaktförsöken behöver ställas i relation till hur allvarlig anmälan initialt bedöms vara. Bedömning och planering ska dokumenteras i aktualisering.

7.2.1 Vidarebefordra oro för barn

Om den som anmälan avser har minderåriga barn eller lever med någon som har minderåriga barn är verksamheter inom socialnämnden skyldiga, enligt 19 kap. 1 § SoL, att vidarebefordra uppgifter om barn som är i behov av stöd eller skydd till den enhet som ansvarar för den sociala barn- och ungdomsvården, avdelning Barn och unga. Om barnet bor i annan kommun eller stadsområde ska en skriftlig anmälan lämnas till den aktuella kommunen eller stadsområdet. Det finns inga formella krav på hur anmälan ska göras, men Justitieombudsmannen, JO, har i ett flertal beslut angående anmälningsskyldiga pekat på att anmälan bör göras skriftligt med hänsyn till de ingripande åtgärder av socialnämnden som den kan medföra. Läs mer i Socialstyrelsens *Anmäla oro för barn Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare*.

Avdelning vuxna och avdelning barn och unga ska i så hög utsträckning som möjligt samverka i de fall det finns minderåriga barn som berörs. Du kan läsa mer under avsnitt 13.1 om intern samverkan.

Gällande oro för väntat barn finns en *Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn Västra Götaland*.

7.2.2 Omedelbar skyddsbedömning

När en anmälan rör barn eller unga upp till 20 år ska socialnämnden enligt 20 kap. 1 § SoL genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov

av omedelbart skydd. Att en sådan bedömning ska dokumenteras framgår av samma bestämmelse i lagen. Av förarbetena till bestämmelserna om omedelbar skyddsbedömning framgår att skyddsbehovet ska bedömas samma dag som anmälan kommer in till socialnämnden eller senast dagen efter om anmälan kommer in sent på dagen.

Det framgår av SOSFS 2014:5, 5 kap. 4 §, att nämnden ska dokumentera vilken bedömning avseende omedelbart skydd som gjorts, vad som ligger till grund för bedömningen, när bedömningen gjordes samt namn och titel på den som gjort bedömningen.

7.2.3 Förhandsbedömning

En anmälan som inkommer till nämnden ska alltid förhandsbedömas. Det finns inga exakta bestämmelser för hur lång tid en förhandsbedömning avseende en vuxen person får pågå, men den ska ske skyndsamt. Förhandsbedömningar som berör barn och unga har en tidsgräns på 14 dagar, och detta är även en riktlinje för förhandsbedömning kring vuxna. Det ligger i sakens natur att en förhandsbedömning inte får dra ut på tiden eftersom en utredning enligt 14 kap. 2 § SoL ska inledas genast om socialnämnden får information om något som skulle kunna leda till en åtgärd av nämnden.

En förhandsbedömning är inte en mindre utredning utan en bedömning av om nämnden ska inleda en utredning eller inte. Bedömningen innebär att nämnden bildar sig en uppfattning om den enskildes situation och inställning till att ta emot hjälp. Vid bedömningen får nämnden också beakta tidigare kännedom om den enskilde, t.ex. uppgifter som finns i personakt eller tidigare inkomna anmälningar hos nämnden.

Under förhandsbedömningen får nämnden endast ta kontakt med den person som anmälan avser eller den som gjort anmälan vid behov av komplettering av uppgifterna. Det anses som en utredningsåtgärd att hämta in uppgifter från andra parter. Utredning kan endast inledas mot den enskildes vilja när det gäller yttrande till annan myndighet (se nedan) eller när det kan bli fråga om tvångsvård, i första hand ska den enskildes samtycke efterfrågas vid behov av ytterligare kontakter.

7.2.4 Anmälan som övergår till egen ansökan

En anmälan som efter kontakt med den enskilde övergår till en egen ansökan om stöd ska ändå förhandsbedömas innan utredning enligt SoL inleds. Dokumentationen ska ske i en och samma aktualisering så att historiken från anmälan följer med ärendet. När anmälan har bedömts väljer du ”Egen ansökan” varpå aktualisering för ansökan kopplas till den tidigare anmälan. Att inleda utredning utifrån en ansökan som föregåtts av en anmälan är delegerat till 1:e socialsekreterare.

7.3 Annat sätt

Ett ärende kan också uppkomma på annat sätt än genom en ansökan eller en anmälan. Det kan då handla om en förfrågan, en begäran om ett yttrande eller ett meddelande från en annan myndighet, information via media eller genom nämndens egna iakttagelser.

Ett ärende ska alltid inledas hos socialnämnden när andra myndigheter, till vilka nämnden har en skyldighet att yttra sig, begär nämndens yttrande. I sådana situationer behöver nämnden genomföra en utredning oavsett vilken inställning den enskilde har. En åklagarmyndighet kan begära nämndens yttrande i utredningar som gäller unga lagöverträdare, en domstol kan t.ex. begära nämndens yttrande i frågor som gäller ungdomsvård och Transportstyrelsen kan begära yttrande i körkortsfrågor.

8 Socialtjänstens utredning

Socialtjänstens arbete ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Det betyder att beslutsfattande och insatser inom socialtjänsten ska grunda sig på:

1. **Vetenskaplig forskning** – aktuell och relevant forskning om metoder, insatser och effekter.
2. **Beprövad erfarenhet** – erfarenheter som har prövats och visat sig fungera i praktiken under en längre tid.
3. **Professionell kompetens** – socialarbetarens utbildning, erfarenhet och yrkeskunnande.
4. **Individens egna behov och önskemål** – brukarens erfarenheter, perspektiv och vilja ska väga in i besluten.

Det finns ett diskussionsmaterial, *Kunskapsbaserad socialtjänst i Göteborgs stad*, som utgör ett underlag i Göteborgs stads projekt för omställning till den nya socialtjänstlagen.

8.1 Information och utredningsplan

Vid första samtalet med den enskilde är det viktigt att informera om socialtjänstens uppdrag samt klargöra vilka förväntningar som finns från båda parter. Den som inte tidigare haft kontakt med socialtjänsten kan inte antas veta hur processen går till. Ofta sker den initiala kontakten i mottaget och då kan det vara viktigt att upprepa informationen när ärendet fördelats till utredande socialsekreterare och stämma av så att personen förstått all skriftlig och muntlig information som lämnats. Glöm inte informera om vilken sekretess som råder både mellan förvaltningar och gentemot externa aktörer, be att få samtycke att utbyta information med viktiga parter. En person kan lämna sitt samtycke i förväg, men samtycket ska alltid kunna återkallas. Ett samtycke får inte ha ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt avstår från sekretessen hos en viss myndighet eller en viss tjänsteman. Om en enskild mer eller mindre tvingas ge ett generellt samtycke, kan omständigheterna vara sådana att samtycket inte bör få rättslig giltighet. Läs mer i *Sekretess- och tystnadspliktsgränser I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården* (Socialstyrelsen).

Samtycket ska dokumenteras som "Händelse" i Treserva och importeras till ärendet. Det finns också en ikon "Sekretess/ samtycke" i ärenderutan som bör användas. Det ska framgå av dokumentet vilket datum samtycket lämnades samt vilka myndigheter, närstående och/ eller andra viktiga parter som får kontaktas och i vilket syfte. Om samtycket återkallas ska även detta dokumenteras.

Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. När de gäller vuxna personer finns inga krav på att skapa en utredningsplan, men det är ett bra sätt att planera utredningsprocessen med den enskilde, informera om vilka utredningsåtgärder

som kan bli nödvändiga och när ett beslut förväntas fattas. En utredning av god kvalitet förutsätter god planering av handläggaren. Det gäller att tidigt bilda sig en uppfattning om vilket underlag som behövs för att nämnden ska kunna fatta ett korrekt beslut i ärendet. Till planeringsarbetet hör bland annat att överväga lämpliga former för samtal med den enskilde, att vid behov anskaffa lämplig tolk, att överväga vilken information om den enskildes förhållanden som kan behövas, samråd med andra myndigheter och utomstående personer (om samtycke finns) samt att tidsplanera arbetet så att kravet på kommunikation enligt 25 § Förvaltningslagen (FL) kan tillgodoses.

8.2 Standardiserade bedömningsmetoder

Socialtjänsten bör eftersträva att använda standardiserade bedömningsmetoder. Dessa metoder fungerar som ett stöd i utredningsarbetet och hjälper till att säkerställa att bedömningar av enskilda personers situation, funktion eller hjälpbehov blir likvärdiga och tillförlitliga. Användningen av standardiserade bedömningsmetoder bidrar också till en evidensbaserad praktik, vilket innebär att beslut och insatser baseras på bästa tillgängliga kunskap och forskning. Det ger också en ökad transparens och möjlighet att följa upp och utvärdera insatser på ett systematiskt sätt. Du kan läsa mer i Socialstyrelsens publikation *Om standardiserade bedömningsmetoder*.

8.2.1 AUDIT och DUDIT

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda AUDIT och DUDIT för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem. Instrumenten är enkla att använda och kan användas både som intervju- och självskattningsformulär. Verktyn används ofta som en del i mottagens initiala behovsbedömning. Genomförd screening kan dokumenteras som "Händelse" i Treserva.

8.2.2 FREDA- kortfrågor och farlighetsbedömning

FREDA är standardiserade bedömningsmetoder, som är könsneutralt utformade, tänkta att användas i socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer. Kortfrågorna kan användas regelmässigt som ett stöd för att upptäcka våld i enskilda ärenden. I Göteborgs stad finns beslut från avdelningschefsnätverket vuxen och försörjningsstöd om att FREDA- kortfrågor ska ställas rutinmässigt i alla ärenden inom vuxen och försörjningsstöd om det inte anses direkt olämpligt. När det kan vara olämpligt avgörs lokalt som en metodfråga.

Om det framkommer indikationer på våld i ett ärende som avser skadligt bruk/ beroende ska utredningen kompletteras med FREDA- farlighetsbedömning som hjälper socialtjänsten att bedöma risken för att utsättas för dödligt eller upprepat våld. Bedömningen utgör en del i utredning om behov av skydd.

Förvaltningarna är organiserade på olika sätt i staden, men samverkan med den

enhet som ansvarar för att utreda våld i nära relation (VINR) kan vara en förutsättning för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

8.2.3 NODS och NODS CLiP

Det finns flera bedömningsinstrument som används för att upptäcka, utreda och bedöma spelproblem. Du kan läsa mer på *Kunskapsguiden*. Det ingår också frågor om spel i ASI.

NODS består av 17 ja/nej-frågor. Bedömningsinstrumentet mäter graden av spelproblem utifrån kategorierna:

- spelberoende
- problemspelare
- riskabla spelvanor.

Bedömningsinstrumentet finns i tre varianter som mäter graden av spelproblem under spelarens liv, under det senaste året respektive de senaste 30 dagarna.

NODS baseras på DSM-IV och överensstämmer inte helt med DSM-V.

NODS-CLiP består av tre ja/nej-frågor tagna från NODS. Vid minst ett ja-svar kan spelproblem misstänkas.

8.3 ASI

Addiction Severity Index (ASI) har högsta rekommendationen enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer när det kommer till att bedöma hjälpbehov vid skadligt bruk och beroende.

ASI är en standardiserad bedömningsmetod i intervjuform avsedd för vuxna personer med skadligt bruk och beroende. Den finns i två varianter, en grundintervju (ASI Grund) och en uppföljningsintervju (ASI Uppföljning). Syftet med ASI i det inledande skedet är att kartlägga den enskildes situation inom olika livsområden för att ge en grund för bedömning av hjälpbehovet och planering av insatser. Med ASI Uppföljning går det att följa den enskildes situation och hjälpbehov över tid. I ASI gör både klient och intervjuare skattningar av problem och hjälpbehov i varje livsområde vilket bidrar till en tydligare bild av situationen.

ASI-manualen finns på Socialstyrelsens hemsida och du kan läsa mer om ASI där eller på *Kunskapsguiden*. Göteborg har en processledare för ASI som håller regelbundna utbildningar flera gånger per år utifrån hur stadens behov ser ut. Varje stadsområde har också en eller flera ASI-ambassadörer som erbjuder stöd lokalt.

8.4 Motiverande samtal (MI- Motivational Interviewing)

MI är en evidensbaserad samtalsmetod vars syfte är att främja motivation till förändring och öka delaktighet i utredningen. Metoden används för att utforska ambivalens och minska motstånd under hela utredningens gång, den bygger på empatiskt samarbete och den enskildes egna drivkrafter. De fyra grundpelarna i MI är:

1. **Visa empati**
 - Lyssna aktivt, reflektera och visa respekt för personens perspektiv.
2. **Utveckla diskrepans**
 - Utforska skillnaden mellan personens nuvarande beteende och hens värderingar eller mål (t.ex. "Du säger att dina barn är viktigast i ditt liv, men alkoholen påverkar hur ofta du träffar dem – hur går det ihop?").
3. **Motståndsyttanden**
 - Motstånd ses inte som något som går att "bryta ner" utan signaler på att samtalet behöver justeras. Bemöt med respektfullt lyssnade och acceptans utan argumentation eller att försöka att övertyga klienten.
4. **Stärka klientens tilltro till sin förmåga (självförtroende)**
 - Lyft fram tidigare framgångar, resurser och styrkor.

GR (Göteborgsregionen) anordnar regelbundna grundutbildningar i MI. Platserna samordnas och fördelas i staden, men bekostas lokalt av varje stadsområde. Det finns också en utbildning för rollen som 1:e socialsekreterare, MI- baserad coachning i rollen som arbetsledare. Det pågår ett arbete med att utbilda metodstödare som ska finnas ute på enheterna som lokalt stöd för att hålla MI levande. Dessa kommer ingå i ett metodstödnätverk.

8.5 Barnrätt

FN:s konvention om barnets rättigheter blev svensk lag den 1 januari 2020. Det innebär ett förtydligande att svenska myndigheter ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. Syftet med inkorporering av barnkonventionen är att synliggöra barnets rättigheter och skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

Att säkerställa barns rättigheter i handläggning av vuxenärenden innebär att:

- uppmärksamma och synliggöra barnets livssituation
- bedöma och beakta barnets bästa vid beslut
- göra en analys och överväga vad olika beslut får för konsekvenser för barnet på kort och lång sikt.

I samtliga vuxenärenden där det finns barn som berörs (gäller även umgängesbarn och partners barn) ska samtal alltid ske med föräldrarna om barnet; hur barnet påverkas av rådande situation, om barnet behöver stöd, om

föräldrarna vill ha hjälp att informera barnet om situationen och vad som ska hända framåt och så vidare. Förslag till frågeområden/frågor för samtal med föräldrar om barnet finns bifogat *Socialförvaltningarnas rutin för förstärkt barnrätt i vuxenärenden* där du kan läsa mer. Där finner du även mall för den barnkonsekvensanalys som ska genomföras. Om du vill fördjupa dig i barnrätt finns också mycket material på www.barnombudsmannen.se.

Föräldrar med substansbruk har ofta samma vilja som andra att vara goda föräldrar, men substansbruket kan påverka omsorgsförmågan, känsloregleringen och tillgängligheten för barnet. Socialtjänstens uppdrag är att se både barnets behov och föräldrarnas svårigheter – och arbeta parallellt med skydd och stöd. Som socialsekreterare på vuxenheten har du skyldighet att anmäla/ vidarebefordra oro för barn till enheten för Barn- och unga i det stadsområde eller den kommun där barnet är folkbokfört. Det är de som kan verka för barnets säkerhet, men samverkan mellan enheter är nödvändigt i dessa ärenden.

För den som vill fördjupa sig mer finns en vägledning från Socialstyrelsen, *Föräldraskap och missbruk Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården* (vägledningen är publicerad 2012).

Barnets perspektiv ska dokumenteras i utredningen under fasta rubriker (se mall i Treserva).

8.6 Kommunikering

Enligt 25 § förvaltningslagen (FL) är socialtjänsten skyldig att kommunicera med den enskilde innan beslut fattas i ett ärende. Det innebär att individen ska ges möjlighet att ta del av allt material av betydelse för beslutet och få tillfälle att yttra sig. Syftet med bestämmelsen är att stärka rättssäkerheten – ingen ska ”dömas ohörd”. Kommunikering ska ske både inför slutliga beslut och under handläggningen när nytt relevant material tillkommer.

Kommuniceringen sker i två steg:

1. Den enskilde underrättas om det material som är relevant.
2. En rimlig svarsfrist ges innan beslut fattas.

Skyldigheten gäller även i ärenden där socialtjänsten yttrar sig till andra myndigheter, t.ex. i ärenden enligt LVU, LVM eller i utredningar om unga lagöverträdare. Det är inte förslag till beslut som ska kommuniceras, utan det faktaunderlag som ligger till grund för bedömningen.

Kommuniceringen ska dokumenteras i beslutsunderlaget och i Treserva under ”Händelser”.

8.7 Analys och bedömning

Utredningens analys och bedömning ska sammanfatta hur personens substansbruk påverkar hans livssituation och behov av insatser. Det är en av de viktigaste delarna i utredningen, eftersom den kopplar samman fakta med vad socialtjänsten behöver göra.

8.7.1.1 Risk- och skyddsfaktorer

Analysera både risk- och skyddsfaktorer under varje livsområde. Vilka riskfaktorer finns som ökar riskerna för fortsatt användning av alkohol/ droger eller återfall? Vilka skyddsfaktorer finns som ökar möjligheterna till att uppnå och/ eller bibehålla drogfrihet?

- Beskriv hur substansbruket påverkar fysisk och psykisk hälsa såsom tecken på nedsatt omdöme, riskbeteenden och samsjuklighet. Finns det risker för hälsoskada eller livsfara?
- Hur påverkas sociala relationer med familj, barn, partner? Glöm inte ensamhet och social isolering. Finns det minderåriga barn som påverkas? Risker för våldsutövande eller våldutsatthet?
- Hur påverkas personens ekonomi av nuvarande situation? Beskriv om det finns en stabil inkomst eller kontakt med ekonomiskt bistånd, skulder och specifikt hyresskulder. Har personen ett eget boende och finns det risk att förlora detta? Hur ser boendesituationen ut om eget boende saknas?
- Har personen någon sysselsättning, tidigare arbetslivserfarenheter, slutförd skolgång? Kontakt med arbetsförmedling eller sjukvård för sjukskrivning?
- Finns det någon kriminalitet kopplad till beroendet? Väntar personen något straff?

Beskriv även vilka skyddsfaktorer som finns i personens liv. Exempel på skyddsfaktorer som kan kompensera vissa risker är personens egen motivation, stöd från närstående, barn, tidigare fungerande perioder med nykterhet, att det uppstått en möjlighet till eget boende eller kanske rädsla för att förlora boende/ sysselsättning. Påbörjade kontakter med vård eller stöd kan också utgöra skydd som behöver övervägas vid den sammanfattande bedömningen av vårdnivå.

8.7.1.2 Samverkan

Om behov av ny eller utökad/ändrad samverkan med sjukvård uppmärksammas eller initierats ska detta framgå av analysen och behov av SIP ska bedömas och dokumenteras. Det är lika viktigt att du tar ställning till att samverkan inte bedöms som nödvändig eller att samtycke ej medges från den enskilde då detta kan utgöra ett underlag för vilket beslut nämnden kommer fram till.

8.7.1.3 Vårdnivå

Använd dig av ASI-materialet ”Stöd för planering av insatser med hjälp av ASI” (Kallas Net-Plan i Net-Klient) i din analys. Det behöver inte finnas en genomförd ASI-intervju i ärendet för att materialet ska kunna användas.

När du (i samråd med 1:e socialsekreterare) kommit fram till vilken vårdnivå som är lämplig; öppenvård, intensiv öppenvård eller heldygnsvård, behöver du också avgöra vilken insats som har starkast rekommendationer enligt nationella riktlinjer. Du kan ta hjälp av *Nationella vård- och insatsprogram* och föra en dialog med personen utifrån rekommendationerna.

8.7.1.4 Barnrättsperspektiv

I de ärenden där ett barn påverkas direkt eller indirekt av beslutet behöver ansvarig socialsekreterare göra en särskild analys och bedömning av hur beslutet påverkar barnet, en s.k. barnkonsekvensanalys. Vid genomförande av barnkonsekvensanalys – använd framtaget stödmaterial som finns i *Socialförvaltningarnas rutin för förstärkt barnrätt i vuxenärenden*. I utredningens analys och bedömning redovisas en sammanfattning av barnkonsekvensanalysen. När ärendet rör en förälder är barnets bästa inte styrande för beslutet, men det ska dokumenteras hur barnets bästa beaktats. Barnets synpunkter ska redovisas kortfattat och det ska också beskrivas hur dessa vägts in i bedömningen. Om beslutet innebär att barnets bästa måste ge vika för andra intressen behöver en beskrivning ske varför den avvägningen görs.

8.7.1.5 Arbetsgivaransvar

Arbetsgivare har enligt arbetsmiljölagen och föreskrifter från Arbetsmiljöverket ett ansvar att förebygga ohälsa och genomföra arbetsanpassning och rehabilitering i arbetslivet, vilket även omfattar substansbruksproblematik. Om den enskilde har en arbetsgivare behöver utredningens analys och bedömning beskriva huruvida personens behov kan tillgodoses genom arbetsgivarens åtgärder samt hur eventuell samverkan sett ut. Arbetsgivaren är inte skyldig att bekosta behandling, men ska möjliggöra tillgång till stöd, exempelvis genom företagshälsovård.

9 Insatsplanering

9.1 Ansvar för behandling och stödinsatser

Sveriges kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för behandling och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende. Regionen ansvarar för att erbjuda åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla skadligt bruk och beroende. Socialnämnden ansvarar dels för det förebyggande arbetet, dels för att den enskilde får stöd att komma ur substansbruk. För att tydliggöra ansvarsfördelningen är regioner och kommuner sedan år 2013 skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete i frågan om personer som har ett skadligt bruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. *Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar* gäller från och med den 1 april 2017.

Trots att kommuner och regioner har olika formella möjligheter att erbjuda behandling och stöd och att det finns överenskommelser på plats kring samarbetet, blir gränsen mellan vad som är huvudmännens ansvar ibland otydlig i den praktiska tillämpningen av lagstiftningen. Ett exempel på detta är frågan om kommunen är skyldig att erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) för behandling av personer med substansbruk. Enligt en prejudicerande dom (RÅ 2004 ref. 79) från år 2004 har det fastställts att psykoterapi normalt sett tillhör hälso- och sjukvårdens ansvar och därmed inte socialtjänstens uppgift. Dock görs undantag om behandlingen är akut nödvändig och inte erbjuds av sjukvården.

Vilka metoder som tillhör kommunens eller regionens ansvarsområde tycks alltjämt tolkas på olika sätt. För att hantera frågan om huvudmannaskapet för vård och stöd till personer med skadligt bruk och beroendeproblematik tillsatte regeringen år 2020 den så kallade Samsjuklighetsutredningen, vilken sammanfattas under avsnitt 2.2.

Avdelningscheferna för vuxen och försörjningsstöd har tagit beslut att det, inför varje beslut om behandlingsinsatser, ska genomföras en samordnad individuell plan (SIP) som en del i att utreda ansvarsfrågan. Undantag från regeln kan ske endast om personen inte bedöms ha behov av insatser från båda huvudmännen eller om det gäller akuta behandlingsinsatser för att undvika tvångsvård. Det finns en instruktion på Styrande dokument där du kan läsa mer, *Socialförvaltningarnas instruktion för SIP inför beslut om behandlingsinsatser vuxna*.

9.2 Abstinensbehandling/ nedtrappning

Den nya socialtjänstlagen (SoL) betonar vikten av förebyggande arbete för att hantera skadligt bruk. Lagen syftar till att göra socialtjänsten mer lättillgänglig

och individanpassad, med fokus på tidiga insatser och förebyggande åtgärder. Detta inkluderar att öka medvetenheten om riskerna med skadligt bruk och att implementera evidensbaserade metoder för att minska konsumtionen av skadliga substanser. Att komma in tidigt med planerad abstinensbehandling sparar resurser för verksamheter och lidande för den enskilde. När behovet blir akut är personen i sämre skick varpå mer omfattande stödinsatser krävs och förutsättningarna för en lyckad behandling minskar.

I Göteborg finns nedtrappningsteamet som bedrivs inom beroendekliniken, Västra Götalandsregionen (VGR). När socialtjänsten träffar personer som kan vara i behov av abstinensbehandling är det viktigt att informera och initiera sådan vård i ett tidigt skede. För att initiera planerad nedtrappning/ abstinensbehandling skickas en remiss via remissportalen.

Se vidare *Socialförvaltningarnas instruktion för planerad nedtrappning av illegala substanser*.

9.3 Nationella riktlinjer

SKU, Stadenövergripande kunskapsstöd och utveckling, publicerade en rapport i december 2024 *Följer vi rekommendationerna?* Rapporten är ett kunskapsunderlag om socialförvaltningarnas följsamhet mot Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid skadligt bruk och beroende. I de nationella riktlinjerna används fortfarande begreppet missbruk varpå det kommer användas i nedanstående texter.

9.3.1 Psykologisk och psykosocial behandling

Med psykologisk och psykosocial behandling avses metoder där samtalskontakt utgör basen för behandlingen. Psykologisk behandling fokuserar främst på intrapsykiska processer, medan psykosocial behandling har den sociala situationen och sammanhanget i fokus. Psykosocial behandling kan också innefatta information, rådgivning, hänvisning och kontakter med anhöriga.

I tabellen nedan visas en sammanställning över de metoder inom psykologisk och psykosocial behandling som rekommenderas vid olika tillstånd som rör skadligt bruk och beroende. Siffrorna i tabellen visar vilken prioritet metoden har i de nationella riktlinjerna. De åtgärder som *bör erbjudas* (1–3), men också de åtgärder som *kan erbjudas* (4–7).

Metoder	MI	MET	KBT	ÄP	CRA	Tolvstegs- behandling	SBNT	Psyko- dynamisk terapi	Interaktionell terapi	MATRIX programmet
Tillstånd										
Skadligt bruk eller beroende av alkohol		1	2	2	2	2	2	4	4	
Skadligt bruk eller beroende av <u>bensodiazepiner</u>			3							
Skadligt bruk eller beroende av cannabis	3	3	3	3						
Skadligt bruk eller beroende av centralstimulantia			4	4	3	3				3
Skadligt bruk eller beroende av <u>opioider</u>			3	3	4			5		

- Mini-Maria Göteborg har tre öppenvårdsmottagningar för ungdomar upp till 21 år som har frågor och bekymmer som berör narkotika och eller alkohol. Det är gratis att få hjälp hos Mini-Maria och det krävs ingen behovsprövning från socialtjänsten.
- För den som är över 20 år och upplever ett problem med droger finns Behandlingsgruppen Göteborg dit personer kan vända sig själva utan behovsprövning. För den som endast nyttjar alkohol finns i stället Respons alkoholrådgivning.
- Spelberoendeteamet i Göteborg erbjuder kostnadsfri samtalsbehandling för den som är över 18 år, bor i Göteborg och upplever ett problematiskt spelande om pengar.

Samtliga ovanstående aktörer erbjuder anhängstöd.

9.3.2 Boendeinsatser vid hemlöshet

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- erbjuda boendeinsatser i form av vårdkedja eller Bostad först till hemlösa personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika (prioritet 4).

Bostad först är en evidensbaserad metod som riktar sig till personer i långvarig hemlöshet och som har en komplex social problematik, ofta i kombination med samsjuklighet. Metoden utgår från ett antagande om att den enskilde behöver få ett ordnat boende innan andra sociala och rehabiliterande insatser kan påbörjas. Syftet med metoden är att stärka den enskildes möjligheter till att bo kvar, få förbättrad hälsa och välbefinnande och en meningsfull vardag.

Göteborgs stad har arbetat med Bostad först sedan 2013. Målgruppen är personer som står långt ifrån den ordinarie bostadsmarknaden och som har varit hemlösa under en lång tid. Substansbruk och beroende i kombination med psykisk ohälsa och/eller sjukdom är vanligt. Den enskilde ska vilja bo i en hyreslägenhet, ta ett ansvar som hyresgäst och vilja ta emot stöd. Du kan läsa

mer i *Socialförvaltningarnas rutin för Bostad först* och i *Överenskommelse avseende stödinsats Bostad Först*.

Socialt boende med stöd finns att erbjuda som akutboende, kollektivt boende och lägenhetsboende. Du hittar all information du behöver för att bedöma rätten till insats i form av boende, beslutstyper och avgifter i *Handbok bistånd till boende*. Handboken är uppdelad i flera delar, men du kommer till dokumentet som helhet oavsett vilken länk du använder. För att nå bilagor kopplat till specifika delar behöver du dock välja specifik del i handboken.

Socialförvaltningarnas rutin för kommunala kontrakt reglerar förutsättningar och arbetsgång kring hantering av social och medicinsk förtur i bostadskön genom kommunala andrahandskontrakt utöver bostad först.

När det gäller unga vuxna upp till 21 år finns ett särskilt metodstöd, *Boendeinsatser för unga vuxna – metodstöd*. För unga vuxna upp till 21 år med vård eller stödbehov får endast HVB, stödboende eller familjehem användas.

Placeringsförfrågan sker alltid via SPINK.

9.3.3 IPS

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör enligt nationella riktlinjer:

- inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning (prioritet 3)

IPS (Individanpassat stöd till arbete, en variant av Supported Employment) är en arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats som i första hand vänder sig till personer med psykisk funktionsnedsättning som behöver stöd och vägledning för att hitta ett arbete. I de nationella riktlinjerna rekommenderas även insatsen till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning, eftersom åtgärden enligt Socialstyrelsen har uppvisat god effekt även för denna målgrupp.

IPS skiljer sig från andra arbetsförberedande träningsmodeller genom att metoden utgår från individens önskemål och drivkrafter. I stället för att den enskilde stegvis ska genomgå ett antal aktiviteter och succesiv utslussning i arbetslivet, styrs valet av arbete av individens motivation och intressen. Därför ingår inte arbetsträningsprogram eller bedömning av arbetsförmåga i insatsen, i stället betonas vikten av att snabbt komma ut i arbetslivet. Att kunna få och behålla ett arbete är något som antas leda till stärkt självbild och självkänsla, och därmed även till förbättrad hälsa. En särskild stödperson med utbildning i metoden (arbetsspecialist) stödjer och vägleder klienten att hitta och behålla ett arbete. Stödet till klienten pågår så länge det behövs och kan i teorin vara livslångt.

Arbetet med IPS-modellen skiljer sig åt inom Göteborgs Stad. Det finns ingen övergripande ledningsstruktur eller styrgrupp för IPS inom staden. För klienter i samtliga stadsområden finns möjlighet att få IPS via Respons eller

Behandlingsgruppen, men det förutsätter att personen har kontakt med någon av enheterna. Personer som är beviljade insats hos ACT Göteborg kan remitteras till förvaltningen för funktionsstöd för IPS som har ett nära samarbete med ACT Göteborg. I övrigt finns metoden i form av lokala initiativ.

9.3.4 Case management

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- erbjuda individuell case management i form av strengths model till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning (prioritet 4)
- erbjuda case management i form av integrerade eller samverkande team till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom (prioritet 3)

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller. I samtliga modeller har en vårdsamordnare, en så kallad case manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp tillsammans med klienten.

Strengths model fokuserar på individens förmågor, möjligheter och självbestämmande när det gäller form, inriktning och innehåll i planeringen av insatser. Målgrupp för case management i form av integrerade eller samverkande team är personer med substansbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Modellen innebär en samordning av vård- och stödåtgärder i ett multiprofessionellt team där både behandling av substansbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen och sociala stödåtgärder finns tillgängliga. Intensitetsgraden i stödet och samordningen kan variera. Mer intensiva former, som exempelvis ACT-modellen, har visat goda resultat framför allt för personer med särskilt svår problematik och omfattande erfarenheter av sluten vård.

Inom Göteborgs Stad erbjuds ACT som en behovsprövad insats som både socialförvaltningarnas vuxenenheter och förvaltningen för funktionsstöd kan bevilja. Läs mer i *Socialförvaltningarnas rutin för insatsen ACT*.

10 Tvångsvård

Socialtjänsten har ett ansvar enligt SoL att förebygga och motverka skadligt bruk/ beroende och tillse att den enskilde ska få hjälp och vård för att komma ifrån detta. Om nämnden genom anmälan eller på annat sätt får kännedom om att någon har ett allvarligt skadligt bruk/ beroende måste nämnden på olika sätt försöka få kontakt med den person som anmälan gäller för att bilda sig en uppfattning om den enskildes situation och inställning till att ta emot hjälp. Kontaktförsöken kan röra sig om allt från att skriva brev och ringa till att söka upp personen där det kan antas att hen befinner sig. Utformningen av kontaktförsöken får bero på omständigheterna i den enskilda situationen. Målet är alltid att få personen att acceptera vård och behandling på frivillig väg, men socialnämnden är även skyldig att se till att den som riskerar liv och hälsa genom substansbruk bereds vård oberoende av eget samtycke.

För unga vuxna 18-20 år är både LVU och LVM tillämpningsbara lagstiftningar där LVU generellt går före LVM. För personer över 18 år finns LVM. De båda lagstiftningarna har olika kriterier för vad som ska vara uppfyllt för att tvångsvård ska bli aktuellt. Alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde ska övervägas och uttömmas innan tvångsvård tillgrips. Syftet med vård enligt LVM är att bryta ett allvarligt substansbruk och motivera personen till frivillig behandling.

Tvångslagstiftningarna kommer inte beskrivas ytterligare i denna handbok då det finns handböcker på Socialstyrelsen och andra styrande dokument för staden för detta ändamål. Läs vidare i *LVU Handbok för socialtjänsten* (Socialstyrelsen) och *LVM Handbok för socialtjänsten*. Det finns också en rutin för staden gällande LVM, *Socialförvaltningarnas rutin för handläggning av LVM*.

11 Anhöriga

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör enligt nationella riktlinjer:

- erbjuda anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika socialt stöd i form av A1- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram (prioritet 2)
- erbjuda anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika socialt stöd i form av coping skills training (CST) (prioritet 3)

Enligt bestämmelserna i 13 kap. 9 § SoL ska socialnämnden erbjuda stöd till personer som vårdar eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller har funktionshinder. *Kunskapsguiden* har ett tema där du kan läsa mer om just stöd till anhöriga.

Som anhörig kan man känna sig ensam i sin situation och behöva någon att prata med. I Göteborgs Stad finns anhörigkonsulenter i respektive stadsområde som ger stöd till anhöriga. De är till för den som vill ha information, råd eller stöd och kan hjälpa till med allt från samtal, föreläsningar, utbildningar, anhöriggrupper – eller att helt enkelt hitta rätt. Anhörigstöd enskilt eller i grupp ges också via Mini-Maria, Behandlingsgruppen och Respons. Besöken är avgiftsfria.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka ger information om anhörigas situation och stöd till anhöriga och *Brukaranhörigas Riksorganisation (BARO)* har också en stödlinje. De är rikstäckande och jobbar aktivt för anhöriga till personer som har ett bruk av illegala eller legala substanser.

Som socialsekreterare ska du alltid informera om möjligheten till anhörigstöd om du kommer i kontakt med anhöriga. Dokumentera att information och kontaktuppgifter har lämnats.

11.1 Barn som anhöriga

I alla situationer där professionella möter personer med skadligt bruk eller beroende som är föräldrar eller lever med barn, måste barns och ungas situation uppmärksammas och deras rättigheter, behov av hjälp och stöd tillgodoses. Verksamheter inom socialnämnden är också skyldiga, enligt 19 kap. 1 § SoL, att vidarebefordra uppgifter om barn som är i behov av stöd eller skydd till avdelning Barn och unga (se vidare under avsnitt 7.2.1).

Att växa upp med skadligt bruk eller beroende i familjen innebär ofta en tung situation i vardagen för barn och unga och medför dessutom en ökad risk för olika problem i framtiden. Det kan också ge påtagliga konsekvenser för barns och ungas hälsa, utveckling och vardag här och nu, i familjen och i förskola eller skola.

Barn behöver konkret och åldersanpassad information om vad ett skadligt bruk eller beroende är, hur det påverkar familjen och föräldrarna och vad som sker i familjen.

Barn kan behöva få förklaringar till vad föräldern går igenom och både barnet och föräldern kan behöva inges hopp om att det kan bli bättre i familjen. Barnet kan behöva stöd i form av enskilda stödsamtal för information och bearbetning, att delta i stödgrupper eller mer omfattande stöd och hjälp, kanske skydd.

Respons arbetar med barn som anhöriga och de finns med som en viktig del när en förälder genomgår behandling där. I Göteborg finns även Gyllingen och Bonavia som du kan informera om när det finns barn som berörs av en anhörigs substansbruk eller beroende.

12 Sekretess

I socialtjänsten gäller omvänt skaderekvisit, vilket innebär att sekretess råder för uppgifter om enskildas personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men. Det framgår av bestämmelserna om socialtjänstsekretess i 26 kap. 1 § Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) - OSL. Möjligheterna att lämna ut uppgifter efter en menprövning är mycket begränsade.

OSL innehåller bestämmelser som i vissa fall möjliggör samverkan mellan myndigheter på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Enligt 26 kap. 9 § OSL hindrar sekretessen enligt 26 kap. 1 § OSL inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt 18 år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller närstående till hen, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Sekretessen hindrar inte socialtjänsten från att lämna uppgifter av betydelse för utredning av ett begånget brott, för vilket det inte är stadgat lindrigare straff än fängelse i sex månader, eller misstanke om försök till brott, för vilket det inte är stadgat lindrigare straff än fängelse ett år. Detta framgår av 10 kap. 23 § OSL. Det händer att polisen kontaktar socialtjänsten med önskemål om att ta del av uppgifter, det är då viktigt att du inte behöver svara utan att först säkerställa att uppgiften kan lämnas ut. Be den som ringer att skicka en skriftlig begäran med hänvisning till lagrum, be sedan om att få återkomma.

Du kan läsa mer om sekretess i Socialstyrelsens publikation från 2012, *Sekretess- och tystnadspliktsgränser I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården*.

13 Samverkan

Delregionala överenskommelser, riktlinjer och rutiner i samverkan hittar du på www.vardsamverkan.se, det går också att prenumerera på nyhetsbrev där.

13.1 Intern samverkan

Intern samverkan kan innebära samverkan mellan enheter inom samma förvaltning eller mellan olika förvaltningar inom Göteborgs stad.

Så kallad inre sekretess råder även mellan enheter inom samma förvaltning, vilket innebär att uppgifter om enskilda inte regelmässigt ska delas. I *”Handläggning och dokumentation – handbok för socialtjänsten”* skriver Socialstyrelsen att möjligheten att utbyta uppgifter inom en myndighet eller verksamhetsgren ska nyttjas med omdöme. Bara den som deltar i handläggningen av ett ärende, eller som annars behöver uppgifterna i tjänsten, har rätt att ta del av uppgifterna. Om samverkan och informationsutbyte ska ske mellan enheter och/ eller olika förvaltningar ska ett samtycke inhämtas från den enskilde i första hand.

Personer som söker hjälp ska inte riskera att drabbas om det skulle uppstå brister i samarbetet mellan stadens olika förvaltningar. För att garantera detta har förvaltningen för funktionsstöd, äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningarna tecknat en gemensam överenskommelse. Av överenskommelsen framgår att i de fall en förvaltning ser att den enskilde har behov av insatser från annan förvaltning som bättre kan möta dennes behov, ska berörda förvaltningar samverka inom ramen för samordnad plan (SP). För mer information och mall se *Göteborgs Stads rutin för samordnad plan och samtycke i ärenden som kräver samordning från två eller flera förvaltningar*.

13.2 Samverkan med hälso- och sjukvården

Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland. Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Den behandlar även hur uppföljning och utvärdering ska bedrivas samt hur tvister ska lösas. Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och Västra Götalandsregionens verksamheter vilka ska upplevas som en välfungerande helhet. Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför inte få den hjälp som hen behöver. Det pågår en revidering av överenskommelsen och det finns en remissversion på vardsamverkan.se som är tänkt att börja gälla 2027-01-01.

Avvikelser i samverkan ska rapporteras i MedControlPro. Det finns en rutin på vårdsamverkan, *Rutin för avvikelshantering i samverkan*. Det ska även

dokumenteras i den enskildes journal att avvikelse gjorts, avvikelsernummer samt av vilken anledning.

13.2.1 Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LoSUS

I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LoSUS, finns bestämmelser som anger när den behandlande läkaren ska ta kontakt med socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården. Om den behandlande läkaren, när en patient skrivs in i den slutna vården, bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården efter det att patienten har skrivits ut, ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om denna bedömning genom ett inskrivningsmeddelande. När en berörd enhet har fått ett inskrivnings-meddelande (i SAMSA), ska enheten börja sin planering av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Vidare ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Det finns en *Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland*.

13.2.2 Samordnad individuell plan - SIP

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. SIP ska ge en helhetsbild och förenklar för berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser för den enskilde. SIP syftar till att skapa delaktighet och inflytande för den enskilde. Den ska utgå från vad som är viktigt för den enskilde och är den enskildes plan. SIP ska innehålla vad den enskilde själv kan göra, vad hen behöver hjälp och stöd med, vem som ansvarar för vad och när, samt vilka kontaktpersoner den enskilde har i de olika verksamheterna. SIP ska bilda en begriplig, hanterbar och meningsfull helhet för individen, eventuella närstående, verksamheter och andra berörda aktörer.

Bestämmelser om SIP finns i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen sedan år 2010. *Länsgemensam riktlinje för samordnad individuell plan, SIP, i Västra Götaland* och *Länsgemensam rutin för SIP* finns att hitta på vardsamverkan.se och *Göteborgs Stads rutin för samordnad individuell plan, SIP* finns på Digitala navet, styrande dokument.

13.2.3 SAMSA

SAMSA IT-tjänst används gemensamt inom Västra Götaland för att stödja processerna för In och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, Samordnad

individuell plan (SIP) samt Öppenvårdsprocessen. Det finns en lathund på *GITS – Gemensam information- och tjänstesamordning i Västra Götaland* tillsammans med korta utbildningsfilmer som utgår från den generella lathunden. De ger dig som användare en möjlighet att se de olika momenten som utförs i IT-tjänsten samtidigt som en berättarröst förklarar varje steg.

Det finns också en *Länsgemensam rutin för öppenvårdsprocessen och IT-tjänsten SAMSA*.

13.3 Samverkan med kriminalvården

Intagna avtjänar i normalfallet två tredjedelar av sin strafftid innan de blir villkorligt frigivna. De har då en prøvotid som motsvarar sista tiden av fängelsestraffet, minst ett år. Frivården kan besluta att klienten ska ställas under övervakning under prøvotiden. Insluss är en samverkansmodell som gäller för personer som ska bli villkorligt frigivna och som är i behov av insatser från socialtjänsten för att återinträda i samhället. En förutsättning för arbete enligt insluss, är att klienten samtycker till att samverkan mellan socialtjänst och frivård sker. Målet är att samverkan ska inledas i ett så tidigt skede som möjligt och att den fortgår till dess att övervakningen är avslutad. Du kan läsa mer i *Socialförvaltningarnas rutin för samverkan enligt insluss*.

Det finns en länsgemensam *riktlinje för kontraktsvård* som anger hur samverkan mellan kommun och kriminalvård ska utformas när det gäller kontraktsvård och vårdvistelse.

Vårdvistelse kan bli aktuellt i det fall en person är i behov av extra stöd för att minska risken för återfall i brott. Vårdvistelsen ska underlätta övergången mellan fängelsetiden och livet i frihet. Klienten får behandling utanför fängelset, på HVB, för det problem som ligger bakom kriminaliteten.

Kontraktsvård innebär att den som dömts för brott får möjlighet att genomgå behandling i stället för att dömas till fängelse. Det är ett bindande kontrakt mellan klienten och Kriminalvården som är fastställt av tingsrätten. I kontraktet finns en plan för behandling av det problem som ligger bakom brottet. Det kan vara skadligt bruk eller beroende av narkotika/alkohol, våldsbenägenhet och spelberoende. Behandling kan också vara att få stöd att bryta kriminella tankar och värderingar. Längden på det fängelsestraff som ersatts av kontraktsvård finns med i tingsrättens dom. Om klienten missköter sin behandling kan tingsrätten besluta att straffet i stället ska avtjänas i fängelse. Kontraktsvård föreslås alltid i samverkan med socialtjänsten i klientens hemkommun och socialtjänsten ska ha ansvar för den fortsatta behandlingen när Kriminalvårdens betalningsansvar upphör, vilket det gör det datum då villkorlig frigivning skulle ha skett om fängelse hade valts som påföljd. Därefter övertar socialtjänsten kostnadsansvaret. Längden på socialtjänstens betalningsansvar styrs av den upprättade *ansvarsförbindelsen*. Ansvarsförbindelsen kräver att formellt beslut som fattas i Treserva, antingen ”Ansvarsförbindelse kontraktsvård” eller

”Ansvarsförbindelse vårdvistelse”. Var uppmärksam på rätt delegat enligt delegationsordning.

13.3.1 Sociala insatsgrupper - SIG

Socialtjänsten har ansvar för att förebygga, upptäcka och motverka social problematik som kan hänga ihop med kriminalitet och ska särskilt rikta insatser mot att förebygga kriminalitet bland barn och unga.

Samverkan är ofta en förutsättning för ett framgångsrikt brottsförebyggande arbete. Sociala insatsgrupper (SIG) är ett exempel på operativ samverkan runt unga och unga vuxna där socialtjänst, polis, skola, fritidsverksamhet, kriminalvård och andra aktörer samlas kring en gemensam plan för individen. Genom att den unge samtycker till att de medverkande aktörerna får dela uppgifter om den unge har alla inblandade samma kunskap. Målet är att ge den unge stöd och alternativ till kriminalitet, t.ex. via sysselsättning, behandling eller sociala insatser.

Samtliga stadsområden i Göteborg har SIG, men man har organiserat sig på lite olika sätt. När SIG finns med i ett ärende är det viktigt att den interna samordningen är tydlig.

Du kan läsa mer om SIG i Socialstyrelsens material, *SIG Samverkan i sociala insatsgrupper*.

13.3.2 Samlade avhopparverksamheten - SAV

I Göteborg finns samlade avhopparverksamheten, SAV. Målgrupp för SAV är de personer som bedöms vara särskilda avhoppare, vilket innebär att målgruppen avhoppare kan handläggas både av SAV och av stadsområdenas socialtjänst.

SAV arbetar aldrig med tvångslagstiftning. När det gäller avhoppare som har ett samtidigt substansbruk så är det avgörande huruvida användandet påverkar personens möjligheter att tillgodogöra sig avhopparinsats om ärendet kan tillhöra SAV.

Du kan läsa mer i *Rutin för samverkan mellan de fyra socialförvaltningarna och samlad avhopparverksamhet, SAV*.

14 Uppföljning

Uppföljning är en central del av det sociala arbetet och syftar till att säkerställa att insatser genomförs enligt beslut, att de svarar mot individens aktuella behov och att kvaliteten i insatserna är god. Den enskilde har rätt till insatser som är ändamålsenliga, rättssäkra och verkningsfulla, och uppföljningen är ett verktyg för att detta ska uppnås.

Uppföljning på verksamhetsnivå regleras i 5 kap. 2 § SoL som säger att socialnämnden systematiskt och fortlöpande ska följa upp, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Uppföljningsansvaret regleras på individnivå i 13 kap. 10 § SoL där det framgår att socialnämnden ska planera insatserna tillsammans med den enskilde och noga följa upp att planen fullföljs.

Uppföljningsansvaret omfattar både en kontroll av att insatsen faktiskt genomförs enligt plan och att den har den avsedda effekten. Socialtjänsten behöver därmed ha en aktiv kontakt med både den enskilde och eventuella utföraren av insatsen. Uppföljningen ska även identifiera om individens behov har förändrats och om det finns skäl att revidera, avsluta eller ersätta insatsen med en annan.

Uppföljning kan exempelvis ske genom samtal, hembesök, rapporter från utförare eller andra lämpliga metoder beroende på ärendets karaktär. Vid behov ska uppföljningen leda till en ny behovsbedömning och eventuellt ett nytt beslut. Uppföljning ska ske regelbundet och dokumenteras i ärendet.

Det är viktigt att uppföljningsarbetet planeras redan i samband med beslut om insats och att det tydligt framgår vem som ansvarar för att uppföljningen genomförs. Arbetet ska präglas av delaktighet, respekt och transparens gentemot den enskilde.

Vid uppföljning av en person med skadligt bruk och beroende bör ASI användas. ASI uppföljningsintervjuer jämförs med tidigare intervjuer för att få en överblick av situationen över tid. Vilka livsområden har förbättrats? Har situationen i något livsområde försämrats? Även inför avslut av en insats kan det vara lämpligt för att utvärdera om insatsen gett den önskade effekten. UBÅT syftar till utvärdering av specifika insatser och är ett bra komplement till ASI-uppföljning.

Du kan läsa mer om uppföljning på individnivå i *Nationella vård- och insatsprogram – Missbruk och beroende*.

14.1 ISU – Individbaserad systematisk uppföljning

Individbaserad systematisk uppföljning, ISU, är professionens kunskap om brukarna och arbetets innehåll. I en evidensbaserad socialtjänst är idealet att forskning om målgrupper, insatser och deras resultat vägs in i arbetet med de enskilda brukarna. Forskningen kommer dock aldrig att vara heltäckande och den kan inte heller ersätta lokal kunskap om den egna verksamheten. Även när det finns forskning, är det lättare att ta ställning till dess relevans för verksamheten och arbetet med brukarna, om det finns lokal kunskap. Lokal kunskap kan också underlätta anpassning till verksamhetens unika förutsättningar vid implementering av nya metoder och arbetssätt.

Individbaserad systematisk uppföljning handlar om att beskriva och mäta arbetet med enskilda brukare och sammanställa informationen på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamhetens kvalitet. Genom individbaserad systematisk uppföljning, ISU, kan socialtjänsten själv skapa lokal kunskap om olika delar av arbetet såsom exempelvis brukarnas behov, vilka insatser som erbjuds och genomförs, resultat och hur olika brukargrupper upplever insatserna. ISU kan på så vis bidra med viktiga led i att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap. ISU utgör en del i verksamhetens kontinuerliga lärande och ger verksamheten möjlighet att synliggöra sitt arbete, pröva sina uppfattningar om det och utveckla arbetet i önskad riktning.

Mer information och tips för att komma i gång med ISU återfinns i Socialstyrelsens material *OM – Individbaserad systematisk uppföljning i socialtjänsten*. I Göteborg har SKU - Stadenövergripande kunskapsstöd och utveckling – ett uppdrag att stötta förvaltningarna gällande ISU.

Socialförvaltningen Hisingen

Telefon: 031-365 00 00 (kontaktcenter)

E-post: socialhisingen@socialhisingen.goteborg.se

