

Dokumenttyp Vårdprogram	Ansvarig verksamhet Division psykiatri	Version 2	Antal sidor 13
Dokumentägare Chef psykiatrins FoU	Fastställare Divisionschef	Giltig fr.o.m. 2016-01-27	Giltig t.o.m. 2019-01-27

Missbruk och beroende

Barn, ungdomar och vuxna

Gäller för: Division psykiatri

Utarbetad av:

Anette Högling, Leif Martinsson, Edvard Smith, Irina Ridaeus

Sammanfattning

Detta vårdprogram beskriver hur man ska diagnostisera och behandla barn, ungdomar och vuxna med missbruk och beroende inom specialistpsykiatri i Värmland. Vårdprogrammet bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård och på länsövergripande överenskommelser.

Missbruk är vanligt förekommande i samhället och i ännu högre grad hos personer med psykisk ohälsa. Missbruksproblem kan lätt gå oupptäckta under lång tid. Tidig upptäckt och behandling förbättrar prognosen. Verkningslösa och ibland skadliga behandlingar kan då också undvikas. **Fråga alltid om alkohol- och drogvanor.** Det är också viktigt att upptäcka psykiatrisk samsjuklighet hos personer med missbruk och beroende.

Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för personer med missbruk och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom. Samordnad vård där social och medicinsk behandling integreras har visat sig mer effektiv än när missbruket/beroendet och psykiatrisk problematik behandlas var för sig.

Socialstyrelsen betonar vikten av brukarinflytande och att vidtagna åtgärder sker med respekt för individen. Det är avgörande att skapa en bärande relation till patienten.

Närstående ska om möjligt göras delaktiga i behandlingen. Det är viktigt att återkommande ha en dialog kring familjesituationen och försäkra sig om att eventuella barn i familjen får rätt insatser och stöd.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Ansvar	4
2. Syfte	4
3. Patientgrupp	4
4. Vårdnivåer	4
4.1 Vuxna	4
4.2 Barn och unga	5
5. Diagnostik och utredning	5
5.1 Tidiga tecken	5
5.1.1 Barn och unga	6
5.1.2 Vuxna	6
5.2 Utredningsinstrument	6
5.3 Drogtester	7
5.4 Samsjuklighet	7
5.5 SIP - Samordnad individuell plan	7
5.6 Vårdsutvärdering	8
5.7 Riskbedömning	8
6. Behandling	9
6.1 Psykologisk och psykosocial behandling	9
6.1.1 Barn och unga	9
6.1.2 Vuxna	9
6.1.3 Psykosociala stödinsatser	10
6.1.4 Användbara länkar	10
6.2 Läkemedelsbehandling	10
6.2.1 Behandling av alkoholabstinens	11
6.2.1.1 Behandling av drogutlösta psykoser	11
7. Graviditet i samband med missbruk	11
8. Närstående	12
8.1 Barn som närstående	12
8.1.1 Anmälan om misstanke att ett barn far illa	12
8.2 Samverkan med vårdnadshavare	12
9. Anmälningsplikt	12
9.1 Lagen om vård av missbrukare (LVM)	12
9.2 Vapeninnehav	13
9.3 Körkort	13
9.4 Misstanke att ett barn far illa	13
10. Brukarorganisationer	13
11. Utvärdering och uppföljning	13
Referenser	14

1. Ansvar

Berörda chefer ansvarar för att verksamheten arbetar i enlighet med detta vårdprogram.

2. Syfte

Vårdprogrammet ska utgöra en gemensam grund för arbetet med att ge vård till personer med missbruk- och beroende.

3. Patientgrupp

Detta vårdprogram gäller för barn, ungdomar och vuxna med missbruks- och beroendeproblematik som är i behov av insatser från specialistpsykiatrin.

Avgränsningar gentemot kommun och övriga hälso- och sjukvården regleras i olika överenskommelser:

- [Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland.](#)
- [Länsöverenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk – från upptäckt till behandling.](#)

I detta vårdprogram inkluderas missbruk av narkotika, alkohol, anabola steroider och beroendeframkallande läkemedel. Dock inte nikotin, och inte heller spelberoende, matmissbruk eller andra icke kemiska beroenden.

Missbruk- och beroende är vanliga problem i befolkningen. Inom psykiatrisk verksamhet är det ännu vanligare. Samsjuklighetsrisken är 30-50% för personer som vårdats för missbruk/beroende. Vanligast är ångest- och depressionssjukdomar och personlighetsstörningar, ca 20 % har också ADHD. Omvänt har personer med psykisk störning/sjukdom en 20-30% risk att utveckla missbruk/beroende. Oavsett eventuella orsaksamband psykisk sjukdom/missbruk och beroende innefattas man av vårdprogrammet.

Det finns ett etablerat samband mellan psykosociala/psykiatriska problem och missbruk hos ungdomar. Exempel på sådana problem är depression, aggressivitet, antisocialt beteende, kriminalitet, skolk och bristande skolmässiga prestationer samt ungdomar från familjer där missbruk förekommer. Observera att det är viktigt att snabbt fånga upp ungdomar då sårbarheten är betydligt högre. Risken för att utveckla ett beroende och risken för permanenta skador är större för ungdomar (se även [Rapport Ungdomar och missbruk](#)).

4. Vårdnivåer

4.1 Vuxna

Psykiatrin ansvarar för personer med narkotikamissbruk/beroende och för personer med blandmissbruk/beroende.

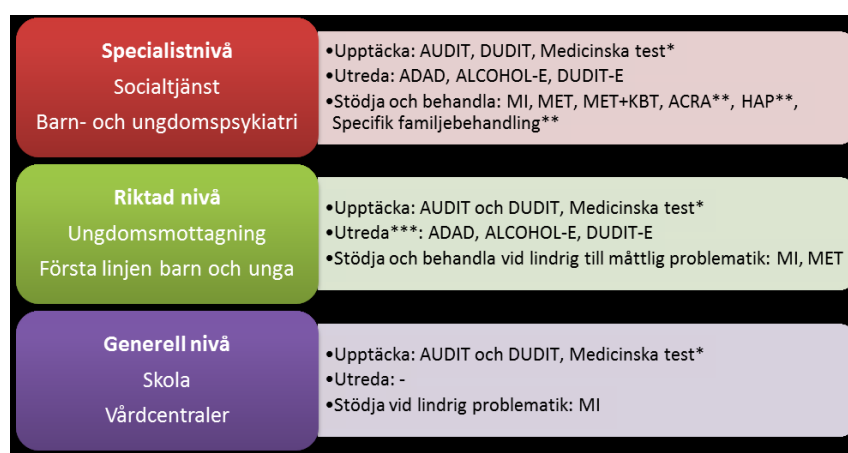
Psykiatrin använder de utrednings- och behandlingsmetoder som beskrivs i [Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland](#). Konsultation och kompetensstöd i enskilda ärenden ska erbjudas vårdgrannar och andra myndigheter, särskilt vårdcentraler. Vid behandling av personer med komplexa vårdbehov eller samsjuklighet på grund av psykisk störning och missbruk ska detta ske samtidigt och integrerat i samverkan med beroendevården och socialtjänsten. Psykiatrin ska utreda, diagnostisera och erbjuda lämplig behandling i de fall funktionshindret kräver specialistpsykiatriska insatser.

4.2 Barn och unga

Landstinget i Värmland ska erbjuda alla barn och unga en god, säker och tillgänglig hälso- och sjukvård samt upptäcka barn och unga i risk- och missbruk.

Samverkan kring barn och unga i risk- och missbruk behövs i de flesta fall vid både upptäckt, utredning samt vid stöd och behandling. Utgångspunkten är att organisera samverkan i det enskilda ärendet för att barn och unga ska få rätt hjälp på rätt nivå i rätt tid. Ansvarsfördelning vad gäller genomförande och uppföljning av insatser bestäms utifrån varje enskilt ärende med stöd av Samordnad Individuell Plan (SIP).

Figur 1. Processöversikt från upptäckt till behandling – ansvariga aktörer och metoder i respektive nivå. För utförligare förklaring se vidare [\(Länsöverenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk – från upptäckt till behandling\)](#).



* Medicinska test är i första hand ett ansvar för socialtjänsten.

**Behandlingsmetoder enbart inom socialtjänsten

*** Utredningen syftar bland annat till att kunna identifiera om barnet har ett problematiskt alkohol- och drogbruk och om fungerande stöd runt barnet saknas. I dessa fall görs anmälan till socialtjänsten om misstanke om att barnet far illa.

5. Diagnostik och utredning

5.1 Tidiga tecken

Observera att det inte finns några säkra tecken vare sig det gäller missbruk eller drogfrihet. Utvidgad anamnes, screeninginstrument och provtagning bör användas redan vid låg misstanke.

5.1.1 Barn och unga

Viktiga tecken att uppmärksamma i mötet med barn och unga är psykisk ohälsa, oroväckande skolfrånvaro, plötsligt ändrat beteende, ändrade kamratrelationer och tecken på kriminalitet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, ångest och depression liksom barn och unga som har föräldrar med egen missbruks- eller beroendeproblematik ([Länsöverenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk – från upptäckt till behandling](#)).

5.1.2 Vuxna

Man räknar med att ungefär en fjärdedel av vuxenpsykiatrins patienter har problem med alkohol eller droger. Det är alltså vanligt och många går under lång tid oupptäckta.

Vanliga tidiga tecken är långdragna, svårbehandlade och ofta diffusa besvär med ångest, nedstämdhet och humörsvängningar. Samtidiga somatiska symtom, som även de brukar vara av diffus karaktär, är ofta förekommande. Exempel kan vara magproblem, sömnproblem, högt blodtryck med mera.

5.2 Utredningsinstrument

AUDIT - Identifiering av alkoholproblem

ALCOHOL-E - Problembedömning av alkoholproblem

DUDIT - Identifiering av drogproblem

DUDIT-E - Problembedömning av drogproblem

ADAD – (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) Är en bedömningsmetod för unga med risk- eller missbruk och social problematik, som används vid intervju. Metoden kan användas i utredningsarbete, vid behandlingsplanering och för uppföljning och utvärdering.

Uppföljnings-ADAD används enbart inom socialtjänst och BUP.

För att identifiera psykiatrisk samsjuklighet, men även för att upptäcka missbruk eller beroende i sig, kan man använda M.I.N.I eller SCID I.

Det ska finnas möjlighet till utförligare utredning av till exempel misstänkt utvecklingsstörning, personlighetsstörning eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som är anpassad utifrån de speciella förutsättningar som vårdprogrammets patientgrupp kräver. Det är ofta nödvändigt att genomföra en utredning när det är möjligt utifrån drogfrihet, behandlingshemsvistelse eller liknande.

5.3 Drogtester

För att veta vilka droger en person använder och för att kontrollera drogfrihet är anamnes det viktigaste instrumentet men objektiva drogtestar är i de flesta fall ett nödvändigt komplement.

Alkohol kan mätas i utandningsluft med alkometer, och man får då ett snabbt mått på aktuell promillehalt. För att bedöma hur stort alkoholintag en person har under längre tid används framför allt CDT (serum) och PEth (blod). Båda visar alkoholkonsumtionen de senaste veckorna. CDT är mer beprövat och visar intag lite längre tillbaka i tiden, PEth är betydligt känsligare och har färre felkällor.

Droger mäts framför allt med urinprov, som antingen skickas till lab eller analyseras direkt med urinstickor. Fördelen med stickor är att det är lättare att få täckning på många olika droger och att man får svar direkt, medan analys på lab har färre felkällor. Anabola steroider analyseras i urinprov.

Observera att det är vanligt med både falskt positiva och falskt negativa provsvar både med stickor och vid analys på lab. Svar som inte stämmer med anamnes skall alltid verifieras genom att provet skickas vidare till ackrediterat laboratorium. Prov som skall användas i juridiska sammanhang (körkortsintyg, vårdnadsärenden mm) ska analyseras på lab och avvikande provsvar verifieras.

Det finns många droger som inte syns på vanliga analyser. Det gäller både nya droger (s.k. designer drugs eller internetdroger) och flera beroendeframkallande läkemedel. Utökade testbatterier kan beställas från exempelvis [Karolinska Institutets laboratorium](#).

Urinprov ska tas på särskilt avsedd toalett och övervakat av personal. Urinprov som lämnas utan övervakning saknar värde.

5.4 Samsjuklighet

Med samsjuklighet menas här att någon har ett diagnostiserat missbruk eller beroende och någon annan form av psykisk störning.

Psykiatriska symtom är vanliga under pågående missbruk och abstinensfas. De kan vara en direkt konsekvens av drogen, förvärras av droganvändandet eller i vissa fall vara helt fristående från droganvändandet. Personer med samsjuklighet har en ökad risk för sämre förlopp – därför är det viktigt att behandla båda tillstånden samtidigt. Orsaken till det sämre förloppet är att drogen dels förvärrar de psykiatriska symtomen, dels försvårar den psykiatriska behandlingen.

Man bör vara mycket försiktig med att ställa psykiatrisk diagnos, framförallt kroniska diagnoser, innan en längre tids drogfrihet (ibland upp till flera månader). För det mesta bör diagnostiseringen begränsas till de akuta psykiatriska symtomen. Exempelvis bör man avvakta med diagnos bipolär sjukdom, ADHD, schizofreni och personlighetsyndrom.

5.5 SIP - Samordnad individuell plan

Från och med 2010-01-01 har införts en ny skyldighet för kommuner och landsting att upprätta en [samordnad individuell plan](#) där det finns behov.

Samordnad individuell plan: 2 kap 7 § socialtjänstlagen och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen anger att när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en samordnad individuell plan. Av planen skall framgå:

1. Vilka insatser som behövs?
2. Vilka insatser respektive huvudman ska svara för?
3. Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget?
4. Vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen?

5.6 Våldsutsatthet

Vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika finns ökad risk för utsatthet för våld och övergrepp. Samtidigt förekommer det ökad risk för antisociala och kriminella aktiviteter och som följd av detta, en ännu högre risk för utsatthet samt att personen själv utövar våldet.

En stor andel av personer med missbruk har även andra typer av trauma i anamnesen och/eller pågående trauma. Det är av stor vikt att göra en kartläggning av traumatiska händelser i anamnesen samt vid eventuellt pågående våld/utsatthet göra en risk- och skyddsbedömning. [Se även intranätet Våld i nära relationer.](#)

5.7 Riskbedömning

Vid missbruk och beroende skall riskbedömning göras frikostigt, både avseende risk för suicid och risk för våldshandling mot andra (farlighetsbedömning).

Missbruk och beroende är kopplat till ökad risk för suicidala handlingar och till ökad farlighet genom flera mekanismer.

- Det akuta ruset leder ofta till minskad impuls kontroll och ökad aggressivitet.
- Kroniskt bruk leder ofta till skador på hjärnan med nedsatta kognitiva funktioner och psykiatriska symtom (till exempel ångest).
- Missbruk/beroende leder ofta till psykosocial utsatthet och försämrade relationer och socialt skyddsnät.
- Personer med missbruk/beroende har oftare än andra antisociala personlighetsdrag och/eller en emotionell instabilitet i personligheten.
- Missbruk/beroende försvårar behandlingen av psykiatrisk samsjuklighet.

Vid suicidriskbedömning bör strukturerade bedömningsverktyg användas för att säkerställa att bedömningen gjorts och för att man lättare ska kunna se förändringar i suicidalitet. De är också till hjälp om man inte är helt van att göra bedömningar. Däremot bör det observeras att skattningsskalor och tester inte i sig ger ett säkrare mått på suicidrisk eller farlighet än en rent klinisk psykiatrisk anamnes och bedömning. Exempel på skattningsskalor för farlighetsbedömning är PCL-R och HCR-20.

Resultatet på en skattningsskala kan vara falskt lågt eller falskt högt och får aldrig användas som enda mått, utan alltid i kombination med en bedömning. Se även [Vårdprogram självmordsprevention och självmordsskattning.](#)

6. Behandling

Många behandlingar inom psykiatri är kontraindicerade eller verkningslösa under pågående missbruk. Det gäller framförallt behandling med beroendeframkallade läkemedel och psykoterapeutiska behandlingar som inte är anpassade för missbruksbehandling.

Behandlingen ska fokusera på både psykisk sjukdom och missbruk. Personer med allvarlig psykisk sjukdom ska aldrig avvisas från psykiatri med hänvisning till pågående missbruk.

6.1 Psykologisk och psykosocial behandling

6.1.1 Barn och unga

Stöd och behandling som ges till barn och unga behöver utgå från ett helhetsperspektiv. Fokus utifrån de nationella riktlinjerna ligger på psykosocial behandling och familjesystemiska metoder. Läkemedelsbehandling för unga saknar i nuläget evidens.

Alkohol och narkotika - MI och MET (Motivational Enhancement Therapy, motivationshöjande behandling som utgår från motiverande samtal) eller MET och KBT.

Familjesystemiska metoder – FFT(funktionell familjeterapi), MDFT (Multidimensional Family Therapy), MST (Muktisystemisk Terapi), BSFT (Brief Strategic Family Therapy) eller ACRA (Adolescent Community Reinforcement Approach fokuserar på substansproblem kombinerat med insatser för boende, skola, fritid och sociala kontakter).

Specifikt för Cannabis - [HAP](#) haschavvänningsprogram, ungdomsversion.

6.1.2 Vuxna

Alkohol- MET (Motivational Enhancement Therapy) samt KBT(kognitiv beteendeterapi), ÅP (återfallsprevention), 12-stegsbehandling, psykodynamisk eller interaktionell terapi.

På alkoholhjalpen.se finns en [manual för MET](#) som vänder sig till personal som möter personer med alkoholmissbruk eller beroende.

Bensodiazepiner- KBT som tillägg till nedtrappning.

Cannabis- KBT samt ÅP (återfallsprevention), med tillägg av MI, MET eller HAP (haschavvänningsprogram).

Centralstimulantia- CRA(Community Reinforcement Approach) samt 12-stegsbehandling eller KBT samt ÅP(återfallsprevention).

Opiater- KBT samt ÅP(återfallsprevention), i kombination med läkemedelsassisterad behandling, CRA i kombination med läkemedelsassisterad behandling eller psykodynamisk terapi i kombination med läkemedelsassisterad behandling.

Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika- Parterapi eller Nätverksterapi som tillägg till annan behandling.

[HAP](#)- haschavvänningsprogram. Har otillräckligt vetenskapligt underlag, men har stöd i beprövad erfarenhet.

6.1.3 Psykosociala stödinsatser

Psykosociala stödinsatser kan röra ekonomi, boende, arbete, anhöriginsatser med mera. Det ska erbjudas inom socialtjänsten. Ett nära samarbete mellan landsting och kommun är ofta nödvändigt för att det ska fungera. Vid svårare situationer kan Vård-och stödsamordnare hjälpa till.

6.1.4 Användbara länkar

[Socialstyrelsens kunskapsstöd och utbildningsmaterial](#) missbruk och beroende
[Socialstyrelsens metodguide](#)
[Cannabishjälpen](#)

6.2 Läkemedelsbehandling

Tillgången till farmakologisk behandling av beroendesjukdomen i sig är relativt begränsad. Det är framför allt vid alkoholberoende det finns behandling. Tre preparat rekommenderas i nationella riktlinjer: disulfiram (Antabus), naltrexon och akamprosot (Campral, Aotal). Läkemedel mot alkoholberoende används för sällan och en ökning av förskrivning bör ske.

Farmakologisk behandling av psykiatriska sjukdomar/symtom vid samsjuklighet är dåligt studerad men grundprincipen är dels att behandla missbruk/beroende och psykiatrisk sjukdom samtidigt och dels att använda samma behandlingar som när beroende inte föreligger. Dock kräver ofta beroendesjukdomen och den sociala situation, som många personer med beroende befinner sig i, särskilda överväganden och hänsyn. Till exempel är beroendeframkallande läkemedel för det mesta kontraindicerade vid beroende.

Med beroendeframkallande läkemedel menas bensodiazepiner, bensodiazepinliknande sömnmediciner, opiatanalgetika, pregabalin (Lyrica) samt centralstimulantia (observera att centralstimulantia inte är beroendeframkallande om de används enligt ordination och inte i ett missbruk).

Förhållanden som ska beaktas vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel och som ofta utgör (relativa) kontraindikationer är:

- missbruk/beroende av alkohol, läkemedel eller andra droger (tidigare eller pågående)
- antisocialt beteende/kriminalitet
- oförmåga att följa behandlingsrutiner (kommer inte på återbesök, sköter inte provtagning, tappat bort recept)
- försök med samma eller liknande preparat har tidigare inte gett positiv effekt
- samtidig förskrivning av många läkemedel, särskilt sederande läkemedel

Dessa förhållanden kan i vissa fall vara en direkt eller indirekt effekt av patientens psykiatriska sjukdom eller sociala situation. Oavsett orsak till förhållandena utgör de (relativa) kontraindikationer ([Rutin för förskrivning av beroendeframkallande läkemedel](#)).

Farmakologisk behandling vid samsjuklighet ska ske i ett sammanhang och samordnat med psykosociala insatser. Särskilt vid svårare psykiatriska sjukdomar och vid sämre psykosocial struktur (till exempel bostadslöshet).

6.2.1 Behandling av alkoholabstinens

Måttlig till svår abstinens bör ofta behandlas inneliggande och ska frikostigt ges inj tiamin (vit B1) för att motverka utveckling av wernickeencefalopati. Bensodiazepiner ges för att förebygga alkoholdelirium och abstinenskramper samt som symtomlindring. [Se läkemedelsboken](#) för förslag på doser. Kramptröskelsänkande preparat, exempelvis alimemazin (Theralen), bör undvikas. Klometiazol (Heminevrin) ska endast användas i undantagsfall och endast i slutenvård.

Lindrigare abstinens behandlas företrädesvis i öppenvård. Även vid lindrigare abstinenser ska inj tiamin ges frikostigt men kan ersättas med peroral tabl Oralovite. Symtomlindring med bensodiazepiner kan användas i öppenvård om man har möjlighet till tydlig uppföljning och bekräftad nykterhet under behandlingen.

6.2.1.1 Behandling av drogutlösta psykoser

Vid akut drogutlöst psykos är det viktigt att försöka ta reda på vilka droger personen intagit. Behandlingen ska syfta till sömn och drogfrihet, och de psykotiska symtomen klingar då oftast av efter någon eller några dagar. Bensodiazepiner är förstahandsvalet i de flesta fall, ofta i höga doser. Neuroleptika är sällan nödvändigt och bör undvikas i akutskedet, särskilt vid psykoser utlösta av centralstimulerande droger (till exempel amfetamin).

Kroniska drogutlösta psykoser behandlas som andra psykoser med det tillägget att det är mycket svårt att nå symtomlindring eller tillfrisknande vid fortsatt drogintag. Drogfrihet måste därför vara ett centralt mål i behandlingen och samordnade insatser mellan landstinget och socialtjänsten är i princip alltid nödvändiga.

7. Graviditet i samband med missbruk

Gravida kvinnor med drogmissbruk ska remitteras till specialistmödravård. Se även vårdprogram [Missbruk och graviditet - stöd till kvinnor i fertil ålder/gravida som har, eller lever med person som har riskbruk/missbruk](#).

Dokumentet beskriver samarbete och ansvarsfördelning mellan landstinget i Värmland och socialtjänsten i Värmland för omhändertagande av gravida kvinnor med riskbruk/missbruk av alkohol och andra droger. I dokumentet beskrivs också behov av uppmärksamhet kring preventivmedelsrådgivning för kvinnor med riskbruk/missbruk.

8. Närstående

Behandling av missbruk och beroende bör alltid omfatta närstående så långt det är möjligt.

8.1 Barn som närstående

Hälso- och sjukvården har skyldighet att beakta patientens närståendes, inklusive minderåriga barns, behov av information, råd eller stöd avseende patientens sjukdom ([HSL](#); [PSL](#)). Med barn som närstående avses patientens biologiska barn, oavsett om patienten lever tillsammans med barnet eller inte. I gruppen minderåriga närstående ingår också minderåriga barn till en person som patienten varaktigt sammanbor med, liksom minderåriga syskon till en patient som fortfarande bor kvar i föräldrahemmet.

Vuxna patienter tillfrågas om de har minderåriga biologiska barn eller varaktigt sammanbor med annans minderåriga barn. Vi ska erbjuda barnet eller ungdomen eget samtal för information om föräldrarnas eller vårdnadshavarens sjukdom (se [Rutin Barn som anhörig/närstående till personer med psykisk sjukdom ska få råd, stöd och information](#) samt Livlinan [barnperspektivet](#))

8.1.1 Anmälan om misstanke att ett barn far illa

Minderåriga barn i en familj där missbruksrelaterade problem förekommer behöver extra uppmärksammas om det finns en misstanke eller kännedom om att barnet far illa eller riskerar att fara illa. En anmälan ska då göras till socialnämnden/socialtjänsten enligt Socialtjänstlagen 14 kap. 1§ ([SoL](#)). (Se Riktlinje [Anmälningsskyldighet och ansvar för barn och ungdomar upp till 18 år – Barn som far illa eller riskerar att fara illa](#)). Det är också viktigt att anmäla från t.ex. akutmottagningar även om man vet eller tror att en anmälan har utgått från annan instans.

8.2 Samverkan med vårdnadshavare

Gäller för BUP. Se [rutin Samverkan för vårdnadshavare](#).

9. Anmälningsplikt

9.1 Lagen om vård av missbrukare (LVM)

För att tvångsvård skall kunna komma i fråga krävs att den missbrukande personen är i behov av vård och att vårdbehovet inte kan tillgodoses på frivillig väg samt att personen i fråga till följd av sitt missbruk:

- utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara
- löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv
- kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Lagen är tänkt att användas i allvarliga situationer och med restriktivitet. Samtidigt är det ett problem att det görs för få anmälningar och att socialtjänst inte får vetskap om personer som kan vara aktuella för LVM. Det är också viktigt att anmäla från t.ex. akutmottagningar även om man vet eller tror att en anmälan har utgått från annan instans. Anmälan görs enligt LVM § 6 eller § 13 ([Se riktlinje Lagen om vård av missbrukare, LVM](#)).

9.2 Vapeninnehav

Om en läkare vet eller misstänker att en patient innehar skjutvapen och bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl (inklusive psykisk sjukdom och missbruk) omedelbart anmäla detta till polismyndigheten på den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan ska göras utan en närmare prövning, om patienten har tillstånd att inneha skjutvapen eller inte. Anmälan görs enligt vapenlagen 6 kapitlet § 6.

9.3 Körkort

Läkare är skyldiga att anmäla körkortsinnehavare, som är medicinskt olämpliga att ha körkort, till Transportstyrelsen. Reglerna gäller även innehav av körkortstillstånd, traktorkort och taxiförarlegitimation. Anmälan görs enligt körkortslagen 10 kapitlet § 2.

9.4 Misstanke att ett barn far illa

Vid misstanke eller kännedom om att barnet far illa eller riskerar att fara illa Se rubrik 8.1.1

10. Brukarorganisationer

Samarbete och samverkan med brukar- och närståendeorganisationer är väsentligt för innehållet i och utvecklingen av verksamheten. Det är viktigt att informera patienter och närstående om det utbud som finns. Brukarrådet i Värmland har sammanställt en lista på samtliga [brukarorganisationer i Värmland](#).

11. Utvärdering och uppföljning

[SBR](#) (Svenskt beroenderegister) är ett nationellt kvalitetsregister som omfattar personer i behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och läkemedel inom psykiatrisk sjukvård. Registrets syfte är att stödja utvecklingen av en bättre vård och hälsa för dessa patienter i Sverige genom att tillhandahålla underlag för förbättringsarbete och forskning.

Inom division psykiatri gäller att alla verksamheter är ansvariga för deltagande i relevanta kvalitetsregister utifrån de patientgrupper som finns vid respektive mottagning. Information om patienternas deltagande ska registreras i Cambio Cosmicjournal under Kvalitetsregister, se centrala riktlinjer för mer information. Mer om [kvalitetsregister för division psykiatri](#).

Uppföljning och utvärdering av individuell plan och i förekommande fall samordnad individuell plan.

Referenser

Alkoholhjalpen.se

Cannabishjalpen.se

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, www.CAN.se.

Landstinget i Värmland, division psykiatri, 2014, [Rutin Barn som anhörig/närstående till personer med psykisk sjukdom ska få råd, stöd och information](#).

Landstinget i Värmland, hälso- och sjukvårdsstaben, 2014, Riktlinje [Anmälningsskyldighet och ansvar för barn och ungdomar upp till 18 år – Barn som far illa eller riskerar att fara illa](#)).

Landstinget i Värmland, 2015, [Riktlinje, Lagen om vård av missbrukare](#).

[Läkemedelsboken.se](http://Lakemedelsboken.se).

[Länsöverenskommelse för barn och unga i risk- och missbruk – från upptäckt till behandling](#).

Region Värmland & Landstinget i Värmland, [Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland](#).

Stockholms läns landsting, Beroendecentrum Stockholm(2008) Ungdomar och missbruk – kunskap och praktik, Rapport för missbruksutredning (S:2008:4).

Socialstyrelsen, 2015, [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning](#).

Socialstyrelsen, [Socialstyrelsens kunskapsstöd och utbildningsmaterial](#) missbruk- och beroende.

Socialstyrelsen, [Socialstyrelsens metodguide för haschavvänjning](#).

Socialstyrelsen, sosfs/2008-21, [Anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen](#).

Trafikstyrelsen, [Körkortslagen](#).