



Barn och Utbildning

Elevhälsans rutiner vid drogmisstanke

Gymnasieskolorna i Osby kommun

Reviderad maj 2023

Vid misstanke om/oro för droganvändning hos elev

- Elevhälsan får kännedom om misstanken/oron och involverar rektor
- Ansvarig i elevhälsan kallar eleven till samtal tillsammans med kurator eller skolsköterska. Drogtest erbjuds eleven
- Elevhälsa/rektor kontaktar vårdnadshavare för att få medgivande om drogtest, om eleven är under 18 år

Drogtest

- Ansvarig i elevhälsan, rektor, skolsköterska eller kurator kontaktar Familjehuset och avtalar en tid för drogtest. Två personal följer med eleven till testning

Vid positivt drogtest

- Anmälan till socialtjänsten görs av elevhälsan
- Rektor beslutar om eventuella hemstudier
- Rektor ansvarar för att vid behov göra en riskbedömning
- Rektor/elevhälsan kallar elev, vårdnadshavare och eventuellt socialtjänsten för att upprätta en åtgärdsplan
- Vid mötet ska blanketten för medgivande om att bryta sekretessen mellan skola, socialtjänsten och annan instans undertecknas av elev och vårdnadshavare (om eleven är under 18 år)
- Rektor/elevhälsan kallar till uppföljning inom två veckor
- Information ges från skolan till elev/vårdnadshavare om hur uppföljning och eventuell drogtestning kan komma att genomföras under elevens resterande studietid

Bilaga 1. Samtycke om medgivande att bryta sekretess

Bilaga 2. Åtgärdsplan

Samtycke och medgivande om att bryta sekretess

Namn: _____

Personnummer: _____

Samtycke och medgivande om att bryta sekretess är viktigt för att skolan och socialtjänsten tillsammans på bästa sätt snabbt ska kunna ge eleven stöd och hjälp. För detta krävs utbyte av information.

Samtycket avser följande information: exempelvis resultat av drogtestning, deltagande i samtal och eventuella kontakter med andra berörda parter och myndigheter.

Informationen delges till följande: exempelvis rektor, elevhälsa och socialtjänst.

Socialtjänstens kontaktperson: _____

Skolans kontaktperson: _____

Samtycket gäller under ett år från dagens
datum: _____

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Vårdnadshavares underskrift: _____

GYMNASIESKOLORNA I OSBY KOMMUN

Åtgärdsplan

Datum: ____ - ____ - ____

Närvarande:

Elev: _____ **Personnummer:** _____ **Klass:** _____

Mentor: _____

Nuläge:

Åtgärdsplan:

Specialpedagog/ansvarig för elevhälsan: _____