Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Stöd för styrning och ledning

Socialstyrelsen

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran.
Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN	978-91-7555-294-1
Artikelnummer	2015-4-2
Foto	Arash Atri, Scandinav Bildbyrå
	Personerna på bilden har ingen koppling till innehållet.
Sättning	Edita Bobergs AB, Västerås
Tryck	Edita Bobergs AB, Falun, april 2015

I den nedladdningsbara filen har ordet intrapsykologiska processer på sidan 46 ändrats till intrapsykiska processer den 30 juni 2015.

MILJÖMÄRKT Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende. Riktlinjerna är en revidering av *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* från 2007.

Syftet med riktlinjerna är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område samt att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna riktar sig i första hand till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhets- och enhetschefer.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Utifrån dessa indikatorer kommer Socialstyrelsen att genomföra en utvärdering av vården av personer med missbruk och beroende.

Landsting, kommuner, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på remissversionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan myndigheten slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **7**

Inledning 12
Innehåll i detta dokument 12
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag 13
Användning och mottagare 13
Revidering av riktlinjer från 2007 14
Samverkan med andra 15
Vad är missbruk och beroende? 15
Ansvar för behandling och stödinsatser 17
Vad händer inom missbruks- och beroendevården? 18
Kompletterande kunskapsstöd 20
Områden som inte ingår i riktlinjerna 21

Centrala rekommendationer **23**
Om rekommendationerna 23
Tillämpning av rekommendationerna 25
Bedömningsinstrument 26
Medicinska test 31
Läkemedelsbehandling 36
Psykologisk och psykosocial behandling 46
Psykosociala stödinsatser 54
Behandling vid samsjuklighet 64
Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar 68

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser **72**
Sammanfattning av konsekvenserna 72
Bedömningsinstrument 76
Medicinska test 78
Läkemedelsbehandling 80
Psykologisk och psykosocial behandling 83
Psykosociala stödinsatser 85
Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar 89

Indikatorer för god vård och omsorg **91**
Indikatorer för vård och stöd vid missbruk och beroende 92
Nationell utvärdering av vården vid missbruk och beroende 94
Redovisning av indikatorer 94

Individanpassad och tillgänglig vård **102**
En individanpassad missbruks- och beroendevård 102
En tillgänglig missbruks- och beroendevård 105

Projektorganisation **107**

Referenser **118**

Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista **123**

Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder **147**

Bilaga 3. Bilagor som publiceras på webben **166**

Sammanfattning

Dessa riktlinjer innehåller rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende och omfattar följande områden: bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem.

Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå. Det är samtidigt viktigt att missbruks- och beroendevården kan erbjuda ett brett utbud av behandlingsmetoder, och rekommendationerna måste alltid anpassas till individens särskilda förutsättningar och önskemål.

Riktlinjerna innehåller också bedömningar av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser samt nationella indikatorer. Indikatorerna är till för att följa upp tillämpningen av riktlinjerna samt att möjliggöra kvalitetsjämförelser av vården av personer med missbruk och beroende.

Riktlinjerna är en revidering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård från 2007. I revideringen av riktlinjerna har prioriteringar genomförts för första gången inom detta område. Det har medfört att dessa riktlinjer främst inkluderar åtgärder som är möjliga att avgränsa och definiera, och där det finns flera relevanta alternativ som kan ställas mot varandra och prioriteras. Tre nya områden har inkluderats i de reviderade riktlinjerna – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.

Centrala rekommendationer

Riktlinjerna innehåller ett antal centrala rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv. Ett urval av dessa rekommendationer presenteras nedan.

Bedömningsinstrument och medicinska test

Bedömningsinstrument kan underlätta beslut om behandling och kan användas för att följa utfall av åtgärder. De är ett snabbt sätt att samla in information, göra den jämförbar och förvissa sig om att viktig information inte glöms bort. Socialstyrelsen rekommenderar bedömningsinstrumenten AUDIT och DUDIT för identifiering av alkohol- och narkotikaproblem, och ADDIS, SCID I och MINI som underlag för diagnostik av skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. SCID I och MINI kan också ge viktig information om psykiatrisk samsjuklighet. För att bedöma hjälpbehov rekommenderas ASI för vuxna och ADAD för ungdomar.

Medicinska test är ett viktigt komplement till självrapport och klinisk intervju (som kan genomföras med hjälp av bedömningsinstrument). Socialstyrelsen rekommenderar mätning av EtG eller EtS i urin för att påvisa nyligt intag av alkohol. För långvarigt högt intag av alkohol rekommenderas PEth eller CDT. För att påvisa intag av narkotika rekommenderas i första hand urinprov som analyseras vid laboratorier. Snabbtest bör endast användas i situationer då det krävs ett snabbt svar, och inte som grund för beslut kopplade till tvångsvård, följsamhet till kontraktsvård eller liknande.

Läkemedelsbehandling

Det finns i dag en underbehandling med läkemedel vid alkoholberoende. Personer med alkoholberoende bör erbjudas behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon, beroende på om syftet är att uppnå helnykterhet eller en icke riskfylld konsumtion.

Bensodiazepiner kan fylla ett viktigt terapeutiskt värde som ångestdämpande, sömngivande och muskelavslappnande läkemedel, men medför också en risk för utveckling av beroende med omfattande negativa fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Riktlinjerna ger rekommendationer om nedtrappning till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig.

Missbruk och beroende av opioider förekommer övergripande sett som missbruk eller beroende av dels heroin, dels opioidanalgetika (smärtstillande läkemedel). Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon eller metadon vid opiatberoende samt nedtrappning eller läkemdelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon (i de fall där ned-

trappning inte har lett till opioidfrihet) vid beroende av opioidanalgetika. Läkemedels-assisterad behandling kan förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet.

Psykologisk och psykosocial behandling

Vid missbruk eller beroende av alkohol rekommenderas i första hand motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention, community reinforcement approach (CRA), social behaviour network therapy (SBNT) eller tolvstegsbehandling, eftersom dessa metoder har bäst bevisad effekt. MET innebär färre behandlingstillfällen än andra psykologiska och psykosociala metoder, och utbildningen i metoden är mindre omfattande. Den skulle därför kunna erbjudas även inom primärvård och företagshälsovård, och därmed bidra till att öka tillgängligheten till vård och behandling för personer med alkoholberoende.

Vid missbruk eller beroende av bensodiazepiner, cannabis, centralstimulerande preparat eller opiater bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda psykologisk och psykosocial behandling. Metoder med hög prioritet är exempelvis KBT eller återfallsprevention och CRA. Åtgärderna har ofta god effekt på andelen som blir drogfria. Vid opiatberoende erbjuds den psykologiska eller psykosociala behandlingen oftast inom ramen för läkemedelsassisterad behandling. Syftet är då bland annat att lindra eller förbättra psykiska problem samt att öka följsamhet till behandling, påverka motivationen och därmed minska avbrott och sidomissbruk.

Psykosociala stödinsatser

Tillgång till ett arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också ha ett samband med fullföljande av och framgång i behandling. På samma sätt är ett stabilt boende ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett missbruk eller beroende. Riktlinjerna innehåller därför rekommendationer om insatser för att främja boendestabilitet och sysselsättning för personer med missbruk och beroende.

Många personer med missbruk och beroende behöver vård, stöd och behandling från flera olika myndigheter och verksamheter samtidigt. Riktlinjerna ger därför rekommendationer om olika insatser för personer

som behöver hjälp att samordna sina olika vård- och stödåtgärder.

För att stödja de människor som finns i en person med missbruk eller beroendes närhet rekommenderar Socialstyrelsen psykosocialt stöd till vuxna anhöriga, och även åtgärder för anhöriga som vill motivera personer med missbruk eller beroende till behandling.

Behandling vid samsjuklighet

Med samsjuklighet menas här att någon har både ett diagnostiserat missbruk eller beroende och någon annan form av psykisk störning. Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Därför är det viktigt att uppmärksamma samsjuklighet och att behandla båda tillstånden samtidigt.

Socialstyrelsen rekommenderar bland annat att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder integrerad behandlingsmetod till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom. Integrerad behandlingsmetod fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet, inom ramen för en psykologisk och psykosocial behandlingsmodell.

Behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem

Det är viktigt att missbruk och beroende uppmärksammas även hos ungdomar. Ungdomar svarar inte alltid på insatser och behandlingsmetoder som är utvecklade för vuxna. Det kan därför krävas särskilda interventioner som är utarbetade för ungdomar och deras förutsättningar.

Socialstyrelsen ger rekommendationer dels om interventioner som bygger på motivationstekniker (till exempel motiverande samtal eller MET) eller på en kombination av detta och KBT, dels om behandling baserad på familjeterapi som bygger på att hela eller delar av familjen involveras.

Rekommendationernas konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att kräva förändringar i fråga om samverkan, utbildning och fortbildning samt resurser för att fler ska få tillgång till de rekommenderade

åtgärderna. Inledningsvis innebär rekommendationerna generellt ökade kostnader. På längre sikt förväntas dock kostnaderna återgå till nuvarande nivåer eller minska, eftersom mer effektiva åtgärder används. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

För att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna är det viktigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård. Vidare kan det innebära att små kommuner behöver samarbeta för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser och en integrerad vård och behandling. För att följa rekommendationerna om arbetslivsinriktad rehabilitering och boendeinsatser kommer det också att krävas samverkan mellan flera olika aktörer.

För att införa rekommendationerna om bedömningsinstrument, psykologisk och psykosocial behandling och psykosociala stödinsatser krävs en generell kompetenshöjning och utbildnings- och handledningsinsatser såväl när det gäller kunskapen om missbruk och beroende som i specifika metoder.

Inledning

Dessa riktlinjer är en revidering av Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* från 2007. Riktlinjerna ger rekommendationer om åtgärder inom följande områden:

- bedömningsinstrument
- medicinska test
- läkemedelsbehandling
- psykologisk och psykosocial behandling
- psykosociala stödinsatser
- behandling vid samsjuklighet
- psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar.

Innehåll i detta dokument

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- Centrala rekommendationerna ur *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Med centrala rekommendationer menar Socialstyrelsen rekommendationer som har särskilt stor betydelse för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ekonomi och organisation.
- En analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för regioner, landsting och kommuner.
- Indikatorer för att följa upp vården av personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna.
- En diskussion om vikten av en individanpassad och tillgänglig vård.

Det här dokumentet är endast en del av riktlinjerna. Andra delar är bland annat en tillstånds- och åtgärdslista och det vetenskapliga underlaget för samtliga cirka 150 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns att ladda ner eller beställa på www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten och målet är att bidra till att patienter, brukare och klienter får en jämlik och god vård.

Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort.

Användning och mottagare

De primära mottagarna av riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, chefstjänstemän, verksamhets- och enhetschefer. Riktlinjerna vänder sig främst till regioner, landsting och kommuner, men enskilda rekommendationer kan i vissa fall även tillämpas inom verksamheter som bedrivs av andra huvudmän.

Rekommendationerna ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. De kan till exempel vara underlag vid fördelning av resurser eller när vården ska ändra ett arbetssätt eller en organisation.

Riktlinjerna kan också vara underlag när hälso- och sjukvården och socialtjänsten tar fram regionala och lokala vårdprogram och rutiner. Socialstyrelsens riktlinjer fokuserar på *vad* (vilka åtgärder) hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda, men kan användas som underlag för vårdprogram och rutiner som även beskriver *hur* en åtgärd bör utföras (när och på vilket sätt) och *av vem* (vilken organisation som genomför).

Riktlinjernas rekommendationer kan också – i form av bästa tillgängliga kunskap – ge hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal vägledning i beslut för enskilda personer. Men utöver rekommendationerna behöver personalen även ta hänsyn till patientens, brukarens eller klientens särskilda förutsättningar och

önskemål samt den egna professionella expertisen. Detta i enlighet med en evidensbaserad praktik (EBP) som innebär en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser.

Revidering av riktlinjer från 2007

Revideringen av dessa riktlinjer har tagit utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård från 2007. Sedan 2007 har Socialstyrelsen dock utvecklat metoden för att ta fram nationella riktlinjer. Det betyder bland annat ett standardiserat sätt att granska och bedöma det vetenskapliga underlaget.

I revideringen av riktlinjerna har också prioriteringar genomförts för första gången inom detta område. Det har medfört att de reviderade riktlinjerna främst inkluderar åtgärder som är möjliga att tydligt avgränsa och definiera, och där det finns flera relevanta alternativ som kan ställas mot varandra och prioriteras. Riktlinjerna inkluderar inte åtgärder som rör organisation och styrformer eller åtgärder som regleras i lagstiftning (som till exempel rör delaktighet och individanpassad information) och därför inte lämpar sig för prioriteringar.

Tre nya områden har inkluderats i de reviderade riktlinjerna – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser. I övrigt har det vetenskapliga underlaget uppdaterats, vilket bland annat lett till att fler bedömningsinstrument, medicinska test och läkemedel ingår.

I revideringen ingår också ett antal indikatorer för att följa upp vården av personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Syftet är att möjliggöra kvalitetsjämförelser av vården av personer med missbruk och beroende. Socialstyrelsen kommer att använda indikatorerna som underlag för uppföljningar av hur riktlinjerna följs. De kan också användas i de öppna jämförelser som Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gör, och för att följa upp regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken som beslutades av riksdagen 2011 och som ingår i propositionen *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken* (prop. 2010/11:47).

Samverkan med andra

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen bland annat haft en dialog med Läkemedelsverket, SKL, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Inför revideringen genomfördes en hearing med syfte att diskutera riktlinjernas innehåll och avgränsning. Inbjudna till hearingen var bland annat experter och sakkunniga som ingick i det tidigare riktlinjearbetet, SKL, Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården och Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor (KSAN). Under riktlinjearbetets gång har projektledningen också haft en dialog med Socialstyrelsens brukarråd för missbruks- och beroendefrågor.

Vidare har företrädare för huvudmännen, specialistföreningar och andra intresseorganisationer och sakkunniga medverkat. Huvudmännen har nominerat experter till prioriteringsarbetet och genomfört de regionala seminarier som ordnats efter publiceringen av remissversionen av riktlinjerna. Detta har skett genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst (NSK och NSK-S) samt genom kontaktpersoner på länsnivå i frågor som rör kunskapsstyrning och kunskapsutveckling.

Vad är missbruk och beroende?

Förekomst av alkohol- och narkotikaproblem

Under 2009–2011 genomfördes en statlig översyn av missbruks- och beroendevården i Sverige, den så kallade missbruksutredningen [1]. I utredningen uppskattades att omkring 780 000 personer över 18 år har ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 har ett beroende [2]. En senare kartläggning visar på ungefär liknande antal personer [3]. Av dessa söker dock inte alla vård för sitt missbruk eller beroende. Enligt skattningar har cirka 80 000 personer ett tungt alkoholmissbruk, baserat på antalet personer som vårdats i sluten vård eller specialiserad öppen vård med alkoholdiagnos [4].

Antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika har skattats till 55 000 personer [3]. Enligt skattningar, som baseras på antal personer med en narkotikadiagnos inom hälso- och sjukvården eller som har klassats som grava narkotikamissbrukare inom

kriminalvården, finns det cirka 29 500 personer med problematisk narkotikaanvändning [5]. Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk har skattats till cirka 8 000 [6]. När det gäller läkemedel har antalet personer med missbruk eller beroende skattats till 45 000–65 000 personer [2, 3].

År 2014 rapporterade 43 procent av pojkarna och 50 procent av flickorna i årskurs 9 att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna, vilket är de lägsta uppmätta nivåerna sedan Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) påbörjade mätningarna 1971. Motsvarande värden i gymnasiets år 2 var 76 respektive 82 procent. Skolungdomars narkotikaanvändande är relativt stabilt. I grundskolans årskurs 9 rapporterade 9 procent av pojkarna och 7 procent av flickorna att de någon gång prövat narkotika (nästan alltid cannabis). I gymnasiets årskurs 2 var andelen 20 respektive 14 procent [7].

Diagnosklassifikationer och benämningar

Det finns flera olika termer och definitioner av att ha ett problematiskt förhållande till alkohol och andra droger. De termer som används har också olika betydelse beroende på verksamhet och yrkesgrupp.

På det medicinska området är termerna huvudsakligen kopplade till de diagnossystem som används – International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). I Sverige används främst ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet. Den nu gällande versionen av ICD, ICD-10, är från 1990. Ett arbete pågår inom WHO med att uppdatera ICD-10 till en kommande ICD-11. En ny version av DSM, DSM-5, har nyligen publicerats.

I tidigare versioner av DSM, liksom i ICD-10, ingår diagnosen *substansberoende*, och de båda systemens definitioner överensstämmer till stora delar. ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk*, medan tidigare versioner av DSM istället hade diagnosen *missbruk*. I den senaste versionen av DSM ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet *substansbrukssyndrom*. De studier som riktlinjernas rekommendationer baseras på har dock använt tidigare versioner av DSM. I riktlinjerna används därför benämningarna missbruk och beroende. Aktuella diagnoser och kriterierna för

dessa enligt respektive klassifikationssystem beskrivs i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

För alkohol brukar man även tala om *riskbruk*, som dock inte är en diagnos. Med det avses oftast en *hög genomsnittlig konsumtion* av alkohol eller *intensivkonsumtion* av alkohol minst en gång i månaden [8]. Rekommendationer om åtgärder vid riskbruk av alkohol finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [9].

Inom socialtjänsten gör man i praktiken inga diagnostiska överväganden, såvida det inte är fråga om samarbete med hälso- och sjukvården. I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, används benämningarna ”missbruk” och ”missbrukare”, men en definition av dessa saknas. I riktlinjerna är det missbruk och beroende enligt diagnosklassifikationerna som avses.

Ansvar för behandling och stödinsatser

Av 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Missbruk och beroende uppmärksammas inte särskilt i lagstiftningen, men går in under denna ram. I SoL finns särskilda bestämmelser om socialtjänstens ansvar för missbruk – dels att förebygga missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel, dels att kommunen aktivt ska sörja för att den enskilde med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (3 kap 7 § och 5 kap 1 och 9 § SoL).

För barn och ungdomar har kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ett särskilt ansvar. I 5 kap. 1 § SoL anges att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdomar när det gäller alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel.

Vidare har socialtjänsten ett generellt ansvar för stödinsatser. I 4 kap. 1 § SoL anges att 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 för sin livsföring i övrigt. Av 3 kap. 2 § SoL följer att socialnämnden i sin verksamhet ska främja den

enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. För människor med funktionshinder (där personer med samtidigt missbruk eller beroende kan vara en grupp) ska socialnämnden enligt 5 kap. 7 § SoL medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Vad händer inom missbruks- och beroendevården?

En samlad ANDT-strategi

Regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47) syftar till att underlätta statens styrning av stödet inom ANDT-området, skapa bättre förutsättningar för samordning och samverkan samt att få till en samlad syn på de gemensamma faktorer som ligger bakom problemens uppkomst och deras lösningar. Strategin innehåller sju långsiktiga mål för ANDT-arbetet, av vilka Socialstyrelsen aktivt bidrar till ett flertal.

Dessa riktlinjer bidrar främst till det mål som handlar om att personer med missbruk eller beroende ska få ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder bidrar till målet om att antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak successivt ska minska.

Socialstyrelsen har också ett uppdrag som utgår från målet om att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak. Uppdraget omfattar att, i samråd med Folkhälsomyndigheten (före detta Statens folkhälsoinstitut) och SKL, samordna och stimulera ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer.

Vidare deltar Socialstyrelsen i arbetet med att ta fram ett uppföljnings- och utvärderingssystem för att mäta samhällets insatser på ANDT-området, och ansvarar för ett flertal av de indikatorer som föreslagits.

Socialstyrelsen arbetar också för att utveckla kunskapen om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO) när det gäller tillgängligheten till behandling, förskrivning, läckage och dödlighet

samt möjligheten att följa utvecklingen genom ett nationellt register. Dessutom pågår för närvarande (våren 2015) en översyn av den föreskrift och de allmänna råd som reglerar läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27).

Utvecklingen inom missbruks- och beroendevården

Sedan publiceringen av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård från 2007 har SKL – inom ramen för utvecklingsarbetet *Kunskap till praktik* – ansvarat för att bygga upp ett kvalificerat stöd för implementering av riktlinjerna och annan aktuell kunskap. *Kunskap till praktik* har exempelvis arbetat för att bygga upp en organisatorisk struktur för erfarenhetsutbyte och främja samverkan mellan kommuner och landsting samt forskning och utveckling inom området. Genom projektet har kommuner och landsting även erbjudits stöd för att utbilda personal i kunskapsbaserade behandlingsmetoder, träffa överenskommelser med huvudmännen på länsnivå, implementera system för uppföljning och utveckling samt utveckla brukarmedverkan.

Socialstyrelsens öppna jämförelser och tidigare tillsynsaktiviteter har visat att det under senare år också har skett en förbättring inom missbruks- och beroendevården när det gäller metodkompetens, uppföljning och samverkan.

Det finns dock stora regionala skillnader, och missbruks- och beroendevården når endast en av fem personer med beroende av alkohol [4]. I huvudsak nås personer med sociala problem. Dessutom kan få huvudmän erbjuda mer än en psykologisk eller psykosocial behandlingsform, vilket gör att vården inte uppfattas som attraktiv av alla grupper. Vidare är användningen av läkemedelsbehandling vid alkoholberoende begränsad och andelen personer med opiatberoende som erbjuds läkemedelsassisterad behandling varierar i olika delar av landet.

Dessutom finns ojämlikheter i hälsa. Det är till exempel stora skillnader i alkoholrelaterad dödlighet beroende på utbildningsnivå, där de med lägst utbildning löper störst risk [10]. Ett liknande mönster finns bland lågutbildade när det gäller narkotikarelaterad dödlighet. Bland män ökar dessutom dessa skillnader sedan början av 1990-talet.

Kompletterande kunskapsstöd

Familjeperspektiv

Missbruk och beroende är inte enbart ett individuellt problem utan påverkar hela familjen, inte minst barnen. Vägledningen *Barn och unga i familjer med missbruk* [11] vänder sig till socialtjänsten och andra aktörer som möter barn och unga i familjer med missbruk. Den beskriver bland annat tecken på barns och ungas svårigheter, olika verksamheters ansvar, vikten av samverkan och anmälningsplikten. Dessutom ingår en beskrivning av socialtjänstens bedömning av barns och ungas behov och av olika stöd- och hjälpinsatser inom socialtjänsten och i andra verksamheter samt råd om dokumentation och lokala uppföljningar.

Vägledningen *Föräldraskap och missbruk* [12] riktar sig till utredare och behandlare inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt övrig missbruks- och beroendevård. Vägledningen tar upp förhållningssätt och innehåll i samtal om föräldraskap och om barns situation i utredning eller behandling. Den kan ses som en fördjupning till några av de strukturerade metoder som används för att bedöma missbrukets omfattning och konsekvenser, och som ingår i riktlinjerna.

Förebyggande arbete

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder innehåller rekommendationer om metoder för att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor (det vill säga riskbruk av alkohol, tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor) [9].

Riktlinjerna har inneburit att det förebyggande arbetet har kommit mer i fokus i hälso- och sjukvården än tidigare. Landstingen och regionerna arbetar bland annat med förändringar i avtal och ersättningssystem, utveckling av vårdprogram och journalsystem samt kompetensutveckling hos personal.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har ett pågående arbete med att ta fram en systematisk litteraturöversikt om prevention av missbruk av alkohol, tobak, psykoaktiva droger, spel och läkemedel hos barn, unga och unga vuxna. Översikten omfattar program och insatser på gruppnivå och har planerat publiceringsdatum hösten 2015.

Förebyggande av infektionssjukdomar

Personer som injicerar droger har en hög sjukdomsbörda jämfört med befolkningen i stort, bland annat på grund av hög förekomst av olika infektionssjukdomar. De delar av hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med personer som injicerar droger kan ha en viktig roll i arbetet med att förebygga, upptäcka och behandla infektionssjukdomar.

Folkhälsomyndighetens vägledning *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger* [6] redogör för hur olika aktörer bör samverka för att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska vara framgångsrikt. Vägledningen beskriver bland annat hur hälso- och sjukvården kan utforma olika former av lågtröskelverksamheter och vilka primär- och sekundärpreventiva aktiviteter de bör kunna erbjuda. Primärpreventiva aktiviteter kan exempelvis vara testning, rådgivning, vaccination och byte av injektionsverktyg. Sekundärpreventiva aktiviteter riktar sig till personer som redan drabbats av infektioner och kan innefatta sådant som riskreducerande rådgivning och behandling av infektionssjukdomar.

Områden som inte ingår i riktlinjerna

I riktlinjerna ingår endast substansberoende. För hallucinogener (så kallade klubbdroger såsom GHB, LSD och ecstasy) saknas det vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet om behandlingsmetoder. Dessa substanser ingår därför inte i riktlinjerna.

Inte heller dopning ingår, eftersom underlag om åtgärder till stor del saknas. Region Örebro län har dock regeringens uppdrag att fördjupa kunskapen om dopningsmissbruk och utveckla behandlingsformerna för personer som missbrukar dopningsmedel. Från år 2016 kommer samma region även förvalta ett nationellt kompetenscentrum för dopningsproblematik.

Riktlinjerna innehåller inte heller några rekommendationer om behandling av narkotikaorsakade toxiska psykostillstånd eller alkoholhallucinos, eftersom Socialstyrelsen bedömer att det inte finns några betydande skillnader i praxis inom området.

Riktlinjerna innehåller inte några specifika rekommendationer för gravida. Vissa medicinska test påverkas av graviditeten, och vid läkemedelsbehandling behöver nyttan av behandlingen vägas mot risken för fostret. För psykologisk och psykosocial behandling saknas

vetenskapligt underlag för att rekommendera specifika metoder för gravida.

I riktlinjerna ingår inte anhörigstöd för barn. Detta ingår i stället i det pågående uppdraget att samordna och stimulera till ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer.

Riktlinjerna tar inte heller upp tvångsvård eller hur vården ska organiseras, till exempel om den ska erbjudas i form av öppen eller sluten vård eller institutionsvård.

Viktiga perspektiv saknas i studier

I de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjerna saknas viktiga perspektiv, till exempel när det gäller kön och ålder. Det verkar dock inte finnas några uppenbara skillnader i tillgången till vård eller resultat av behandling utifrån kön [2]. När det gäller könsdifferentierad behandling finns motstridiga resultat. Men det finns vissa grupper för vilka det kan vara viktigt att kunna erbjuda en könsdifferentierad behandling – bland annat personer som utsatts för sexuella övergrepp och våld.

Kvinnor med missbruk och beroende kan befinna sig i livssituationer som ökar risken för att utsättas för våld. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Skylla sig själv? Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem* [13] beskriver vilka problem våld riktat mot kvinnor med missbruk och beroende kan innebära, och de särskilda behov av skydd, stöd och hjälp som kvinnorna kan ha.

Äldre med missbruk och beroende omfattas av rekommendationerna i riktlinjerna. Däremot finns inga särskilda rekommendationer för gruppen äldre. Det är dock viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten uppmärksammar alkohol- och narkotikaproblem även hos äldre, och att äldreomsorgen och missbruks- och beroendevården samverkar.

Utöver kön och ålder så saknar de vetenskapliga studierna även ofta information om faktorer som exempelvis etnicitet och sociala förhållanden. Det är också sällan studierna redovisar missbrukets eller beroendets svårighetsgrad eller förekomst av missbruk eller beroende av flera olika substanser samtidigt.

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Samtliga rekommendationer redovisas i en tillstånds- och åtgärdslista i bilaga 1. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det är också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökverktyg *Sök i riktlinjerna*, där vetenskapligt underlag för varje tillstånds- och åtgärdspar presenteras.

Om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

Socialstyrelsen ger tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabell 1 beskriver översiktligt de olika typerna.

Tabell 1. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten *bör* eller *kan* erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör utföra rutinmässigt, och endast inom ramen för forskning och utveckling. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården och socialtjänsten att noggrant utvärdera nya åtgärder innan de börjar användas.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården och socialtjänsten att sluta använda ineffektiva metoder

Metoden för rangordningsprocessen finns i bilagan *Metodbeskrivning* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rekommendationer med rangordning 1–10

Som ett stöd för mottagarna att tolka rangordningen 1–10 formulerar Socialstyrelsen de centrala rekommendationerna som åtgärder som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten *bör*, *kan* eller *kan i undantagsfall* erbjuda vid ett visst tillstånd.

Formuleringarna *bör*, *kan* och *kan i undantagsfall* används med viss flexibilitet. Det finns inga exakta gränser i den 10-gradiga skalan för vad som är till exempel en *bör*- eller en *kan*-rekommendation. Varje rangordning bedöms utifrån sammanhanget samt de förutsättningar som gäller inom det aktuella riktlinjeområdet.

I riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende har *bör* främst använts för rekommendationer med prioritet 1–3, *kan* för prioritet 4–7 och *kan i undantagsfall* för prioritet 8–10. Det finns dock vissa undantag. Till exempel har *kan* i vissa fall använts för åtgärder med prioritet 3 och *bör* för åtgärder med prioritet 4. Det kan bland annat bero på hur praxis ser ut, om det finns många andra alternativa åtgärder eller inte, och hur stor skillnaden i effekt är mellan de olika åtgärderna samt hur viktigt det är med ett brett utbud.

Rangordningen utgår från den nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdskombinationer utgår från den nationella modellen för prioriteringar [14]. Modellen utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Enligt den nationella modellen baseras rangordningen på en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och kostnadseffektivitet. Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekt, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är.

I dessa riktlinjer, som även vänder sig till socialtjänsten, har Socialstyrelsen modifierat modellen med hänsyn till grundprinciperna i SoL [15]. I den modifierade modellen beaktas därmed inte tillståndets svårighetsgrad.

Tillämpning av rekommendationerna

Syftet med de centrala rekommendationerna är att ge vägledning för beslut om åtgärder på gruppnivå, och innebär att förhållandevis mer resurser bör fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder som har fått en låg rangordning.

För att kunna anpassa rekommendationerna till individens särskilda förutsättningar är det dock viktigt att missbruks- och beroendevården kan erbjuda ett brett utbud av behandlingsmetoder. Det är också viktigt att patienter och klienter är delaktiga i valet av behandling, vilket betonas i 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och 3 kap. 5 § SoL.

Rekommendationerna riktar sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten och anger inte vilken huvudman som bör utföra de olika rekommenderade åtgärderna. Även om vissa av rekommendationerna berör åtgärder som mer tydligt hör till en av huvudmännen så kräver de flesta rekommendationerna att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar. Enligt HSL och SoL är också landsting och kommuner skyldiga att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel (8b § HSL och 5 kap. 9a § SoL).

Bedömningsinstrument

Inom missbruks- och beroendevården fattas en rad beslut om åtgärder för personer med olika grad av alkohol- och narkotikaproblem, där olika bedömningsinstrument kan användas som en del i ett beslutsunderlag. Med bedömningsinstrument avses ett formulär med fastställda frågor. Sådana strukturerade metoder för kartläggning och bedömning av alkohol- och drogvanor har flera fördelar, till exempel är det ett snabbt sätt att samla in information, förvissa sig om att viktig information inte glöms bort och göra information jämförbar.

Bedömningsinstrument utgör också ett viktigt underlag för en kontakt med patienten i den tidiga behandlingsplaneringen. De kan användas för att välja åtgärder på rätt nivå, och för att följa utfallet av de åtgärder som klienten eller patienten har fått. Kvalitetssäkrade och standardiserade instrument innebär att bedömningen blir likartad oberoende av var man söker hjälp.

I riktlinjerna inkluderas främst instrument som finns översatta och utprovade på svenska. Fokus är på instrument som används inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Statens institutionsstyrelse har gjort en allmän genomgång av relevanta instrument som till viss del överlappar detta arbete [16]. Granskning av bedömningsinstrument redovisas också i Socialstyrelsens metodguide för socialt arbete som finns på myndighetens webbplats, www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik.

Identifiering av alkohol- och narkotikaproblem

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A01–A02)

Bedömningsinstrument kan användas för att identifiera eventuella alkohol- eller narkotikaproblem. Instrument som kan användas för att identifiera problem (screeninginstrument) kan också användas för att återkoppla resultatet till klienten eller patienten. Återkopplingen gör grunderna för besluten tydligare och mer öppna. Det både svarar mot kravet att informera klienterna och patienterna, och kan i sig skapa motivation till förändring. Instrumenten kan också användas vid uppföljning efter behandlingens avslutande, för att avgöra om den har lett till önskat resultat.

AUDIT (från engelskans ”alcohol use disorders identification test”) är ett självskattningsinstrument för att bedöma om problem

med alkohol förekommer. DUDIT (från engelskans ”drug use disorders identification test”) är utvecklat som ett parallellinstrument till AUDIT med syftet att bedöma om problem med narkotika (inklusive beroendeframkallande läkemedel) förekommer. Utifrån sammanräknade poäng och fördelningen av dessa ger instrumenten information om konsumtionsnivåer, tecken på beroendeutveckling och skador relaterade till konsumtionen. Instrumenten har ett brett användningsområde inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda AUDIT och DUDIT för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationerna är att instrumenten fungerar väl för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem, är enkla att använda och kan användas både som intervju- och självskattningsformulär.

DUDIT får en något lägre prioritering än AUDIT utifrån att det saknas stöd för validitet vid missbruk och relevanta poänggränser för skadligt bruk av narkotika.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda AUDIT för att identifiera alkoholproblem *(prioritet 1)*
- använda DUDIT för att identifiera narkotikaproblem *(prioritet 3).*

Diagnostik av skadligt bruk, missbruk eller beroende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A07–A08 och A13–A14)

När ett alkohol- eller narkotikaproblem har identifierats kan det finnas anledning att gå vidare och ställa diagnos. En korrekt diagnos bidrar till möjligheten att välja rätt behandling. Som underlag för att ställa diagnos finns ett antal instrument med strukturerade frågor som kan användas som hjälpmedel. I riktlinjerna ingår tre instrument som kan ge underlag för att ställa diagnos enligt något av diagnossystemen ICD eller DSM. De instrument som riktlinjerna utvärderat baseras på versioner av DSM som innehåller diagnoserna *missbruk* och *beroende* (som ersatts av *substansbrukssyndrom* i DSM-5).

Alkohol- och drogdiagnosinstrumentet ADDIS är en strukturerad intervju som kan ge underlag för att diagnostisera skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger enligt ICD-10, och missbruk och beroende enligt DSM-IV. Utöver frågor om alkohol och narkotika ingår även kortare screeningfrågor om social situation, ångest, depression och stress samt nikotin- och koffeinintag.

SCID I (från engelskans ”structured clinical interview for DSM-IV-axis I disorders”) är en semistrukturerad intervju som används som underlag för att diagnostisera personer med psykiska symtom, inklusive missbruk eller beroende av alkohol eller andra substanser. Syftet är att under intervjun samla in relevant information för en klinisk bedömning enligt kriterierna i DSM-IV. SCID I används i första hand inom specialiserad psykiatri och beroendevård.

MINI (från engelskans ”mini international neuropsychiatric interview”) är en kortfattad diagnostisk intervju som följer kriterierna för de vanligaste psykiatriska tillstånden inklusive missbruk eller beroende i DSM-IV, och kan även översättas till diagnoser enligt ICD-10. Anledningen till att MINI har utvecklats är för att enkelt, billigt och snabbt (cirka 15–20 minuter) kunna kartlägga en patients olika psykiatriska tillstånd.

Utöver bedömningen av alkohol- och narkotikaproblemen är det också viktigt att bedöma förekomsten av eventuell samsjuklighet, exempelvis med hjälp av SCID I och SCID II som rör personlighetsstörningar. Riktlinjerna innehåller dock inga rekommendationer om bedömningsinstrument för andra diagnoser än skadligt bruk, missbruk eller beroende.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda ADDIS, SCID I eller MINI som underlag för att diagnostisera skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Avgörande för rekommendationen är att instrumenten fungerar väl som underlag för att ställa diagnos. ADDIS har något bättre validitet än SCID I, men SCID I kan ge viktig information om eventuell samsjuklighet i form av annan psykisk störning. För MINI är validiteten jämfört med SCID I varierande. Det finns dock ett kliniskt värde med ett mindre omfattande instrument som MINI, som också kan ge information om samsjuklighet.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda ADDIS, SCID I eller MINI som underlag för att diagnostisera skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och narkotika (*prioritet 3*).

Bedömning av hjälpbehov

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A19–A22)

För att kunna bedöma personens behov av stöd, planera ett behandlingsprogram och välja rehabiliteringsinsatser behöver man ta hänsyn till varje persons särskilda förhållanden. Det är klientens eller patientens behov som avgör val av insats, och förutom missbruks- eller beroendeproblem är det viktigt att även kartlägga hela livssituationen.

ASI (från engelskans ”addiction severity index”) kan ge en samlad bild över problem inom olika livsområden och av erfarenheter av tidigare eller pågående behandling. ASI innehåller frågor om alkohol- och narkotikaanvändning, fysisk hälsa, arbete och försörjning, kriminalitet, familj och umgänge och psykisk hälsa. Den svenska versionen av ASI finns i två versioner – ASI Grund och ASI Uppföljning – med ytterligare ett hjälpmedel för sammanställning inför återkoppling till klienten – ASI Återkoppling.

DOK (dokumentationssystem inom missbrukarvården) innehåller frågor om alkohol och andra droger, hälsa, kriminalitet, uppväxt, relationer, boende, utbildning och försörjning, sysselsättning och fritid. DOK finns i en version för tvångsvården och en version för andra behandlingsenheter.

Både ASI och DOK kan även användas för uppföljning på verksamhetsnivå. Riktlinjerna fokuserar dock på planering och uppföljning på individnivå.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda ASI för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- och narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att bedöma hjälpbehov hos personer med alkohol- och narkotikaproblem.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten även använda DOK för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationen är att instrumentet bidrar till att bedöma hjälpbehov hos personer med alkohol- och narkotikaproblem, men stödet för validitet och reliabilitet är svagare än för ASI.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör
- använda ASI för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan
- använda DOK för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem (*prioritet 6*).

Bedömning av hjälpbehov för ungdomar

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: A23)

ADAD (från engelskans ”adolescent drug abuse diagnosis”) är en standardiserad intervju som kan användas som underlag i utredningsarbete och vid behandlingsplanering, och som ett utvärderings- och uppföljningsinstrument. Det riktar sig till unga människor med social problematik och omfattar olika livsområden: fysisk hälsa, skolgång, arbete och sysselsättning, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda ADAD för att bedöma hjälpbehov för ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl enligt beprövad erfarenhet. Dock är det vetenskapliga stödet för validiteten osäkert, vilket har påverkat prioriteringen.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan
- använda ADAD för att bedöma hjälpbehov för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem (*prioritet 4*).

Medicinska test

En möjlighet att påvisa intag av alkohol och narkotika är användning av medicinska tester. Medicinska tester är allmänt förekommande inom missbruks- och beroendevården som ett komplement till självrapport och klinisk intervju (som kan genomföras med hjälp av bedömningsinstrument), och är ett viktigt underlag för diagnostik och behandlingsuppföljning.

Medicinska tester omfattar provtagning med efterföljande analytisk undersökning. Testerna kan påvisa eller utesluta intag av olika substanser inom testets respektive detektionstid (så kallat tidsfönster), eller uppskatta omfattningen av expositionen av en substans.

Liksom för bedömningsinstrument kan syftet med medicinska tester vara att underlätta val av åtgärd, och att följa utfallet av de åtgärder som klienten eller patienten har fått. De medicinska testerna kan användas för identifiering av problem och för att återkoppla resultatet till klienten eller patienten. De kan också användas för att följa förändring under behandlingen och vid uppföljning efter att behandlingen är avslutad, för att avgöra om den har lett till önskat resultat.

Nyligt intag av alkohol

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B02–B03)

Att mäta alkohol (etanol) eller de konjugerade etanolmetaboliterna etylglukuronid och etylsulfat (EtG och EtS) i urinen är metoder för att påvisa eller avfärda ett alkoholintag under de senaste dygnen, exempelvis vid återfall hos missbruks- eller beroendepatienter. Urinprov används rutinmässigt för drogtestning inom beroende- och missbruksvård och inom arbetslivet.

Mätning av alkohol (etanol) i urinprov baseras på att en liten del av intagen mängd alkohol utsöndras oförändrad. Etanolhalten är

vanligen högre i urinen än i blodet, beroende på högre vattenhalt. En annan orsak är att etanol kan finnas kvar i urinen många timmar efter att blodalkoholhalten är noll, beroende på hur ofta och när blåsan töms. Följaktligen visar ett positivt urinprov att personen tidigare har intagit alkohol, men det betyder inte att personen hade etanol i blodet vid provtagningstillfället.

Mätning av konjugerade etanolmetaboliter görs sedan flera år i samband med alkoholtestning. Efter ett alkoholintag konjugeras en liten andel av etanolen och utsöndras i urinen som EtG och EtS. Redan inom en timme kan EtG och EtS påvisas i blod- och urinprov. EtG och EtS elimineras långsammare än etanol och därför kan de utnyttjas även sedan etanolen försvunnit ur kroppen. Även små alkoholintag (till exempel lättöl) kan påvisas flera timmar efteråt och ett större intag (berusningsdrickande) i upp till flera dygn.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten mäta EtG eller EtS i urin. Avgörande för rekommendationen är att EtG och EtS har en god sensitivitet och specificitet, och har ett långt tidsfönster som innebär att man kan spåra intag efter det att blodalkoholhalten är noll.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda mätning av alkoholhalten (etanol) i urin för att upptäcka nyligt intag av alkohol, men eftersom det har ett kortare tidsfönster än EtG och EtS har det fått en lägre prioritering.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda mätning av EtG eller EtS i urin för att upptäcka nyligt intag av alkohol (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- använda mätning av alkoholhalten i urin för att upptäcka nyligt intag av alkohol (*prioritet 7*).

Långvarigt högt intag av alkohol

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B04–B08)

Det finns flera olika biomarkörer som kan användas för att påvisa eller avfärda ett långvarigt högt intag av alkohol. De biomarkörer som ingår i riktlinjerna är fosfatidyletanol (PEth), kolhydratfattigt transferrin (CDT, från engelskans ”carbohydrate-deficient transferri”), gamma-glutamyltransferas (GT), aspartataminotransferas (ASAT), alaninaminotransferas (ALAT) och erytrocytmedelvolym (MCV).

Förutom att påvisa intag av alkohol används en del av biomarkörerna också för att undersöka leverstatus i samband med hälsoundersökning och som rutinmarkörer för vävnads- eller organskada (framför allt på levern) vid alkoholproblem. Riktlinjerna fokuserar dock på testens förmåga att påvisa ett långvarigt högt intag av alkohol.

I klinisk praxis är det vanligt att kombinera olika tester, till exempel CDT och GT, för att få mer komplett information. Riktlinjerna tar dock inte upp kombinationer av olika tester.

De olika testernas möjlighet att identifiera eller utesluta ett högt intag av alkohol har i studierna jämförts med alkoholintag enligt klinisk intervju. Ett problem med en sådan jämförelse är att konsumtionen i en intervju både kan över- och underrapporteras, beroende på situation. Alla tester har dock jämförts mot samma mått.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda mätning av PEth eller CDT i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att PEth både har hög sensitivitet och specificitet samt att CDT har en hög specificitet för att påvisa långvarigt högt intag av alkohol. Det vetenskapliga underlaget är dock osäkert när det gäller specificiteten för CDT på grund av avsaknad av säkra jämförelsetester, men enligt beprövad erfarenhet är denna mycket god. Med både PEth och CDT kan det dock vara svårt att avgöra omfattningen av eller tidpunkten för alkoholkonsumtionen i det enskilda fallet, på grund av individuell variation.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda mätning av GT i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att GT har sämre sensitivitet och specificitet än PEth, och sämre

specificitet än CDT enligt beprövad erfarenhet. Ett enskilt förhöjt GT kan bero på många andra faktorer än långvarigt högt intag av alkohol, såsom icke alkoholrelaterad leversjukdom, diabetes och viss läkemedelsbehandling.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda mätning av ASAT och ALAT i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att ASAT och ALAT har både sämre sensitivitet och specificitet än PEth och CDT. Ett förhöjt ASAT eller ALAT kan, liksom för GT, bero på flera andra faktorer än ett långvarigt högt intag av alkohol.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten endast i undantagsfall använda mätning av MCV i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att sensitiviteten är mycket låg.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda mätning av CDT eller PEth i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- använda mätning av GT i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol (*prioritet 3*)
- använda mätning av ASAT och ALAT i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol (*prioritet 5*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör endast i undantagsfall

- använda mätning av MCV i blodprov för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol (*prioritet 10*).

Pågående eller nyligt intag av narkotika

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B09–B10 och B12)

En mängd olika prover kan tas för att påvisa pågående eller nyligt intag av narkotika, såsom urin-, blod- och salivprov. Ett urinprov

analyserat med masspektrometri kan användas för att upptäcka pågående eller nyligt intag av i princip alla olika substanser som kan missbrukas. Det är dock viktigt att provtagning för narkotika i urinen utförs under kvalitetssäkrade förhållanden, och laboratorieanalyser bör skickas till ackrediterade laboratorier.

Salivprov har samma detektionstid för narkotika som blodprov. Provtagningen anses dessutom vara enklare och lättare att övervaka än vid urinprov samt innebära mindre risk för fusk och upplevelse av integritetsintrång.

För drogtestning finns även urin- och salivprov som kan utföras på plats, det vill säga patientnära tester (snabbtester). Patientnära drogtester ger ett omgående provsvar. Avläsning av testerna sker okulärt och innebär större osäkerhet beroende på utförarens erfarenhet.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika. Avgörande för rekommendationen är att metoden är referensstandard inom området och anses vara det bästa tillgängliga sättet att identifiera ett intag. Med hjälp av urinprov kan ett intag av narkotika följas över längre tid än med andra provtagningsmatriser, då ofta både huvudsubstans och nedbrytningsprodukter kan följas.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda patientnära drogtester med urinprov. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden är mer osäker än analyser från laboratorier. Testerna är därför inte tillräckligt tillförlitliga för att ligga till grund för beslut om åtgärder vid exempelvis kontraktsvård, tvångsvård eller körkorts- eller vapenlicenssammanhang. Patientnära drogtester kan dock behövas i situationer som kräver ett snabbt resultat.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i undantagsfall använda salivprov. Avgörande för rekommendationen är att salivprov är mindre känsligt än urinprov, särskilt för cannabis och bensodiazepiner. Det har dessutom ett kort tidsfönster. Dock kan åtgärden vara ett alternativ när det inte är möjligt att använda urinprov.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- använda patientnära drogtest med urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (*prioritet 5*)
- använda salivprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (*prioritet 7*).

Läkemedelsbehandling

I riktlinjerna ingår bland annat läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens och alkoholberoende. Riktlinjerna belyser även nedtrappning vid långvarigt bruk av bensodiazepiner, i de fall vanlig utsättning inte är möjlig.

Vidare omfattar riktlinjerna rekommendationer om läkemedelsbehandling vid beroende eller missbruk av centralstimulantia. Med centralstimulantia menas preparat som stimulerar det centrala nervsystemet. Det gäller till exempel amfetamin, amfetaminderivat, metamfetamin och metylfenidat. Till denna grupp hör även kokain samt den kristalliniska form av kokain som kallas crack.

Riktlinjerna belyser även läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende respektive opioidanalgetikaberoende. Inom gruppen opioider brukar man skilja mellan opiater och opioider. Med opiater avses då mer naturliga ämnen som morfin, kodein och heroin. Med opioider avses (förutom opiater) även semisyntetiska substanser, till exempel buprenorfin och syntetiska substanser som metadon, tramadol och oxikodon. Det är dock ingen skillnad mellan opiater och opioider när det gäller förmågan att aktivera opioidreceptorer och framkalla beroende. Ur ett kliniskt perspektiv kan det i stället vara mer relevant att göra skillnad utifrån beroendets svårighetsgrad, eventuellt injektionsmissbruk, användning av andra droger och social stabilitet.

Missbruk och beroende av opioider förekommer övergripande sett som missbruk eller beroende av dels heroin, dels opioidanalgetika (smärtstillande läkemedel). Gruppen som är beroende av opioidanalgetika är sannolikt mer heterogen när det gäller sjuklighet och dödlighet, grad av beroende och social situation, jämfört med den grupp som är beroende av heroin. Personer med primärt beroende av opioidanalgetika tycks ha högre grad av social stabilitet samt lägre grad av annan droganvändning och intravenöst missbruk, vilket är faktorer som anses gynnsamma vid eventuell behandling [17-19].

Socialstyrelsen har därför valt att i dessa riktlinjer skilja mellan missbruk eller beroende av opiater (vilket i första hand innebär heroin) och missbruk eller beroende av opioidanalgetika.

Alkoholabstinens

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C01–C03 och C05–C13)

Alkoholabstinens inträder när en längre tids omfattande alkoholintag upphör, i allmänhet hos personer med alkoholberoende. Alkoholabstinens innebär en rad symtom och kliniska manifestationer (till exempel ångest, skakningar, snabb hjärtverksamhet och förhöjt blodtryck), men också risk för framför allt två allvarliga komplikationer – abstinensepilepsi och delirium tremens.

Delirium tremens visar sig typiskt 2–3 dygn in i abstinensen hos patienter med omfattande alkoholkonsumtion och svår abstinens i övrigt. Vanliga symtom vid delirium tremens är förvirring, hallucinatoriska upplevelser och agitation (svår oro i kombination med hyperaktivitet), tillsammans med bland annat snabb hjärtverksamhet, förhöjt blodtryck och svåra svettningar.

Socialstyrelsens rekommendationer gäller vid tre olika abstinenstillstånd: alkoholabstinens, alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens samt svår alkoholabstinens (delirium tremens).

Läkemedelsverket har också rekommendationer om läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens [20].

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda behandling med bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepi-

lepsi och delirium tremens. Avgörande för rekommendationen är att bensodiazepiner är det enda läkemedel som både kan lindra symtom och förebygga komplikationer. Vid längre tids användning finns dock risk för utveckling av beroende, men den kan ses som liten vid kortvarig och övervakad behandling.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda behandling med klometiazol till personer med alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens. Klometiazol är väl beprövat och har i studier befunnits likvärdigt med bensodiazepiner. Det kan dock ge en ökad risk för andningsdepression och ökad sekretion i luftvägarna, och bör därför vara förbehållet inneliggande vård och endast ges i avgränsad abstinensfas. Även karbamazepin kan användas vid behandling av personer med alkoholabstinens. Det är ett väl etablerat preparat och har i några studier, utöver den krampskyddande effekten, visat sig ha samma effekt på symtomlindring som bensodiazepiner.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda behandling med bensodiazepiner eller klometiazol till personer med delirium tremens. Avgörande för rekommendationen är att delirium tremens är ett allvarligt tillstånd och att behandlingen kan vara livräddande. Klometiazol har ett sämre vetenskapligt stöd än bensodiazepiner, men har stöd i beprövad erfarenhet enligt experters bedömning.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte erbjuda behandling med antihistaminer eller neuroleptika till personer med alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens. Inte heller personer med delirium tremens bör behandlas med neuroleptika. Antihistaminer och neuroleptika har i studier inte visat effekt vid alkoholabstinens. De båda läkemedelsgrupperna är dessutom förknippade med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda behandling med bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens (*prioritet 2*)
- erbjuda behandling med bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens (*prioritet 1*)
- erbjuda behandling med bensodiazepiner eller klometiazol personer med delirium tremens (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda behandling med klometiazol eller karbamazepin till personer med alkoholabstinens (*prioritet 3*)
- erbjuda behandling med klometiazol till personer med alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens (*prioritet 5*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör inte

- erbjuda behandling med antihistaminer eller neuroleptika till personer med alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens (*icke-göra*)
- erbjuda behandling med neuroleptika till personer med svår alkoholabstinens (*icke-göra*).

Alkoholberoende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C14–C16 och C18)

Det finns i dag betydande regionala skillnader när det gäller läkemedelsbehandling vid alkoholberoende. I många fall finns en underförskrivning av läkemedel, men det finns också en användning av vissa läkemedel som oftast saknar effekt på alkoholkonsumtionen (såsom antidepressiva läkemedel).

Behandling av alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska, för att på så sätt minska de problem och skador som en hög alkoholkonsumtion medför. Det är vanligt att personer med alkoholberoende vill minska sin konsumtion

utan att sluta dricka helt. För personer med ett uttalat beroende är möjligheterna att på ett stabilt sätt uppnå ett måttligt drickande små, medan personer med mer begränsat beroende oftare kan klara detta.

I en majoritet av de studier som rekommendationerna bygger på har studiedeltagarna erbjudits psykologisk eller psykosocial behandling samtidigt som läkemedelsbehandlingen. I några studier handlar det om sedvanligt medicinskt omhändertagande – men i en något mer omfattande och strukturerad form än vad som vanligen förekommer – i stället för psykologisk eller psykosocial behandling. Det innebär att läkare eller annan medicinsk personal följer upp sina patienter genom upprepade samtal av stödjande och motiverande karaktär. Detta utöver den sedvanliga uppföljningen med provtagning, medicinsk undersökning och administrativa insatser.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon. Valet av preparat beror i viss mån på syftet med behandlingen – helnykterhet eller icke riskfylld konsumtion. Disulfiram är ett väldokumenterat och beprövat preparat med god effekt. Akamprosat har god effekt i form av minskad konsumtion och antal återfall, men tycks inte vara lika effektivt som disulfiram om målet är helnykterhet. Naltrexon har, liksom disulfiram, en snabbt isättande effekt och ger framför allt färre tunga dryckesdagar. Samtliga tre preparat har en låg kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med alkoholberoende behandling med nalmefen. Nalmefen kan jämföras med naltrexon och har god effekt. Dock har det sämre vetenskapligt stöd och det saknas klinisk erfarenhet, vilket motiverar en något lägre prioritering.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon (*prioritet 1*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med alkoholberoende behandling med nalmefen (*prioritet 4*).

Långvarigt bruk av bensodiazepiner

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: C24)

Preparatgruppen bensodiazepiner används som ångestdämpande, sömngivande och muskelavslappnande läkemedel. Bensodiazepiner kan för många människor ha ett viktigt terapeutiskt värde, men medför också en risk för utveckling av tolerans och beroende. Ett utvecklat beroende kan ha stora negativa konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan och det sociala livet. Förekomsten av långvarigt bruk och beroende av bensodiazepiner är dåligt känd men antas vara tämligen omfattande.

Vissa personer använder bensodiazepiner parallellt med bruk av alkohol, amfetamin eller heroin, i syfte att öka ruseffekt eller att tända av. En annan grupp utvecklar en stark toleransökning som leder till användning av mycket höga doser. Detta bruk initieras oftast genom förskrivning av successivt högre doser, som så småningom kan bli så höga att de kan leda till illegalt inköp. Andra utvecklar ett beroende som visar sig huvudsakligen i att de har svårt att upphöra med användandet eller upplever abstinensbesvär vid ordinerad dos eller vid dosreduktion. Detta brukar kallas lågdosberoende och kan alltså innebära att ett beroende utvecklas och att abstinensbesvär uppstår utan att dosen höjs.

Abstinensbesvär vid försök till utsättning efter längre tids bruk (4–6 veckor eller mer) är vanligt, även hos personer som inte uppfyller samtliga kriterier för beroende. Patienter kan därför behöva hjälp med nedtrappning efter en lång tids behandling. Det finns även en risk för allvarliga abstinenskomplikationer, bland annat delirium tremens och epileptiska anfall, särskilt vid längre tids högdosanvändning. Nedtrappning innebär att patientens dos av bensodiazepiner minskas stegvis i samförstånd med patienten och anpassat efter eventuella abstinenssymtom. Nedtrappning avser att minska abstinensbesvären och risken för allvarliga abstinenskomplikationer.

Det finns inte något omfattande vetenskapligt stöd om behandling vid beroende av bensodiazepiner. De studier som finns berör främst långtidsanvändning. I riktlinjerna inkluderas långvarigt bruk där sedvanlig utsättning inte varit möjlig. Studierna som ligger till grund för rekommendationerna i riktlinjerna har inkluderat personer som sökt vård på grund av svårigheter att avsluta sin bensodiazepinan-

vändning, eller som inte avslutat sin användning trots uppmaning från läkare.

I riktlinjerna ingår även kognitiv beteendeterapi som tillägg till nedtrappning vid långvarigt bruk av bensodiazepiner. Se rekommendation under avsnittet *Psykologisk och psykosocial behandling* i detta kapitel.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda nedtrappning av bensodiazepin till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner, där en avslutning av användningen är önskvärd men där utsättning på sedvanligt sätt inte varit möjlig. Avgörande för rekommendationen är att det ökar andelen patienter som blir bensodiazepinfria.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig nedtrappning av bensodiazepin (*prioritet 2*).

Centralstimulantiaberoende

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: C28)

Riktlinjerna belyser läkemedelsbehandling vid beroende av de centralstimulerande preparaten amfetamin och kokain. Amfetamin är efter cannabis den mest brukade illegala narkotiska substansen i Sverige och dominerar bland personer med ett intravenöst narkotikabruk. Kokainberoende är sannolikt mindre vanligt än amfetaminberoende, men epidemiologin är dåligt känd.

Skador till följd av missbruk och beroende av centralstimulantia är i hög grad kopplat till livsföringen och den ökade risken att drabbas av olyckor och våld. Personer med dessa former av drogbruk söker sällan hjälp för sitt beroende. Abstinensen är mestadels inte behandlingskrävande, och läkemedelsbehandling av centralstimulantiaberoende förekommer sällan.

Av de läkemedel som ingår i riktlinjerna är inget godkänt för indikationen beroende eller abstinens av centralstimulerande medel. Det finns emellertid studier av läkemedel godkända för annan indikation.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med amfetaminberoende behandling med naltrexon. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på amfetaminanvändning och kvarstannande i behandling, att den inte är förknippad med några allvarliga biverkningar och att det finns få alternativa läkemedelsbehandlingar. Dock är det vetenskapliga underlaget begränsat, vilket påverkat prioriteringen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med amfetaminberoende behandling med naltrexon (*prioritet 4*).

Opiatberoende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C37–C38 och C41)

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. I SOSFS 2009:27 definieras läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende som ”behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende” (1 kap. 2 §). Med opiatberoende avses då beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin (1 kap. 2 §). För närvarande (våren 2015) pågår en översyn av SOSFS 2009:27.

Injektionsmissbruk av heroin med användande av orena verktyg leder till spridning av infektionssjukdomar, och sjukligheten och dödligheten är kraftigt förhöjd bland personer med heroinberoende. Heroinberoende medför också praktiskt taget alltid en mycket svår social problematik. Kriminalitet och prostitution är vanliga sätt att finansiera missbruket.

Syftet med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende är bland annat att förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet. Vid läkemedelsassisterad behandling ska psykosocial behandling ordineras i samband med läkemedelsbehandling. I en majoritet av de studier som rekommendationerna bygger på har också studiedeltagarna erbjudits psykologisk eller psykosocial behandling samtidigt som läkemedelsbehandlingen. Läkemedel som erbjuds inom ramen för läkemedelsassisterad behandling och inkluderas i riktlinjerna är metadon, buprenorfin och kombinationen buprenorfin-naloxon.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon. Avgörande för rekommendationen är att det har en god effekt på andelen som använder droger och på kvarstannande i behandling. Kombinationen buprenorfin-naloxon har fått en något högre prioritering än metadon eftersom det har mindre allvarliga biverkningar.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan även erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin. Buprenorfin har dock fått en lägre prioritering, eftersom det är möjligt att missbruka genom att tabletterna krossas, löses upp och injiceras. Kombinationen buprenorfin-naloxon kan i stor utsträckning förhindra sådan användning.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon (*prioritet 1*)
- erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling med metadon (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin (*prioritet 6*).

Opioidanalgetikaberoende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C42–C43)

Opioidanalgetika är en grupp narkotikaklassade läkemedel med beroendeframkallande egenskaper som används för behandling av svåra smärttillstånd. Liksom vid heroinberoende finns det vid beroende av opioidanalgetika risk för fysisk och psykisk skada samt död till följd av överdos [21].

Beroende av opioidanalgetika är sannolikt betydligt mer vanligt förekommande än heroinberoende. Här avses både iatrogent beroende (det vill säga sådant beroende som orsakats av åtgärder inom hälso- och sjukvården) efter långtidsbehandling mot smärta och beroende där läkemedlet införskaffats illegalt, ibland som en del i ett avancerat missbruk där även alkohol och annan narkotika förekommer.

Riktlinjerna omfattar dels nedtrappning vid opioidanalgetikaberoende, dels läkemedelsassisterad behandling vid opioidanalgetikaberoende. Nedtrappning innebär att patientens dos av opioidanalgetika minskas stegvis, i samförstånd med patienten och anpassat efter eventuella abstinenssymtom. Nedtrappningen kan ske under olika lång tid, från några dagar till flera månader. Nedtrappning kan genomföras med samma opioid som patienten (främst) använt, men även med buprenorfin eller buprenorfin-naloxon.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende definieras enligt SOSFS 2009:27 som ”behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende”. Med opiatberoende avses beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin (1 kap. 2 §).

För närvarande (våren 2015) pågår en översyn av SOSFS 2009:27. Översynen kan innebära att även läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende kommer att regleras i samma föreskrifter och allmänna råd.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med opioidanalgetikaberoende nedtrappning. Avgörande för rekommendationen är att det ökar

andelen patienter som blir opioidfria. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med opioidanalgetikaberoende, som inte blivit opioidfria med hjälp av nedtrappning, läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon. Avgörande för rekommendationen är att det ökar andelen patienter som blir opioidfria.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda nedtrappning till personer med opioidanalgetikaberoende (*prioritet 3*)
- erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon till personer med opioidanalgetikaberoende, där nedtrappning inte lett till opioidfrihet (*prioritet 3*).

Psykologisk och psykosocial behandling

Benämningen psykologisk och psykosocial behandling utgår från klassifikationen av vårdåtgärder (KVÅ) i Socialstyrelsens hälsodataregister. Vid behandling av missbruk och beroende har både den psykologiska och den psykosociala behandlingen ett psykosocialt synsätt och samtalskontakten utgör basen för behandlingen. Psykologisk behandling fokuserar dock mer på intrapsykiska processer, medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget. Psykosocial behandling kan också innefatta åtgärder som exempelvis information, rådgivning, hänvisning och kontakter med närstående. Det finns ett antal olika psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder som används för behandling av missbruk eller beroende. De metoder som är inkluderade i riktlinjerna och tas upp i detta kapitel beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

Rekommendationerna om psykologisk och psykosocial behandling omfattar missbruk eller beroende av alkohol, bensodiazepiner, cannabis, centralstimulantia och opiater. Riktlinjerna belyser också

par- eller nätverksterapi som tillägg till annan behandling vid missbruk eller beroende av alkohol och narkotika.

Missbruk eller beroende av alkohol

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D02–D05, D08 och D11–D12)
Det finns i dag betydande regionala och lokala praxisskillnader när det gäller psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol. Socialstyrelsens bedömning är att effektiv psykologisk och psykosocial behandling underutnyttjas på många håll.

Behandling vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska, för att på så sätt minska de problem och skador som en hög alkoholkonsumtion medför. Det är vanligt att personer med alkoholberoende vill minska sin konsumtion utan att sluta dricka helt. För personer med ett uttalat beroende är möjligheterna att på ett stabilt sätt uppnå ett måttligt drickande små, medan personer med mer begränsat beroende oftare kan klara detta.

Några av de åtgärder som riktlinjerna belyser är motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention, CRA (från engelskans ”community reinforcement approach”), tolvstegsbehandling och SBNT (från engelskans ”social behaviour network therapy”) samt psykodynamisk och interaktionell terapi. Vidare belyser riktlinjerna även webbaserad behandling. En liknande typ av åtgärd, webb- och datorbaserad rådgivning, tas upp i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, och rekommenderas där för personer med riskbruk av alkohol [9].

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling eller SBNT vid missbruk eller beroende av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har en god effekt till en låg kostnad om de erbjuds i form av gruppbehandling. Om åtgärderna erbjuds i form av individuell behandling har de en måttlig kostnad per effekt. MET har dock en låg kostnad per effekt även vid individuell behandling, och har därför fått en något högre prioritering än de övriga åtgärderna.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten även erbjuda psykodynamisk och interaktionell

terapi vid missbruk eller beroende av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har samma effekt som KBT eller återfallsprevention samtidigt som det vetenskapliga stödet är sämre än för ovanstående metoder, vilket har påverkat prioriteringen.

Webbaserad behandling bör endast erbjudas inom ramen för forskning och utveckling. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för personer med missbruk eller beroende av alkohol.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda MET till personer med missbruk eller beroende av alkohol (*prioritet 1*)
- erbjuda KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling eller SBNT till personer med missbruk eller beroende av alkohol (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda psykodynamisk eller interaktionell terapi till personer med missbruk eller beroende av alkohol (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- erbjuda webbaserad behandling till personer med missbruk eller beroende av alkohol (*FoU*).

Långvarigt bruk av bensodiazepiner

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: D13)

Preparatgruppen bensodiazepiner används som ångestdämpande, sömngivande och muskelavslappnande läkemedel. Bensodiazepiner kan för många människor ha ett viktigt terapeutiskt värde, men medför också en risk för utveckling av tolerans och beroende. Ett utvecklat beroende kan ha stora negativa konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan och det sociala livet. Förekomsten av långvarigt bruk och beroende av bensodiazepiner är dåligt känd men antas vara tämligen omfattande.

Abstinensbesvär vid försök till utsättning efter längre tids bruk (4–6 veckor eller mer) är vanligt, även hos personer som inte uppfyl-

ler samtliga kriterier för beroende. Patienter kan därför behöva hjälp med nedtrappning efter en lång tids behandling.

Det finns inte något omfattande vetenskapligt stöd om behandling vid långvarigt bruk och beroende av bensodiazepiner. De studier som finns berör främst långtidsanvändning snarare än ett diagnostiserat beroende.

Dessa riktlinjer belyser psykologisk behandling i form av KBT som tillägg till nedtrappning, i de fall där sedvanlig utsättning inte varit möjlig. Aktuella studier har inkluderat personer som sökt vård på grund av svårigheter att avsluta sin bensodiazepinanvändning, eller som inte avslutat sin användning trots uppmaning från läkare. KBT-behandlingen har varit inriktad på bensodiazepinanvändningen, sömnsvårigheter, ångest eller symtom som uppkommer vid nedtrappningen.

Rekommendation om nedtrappning av bensodiazepiner finns under avsnittet *Läkemedelsbehandling* i detta kapitel.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda KBT som tillägg till nedtrappning av bensodiazepiner till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner, där en avslutning av användningen är önskvärd men där utsättning på sedvanligt sätt inte varit möjlig. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar andelen patienter som blir bensodiazepinfria.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda KBT som tillägg till nedtrappning av bensodiazepin till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig (*prioritet 2*).

Missbruk eller beroende av cannabis

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: D15)

Cannabis är den vanligaste illegala drogen som används i dag. Av samtliga personer som bedömts ha ett missbruk eller beroende av narkotika beräknas cirka 60 procent ha använt cannabis under det

senaste året. Risken att utveckla ett beroende av cannabis anses dock vara låg, under 10 procent.

Risker förknippade med cannabisanvändning är främst relaterade till social och psykologisk funktion. Långvarig eller regelbunden användning av cannabis kan också medföra risker både för den fysiska och psykiska hälsan. Risker med cannabisanvändning inkluderar bland annat psykossymtom, nedsättning av kognitiva funktioner och störning av psykomotoriska funktioner.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en måttlig effekt.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda KBT eller återfallsprevention med tillägg av MI eller MET till personer med missbruk eller beroende av cannabis (*prioritet 3*).

Missbruk eller beroende av centralstimulantia

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D20–D22 och D25)

Med centralstimulantia menas preparat som stimulerar det centrala nervsystemet. Det gäller till exempel amfetamin, amfetaminderivat, metamfetamin och metylfenidat. Till denna grupp hör även kokain samt den kristalliniska form av kokain som kallas crack.

Amfetamin är efter cannabis den mest brukade illegala narkotiska substansen i Sverige och dominerar bland personer med ett intravenöst narkotikabruk. Kokainberoende är i Sverige sannolikt mindre vanligt än amfetaminberoende, men epidemiologin är dåligt känd.

Skador till följd av missbruk och beroende av centralstimulantia är i hög grad kopplat till livsföringen och den ökade risken att drabbas av olyckor och våld. Personer med dessa former av drogbruk söker sällan hjälp för sitt beroende.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda CRA med tillägg av förstärkningsmetod, tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet (som kombinerar tolvstegsbehandling och återfallsprevention med socialt nätverksstöd och regelbundna urinprover), eller KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel som blir drogfria.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet eller CRA med tillägg av förstärkningsmetod till personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (*prioritet 3*)
- erbjuda KBT eller återfallsprevention till personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (*prioritet 4*).

Missbruk eller beroende av opiater

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D28–D29 och D31–D32)

Opiater ingår i gruppen opioider och avser ämnen som morfin, kodein och heroin. Med opioider avses (förutom opiater) även semisyntetiska substanser, till exempel buprenorfin, och syntetiska substanser som metadon, tramadol och oxikodon. Det är dock ingen skillnad mellan opiater och opioider när det gäller förmågan att aktivera opioidreceptorer och framkalla beroende. Ur ett kliniskt perspektiv kan det i stället vara mer relevant att göra skillnad utifrån beroendets svårighetsgrad, eventuellt injektionsmissbruk, användning av andra droger och social stabilitet. Den forskning som finns om behandling av opioidberoende har dock främst fokuserat på heroin.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Läkemedelsassisterad behandling definieras som ”behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras

i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende”. Med opiatberoende avses då beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin (1 kap. 2 §). Syftet med den psykosociala behandlingen är bland annat att lindra eller förbättra psykiska problem samt att öka följsamhet till behandling, påverka motivationen och minska avbrott och sidomissbruk.

Vid genomgången av den vetenskapliga litteraturen på området återfanns (med ett undantag) endast studier där den psykologiska eller psykosociala behandlingen erbjudits inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av opiater KBT eller återfallsprevention eller CRA. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andelen som använder droger. KBT eller återfallsprevention har en något bättre effekt på andelen som använder droger än CRA, vilket påverkat prioriteringen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten också erbjuda förstärkningsmetod eller psykodynamisk terapi. Avgörande för rekommendationen är att dessa metoder kan ha något sämre effekt än KBT eller återfallsprevention och CRA, och att psykodynamisk terapi enbart har begränsat vetenskapligt stöd.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda KBT eller återfallsprevention till personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling (*prioritet 3*)
- erbjuda CRA till personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda förstärkningsmetod eller psykodynamisk terapi till personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling (*prioritet 5*).

Nätverks- och parterapi vid alkohol- eller narkotikaproblem

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D35–D36)

Vid missbruk och beroende av alkohol och narkotika berörs och involveras även de människor som finns i personens närhet. Bruk av alkohol och narkotika sker ofta tillsammans med andra, och det sociala nätverket kan innebära påtagliga risker, såväl när det gäller påverkan på själva missbruket som konfliktfyllda relationer. Samtidigt är meningsfulla och stödjande nätverk och relationer centrala i uppbyggnaden av ett nyktert eller drogfritt liv.

Konstruktivt stöd från det personliga sociala nätverket vid sidan om behandlingen har visat sig ha en positiv påverkan på utfallet av behandlingen. Exempelvis minskas risken för återfall och avbrytande av vård. Därför är det viktigt att involvera stödjande personer (familj, vänner, arbetskamrater etc.) i behandlingen.

Ett sätt att göra detta är att kombinera olika former av psykologisk och psykosocial behandling och läkemedelsbehandling med nätverks- och parterapi. Vid nätverksterapi involveras personer i klientens eller patientens sociala nätverk i behandlingen. Syftet är att stödja ett bättre utfall för personen som har problem med alkohol eller narkotika och att främja positiva interaktioner och konstruktiv kommunikation.

Vid parterapi i form av BCT (från engelskans ”behavioural couples therapy”) behandlas klienten eller patienten tillsammans med sin (samboende) partner. Terapin har två huvudsakliga komponenter. Den ena är interventioner som fokuserar på missbruket eller beroendet med syfte att förbättra förutsättningarna för avhållsamhet. Den andra är relationsfokuserade interventioner med syfte att främja positiva interaktioner och konstruktiv kommunikation mellan partners.

De båda metoderna beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder*. Utöver dessa metoder omfattar riktlinjerna även andra rekommendationer om psykologisk och psykosocial behandling som involverar det sociala nätverket, såsom SBNT och MATRIX-programmet. Även dessa beskrivs närmare i bilaga 2.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika par- eller nätverksterapi som tillägg till

annan behandling. Avgörande för rekommendationen är att parterapi minskar alkohol- och narkotikaanvändning och konsekvenser av användningen samt ökar nöjdhet i parrelationen. Nätverksterapi har effekt på andel som blir drogfria men har ett mer begränsat vetenskapligt stöd än parterapi, vilket har påverkat prioriteringen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda parterapi som tillägg till annan behandling till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika (*prioritet 3*)
- erbjuda nätverksterapi som tillägg till annan behandling till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika (*prioritet 4*).

Psykosociala stödinsatser

I SoL finns särskilda bestämmelser om att socialnämnden aktivt ska se till att personer med missbruk får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 § SoL). Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning (3 kap. 2 §).

Tillgång till ett arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också ha ett samband med fullföljande av och framgång i behandling av missbruk och beroende. Brist på sysselsättning är på motsvarande sätt ofta ett hinder för en lyckad behandling och återanpassning i samhället. Det är också en av de vanligaste orsakerna till återfall. När personer med missbruk eller beroende själva skattar olika problem som uppstått till följd av missbruket brukar arbetslöshet och försörjning tas upp som centrala problemområden.

I dessa riktlinjer ingår insatser som kan främja möjligheten till sysselsättning för vuxna personer med missbruk eller beroende, i form av arbetsförberedande träningsmodeller och individanpassat stöd till arbete.

Enligt artikel 25 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna är bostad en grundläggande rättighet. Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att

komma ifrån ett missbruk eller beroende. Många människor med alkohol- och narkotikaproblem har dock svårt att upprätthålla en stabil boendesituation. Omvänt så riskerar också människor som lever i instabila boendesituationer att utveckla ett missbruk. Riskfaktorer för missbruk och hemlöshet är liknande, och resultatet blir ofta att det uppstår ett mönster där personens problem förstärker varandra på ett negativt sätt.

För att stödja personer att få eller att behålla ett boende finns flera olika insatser. I dessa riktlinjer ingår åtgärder i form av dels stöd i boendet, dels olika modeller för boendeinsatser som kombinerar stöd i boendet, boendestöd (som avser ett fysiskt boende) och vård och behandling för personer med missbruk eller beroende som är hemlösa.

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer med missbruk och beroende. Många har också andra problem och sociala svårigheter, som kan kräva vård, stöd och behandling från flera olika myndigheter och verksamheter samtidigt. Det innebär att vissa personer med missbruk och beroende behöver hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder. I dessa riktlinjer ingår samordningsinsatser i form av så kallad case management.

Eftersom missbruk och beroende av alkohol och narkotika sker i en social kontext så berörs och involveras även de människor som finns i personens närhet. Konstruktivt stöd från det personliga sociala nätverket har bland annat visat sig ha en positiv påverkan på människors benägenhet att söka hjälp för sina alkohol- och narkotikaproblem. Att leva i en familj där någon missbrukar kan emellertid även leda till psykiska och fysiska påfrestningar och ohälsa för familjemedlemmarna. Anhöriga till personer med missbruk och beroende kan därför behöva stöd för egen del och hjälp för att hantera relationen till den som missbrukar. I riktlinjerna ingår åtgärder i form av psykosocialt stöd till vuxna anhöriga till personer med ett missbruk eller beroende samt stöd till anhöriga som vill motivera personer som missbrukar till behandling.

Arbetsförberedande träningsmodeller och IPS-modellen

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: E01–E02)

Arbetsförberedande träningsmodeller är primärt utformade för att öka anställningsbarhet genom förmedling av kunskaper och praktiska

färdigheter som behövs för en anställning inom ett visst yrke eller en viss bransch. Åtgärden kan utöver specifik yrkesträning även inbegripa andra insatser, som till exempel strategier för att söka arbete och insatser för ökad självkänsla och motivation att arbeta. Modellen föreskriver en stegvis introduktion till arbetsmarknaden.

IPS-modellen (från engelskans ”individual placement and support”) är en utveckling och en standardiserad och manualbaserad form av individanpassat stöd till arbete. Grundidén i modellen är att personer som vill arbeta får hjälp att skaffa ett arbete med lön, på arbetsplatser på den öppna arbetsmarknaden, mer eller mindre direkt och att ett integrerat behovsbaserat stöd utgår från denna arbetsplacering.

De båda modellerna beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder*.

Ansvaret för att utveckla, driva och stödja arbetslivsinriktad rehabilitering ligger hos flera olika myndigheter och kräver samverkan mellan socialtjänsten, annan kommunal verksamhet, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och aktuella arbetsgivare.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som har svag anknytning till arbetsmarknaden. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andelen personer som får arbete och antal dagar med anställning.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som har svag anknytning till arbetsmarknaden. Arbetsförberedande modeller tycks ha sämre effekt än IPS-modellen, men kan vara ett alternativ beroende på personens behov och förmåga.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

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

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning (*prioritet 6*).

Personellt boendestöd

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: E03)

Med personellt boendestöd menas ett individanpassat stöd som tillhandahålls av personal för att stödja personer att hantera sådant i vardagen som är mer eller mindre relaterat till boendet. Ett syfte kan bland annat vara att förhindra vräkningar och stödja möjligheten till kvarboende. Det personella boendestödet anpassas utifrån individens behov och kan innebära en rad olika insatser med olika intensitet och regelbundenhet. Det kan vara såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka förmågan att klara av vardagen i bostaden och i samhället.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personellt boendestöd till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika, som har behov av stöd i boendet. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan bidra till ökad boendestabilitet. Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men den har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personellt boendestöd till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika, som har behov av stöd i boendet (*prioritet 4*).

Modeller för boendeinsatser vid hemlöshet

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: E04–E06)

Olika modeller för boendeinsatser kombinerar på olika sätt vård och behandling, stöd i boendet (personell stödinsats) och boendestöd (fysiskt boende). I riktlinjerna ingår tre olika modeller för boendeinsatser: boendetrappa, vårdkedja och bostad först. I de två första modellerna erbjuds olika boendeinsatser i en viss ordningsföljd, medan den sistnämnda erbjuder permanenta boendelösningar direkt. Modellerna skiljer sig också åt när det gäller vårdinsatser, som främst erbjuds i vårdkedja och bostad först.

Boendetrappa är den vanligaste modellen i Sverige för hur kommunerna organiserar sina boendeinsatser. Modellen bygger på att personen kvalificerar sig för en egen bostad genom att ta ett antal steg i en viss ordning, till exempel härbärge, lågtröskelboende, träningslägenhet, andrahandskontrakt och så vidare. Personen får på så sätt träna sig i att klara ett eget boende för att så småningom få ett eget hyreskontrakt. Boendetrappan utgår inte från ett vård- och behandlingsperspektiv, men det kan ingå i vissa steg i trappan.

Vårdkedja är en modell som påminner om boendetrappan men fokuserar främst på stöd och vårdinsatser. Den börjar oftast med någon form av uppsökande verksamhet med erbjudande om boende i härbärge eller lågtröskelboende. Därefter erbjuds behandlings- eller vårdboende följt av utslussningsboende eller halvvägshus, träningslägenhet och sociala kontrakt, och slutligen en egen lägenhet. Uppflyttningen i kedjan är villkorad och är avhängig att personen följer de regler som ställts upp, som till exempel krav på nykterhet och att behandlingsplaner följs.

Bostad först handlar först och främst om att hemlösa personer ska få en bostad (och ett eget bostadskontrakt) och sedan erbjudas fortsatt stöd och vård, vilket dock inte är en förutsättning för att få bostaden.

Fokus är på att uppnå boendestabilitet och i andra hand erbjuda stöd för att hantera psykisk problematik och missbruk. Stödinsatsen som erbjuds består av någon form av case management, oftast enligt ACT-modellen (från engelskans ”assertive community treatment”) där alla insatser erbjuds av ACT-teamet och inkluderar dygnet runt-kontakt. Det ställs inga krav på nykterhet eller deltagande i behandling.

De olika modellerna för boendeinsatser beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda boendeinsatser i form av vårdkedja eller bostad först till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som är hemlösa. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna bidrar till ökad boendestabilitet. Vårdkedja tycks ha något sämre effekt på boendestabilitet än bostad först, men kan vara ett alternativ beroende på personens behov och förmåga.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i undantagsfall erbjuda boendeinsats i form av boendetrappa till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som är hemlösa. Avgörande för rekommendationen är att det är osäkert vilken nytta åtgärden har. Att ha ett boende kan skapa struktur och rutiner, vilket kan underlätta för individen att förbättra sin funktionsförmåga. Enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden dock ha negativa effekter, exempelvis i form av svårigheter att komma vidare till nästa steg i trappan, eller att personen faller ett eller flera steg tillbaka.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda boendeinsatser i form av vårdkedja eller bostad först till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och som är hemlösa (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan i undantagsfall

- erbjuda boendeinsatser i form av boendetrappa till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som är hemlösa (*prioritet 8*).

Samordning i form av case management

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: E07–E08)

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av modeller som har som syfte att samordna vård- och stödåtgärder och se till att klienten eller patienten får tillgång till adekvat vård och stöd. De olika modellerna skiljer sig åt när det gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning och roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna. I riktlinjerna ingår individuell case management i form av strengths model och case management i form av integrerade eller samverkande team.

Socialstyrelsen har här delat in tillstånden i personer med missbruk eller beroende och behov av samordning, och personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Gemensamt för båda grupperna är en låg psykosocial eller kognitiv funktionsnivå.

Målgrupp för individuell case management i form av strengths model är i riktlinjerna personer med missbruk eller beroende och behov av samordning. Modellen fokuserar på individens förmågor och möjligheter i stället för på begränsningar. Uppsökande verksamhet är det arbetssätt som föredras, vilket innebär att arbetet bedrivs utanför kontorsmiljö. En case manager har enligt modellen krisberedskap under dagtid, och antalet klienter per case manager är inte fler än 20.

Målgrupp för case management i form av integrerade eller samverkande team är personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Åtgärden innebär en samordning av vård- och

stödåtgärder i ett multiprofessionellt team där både behandling av missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen och psykosociala stödåtgärder finns tillgängliga. Intensitetsgraden i stödet och samordningen kan variera. Mer intensiva former, som exempelvis ACT-modellen (från engelskans ”assertive community treatment”), har visat goda resultat framför allt för personer med särskilt svår problematik och omfattande konsumtion av sluten vård.

De olika case management-modellerna beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning individuell case management enligt strengths model. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bidrar till en ökning av antalet dagar med betalt arbete och kan bidra till avhållsamhet från alkohol och narkotika.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom case management i form av integrerade eller samverkande team. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar antalet dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten jämfört med sedvanlig vård. Åtgärden har dessutom en positiv effekt på livskvalitet, psykiska symtom och substansmissbruk och beroende.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda individuell case management i form av strengths model till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda case management i form av integrerade eller samverkande team till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom (*prioritet 3*).

Psykosocialt stöd till vuxna anhöriga

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: E09–E10)

Enligt 5 kap. 10 § SoL (2001:453) ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblem omfattas av den bestämmelsen [22].

I hälso- och sjukvårdslagen finns inte någon motsvarande bestämmelse. Hälso- och sjukvården ska dock arbeta för att förebygga ohälsa, och den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Det inkluderar också anhöriga som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en person med missbruk eller beroende [22].

I riktlinjerna ingår två olika åtgärder för att stödja vuxna anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika, Al- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram och coping skills training. Båda metoderna innehåller bland annat interaktiva föreläsningar om beroende och om anhörigas olika strategier för att hantera påfrestningar och krav. Metoderna beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika psykosocialt stöd i form av Al- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram eller coping skills training. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på de anhörigas känslomässiga och sociala funktion. Al- och Nar-anon-inspirerade stödprogram har fått något högre prioritering eftersom det vetenskapliga stödet är starkare.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika psykosocialt stöd i form av Al- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram (*prioritet 2*)
- erbjuda anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika psykosocialt stöd i form av coping skills training (*prioritet 3*).

Stöd till anhöriga som vill motivera närstående till behandling

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: E11)

Anhöriga kan spela en viktig roll för att en person med missbruks- eller beroendeproblem ska ta kontakt med vården eller behålla en sådan kontakt. Att motivera en närstående till behandling är självklart en frivillig insats, och insatser riktade till anhöriga förutsätter att de själva har uttryckt ett önskemål om stöd. Det är också viktigt att beakta frågor kopplade till samtycke, sekretess och tystnadsplikt vid genomförandet av insatserna.

I riktlinjerna ingår rekommendationer om flera metoder som på olika sätt har fokus på det personliga sociala nätverkets betydelse för att stödja en person till att söka och ta emot behandling och i förlängningen till drogfrihet. En av dessa metoder är CRAFT (från engelskans ”community reinforcement approach and family traning”).

CRAFT har utformats i anslutning till CRA och är en manualbaserad metod som bygger på KBT-orienterade terapeutiska strategier. Programmet går ut på att den anhöriga lär sig olika färdigheter för att uppmuntra till drogfrihet, skapa förutsättningar för aktiviteter som kan utgöra ett alternativ till missbruk och motivera den missbrukande personen att söka och ta emot behandling. Interventionen inkluderar också träning i kommunikationsfärdigheter och i att identifiera och hantera potentiellt hotfulla och våldsamma situationer.

CRAFT (och CRA) beskrivs mer utförligt i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda stöd i form av CRAFT till anhöriga som vill motivera personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika till behandling. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andelen personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som påbörjar behandling, en positiv effekt på missbruket och beroendet samt på känslomässig och social funktion hos anhöriga.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda stöd i form av CRAFT till anhöriga som vill motivera en person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika till behandling (*prioritet 3*).

Behandling vid samsjuklighet

Med samsjuklighet menas här att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk eller beroende och för någon annan form av psykisk störning.

Psykisk sjukdom är vanligt bland personer med missbruk och beroende. Studier visar att risken att drabbas är mer än dubbelt så stor jämfört med för personer som inte har ett missbruk eller beroende. Bland personer som vårdas för sitt missbruk har 30–50 procent en samtidig psykisk sjukdom, vanligast är ångest- och depressionssjukdomar och personlighetsstörningar [2]. Av dem med alkohol- eller drogmissbruk har drygt 20 procent också adhd [23].

Omvänt är också missbruk och beroende 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 missbruk eller beroende. Inom den specialiserade psykiatrin är det personer med psykossjukdomar och bipolär sjukdom som har högst förekomst av samtidigt missbruk eller beroende.

Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Även följsamhet till behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom. Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Däremot behöver man vid misstänkt samsjuklighet först utesluta att de psykiska symtomen inte enbart är substansrelaterade. Det gör att man kan behöva avvakta med behandling av det psykiska sjukdomstillståndet en kortare period (från några dagar upp till några veckor beroende på personens intoxikations- eller abstinenstillstånd).

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp med varierande svårighetsgrad av missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen. Personer med svåra problem av ett eller båda tillstånden har också ofta samtidigt andra problem och därmed behov av ytterligare stöd och insatser. Alla har dock ett behov av vård och behandling för båda eller flera av sina tillstånd och inte sällan också för andra problem, och därför berörs flera myndigheter och behandlingsverksamheter.

Behandling och insatser från flera olika huvudmän samtidigt förutsätter samordning. I propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:77 s. 23) anges också att det är av stor vikt att följa upp samordnade insatser för personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom.

Rekommendationer om olika former av samordning (case management) finns i avsnittet *Psykosociala stödinsatser* i detta kapitel.

Trots att samsjuklighet är vanligt och det finns ett stort behov av vägledning är det vetenskapliga underlaget på området begränsat. Studierna skiljer sig mycket åt sinsemellan när det gäller vilka patientgrupper som studerats, hur behandlingarna varit utformade samt vilka mått och tidsperioder som använts.

Läkemedelsbehandling

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: F03 och F05)

Socialstyrelsen fokuserar i dessa riktlinjer på effekten av psykofarmaka (det vill säga läkemedel för den psykiska sjukdomen)

på missbruk och beroende vid samsjuklighet, och inte effekter på den psykiska sjukdomen.

Rekommendationer för behandling vid depression och ångestsyndrom finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* [24]. Rekommendationer om läkemedelsbehandling vid missbruk eller beroende och schizofreni finns i *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* [25]. Rekommendationer om läkemedelsbehandling vid adhd finns i *Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna* [26]. Samtliga publikationer finns att ladda ner eller beställa från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Dessa riktlinjer innehåller inga specifika rekommendationer om läkemedelsbehandling för själva beroendet vid samsjuklighet, eftersom det i stort sett saknas studier om detta. Det är dock viktigt att behandla såväl beroendet som den psykiska sjukdomen enligt Socialstyrelsens rekommendationer för respektive tillstånd (se tidigare rekommendationer för behandling av de olika beroendetillstånden).

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda valproat som tillägg till litium (sedvanlig farmakologisk behandling vid bipolär sjukdom) även för att behandla alkoholberoendet hos personer med bipolär sjukdom. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha god effekt på andelen dryckesdagar, andelen tunga dryckesdagar och antalet glas per dag. Det vetenskapliga underlaget är dock begränsat och åtgärden innebär risk för biverkningar, vilket påverkat prioriteringen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda atomoxetin även för att behandla alkoholberoendet vid alkoholberoende och samtidig adhd. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha effekt på antalet dryckesdagar. Det vetenskapliga underlaget är dock begränsat och åtgärden innebär risk för allvarliga biverkningar, vilket påverkat prioriteringen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda behandling av alkoholberoendet med valproat som tillägg till litium till personer med alkoholberoende och samtidig bipolär sjukdom (*prioritet 6*)
- erbjuda behandling av alkoholberoendet med atomoxetin till personer med alkoholberoende och samtidig adhd (*prioritet 5*).

Psykologisk och psykosocial behandling

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: F11 och F14)

Socialstyrelsen fokuserar i dessa riktlinjer på effekten av integrerad behandlingsmetod vid samsjuklighet. Med integrerad behandlingsmetod avses i det här fallet att både den psykiska sjukdomen och missbruket eller beroendet behandlas inom ramen för en psykologisk eller psykosocial behandling. Integrerad behandlingsmetod beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

Behandlingsmetoderna är framtagna specifikt för denna patientgrupp och bygger vanligtvis på KBT med eller utan tillägg av motiverande samtal. Det vetenskapliga underlaget är dock inte tillräckligt för att det ska vara möjligt att ge rekommendationer om specifika psykologiska och psykosociala metoder vid integrerad behandlingsmetod.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende och svår psykisk sjukdom integrerad behandlingsmetod. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan minska mängden droger som används per tillfälle.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol och samtidig depression integrerad behandlingsmetod. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har effekt på antal dryckesdagar och depressionssymtom vid kortare tids uppföljning. Dessutom är tillståndet vanligt och kan medföra allvarliga konsekvenser, såsom ökad risk för suicidalt beteende, vilket har vägt

upp att åtgärden har minskad effekt vid längre tids uppföljning och ett begränsat vetenskapligt underlag.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda integrerad behandlingsmetod till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda integrerad behandlingsmetod till personer med alkoholmissbruk eller beroende och samtidig depression (*prioritet 6*).

Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar

Många människors missbruks- och beroendeproblem startar eller grundläggs i ungdomsåren. Hos en majoritet av de ungdomar som utvecklar ett missbruk eller beroende kvarstår problemen i vuxen ålder, trots att många av dem har varit föremål för omfattande insatser. Vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren finns ökad risk för försämrad skolgång, antisociala och kriminella aktiviteter, minskande av sociala aktiviteter, psykiska besvär samt utsatthet för våld och övergrepp.

För ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och prövade på ungdomar och deras förutsättningar. Under de senaste 10 åren har den systematiska kunskapen om effektiv behandling av ungdomar ökat.

Vid missbruk hos ungdomar samspelar ofta psykiska och sociala faktorer och påverkar missbruket. Förekomsten av samtidigt missbruk och psykiska problem är hög. Liksom för vuxna är det viktigt att samsjukligheten med psykiska problem uppmärksammas och att ungdomarna får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Både bedömning och behandling av psykiska tillstånd behöver därför genomföras samtidigt som de insatser som rekommenderas i dessa riktlinjer.

Med ungdomar avses i dessa riktlinjer personer i åldern 12–18 år. Detta åldersspann behöver dock inte ses som en strikt gräns för när

rekommenderade behandlingsmetoder är tillämpbara. I de studier som ligger till grund för rekommendationerna har deltagarna varit 10–23 år, med en majoritet i 16-årsåldern. Det är dock få ungdomar i Sverige som börjar använda alkohol eller narkotika före 12 års ålder.

Dessa riktlinjer belyser användning, missbruk och beroende av olika substanser bland ungdomar. I de genomgångna studierna har det dock oftast handlat om missbruk eller beroende av främst alkohol eller cannabis. För andra droger rapporteras sällan eller aldrig behandlingsresultat, oftast för att det är så få användare. Det finns alltså en osäkerhet i hur väl riktlinjernas rekommendationer också gäller för andra substanser än alkohol och cannabis.

I riktlinjerna ingår endast psykologisk och psykosocial behandling och inte läkemedelsbehandling, eftersom läkemedlen sällan prövats på ungdomar och effekter för ungdomar därmed inte är studerat.

Kort intervention, MET/KBT och ACRA/ACC

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: G01–G02 och G07)

En form av psykosocial behandling är kort intervention som bygger på motiverande samtal eller andra samtalsmetoder, och som ofta består av 1–2 samtal. Det finns även psykologiska och psykosociala behandlingsformer som bygger på en blandning av motivationshöjande behandling och kognitiv beteendeterapi (MET och KBT). Denna form kan ges både individuellt och i grupp.

ACRA (från engelskans ”adolescent community reinforcement approach”) och ACC (från engelskans ”assertive continuing care”) kombinerar insatser riktade mot substansproblemen med sådana insatser som handlar om boende, arbete, fritid och sociala kontakter.

De olika metoderna beskrivs mer utförligt i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder.*

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotika-problem kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, eller ACRA eller ACC. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andelen som använder alkohol eller narkotika.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, eller ACRA eller ACC (*prioritet 3*).

Familjebehandling

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: G03–G06)

Behandling baserad på familjeterapi bygger på att hela eller delar av familjen på olika sätt involveras i behandlingen. Behandlingen är mer generell och har visat effekt även för andra problem än missbruk, till exempel antisocialt beteende. Familjebehandling används ofta för lite yngre ungdomar.

De olika typer av familjebehandling som inkluderas i riktlinjerna är FFT (från engelskans ”functional family treatment”), MDFT (från engelskans ”multidimensional family therapy”), BSFT (från engelskans ”brief strategic family treatment”) eller multisystemisk terapi. Aktuella åtgärder beskrivs närmare i *Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling i form av FFT eller MDFT. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på cannabis- och alkoholanvändande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda BSFT eller multisystemisk terapi. Avgörande för rekommendationen är att BSFT har något mer begränsat vetenskapligt stöd än FFT och MDFT samt att multisystemisk terapi inte har visat lika god effekt på alkohol- eller narkotikaproblem som övriga åtgärder. Däremot har det god effekt på antisociala handlingar.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling i form av FFT eller MDFT (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling i form av BSFT eller multisystemisk terapi (*prioritet 4*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen förväntar sig att de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens praxis och resursfördelning, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Socialstyrelsen har bedömt hur ett införande av rekommendationerna påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen när rekommendationerna ska införas.

I det här kapitlet ingår endast en bedömning av de rekommendationer som kan förväntas innebära de största konsekvenserna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Bedömningen av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag samt på kommunernas och landstingens egna analyser av vad rekommendationerna kommer innebära för dem. Bedömningen kompliceras dock av att det inte finns tillräckligt med data om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessutom finns stora variationer mellan olika landsting och kommuner när det gäller fördelningen av behandlingsansvaret för personer med missbruk eller beroende. Olika kommuner är också organiserade på olika sätt när det gäller stöd till personer med missbruk eller beroende, och samarbetet inom och mellan kommuner och landsting varierar.

Sammanfattning av konsekvenserna

Inledningsvis innebär rekommendationerna generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rekommendationerna förväntas dock innebära att mer effektiva åtgärder används, vilket troligen gör att kostnaderna på sikt återgår till nuvarande nivåer eller minskar. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att kräva förändringar i fråga om

- samverkan
- utbildning och fortbildning
- resurser för att fler personer med missbruk och beroende ska få tillgång till de rekommenderade åtgärderna.

Samverkan är centralt

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att kräva utökad samverkan, både mellan kommuner och landsting, och mellan olika kommuner. Det är viktigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna. Vidare kan det innebära att små kommuner behöver samarbeta för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och behandling.

I många fall bör läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling och psykosocialt stöd ges samtidigt och vård- och behandlingsplaner behöver samordnas. Detta ställer krav på kommuner och landsting att lokalt tillgodose behoven av såväl medicinsk, psykologisk som social utredning och diagnostik samt gemensam och individuell vårdplanering och behandling. Det är troligt att man i flertalet län väljer att organisera fasta strukturer för att säkerställa en smidig och integrerad samverkan. Erfarenheterna från utvecklingen av samverkande vårdsystem, till exempel från Stockholms integrerade mottagningar, är att landsting och kommuner kan spara resurser genom en ökad samverkan.

Under senare år har det skett en utveckling av missbruks- och beroendevården mot ökad samverkan. Inom ramen för *Kunskap till praktik* har samtliga län inrättat regionala styrgrupper med beslutsfattare från kommuner och landsting samt andra aktörer. I juli 2013 genomfördes också ändringar i HSL och i SoL som innebär att landsting och kommuner är skyldiga att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel (se 8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL).

För att följa rekommendationerna om arbetslivsinriktad rehabilitering och boendeinsatser kommer det att krävas samverkan mellan

flera olika aktörer, som till exempel socialtjänsten, annan kommunal verksamhet, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, bostadsföretag och frivilligorganisationer.

Omfattande utbildning och fortbildning krävs

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att kräva en generell kompetenshöjning och utbildnings- och handledningsinsatser såväl när det gäller kunskap om missbruk och beroende som i specifika metoder.

För att följa rekommendationerna om bedömningsinstrument, psykologisk och psykosocial behandling och psykosociala stödinsatser i riktlinjerna bör antalet beteendevetare, psykoterapeuter och sjuksköterskor öka.

Kostnadsökningens storlek kan uppskattas i ett räkneexempel baserat på förhållandena i Region Skåne. Inom missbruksvården i Region Skåne utgör skötare 16 procent av personalstyrkan. Om hälften av dessa ersätts med psykologer, socionomer eller sjuksköterskor beräknas den totala personalkostnaden stiga med 3–4 procent. Om kostnadsökningen ställs i relation till hela budgeten för missbruksvården (inklusive lokaler, läkemedel etc.) är kostnadsökningen 2–3 procent. Det är också rimligt att förvänta sig en ökad effekt av de rekommenderade insatserna som delvis kan kompensera kostnadsökningen.

Ett problem är att området missbruk och beroende endast ingår i begränsad omfattning i många av utbildningarna för de yrkesgrupper som har kontakt med personer med beroendeproblematik. Det finns därför ett behov av utbildningar om missbruk och beroende.

Dessutom finns ett utbildningsbehov för specifika metoder. Flera av de bedömningsinstrument, psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder och psykosociala stödinsatser som rekommenderas i riktlinjerna finns inom delar av missbruks- och beroendevården, men användningen varierar stort och kunskapen behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) utvecklingsarbete *Kunskap till praktik* har under ett antal år erbjudit utbildningar i form av en basutbildning i riskbruk, missbruk och beroende och utbildning i vissa specifika metoder. Utbildning i specifika metoder ges dock i stor utsträckning av privata aktörer.

Hur stor kostnaden blir för utbildning eller fortbildning av personalen inom missbruks- och beroendevården varierar kraftigt beroende på hur kompetensen ser ut i dagsläget. Tabell 2 nedan visar exempel på ungefärliga kurskostnader per person för några psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder och psykosociala stödinsatser.

Tabell 2. Utbildningskostnader för några psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder och psykosociala stödinsatser

Utbildning	Kostnad per person
Motiverande samtal	4 000–10 000 kr
CRA och ACRA	4 000–10 000 kr
Grundläggande psykoterapiutbildning	100 000 kr
Påbyggnadsutbildning som ger psykoterapeutexamen	200 000 kr
FFT-team (utbildning och certifiering av 3 personer)	130 000 kr
Case management	16 000–18 000 kr
IPS	18 000 kr

En vanlig personalkostnad per person och år inom missbruks- och beroendevården är omkring 425 000 kronor. Det innebär exempelvis att om en person får utbildning i motiverande samtal så ökar personalkostnaden för den personen med mindre än 2 procent under det året. Utöver ovanstående kurskostnader tillkommer dock även kostnader för eventuella vikarier då ordinarie personal deltar i utbildningen. Exempelvis omfattar en utbildning i motiverande samtal 3–4 dagar, och psykoterapiutbildning en dag i veckan i 18 månader. Dessutom tillkommer kostnader för handledning och återkoppling.

Ökad tillgänglighet till rekommenderade åtgärder

I dag är det enbart ett fåtal huvudmän som erbjuder mer än en typ av kunskapsbaserad psykologisk eller psykosocial behandlingsform för vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem. Missbruks- och beroendevården når uppskattningsvis endast cirka 20 procent av dem med beroende av alkohol. I huvudsak nås personer med sociala problem [4]. Även tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende varierar. Det är också en kraftig underför-

skrivning av läkemedel vid alkoholberoende. När det gäller tillgången till de psykosociala stödinsatser som rekommenderas i riktlinjerna saknas i stor utsträckning uppgifter på nationell nivå.

Om tillgängligheten till de rekommenderade åtgärderna förbättras och utbudet upplevs mer attraktivt av olika brukargrupper kommer sannolikt antalet personer som söker hjälp att öka. Sammantaget bedöms därför kostnaden inom missbruks- och beroendevården öka inom de närmaste åren. Dock är behovet svårbedömt och det saknas underlag för att kunna beräkna den generella kostnadsökningen.

På sikt innebär dock ett mer effektivt utbud sänkta kostnader, tack vare färre antal återfall och färre eller lindrigare komplikationer. Ett mer effektivt utbud kommer sannolikt också innebära att kostnader för olika fysiska, psykiska och sociala konsekvenser av missbruk och beroende minskar även inom andra delar av samhället.

Om eller hur mycket kostnaderna i praktiken kommer att minska är dock osäkert och påverkas också av den framtida utvecklingen när det gäller förekomsten av missbruk och beroende. En person med alkoholmissbruk uppskattas i genomsnitt kosta 3 600 kronor per år inom sjukvården och 7 800 kronor i andra samhällskostnader. Därtill kommer produktionsbortfall. Samhällskostnaden för narkotikamissbruk varierar mer och är svårare att uppskatta. En uppskattning är att samhällskostnaden (inklusive produktionsbortfall) för tunga missbrukare är minst 330 000 kronor per år [1, 4, 27].

Bedömningsinstrument

Identifiering av alkohol- och narkotikaproblem

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att använda bedömningsinstrumentet AUDIT (från engelskans ”alcohol use disorders identification test”) för att identifiera möjliga alkoholproblem kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens organisation, eftersom det kräver stöd för ett systematiskt införande och ökat användande. Användandet behöver framför allt öka inom verksamheter som möter personer som inte primärt besöker hälso- och sjukvården eller socialtjänsten på grund av sina alkoholproblem. Det behöver även skapas rutiner för att använda instrumentet såväl inom den egna organisationen som mellan huvudmännen.

Socialstyrelsen bedömer att även rekommendationen om att använda DUDIT (från engelskans ”drug use disorders identification test”) för att identifiera möjliga narkotikaproblem kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens organisation, eftersom det kräver stöd för systematiskt införande och ökat användande. Huvudmännens egna analyser visar att DUDIT används i mindre utsträckning än AUDIT i alla verksamheter. Användandet behöver också öka inom verksamheter som möter personer som inte primärt besöker hälso- och sjukvården eller socialtjänsten på grund av sina narkotikaproblem. Det behöver även skapas rutiner för att använda instrumenten såväl inom den egna organisationen som mellan huvudmännen, inte minst när det gäller hur eventuella positiva svar ska hanteras.

Diagnostik av alkohol- och narkotikaproblem

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att använda ADDIS, SCID I och MINI kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation, eftersom det kräver utbildning och samverkan.

Alla tre instrumenten kan användas som underlag för att diagnostisera alkohol- och narkotikaproblem, och SCID I (från engelskans ”structured clinical interview for DSM-IV-axis I disorders”) och MINI (från engelskans ”mini international neuropsychiatric interview”) kan även ge viktig information om eventuell psykiatrisk samsjuklighet. Alkohol- och drogdiagnosinstrumentet ADDIS används främst inom socialtjänsten, medan SCID I och MINI används inom hälso- och sjukvården (SCID I används i första hand inom specialiserad psykiatri och beroendevård).

För att kunna genomföra ADDIS-intervjuer krävs utbildning och certifiering, vilket medför en kostnad på 20 000 kronor per person för utbildning samt 2 500 kronor per år och person för omcertifiering. Personal som är verksam inom missbruks- och beroendevården och har adekvat kompetens kan genomföra en ADDIS-intervju. Ställa en diagnos bör däremot hälso- och sjukvårdspersonal göra inom ramen för sin yrkeskompetens.

För att använda SCID I och MINI krävs en adekvat baskunskap liksom viss utbildning och träning. Instrumenten används vanligen av läkare, psykologer och sjuksköterskor. Det innebär att socialtjänstens

missbruksvård och hälso- och sjukvårdens specialistpsykiatri eller beroendevård behöver samverka.

Bedömning av hjälpbehov

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ASI (från engelskans ”addiction severity index”) kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation, eftersom det kräver gemensamma rutiner och överenskommelser.

Under senare år har användningen av standardiserade bedömningsinstrument, framför allt ASI, ökat markant inom missbruks- och beroendevården [28]. Men för att vården ska fungera effektivt betraktat utifrån den enskildes behov av behandling och stöd behöver socialtjänsten och hälso- och sjukvården också göra överenskommelser om hur den gemensamma vårdplaneringen kan utvecklas med hjälp av ASI. Det behöver även skapas rutiner för detta såväl inom den egna organisationen som mellan huvudmännen.

Bedömning av hjälpbehov för ungdomar

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om ADAD (från engelskans ”adolescent drug abuse diagnosis”) främst kan komma att påverka socialtjänstens resursfördelning. Det eftersom åtgärden på kort sikt kan innebära ökade kostnader för socialtjänsten, framför allt genom utbildning, fortbildning och metodhandledning. På längre sikt bedöms dock kostnaderna vara oförändrade jämfört med i dag.

ADAD finns redan inom delar av den sociala barn- och ungdomsvården, men spridningen varierar över landet. För att sprida användingen av bedömningsinstrumentet till fler verksamheter krävs utbildningsinsatser. SKL och *Kunskap till praktik* har under ett antal år utbildat utbildare i ADAD. Mellan 2009 och 2012 utbildades 19 utbildare i landet och 428 personer har fått utbildning i metoden.

Medicinska test

EtG eller EtS

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att mäta de konjugerade etanolmetaboliterna etylglukuronid och etylsulfat (EtG eller EtS) i urin för att påvisa nyligt intag av alkohol kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens

resursfördelning och organisation. Det eftersom det blir möjligt att i större utsträckning upptäcka nyligt intag av alkohol, och eftersom testets längre tidsfönster jämfört med etanol innebär att prover kan tas mindre ofta. Kostnaden för mätning av EtG eller EtS i urin ligger runt 20–40 kronor (vilket är samma som för etanol).

PEth eller CDT

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att använda mätning av fosfatidyletanol (PEth) eller kolhydratfattigt transferrin (CDT, från engelskans ”carbohydrate-deficient transferrin”) för att påvisa långvarigt högt intag av alkohol kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning. Det eftersom det innebär en kostnadsökning jämfört med gamma-glutamyltransferas (GT), aspartataminotransferas (ASAT) och alaninaminotransferas (ALAT). CDT används redan medan PEth är nytt. CDT kostar cirka 100 kronor och PEth cirka 300 kronor.

På längre sikt kan dock kostnaderna balanseras genom att personer med ett högt intag av alkohol kan identifieras tidigt, och genom färre utredningar av personer som felaktigt identifierats ha ett högt intag liksom mindre behov av personalinsatser i behandlings- och uppföljningsarbetet.

Urinprov

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om urinprov för att påvisa pågående eller nyligt intag av narkotika kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation.

Att skicka urinprov till ett laboratorium för narkotikatestning innebär en ökad tid till svar (olika laboratorier har olika svarstider) samt analyskostnader på 30–50 kronor per parameter, jämfört med mindre än 10 kronor per parameter för patientnära test (snabbtest). På längre sikt kan dock kostnaderna balanseras genom att testen bidrar till att rätt grupp får rätt åtgärd. Testens ökade precision, det vill säga färre falskt positiva och falskt negativa provsvar, kan också bidra till att färre tester behöver tas. Detta innebär också minskade personalkostnader, vilka är en stor del av kostnaderna när det gäller medicinska test.

Patientnära drogtest (snabbtest) kommer dock fortfarande att behövas vid situationer som kräver ett snabbt resultat, varför en kvalitetsförbättring av patientnära tester är önskvärd.

Läkemedelsbehandling

Alkohol

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation i form av ökade kostnader, och socialtjänsten i form av ökat behov av samverkan med hälso- och sjukvården.

Det är i dag en betydande underförskrivning av läkemedel vid alkoholberoende. Bland de personer som 2013 vårdades för alkoholrelaterade diagnoser i den slutna hälso- och sjukvården hade omkring 20 procent förskrivits och hämtat ut något av läkemedlen disulfiram, akamprosat eller naltrexon [29]. Motsvarande uppgifter saknas i dagsläget när det gäller personer som vårdats inom den öppna hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Enligt uppgifter från Socialstyrelsens statistikdatabas hade totalt omkring 23 000 personer under 2014 gjort ett apoteksuttag av disulfiram, akamprosat, naltrexon eller nalmefen [30].

Med hänsyn till det uppdelade ansvaret mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns behov av samverkan mellan huvudmännen om personer med alkoholberoende, så att de som får hjälp och vård inom socialtjänsten vid behov får tillgång till en läkarbedömning och läkemedelsbehandling.

I en majoritet av de studier som rekommendationerna bygger på har studiedeltagarna erbjudits psykologisk och psykosocial behandling samtidigt som läkemedelsbehandlingen. I några studier har det i stället för psykologisk och psykosocial behandling handlat om sedvanligt medicinskt omhändertagande – men i en något mer omfattande och strukturerad form än vad som vanligen förekommer – vilket också gett positiva effekter. Det medicinska omhändertagandet har då inkluderat uppföljning av patienter genom upprepade samtal av stödjande och motiverande karaktär. Detta utöver den sedvanliga uppföljningen med provtagning, medicinsk undersökning och administrativa insatser. Läkemedelsbehandling bör alltså kunna erbjudas

både inom primärvård, företagshälsovård och specialiserad beroendevård, och vid behov i samverkan med socialtjänsten.

Läkemedelskostnaden för ett års behandling med akamprosat är 2 500 kronor. Kostnaden för en behandlingsomgång (3 månader) med naltrexon är 1 400 kronor och kostnaden för disulfiram i ett år är 1 700 kronor. En ökad läkemedelsbehandling bedöms inte leda till fler kontakter med vården varför personalkostnader inte har inkluderats. Vid en fördubbling av antalet läkemedelsbehandlingar (från 24 000 till 48 000 per år) blir den ökade kostnaden på nationell nivå drygt 50 miljoner kronor.

Bensodiazepiner

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att erbjuda nedtrappning till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Personer som är beroende av bensodiazepiner utgör en heterogen grupp med olika behov av insatser av medicinsk, psykologisk och social karaktär. Exempelvis har unga vuxna, personer som är beroende av flera preparat och personer med psykiatrisk samsjuklighet behov av olika åtgärder, vilket kräver differentierade insatser.

Rekommendationen kommer att kräva ökade resurser för denna typ av behandling, ökade kostnader för utbildningsinsatser och behov av utökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. På längre sikt bedöms dock kostnaderna bli lägre jämfört med i dag. Eftersom många av dessa personer redan står under en icke optimalt fungerande behandling minskar troligtvis vårdens totala insatser, och på lång sikt bör det bättre omhändertagandet leda till minskade kostnader.

Opiatberoende

Rekommendationer om läkemedelsassisterad behandling ingick inte i de tidigare nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen bedömer dock att rekommendationen om att erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon i stort sett överensstämmer med praxis. Däremot varierar tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling.

Opioidanalgetikaberoende

Socialstyrelsen bedömer att en rekommendation om läkemedelsassisterad behandling vid beroende av opioidanalgetika kan komma att påverka resursfördelningen och organisationen främst inom hälso- och sjukvården. Det i form av ökade resurser för denna typ av behandling, ökat behov av samverkan och utbildning av personal.

Personer som är beroende av opioidanalgetika utgör en heterogen grupp med olika behov av insatser av medicinsk, psykologisk och social karaktär. Exempelvis har unga vuxna, personer med smärtproblematik och personer med psykiatrisk samsjuklighet behov av olika åtgärder, vilket kräver differentierade insatser.

Rekommendationen skulle innebära en ökning av antal patienter som erbjuds läkemedelsassisterad behandling. Eftersom många av dessa patienter redan står under en icke optimalt fungerande behandling minskar troligtvis vårdens totala insatser, och på lång sikt bör det bättre omhändertagandet leda till minskade kostnader.

Den årliga kostnaden för att ha en person i läkemedelsassisterad behandling beräknas vara cirka 100 000 kronor [31, 32]. Om det tillkommer 500 nya platser för läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende i öppen vård blir den årliga kostnadsökningen 50–60 miljoner kronor.

För att få en likvärdig behandling vid beroende av opioider i hela landet behövs en nationell samordning av den läkemedelsassisterade behandlingen. Socialstyrelsen planerar därför att utveckla ett kunskapsstöd för verksamheterna. Ett sådant kunskapsstöd skulle bland annat kunna stödja hälso- och sjukvårdspersonal att på ett likartat sätt bedöma när en behandling ska inledas och avslutas samt att hantera samsjuklighet, och på så sätt innebära en kvalitetssäkring av vårdinsatserna.

För närvarande (våren 2015) pågår en översyn av SOSFS 2009:27, som reglerar läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Översynen kan komma att innebära att även läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende regleras i samma föreskrifter och allmänna råd.

Psykologisk och psykosocial behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om psykologisk och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Det eftersom det på kort sikt kommer att innebära ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, framför allt genom utbildnings- och handledningsinsatser. På längre sikt bedöms dock kostnaderna bli lägre jämfört med i dag.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi innebär att behandlare ska ha grundläggande utbildning i psykoterapi och få handledning, eller vara legitimerade psykoterapeuter. Metoderna finns inom delar av missbruks- och beroendevården i dag, men användningen varierar stort. Kunskapen om metoderna behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter. Utöver ökad tillgång till utbildade psykoterapeuter kommer det också att behövas löpande fortbildning och handledning.

Även när det gäller återfallsprevention och CRA (från engelskans ”community reinforcement approach”) varierar användningen i dag, och det finns ett behov av utbildning och handledning. För att utöva återfallsprevention eller CRA bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende och adekvat utbildning i metoden.

Vid missbruk eller beroende av alkohol rekommenderar Socialstyrelsen även motivationshöjande behandling (MET). För att utöva MET bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt en utbildning i motiverande samtal. Utbildningen bör även kompletteras med fortlöpande handledning och återkoppling [33]. Motiverande samtal används vid många olika tillstånd inom vården i dag, och en stor del av personalen har utbildning i metoden. För att motiverande samtal ska kunna användas vid vård av missbruk och beroende kan dock kunskapen behöva anpassas och kompletteras med utbildning enligt MET-metoden. MET utgår från motiverande samtal men har även en manual för hur behandlingen ska genomföras (antal sessioner och innehållet i varje session). Metoden inkluderar en kartläggning, där medicinska test och frågeformulär av olika slag ingår, samt 2–4 uppföljande samtal baserade på motiverande samtalsteknik.

MET innebär färre behandlingstillfällen än andra psykologiska och psykosociala metoder, och utbildningen i metoden är mindre omfattande. Behandlingen skulle därför kunna erbjudas även inom primärvård och företagshälsovård, och därmed bidra till att öka tillgängligheten till vård och behandling för personer med alkoholberoende.

Nätverksinsatser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om psykologisk och psykosocial behandling i form av nätverksinsatser, såsom SBNT (från engelskans ”social behaviour network therapy”), MATRIX-programmet och par- och nätverksterapi, kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Det eftersom de på kort sikt kommer att innebära ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, framför allt genom utbildnings- och handledningsinsatser i de aktuella metoderna. På längre sikt bedöms dock kostnaderna vara oförändrade eller lägre jämfört med i dag.

Det finns ingen nationell sammanställning över i vilken omfattning de olika metoderna kopplade till socialt nätverk används inom missbruks- och beroendevården i dag. Inom socialtjänsten används socialt nätverksarbete främst inom den sociala barn- och ungdomsvården. I Socialstyrelsens kartläggning av öppna insatser i barn- och ungdomsvården anger cirka 80 procent av kommunerna att de erbjuder någon form av kvalificerat nätverksarbete [34]. Med kvalificerat nätverksarbete menas nätverkslag, multisystemisk terapi eller någon annan form av kvalificerat nätverksarbete.

Eftersom det saknas data om i vilken omfattning psykologisk och psykosocial behandling i form av nätverksinsatser används inom missbruks- och beroendevården i dag är det svårt att bedöma konsekvenserna av rekommendationerna, men sannolikt behöver kunskapen om arbetssättet spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter. Alternativt krävs samordning mellan olika verksamheter för att öka tillgången till nätverksinsatser för personer med missbruk och beroende.

Psykosociala stödinsatser

Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om IPS-modellen (från engelskans ”individual placement and support”) framför allt kommer att påverka socialtjänstens resursfördelning och organisation. Det eftersom det kommer att innebära ökade kostnader på kort sikt i form av utbildnings- och handledningsinsatser. På längre sikt bedöms dock kostnaderna för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra delar av samhället att minska som följd av åtgärdens effekter. Sannolikt kan också resurser frigöras genom att arbetsförberedande träningsmodeller erbjuds i mindre utsträckning än i dag.

Vilka aktörer som får ökade kostnader beror bland annat på hur ansvaret för åtgärden fördelas och vilka kostnader för arbetslivsinriktad rehabilitering de olika aktörerna har i dag. IPS-modellen berör verksamheter och personal inom såväl socialtjänsten, annan kommunal verksamhet och hälso- och sjukvården som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det är inte givet hur modellen ska hanteras och tillämpas i det svenska systemet.

I Sverige har IPS-modellen tidigare främst erbjudits till personer med funktionsnedsättning. Modellen har genomförts på olika sätt, vilka mer eller mindre skiljer sig från den modell som studerats i forskningen. IPS-modellen har både införts som en del av den kommunala organisationen och som ett komplement till landstingspsykiatrin. Utöver arbete på den reguljära arbetsmarknaden har deltagare också fått sysselsättning i form av offentligt skyddade anställningar, arbetspraktik och studier. Dock har forskningen inte problematiserat hur olika anställnings- och understödsformer förhåller sig till ursprungsmodellen.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 35 procent av kommunerna erbjöd arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen till personer med funktionsnedsättning under perioden 2012–2013 [35]. Under åren 2011–2013 beviljades 32 kommuner statliga medel för att bedriva försöksverksamhet med IPS-modellen för personer med funktionsnedsättning. En utvärdering visar att det lokala arbetsmarknadsläget hade stor betydelse för försöksverksamheternas utfall [36]. Enligt utvärderingen var det också en utmaning att få arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att anpassa sitt

arbetssätt, som utgår från vikten av arbetsträning och prövning av arbetsförmåga, till det synsätt som präglar IPS-modellen [36].

Drygt 40 procent av de 32 kommunerna har fortsatt eller kommer att fortsätta arbeta enligt IPS-modellen efter försökverksamhetens slut. Cirka 50 procent av kommunerna vill fortsätta men söker finansieringslösningar. En möjlig lösning kan vara finansiell samordning av kommunens, landstingens, Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans resurser i en gemensam organisation, i enlighet med lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Boendeinsatser i form av vårdkedja och bostad först

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om vårdkedja och bostad först kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Det eftersom det på kort sikt kommer att innebära ökade kostnader i form av ökade utbildnings- och handledningsinsatser. Det innebär även att hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver ha en närmare samordning och integrering av insatser för boende med insatser för vård och behandling. På längre sikt bedöms dock kostnaderna för socialtjänst, hälso- och sjukvård och andra delar av samhället att minska, tack vare ett bättre stöd.

En kartläggning av hemlöshet som Socialstyrelsen genomfört visar att det under en vecka år 2011 fanns omkring 34 000 personer i Sverige som var hemlösa eller utestängda från den ordinarie bostadsmarknaden. Sammanlagt uppgavs cirka 13 000 av dessa personer ha missbruks- och beroendeproblem [37].

Enligt statistik över socialtjänstens insatser för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem var det år 2013 sammanlagt cirka 14 500 personer som fick bistånd som avser boende. Redovisning av typ av boende per den 1 november 2013 visar att drygt hälften av personerna som fick bistånd som avser boende fick ett boende som var långsiktigt (till exempel andrahandskontrakt med socialtjänsten som kontraktsinnehavare eller varaktigt institutionsboende), 20 procent av personerna hade akuta eller tillfälliga boendeformer och 30 procent hade någon form av övergångsboende i väntan på en mer permanent lösning [38]. Hur boendeinsatserna organiseras, exempelvis i vilken utsträckning de integreras med vård och behandling, framgår dock inte av statistiken.

Eftersom det på nationell nivå inte finns tillräckligt med information om hur olika boendeinsatser organiseras i dag är det svårt att bedöma konsekvenserna av rekommendationerna om boendeinsatser. Enligt en kartläggning genomförd i 147 kommuner år 2004–2005 använde 34 procent av de 147 kommunerna boendetrappa för att organisera sina boendeinsatser [39]. I Socialstyrelsens öppna jämförelser framgår att 31 procent av alla kommuner år 2012–2013 erbjöd boendeinsatser i form av bostad först till personer med psykisk funktionsnedsättning (vilket inkluderar personer med psykisk funktionsnedsättning i kombination med missbruk eller beroende) [35]. Den form av bostad först som införts i kommunerna är dock inte alltid helt i enlighet med den modell som har studerats i forskningen. Ofta saknas tillgång till ett ACT-team (från engelskans ”assertive community treatment”), utan stödet erbjuds i stället av en eller flera kontaktpersoner. Vidare erbjuds de boende under en inledningsperiod andrahandskontrakt i stället för förstahandskontrakt direkt.

För övriga modeller att organisera boendeinsatser saknas uppgifter på nationell nivå.

Om fler personer erbjuds boendeinsatser i form av vårdkedja i stället för boendetrappa kommer detta ställa krav på att hälso- och sjukvården och socialtjänsten har en närmare samordning och integrering av insatser för boende med insatser för vård och behandling. För att införa bostad först enligt den modell som utvärderats i forskningen behöver ACT-team med olika yrkesgrupper bildas, och sannolikt krävs utbildnings- och handledningsinsatser för dessa team.

För att motverka hemlöshet behöver socialtjänsten också samverka med andra kommunala förvaltningar, hälso- och sjukvården, Kronofogden, bostadsföretag, frivilligorganisationer med flera. När det gäller hemlösa personer inom kommunen kan socialtjänsten inte på egen hand lösa bostadsproblem, eftersom socialtjänsten saknar verktyg för att påverka bostadsmarknaden och bostadsbyggandet. Kommunens socialtjänst och den del av kommunen som har ansvaret för bostadsförsörjningen och fördelningen av lediga lägenheter behöver därför samarbeta.

Samordning i form av case management

Det är i dag svårt att bedöma konsekvenserna av rekommendationerna om samordning i form av case management, eftersom det på

nationell nivå saknas information om i vilken utsträckning personer med missbruks- och beroendeproblem erbjuds case management i dag. Socialstyrelsen bedömer dock att rekommendationerna om case management i form av integrerade eller samverkande team respektive om individuell case management i form av strengths model sannolikt kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Det eftersom det kommer att innebära ökade kostnader på kort sikt, framför allt i form av utbildnings- och handledningsinsatser. På längre sikt bedöms dock kostnaderna för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att minska som följd av minskade kostnader för sluten vård och tvångsvård.

Rekommendationen om att erbjuda case management i form av integrerade eller samverkande team till personer med missbruk eller beroende och svår psykisk sjukdom förväntas innebära en förändrad organisation. För mer intensiva former av teambaserad case management som ACT behöver team med olika yrkesgrupper bildas. För mindre intensiva modeller krävs en utökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I befolkningsmässigt små kommuner kan även samarbete mellan olika kommuner vara aktuellt för att kunna tillhandahålla åtgärden.

Rekommendationen om individuell case management i form av strengths model till personer med missbruk eller beroende och behov av samordning förväntas innebära behov av ytterligare personal, utbildning i case management enligt strengths model och regelbunden fortbildning och handledning.

Stöd till anhöriga och närstående

Det är i dag svårt att bedöma konsekvenserna av rekommendationerna om psykosocialt stöd till anhöriga. Det eftersom innebörden av psykosocialt stöd till anhöriga skiljer sig mellan de verksamheter som i dag erbjuder åtgärden. Sannolikt innebär rekommendationerna dock en ambitionsnivåhöjning och kräver utbildnings- och handledningsinsatser för de specifika manualbaserade metoder som rekommenderas i riktlinjerna.

Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården hade 70 procent av landets kommuner en rutin för att erbjuda stöd till närstående vuxna år 2013 [28]. Förekomsten av en sådan rutin varierade dock från i genomsnitt 38 till 100 procent

av kommunerna per län. Av de 49 beroendemottagningar som besvarade enkäten uppgav 40 mottagningar att de har som rutin att erbjuda vuxna närstående stöd. Vad som avses med stöd varierar dock, och kan innebära såväl stödjande samtal som specifika manualbaserade program.

Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Det eftersom de på kort sikt kommer att innebära ökade kostnader för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, framför allt genom utbildnings- och handledningsinsatser. På längre sikt bedöms dock kostnaderna vara oförändrade eller lägre jämfört med i dag.

Kort intervention, MET/KBT och ACRA/ACC

För att utöva kort intervention med motiverande samtal eller MET bör behandlaren ha relevant grundutbildning samt en utbildning i motiverande samtal. Dessutom bör behandlingspersonalen ha kunskap om barns och ungdomars utveckling, psykiatriska diagnoser samt god kunskap om missbruk och beroende. Motiverande samtal används för många olika tillstånd inom vården i dag, och en stor del av personalen har utbildning i metoden. För att kunna användas vid vård av ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem kan dock kunskaperna behöva anpassas och kompletteras med utbildning enligt MET-manualen (som beskriver hur behandlingen ska genomföras). Utbildning bör även kompletteras av fortlöpande handledning och återkoppling [33].

För att utöva MET/KBT (som är en blandning av MET och KBT) bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning och få handledning, eller vara legitimerad psykoterapeut. MET/KBT används inte i någon större omfattning inom den sociala barn- och ungdomsvården eller inom barn- och ungdomspsykiatrin i dag. Inom den sociala barn- och ungdomsvården finns utbildade psykoterapeuter, men de arbetar ofta inom andra områden och har begränsade

kunskaper om missbruk- och beroende. Även inom barn- och ungdomspsykiatrin är kunskaperna om missbruk och beroende begränsade, och barn- och ungdomspsykiatrin har vanligen inte i uppdrag att arbeta med missbruk. För att kunna erbjuda MET/KBT till ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem behövs därför ökad tillgång till utbildade psykoterapeuter med kunskap om barns och ungdomars utveckling och psykiatriska diagnoser samt om missbruk och beroende. Därutöver kommer det också löpande att behövas fortbildning och handledning.

ACRA (från engelskans ”adolescent community reinforcement approach”) och ACC (från engelskans ”assertive continuing care”) har i dagsläget ingen större spridning i Sverige. Kunskapen om metoderna behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter. För att utöva ACRA och ACC bör behandlaren ha relevant grundutbildning, adekvat utbildning i metoden och god kunskap om barns och ungdomars utveckling samt om missbruk och beroende.

Familjebehandling

När det gäller familjebehandling så har MDFT (från engelskans ”multidimensional family therapy”) i dagsläget ingen större spridning i Sverige. Det finns uppskattningsvis 130 terapeuter som är certifierade i FFT (från engelskans ”functional family treatment”) samt cirka 30 certifierade FFT-team i Sverige. För att säkerställa verksamheters möjlighet och förmåga att erbjuda kvalificerad FFT-behandling genomförs certifiering av behandlare. Certifiering ges dels till enskilda FFT-terapeuter, dels till team som består av minst tre medarbetare. Det är utifrån denna uppskattning troligt att det krävs omfattande fortbildning för att införa de föreslagna rekommendationerna. Eftersom det krävs minst tre terapeuter för att kunna skapa ett certifierat FFT-team kan det innebära att små kommuner har svårt att uppfylla detta.

Ett alternativ för socialtjänsten att kunna erbjuda kvalificerad familjebehandling är att köpa vården av externa aktörer eller av andra kommuner. Ett annat alternativ är att olika kommuner samarbetar och att huvudmännen samverkar i större utsträckning. Det geografiska avståndet mellan städer och kommuner är dock stort i delar av landet, vilket försvårar möjligheten för kommuner att genom samverkan med andra kommuner erbjuda differentierad vård.

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som avser att spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

De ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av processer, resultat och kostnader. Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- möjliggöra uppföljning av vårdens och omsorgens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens och omsorgens processer, resultat och kostnader över tid
- initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet.

Uppföljning, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga experter och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [40]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor.

En utgångspunkt för alla indikatorer är att presentera data uppdelat på landsting, sjukhus samt kvinnor och män där det är möjligt. I vissa

fall kan också indikatorer redovisas uppdelat på socioekonomiska nivåer eller efter födelseland, för att spegla jämlik vård.

Indikatorer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen har tagit fram 24 indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.* Indikatorerna avser att följa upp hur de nationella riktlinjerna tillämpas i verksamheter inom primärvården, den specialiserade hälso- och sjukvården (öppen eller sluten vård) och socialtjänsten. Där det är relevant har samma indikator formulerats för alla ovan nämnda verksamheter.

För indikatorer som gäller socialtjänstens område finns genomgående två versioner av varje indikator:

- En som speglar processer och som belyser insatser som ges på individnivå som är önskvärda att följa upp, men som kanske är möjliga att följa upp först på sikt.
- En som kompletterar processindikatorn genom att spegla verksamheters struktur och följer upp vad verksamheterna tillhandahåller. I många fall kan indikatorn mätas redan i dag.

Indikatorerna är fördelade inom områdena bedömningsinstrument (3 indikatorer), läkemedelsbehandling (3 indikatorer), psykologisk och psykosocial behandling för vuxna (5 indikatorer), psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar (2 indikatorer) och psykosociala stödinsatser (2 indikatorer). Det finns även 9 övergripande indikatorer som framför allt speglar resultatmått som dödlighet, återinläggningar och patienters och brukares upplevelser av vård och omsorg. Dessutom redovisas ett kompletterande mått över rapportering till kvalitetsregister inom missbruks- och beroendeområdet. Måttet är viktigt då anslutning till kvalitetsregister innebär förbättrade möjligheter att följa upp i vilken mån personer med missbruksproblem får tillgång till rekommenderade åtgärder och behandlingar.

Det saknas i dag datakällor för att kontinuerligt kunna följa de flesta av de framtagna indikatorerna på nationell nivå. Därför är de flesta av indikatorerna så kallade utvecklingsindikatorer. Med utvecklingsindikator menas att det behövs ytterligare utvecklingsarbete för att det ska vara möjligt att följa upp indikatorn på nationell

nivå. Vissa utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå. Ett syfte med utvecklingsindikatorerna är också att tydliggöra vilka datakällor som behöver vidareutvecklas för att det ska vara möjligt att utvärdera följsamheten till riktlinjernas centrala rekommendationer på nationell nivå. I dag saknas lagstöd för att på individnivå samla in de uppgifter som behövs.

Socialstyrelsen har i dessa riktlinjer främst fokuserat på ett fåtal indikatorer som ska spegla de viktigaste aspekterna av god vård med utgångspunkt i rekommendationerna i riktlinjerna. Det kan naturligtvis krävas ytterligare indikatorer för att få en övergripande bild av verksamheternas innehåll, kvalitet och resultat.

Arbetet med att ta fram nationella indikatorer ska ses som en kontinuerlig process där redan framtagna indikatorer kan komma att ändras eller utgå och där nya indikatorer tillkommer. Exempelvis kan pågående nationella och internationella utvecklingsarbeten komma att ge användbar kunskap inför uppdateringen av indikatorerna.

Kompletterande indikatorer

Vissa av de indikatorer som beskrivs i *Nationella indikatorer för God vård* [41] är även tillämpliga för vården vid missbruk och beroende. Några enstaka av dessa indikatorer (eller indikatorer som liknar dessa) har också tagits med här, eftersom Socialstyrelsen bedömt att de är viktiga. Exempel på det är mått på dödlighet och återinskrivningar.

Indikatorerna i *Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården* [28] kompletterar indikatorerna i detta arbete och belyser ytterligare aspekter på god vård och omsorg. Det gäller framför allt de indikatorer som avser att visa på samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, tillgänglighet till vård och omsorg samt kompetensutveckling hos personalen. Några indikatorer från *Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården* finns också med bland indikatorerna inom ramen för missbruksriktlinjerna. De rör framför allt brukarinflytande och väntetider. Vissa psykosociala stödinsatser som rekommenderas i riktlinjerna följs upp på verksamhetsnivå i öppna jämförelser, men ofta på mer övergripande nivå. I framtida utvärdering av följsamheten till riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende kan resultat från öppna jämförelser användas.

Dessa riktlinjer innehåller inga indikatorer inom området samsjuklighet. I *Nationella riktlinjerför antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* finns en indikator om rekommenderad läkemedelsbehandling med risperidon i depåform vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och samtidigt missbruk eller beroende [25].

Nationell utvärdering av vården vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen kommer under de närmaste åren att genomföra en utvärdering av vårdens och omsorgens processer, resultat och kostnader vid vård och stöd vid missbruk och beroende. Denna utvärdering kommer framför allt att ha sin utgångspunkt i Socialstyrelsens indikatorer för god vård och omsorg inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser vid missbruk och beroende. Även andra aspekter av vård och omsorg kan komma att belysas. Resultatet av utvärderingen kan i sin tur ge underlag för revideringar och vidareutveckling av de befintliga indikatorerna och riktlinjerna.

Redovisning av indikatorer

Samtliga indikatorer redovisas i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Indikatorerna redovisas i enlighet med tabell 3 nedan.

Tabell 3. Exempel på indikator

1.1 AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård	
Mått	Andel personer med alkohol respektive narkotikadiagnos som i den specialiserade vården genomgått screening för alkohol- och narkotikaproblem med AUDIT respektive DUDIT, procent.
Syfte	AUDIT (alcohol use disorders identification test) är ett självskattningstest för att bedöma om problem med alkohol förekommer. DUDIT (drug use disorders identification test) är utvecklat för att bedöma om problem med narkotika (inklusive beroendeframkallande medel) förekommer. Instrument som kan användas för att identifiera problem (screening-instrument) kan också användas för att återkoppla resultatet till klienten eller patienten. Det svarar mot kravet att informera klienterna och patienterna och kan i sig skapa motivation till förändring. Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda AUDIT och DUDIT för att identifiera alkohol- och narkotika-problem. Avgörande för rekommendationerna är att instrumenten fungerar väl för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem, är enkla att använda, och kan användas både som intervju- och skattnings-formulär. AUDIT har fått högsta prioritet (prioritet 1) i nationella riktlinjer (rad A01 i tillstånds- och åtgärdslistan). DUDIT har fått en något lägre prioritering på grund av att instrumentet bedöms ha vissa validitets-problem (prioritet 3, rad A02 i tillstånds- och åtgärdslistan).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målvärde	Nationell målnivå saknas.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator. Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR). Nationell datakälla saknas idag. Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvår-den. AUDIT och DUDIT används även av andra yrkesgrupper än läkare och dessa uppgifter måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system. Socialstyrelsen har 2014 utrett och föreslagit att uppgiftsskyldigheten till patientregistret när det gäller den psykistriska öppenvården ska utökas till att omfatta även andra yrkesgruppers åtgärder.
Teknisk beskrivning	*Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:*
	Datakälla utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR): *Täljare 1:* Antal personer i SBR, 18 år eller äldre med alkoholdiagnos (F10) som under ett kalenderår nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i sluten vård, och för vilka screening genomförts med AUDIT.

Nämnare 1: Totalt antal personer i SBR 18 år eller äldre med alkohol-diagnos som under ett kalenderår nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i sluten vård och för vilka uppgifter finns om screening genomförts med AUDIT eller inte.

Täljare 2: Antal personer i SBR, 18 år eller äldre med narkotika-diagnos (F11–F19) som under ett kalenderår nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i sluten vård, och för vilka screening genomförts med DUDIT.
Nämnare 2: Totalt antal personer i SBR 18 år eller äldre med narkotika-diagnos som under ett kalenderår nyregistrerats i öppen vård eller registerats i sluten vård och för vilka uppgifter finns om screening genomförts med DUDIT eller inte.

Datakälla utgörs av patientregistret:
Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats för första gången i den specialiserade vården med alkohol- eller narkotikadiagnos och har genomgått strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor (t.ex. AUDIT, DUDIT) vid vårdtillfället, året innan eller året efter.
Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats för första gången i den specialiserade vården med alkohol- eller narkotikadiagnos.
Med förstagångsvård avses att personen inte vårdats i specialiserad vård med alkohol- eller narkotikadiagnos under två år (730 dagar) innan vårdtillfället.

Med alkohol- eller narkotikadiagnos avses:

Huvud- eller bidiagnos	**ICD 10**
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika	F13
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psyko-aktiva substanser	F19

	Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med ovanstående diagnoser inom öppen specialiserad vård eller sluten vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (nämnare). Första vårdtillfälle med någon av ovanstående diagnoser registreras, dvs. personen ska inte ha vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos 2 år innan för att betraktas som förstagångsvårdad. Uppgifter inhämtas om personen fått åtgärden "Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor", AU119, vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 12 månader innan eller efter (oavsett diagnos vid det vårdtillfället) (täljare). **Åtgärdskod (KVÅ)** — **Beskrivning** AU119 — Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor – med användning av för ändamålet avsett standardiserat instrument – genomförd bedömning av patientens alkohol- och drogvanor. Exempel på instrument är AUDIT och DUDIT. Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även efter åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.
Datakällor	Svenskt Beroenderegister (SBR) eller enkät till landstingen med förfrågan om att få uppgifter från deras patientadministrativa system.
Felkällor	Brister i registrering av åtgärder i patientregistret. Åtgärdskoden AU119 skiljer inte mellan olika strukturerade bedömningsinstrument och kan även omfatta andra instrument än AUDIT och DUDIT. En del personer med missbruksproblematik har sin första kontakt med primärvården där bedömningen görs. Dessa uppgifter är inte tillgängliga eftersom primärvårdens verksamhet inte registreras nationellt. Möjliga problem med att få data från landstingen.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, enhet.
Redovisnings-grupper	Kön, ålder.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

Förteckning över indikatorer

Tabellerna i det här avsnittet visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Tabell 4. Bedömningsinstrument

Nummer	Namn
Indikator 1.1*	AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård
Indikator 1.2*	AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, primärvård
Indikator 1.3*	AUDIT och DUDIT i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk
Indikator 1.4*	AUDIT och DUDIT vid alkohol- eller narkotikaproblem i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 2.1*	ASI eller DOK i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk
Indikator 2.2*	ASI eller DOK vid alkohol- eller narkotikamissbruk i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 3.1	ADDIS, SCID I eller MINI bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård
Indikator 3.2*	ADDIS, SCID I eller MINI bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, primärvård

*Utvecklingsindikator

Tabell 5. Läkemedelsbehandling

Nummer	Namn
Indikator 4.1	Disulfiram, akamprosat eller naltrexon vid beroende av alkohol, specialiserad vård
Indikator 4.2*	Disulfiram, akamprosat eller naltrexon vid beroende av alkohol, primärvård
Indikator 5*	Bensodiazepiner eller klometiazol vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens, sluten vård
Indikator 6	Läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon vid opiatberoende, specialiserad vård

*Utvecklingsindikator

Tabell 6. Psykologisk och psykosocial behandling, vuxna

Nummer	Namn
Indikator 7.1*	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholberoende, specialiserad vård
Indikator 7.2*	MET vid alkoholberoende, primärvård
Indikator 7.3*	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av alkohol-missbruk
Indikator 7.4*	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholmiss-bruk i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 8.1*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid missbruk eller beroende av cannabis, specialiserad vård
Indikator 8.2*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av missbruk av cannabis
Indikator 8.3*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid missbruk av cannabis i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 9*	KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedels-assisterad behandling vid missbruk eller beroende av opiater, specialiserad vård
Indikator 10.1*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat, specialiserad vård
Indikator 10.2*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser på grund av missbruk av centralstimulerande preparat
Indikator 10.3*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 11*	Nedtrappning av bensodiazepin samt nedtrappning med tillägg av KBT vid långvarigt bruk av bensodiazepiner, specialiserad vård

*Utvecklingsindikator

Tabell 7. Psykologisk och psykosocial behandling, ungdomar

Nummer	Namn
Indikator 12.1*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård
Indikator 12.2*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den sociala barn- och ungdomsvården bland de som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikaproblem
Indikator 12.3*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC på grund av alkohol- eller narkotikaproblem i den sociala barn- och ungdomsvården
Indikator 13.1*	Familjebehandling med FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård
Indikator 13.2*	Familjebehandling med FFT eller MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården bland de som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikaproblem
Indikator 13.3*	Familjebehandling i form av FFT eller MDFT på grund av alkohol- eller narkotikaproblem i den sociala barn- och ungdomsvården

*Utvecklingsindikator

Tabell 8. Psykosociala stödinsatser

Nummer	Namn
Indikator 14*	Psykosocialt stöd till anhöriga i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 15.1*	Boendeinsatser i socialtjänstens arbete bland hemlösa personer som fått insatser på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk
Indikator 15.2*	Boendeinsatser till hemlösa personer i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet

*Utvecklingsindikator

Tabell 9. Övergripande indikatorer och kompletterande mått

Nummer	Namn
Indikator 16	Dödlighet bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 17	Återinskrivning i sluten vård inom 12 månader bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 18	Självmord eller självmordsförsök bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 19	Respekt och hänsyn i bemötande bland patienter inom beroendevården, öppen eller sluten vård
Indikator 20	Delaktighet i beslut om vård och behandling bland patienter inom beroendevården, öppen eller sluten vård
Indikator 21*	Undersökning av den enskildes uppfattning om verksamheten i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 22	Brukarinflytande på individuell nivå i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 23	Tillgänglighet – tid till första besök i socialtjänstens missbruks- och beroendevård
Indikator 24*	Minskat antal dagar med substansbruk vid första uppföljning
Kompletterande mått	Rapportering till Svenskt Beroenderegister

*Utvecklingsindikator

Individanpassad och tillgänglig vård

Personer med missbruk och beroende utgör en heterogen grupp med olika svåra tillstånd och där förekomsten av samtidig psykisk sjukdom och social problematik varierar. Riktlinjernas rekommendationer behöver därmed anpassas till individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål. Det kräver tillgång till ett brett utbud av kunskapsbaserade insatser. Det är också viktigt med ett gott bemötande, kontinuitet och ett bra samarbete mellan vårdgivaren och patienten eller klienten.

En individanpassad missbruks- och beroendevård

En individanpassad vård innebär att vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, och att individen ska ges möjlighet att vara delaktig [42].

Enligt 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821) och 6 kap. 1 § PSL ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. SoL anger å sin sida att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 §), och att socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 §).

Att patienter och klienter involveras i att utforma och genomföra behandlingen kan också bidra till en säkrare vård, öka följsamheten till behandlingen och förbättra resultatet.

Information ger förutsättningar för delaktighet

Patienten eller klienten behöver information för att kunna vara delaktig. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska varje patient därför få individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, vilka metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds, sina möjligheter att välja vårdgivare samt om vårdgarantin.

För att ge personen bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till hans eller hennes ålder,

mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen). Situationer när personer till exempel är påverkade av alkohol eller narkotika eller har en nedsatt kognitiv förmåga ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos personalen.

Patienten eller klienten behöver också tid för att tänka igenom sina val, och många kan vilja diskutera de olika alternativen med någon anhörig. Det kan därför vara bra att även anhöriga tar del av viktig information, och exempelvis deltar vid möten med vårdpersonal. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § patientlagen).

Ett sätt att säkerställa delaktighet är att i en genomförandeplan dokumentera de mål och metoder som aktuell personal har kommit överens om tillsammans med patienten eller klienten. Genomförandeplanen kan sedan vara en utgångspunkt för att följa upp målen och utvärdera behandlingen.

Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [43] beskriver lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer och personal inom hälso- och sjukvården. Handboken går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

I Socialstyrelsens guide *Min guide till säker vård* [44] finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård. Guiden går att ladda ner eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Förutom delaktighet på individnivå är det även viktigt med delaktighet på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet. En del patienter och klienter med missbruk eller beroende har långvarig kontakt med vården och därmed omfattande erfarenheter och kunskaper om densamma. Sådan information bör vården ta vara på för att till exempel förbättra bemötandet av patienter och klienter samt för att anpassa vårdens organisation och de åtgärder som erbjuds.

Socialstyrelsens vägledning *Att ge ordet och lämna plats* [45] riktar sig till personal inom socialtjänsten, psykiatrin samt missbruks- och beroendevården, och tar upp medverkan och inflytande på såväl individnivå som verksamhets- och systemnivå. I vägledningen redogörs för lagstiftningen om brukares rättigheter samt de organisatoriska och strukturella förutsättningar som underlättar deras medverkan och inflytande. Vägledningen går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Ett gott bemötande förbättrar samarbetet

Både att använda metoder baserade på bästa tillgängliga kunskap och att utveckla ett gott samarbete med patienten eller klienten ger förutsättningar för en god vård och omsorg. Ett bra samarbete mellan personalen och patienten eller klienten (som ofta benämns arbetsallians) är viktigt i all behandling, men kanske särskilt när det handlar om att förändra beteenden.

För att vården ska ge goda resultat bör den vårdsökande uppleva bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt. Ett bra bemötande är viktigt för att personer som behöver hjälp över huvud taget ska söka sig till vården. Det bidrar också till att skapa ett gott samarbete mellan personalen och patienten eller klienten samt till att den enskilde deltar i att planera och genomföra behandlingen.

Det finns tre nivåer för bemötandet: systemnivå (lagstiftning och regler), verksamhetsnivå (rutiner och traditioner) och individnivå (mötet mellan personal och patienter eller klienter). Hur bemötandet upplevs påverkas bland annat av personalens kunskap, attityder och beteende [46].

Förutom personalens yrkeskunskap är det även viktigt med en personlig kompetens som bland annat omfattar empatisk förmåga och förmåga att pedagogiskt förklara tillstånd, orsaker och insatser. För psykologisk och psykosocial behandling har terapeutens kompetens och samarbetet mellan terapeut och patient eller klient lika stor betydelse för resultatet av behandlingen som själva behandlingsmetoden. De olika faktorernas inflytande varierar och samspelar med varandra. I de fall patienten eller klienten upplever att samarbetet med terapeuten fungerar mindre väl har terapeutens följsamhet till metoden större betydelse för resultatet, vilket talar för vikten av följsamhet till specifika metoder [47].

Utbildning i hur patienter och klienter bör bemötas kan förbättra kommunikationen och bemötandet. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Att mötas i hälso- och sjukvård* [48] är till för att stödja personal i hälso- och sjukvården att reflektera över och arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Kontinuitet och samordning underlättar behandlingen

Något som kan bidra till att skapa ett gott samarbete och en förtroendefull relation mellan personal och patient eller klient är kontinuitet. Enligt 29 a § HSL ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (se även 6 kap. 1 och 2 § patientlagen (2014:821).

Att samma person eller personer har hand om behandling och stödinsatser är av betydelse för samarbetet och underlättar förändringsarbetet. Behandlingsplaner följs och stäms lättare av om samma personer, som känner patienten eller klienten och dennas situation, följer patienten eller klienten. Det handlar om förtroende och att inte behöva upprepa information om sin situation [49, 50].

För personer med missbruk och beroende som har behov av åtgärder från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska huvudmännen tillsammans upprätta en individuell plan (3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om han eller hon samtycker till det. Planen ska bland annat ange vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för och vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

En tillgänglig missbruks- och beroendevård

En tillgänglig vård innebär att vården och omsorgen är tillgänglig, att den ges i rimlig tid och att ingen behöver vänta oskäligt länge på vård eller omsorg [42].

Enligt 11 kap. 1 § SoL ska socialnämnden utan dröjsmål inleda en utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon

åtgärd av nämnden. I 2 a § HSL står att patienter som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart att det inte behövs. I HSL finns även bestämmelser om vårdgaranti, och de gäller vid missbruk och beroende på samma sätt som vid andra tillstånd. För socialtjänsten finns ingen motsvarande lagstadgad vårdgaranti.

För personer med missbruk och beroende är det viktigt med snabb tillgång till vård. Motivationen tenderar att vara som starkast när den enskilde söker hjälp. För att vård och behandling ska vara framgångsrik är det därför viktigt att snabbt erbjuda hjälp när en person med missbruk eller beroende söker kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, både vid förstagångskontakter och senare i samband med återfall.

Tillgänglighet handlar även om att individen ska ha valmöjligheter och alternativ. För att kunna ha ett brett utbud som ger valmöjligheter krävs utökad samverkan, både mellan kommuner och landsting, och mellan olika kommuner. Inom ramen för de överenskommelser som landsting och kommuner är skyldiga att ingå om samarbete kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel (se 8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) finns förutsättningar för att förbättra både tillgång i form av ett bredare utbud och tidsmässig tillgång.

För att förbättra tillgängligheten ytterligare bör missbruk och beroende också i större utsträckning uppmärksammas och behandlas i verksamheter med breda kontaktytor gentemot befolkningen, som till exempel primärvården och studenthälsan. Personer med omfattande problem och hjälpbehov inom flera områden utgör en minoritet av alla personer med alkoholproblem, men det är framför allt dessa personer som är aktuella inom socialtjänsten och den specialiserade beroendevården [1]. Många personer med mindre omfattande problem söker sjukvård för olika somatiska eller psykiska besvär, men andelen som identifieras och kan få behandling för sitt missbruk eller beroende varierar och är sannolikt betydligt mindre än vad som vore möjligt [1].

Projektorganisation

Projektledning

Sven Andreasson	ordförande faktagrupp behandling, professor, avdelningen för social-medicin, institutionen för folkhälso-vetenskap, Karolinska institutet, överläkare och verksamhetschef, Riddargatan 1, Beroendecentrum Stockholm
Olof Beck	ordförande faktagrupp medicin-ska test, professor, laboratoriechef, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Maria Branting	projektledare (från april 2013), del-projektledare vetenskapligt under-lag (till april 2013), Socialstyrelsen
Maria Enggren Zavisic	projektledare (till april 2013), Socialstyrelsen
Claudia Fahlke	ordförande faktagrupp behandling, professor, leg psykolog, Psyko-logiska institutionen, Göteborgs universitet och beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Lena Hansson	delprojektledare vetenskapligt underlag (från februari 2014), Socialstyrelsen

Thomas Lundqvist	ordförande faktagrupp ungdomar, docent (i psykologi), institutionen för psykologi, Lunds universitet, leg. psykolog, Psykiatri Lund
Ulf Malmström	sakkunnig, samordnare ANDTS-frågor, Socialstyrelsen
Anna Nyberg	delprojektledare vetenskapligt underlag (från april 2013 till februari 2014), Socialstyrelsen
Anders Tengström	ordförande faktagrupp ungdomar, docent (i psykologi), Karolinska institutet, leg. psykolog
Peter Wennberg	ordförande faktagrupp bedömningsinstrument, lektor vid SoRAD, Stockholms universitet, docent (i psykologi)
Agneta Öjehagen	sakkunnig, professor i psykosocial forskning, mediciniska fakulteten, Lunds universitet, socionom, leg. psykoterapeut

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för bedömningsinstrument

Peter Wennberg	ordförande faktagrupp bedömningsinstrument, lektor vid SoRAD, Stockholms universitet, docent (i psykologi)
Kristina Berglund	docent, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

Anne H Berman	docent, adj. lektor i klinisk psykologi, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, Karolinska institutet, Centrum för psykiatriforskning, Beroendecentrum Stockholm
Anna-Karin Danielsson	medicine doktor (PhD i socialmedicin), Karolinska institutet, handläggare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för behandling

Sven Andreasson	ordförande faktagrupp behandling, professor, avdelningen för socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, överläkare och verksamhetschef, Riddargatan 1, Beroendecentrum Stockholm
Claudia Fahlke	ordförande faktagrupp behandling, professor, leg. psykolog, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet samt beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Mats Fridell	områdesansvarig psykologisk och psykosocial behandling narkotika, professor (i klinisk psykologi), Lunds universitet, Linnéuniversitetet, Lund och Växjö, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, handledare

Anders Hammarberg	områdesansvarig psykologisk och psykosocial behandling alkohol, medicine doktor, beteendevetare, leg. psykoterapeut, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Centrum för psykiatri-forskning och Beroendecentrum, Stockholm
Göran Nordström	områdesansvarig läkemedelsbehandling, överläkare, psykiater, medicine doktor, psykiatriska kliniken, Lund
Tove Abrahamsson	doktorand, Lunds universitet, AT-läkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Tommy Andersson	docent, institutionen för socialt arbete, Umeå universitet
Ylva Benderix	doktor (i vårdvetenskap), Linneuniversitetet, Växjö
Jonas Berge	doktorand, AT-läkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Torbjörn Forkby	docent (i socialt arbete), FoU i Väst/GR, institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet
Arne Gerdner	professor (i socialt arbete), Hälsohögskolan i Jönköping
Leif Grönbladh	medicine doktor, programchef, Beroende- och Neuropsykiatri, LARO-mottagningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala, forskare vid Neurocentrum, Uppsala universitet

Joar Guterstam	doktorand, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, ST-läkare, Beroendecentrum Stockholm
Morten Hesse	lektor, psykologisk institut, center for rusmiddelforskning, Aarhus universitet
Anders C Håkansson	leg. läkare, docent, Beroendecentrum Malmö, VO Vuxenpsykiatri Malmö och avdelningen för psykiatri, institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet
Nitya Jayaram-Lindström	medicine doktor, psykolog, forskarassistent, koordinator för programområde beroende, Centrum för psykiatriforskning, Stockholm, Karolinska universitetssjukhuset
Lotfi Khemiri	doktorand, underläkare, Beroendecentrum Stockholm
Annika Nordström	medicine doktor, forskningsledare, FoU välfärd, region Västerbotten, adj. lektor, epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet
Björn Philips	docent (i klinisk psykologi), lektor, institutionen för beteendevetenskap och lärande (IBL), Linköpings universitet, adj. lektor, centrum för psykiatriforskning, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, Beroendecentrum Stockholm

Christina Scheffel Birath	medicine doktor, leg. psykolog, Beroendecentrum Stockholm
Sara Wallhed Finn	doktorand, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm, leg. psykolog, Beroendecentrum Stockholm

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för medicinska test

Olof Beck	ordförande faktagrupp medicinska test, professor, laboratoriechef, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Marja-Liisa Dahl	professor, överläkare, avdelningen för klinisk farmakologi, institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska institutet
Anders Helander	adj. professor, Karolinska institutet, institutionen för laboratoriemedicin, Stockholm, sjukhuskemist, Karolinska universitetslaboratoriet, klinisk kemi och klinisk farmakologi, Stockholm
Ulric Hermansson	medicine doktor, adj. universitetslektor, Karolinska institutet, Centrum för psykiatriforskning i Stockholm

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för psykosociala stödinsatser

Mats Blid	lektor (i socialt arbete), Mittuniversitetet, Östersund
Arne Gerdner	professor (i socialt arbete), Hälsohögskolan i Jönköping

Sven-Uno Marnetoft	doktor (i medicinsk vetenskap), docent (i rehabiliteringsvetenskap), lektor, avdelningen för hälsovetenskap, Mittuniversitetet
Anette Skårner	docent, lektor, institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet
Nils Stenström	filosofie doktor (i socialt arbete), socionom, forskare vid enheten för kunskapsutveckling, Socialstyrelsen.

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för ungdomar

Thomas Lundqvist	ordförande faktagrupp ungdomar, docent (i psykologi), institutionen för psykologi, Lunds universitet, leg. psykolog, Psykiatri Lund
Anders Tengström	ordförande faktagrupp ungdomar, docent (i psykologi), Karolinska institutet, leg. psykolog
Yasmina Molero Samuelson	medicine doktor, Karolinska institutet, forskare, institutionen för klinisk neurovetenskap, centrum för psykiatriforskning samt institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för samsjuklighet

Agneta Öjehagen	ordförande faktagrupp samsjuklighet, professor i psykosocial forskning, mediciniska fakulteten, Lunds universitet, socionom, leg. psykoterapeut

Christina Nehlin Gordh	medicine doktor, socionom, Akademiska sjukhuset samt Uppsala universitet, institutionen för neurovetenskap, psykiatri

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

Lars Hagberg	hälsoekonom, medicine doktor, regionkansliet hållbar utveckling/ vårdvetenskapligt forskningscentrum, region Örebro län

Prioriteringsarbetet

Stefan Borg	prioriteringsordförande, docent
Anna von Reis	vice prioriteringsordförande, socionom, regional utvecklingsledare, Kommunförbundet Skåne
Jörgen Bergström	socialchef, Ydre kommun
Elisabeth Björk Andersson	socionom, koordinator, projekt Ciceron, individ- och familjeomsorgen, Strängnäs kommun
Jan Brännström	socionom, utvecklingsledare, socialtjänsten Umeå
Georg Fischer	socionom, utvecklingsledare socialtjänst, Fyrbodals kommunalförbund
Gabriella Fransson	verksamhetsledare, beroendemottagning och behandling inom socialtjänsten, Falkenbergs kommun
Gunnar Gunnarsson	leg. sjuksköterska, LARO-mottagningen, psykiatriska kliniken, SÄS Borås

Eva Hallberg	leg. psykolog, verksamhet beroende, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Per Anders Hultén	överläkare, specialist (i allmän psykiatri och i allmänmedicin), vuxenpsykiatriska kliniken, Södra Älvsborgs sjukhus
Patrik Kalander	socionom, strateg, sociala nämndernas förvaltning, Västerås stad
Ewa Kjell	socionom, enhetschef, missbruksenheten, Borlänge kommun
Mats Ohlson	filosofie doktor, förste kemist, klinisk kemi, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Carl Gustav Olofsson	chefsläkare, sjukhusvård och primärvård, Skellefteå, Västerbottens läns landsting
Wolther Planck	socionom, enhetschef, socialtjänst i Gävle kommun
Håkan Rosén	överläkare, Beroendecentrum Malmö, Psykiatri Skåne
Anna Karin Rudberg Larsson	socionom, enhetschef, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, landstinget Västernorrland
Maija Segle-Konstenius	medicine doktor, psykolog, enhetschef, Beroendecentrum Stockholm
Stefan Sparring	verksamhetschef, chefsöverläkare, psykiatriska kliniken, Mälarsjukhuset

Catalina Soler Torres	barn- och ungdomspsykiater, vuxenpsykiater, överläkare, öppenvård BUP Västerås, region Västmanland
Tommy Strandberg	verksamhetschef, Beroendecentrum i Örebro län, psykiatriförvaltningen, Örebro läns landsting
Jörgen Swedenson	enhetschef, avdelning social omsorg, socialförvaltningen, Haninge kommun
Sirpa Tamminen	gruppchef för utredning vuxen inom vuxenenheten IFO i Nacka
Mats Weström	specialist (i allmänmedicin), medicinskt sakkunnig, beställar- och analysenheten, Norrbottens läns landsting
Gunilla Österholm	verksamhetschef, individ- och familjeomsorg, socialförvaltningen, Bollnäs kommun, Gävleborgs län

Arbetet med indikatorer

Gunilla Ringbäck Weitoft	projektledare, Socialstyrelsen
Håkan Leifman	ordförande indikatorgruppen, direktör, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
Kristina Berglund	docent, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
Moa Isacsson	biträdande registerhållare, Svenskt beroenderegister

Mikael Eklöf	koordinator, Svenskt beroenderegister
Daniel Svensson	utredare, Socialstyrelsen

Andra medverkande

Linn Cederström	kommunikatör, Socialstyrelsen
Grethe Fochsen	utredare, Socialstyrelsen
Johan Glad	utredare, Socialstyrelsen
Max Gnipping	administratör, Socialstyrelsen
Margareta Hedner	utredare, Socialstyrelsen
Ann-Kristine Jonsson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Maja Kärrman Fredriksson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen
David Svärd	kommunikatör, Socialstyrelsen
Katrin Tonnes	kommunikatör, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	tillförordnad enhetschef, Socialstyrelsen
Kristina Wikner	enhetschef, Socialstyrelsen
Helene Persson	webbredaktör, Socialstyrelsen

Referenser

1. Bättre insatser vid missbruk och beroende : individen, kunskapen och ansvaret. Volym 1. Missbruksutredningens förslag. SOU 2011:35. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
2. Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga, SOU 2011:6. Socialdepartementet; 2011.
3. Ramstedt, M, Sundin, E, Landberg, J, Raninen, J. ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 - en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak. Stockholm: STAD; 2014.
4. Bättre insatser vid missbruk och beroende : individen, kunskapen och ansvaret. Volym 2. Missbruksutredningens analys. SOU 2011:35. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
5. Skattning av problematisk narkotikaanvändning 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
6. Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger. En vägledning. Folkhälsomyndigheten; 2015.
7. Skolelevers drogvanor 2014. Rapport nr 146. Stockholm: CAN; 2014.
8. Andréasson, S, Allebeck, P. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa.: Statens Folkhälsoinstitut; 2005. Report No.: R 2005; 11.
9. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
10. Ojämna villkor för hälsa och vård - jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
11. Barn och unga i familjer med missbruk. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. Socialstyrelsen; 2009.

12. Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen; 2012.
13. Skylla sig själv? – Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
14. Broqvist, M, Branting Elgstrand, M, Carlsson, P, Eklund, K, Jakobsson, A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. . Linköpings universitet: Prioriteringscentrum; 2011. Report No.: 2011:4.
15. Lund, K. Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting. Erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.: PrioriteringsCentrum; 2010. Report No.: 2010:1.
16. Armelius, B-Å, Bihlar, B, Fahlke, C, Fridell, M, Hillarp Katz, L, Reitan, Tr. BiB 2010 Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse; 2010.
17. Sigmon, SC. Characterizing the emerging population of prescription opioid abusers. The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions. 2006; 15(3):208-12.
18. Brands, B, Blake, J, Sproule, B, Gourlay, D, Busto, U. Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. Drug and alcohol dependence. 2004; 73(2):199-207.
19. Moore, BA, Fiellin, DA, Barry, DT, Sullivan, LE, Chawarski, MC, O'Connor, PG, et al. Primary care office-based buprenorphine treatment: comparison of heroin and prescription opioid dependent patients. Journal of general internal medicine. 2007; 22(4):527-30.
20. Behandling vid alkoholabstinens – ny rekommendation. Läkemedelsverket 2010.
21. Ling, W, Mooney, L, Hillhouse, M. Prescription opioid abuse, pain and addiction: clinical issues and implications. Drug and alcohol review. 2011; 30(3):300-5.

22. Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
23. van Emmerik-van Oortmerssen, K, van de Glind, G, van den Brink, W, Smit, F, Crunelle, CL, Swets, M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. Drug and alcohol dependence. 2012; 122(1-2):11-9.
24. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
25. Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - Komplettering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
26. Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna – Stöd för beslut om behandling – Remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
27. Jarl, J, Johansson, P, Eriksson, A, Eriksson, M, Gerdtham, UG, Hemstrom, O, et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2008; 9(4):351-60.
28. Öppna jämförelser 2014 – Missbruks- och beroendevården – Resultat, metod och indikatorer Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
29. Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården 2014. Fem indikatorer om läkemedelsuttag, återinskrivning i vården samt dödlighet bland personer med missbruks- och beroendediagnos. Hämtad 2015-03-12 från http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/missbrukochberoende. Socialstyrelsen.
30. Statistikdatabas för läkemedel [databas]. Sökning gjord 2015-03-12 från http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel. Socialstyrelsen.
31. Nilsson, I, Wadeskog, A. Varje drogfri dag en framgång. Socioekonomiskt bokslut för metadonprogrammet i Stockholm. 2008.

32. Pedersen, B, Nordström, M, Jensen, S, Sundén, E. Strategisk plan för psykiatriska vården i Skåne, slutrapport. LARO, Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende.: Region Skåne; 2012.
33. Rekommendationer om innehåll i MI-utbildningar av olika längd och med olika gruppstorlekar. Hämtad 2014-02-20 från http://www.motiverandesamtal.org/node/1893. MINT-Nordic; 2011.
34. Öppenvårdens former, En nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
35. Öppna jämförelser 2014 – Stöd till personer med funktionsnedsättning – Nationella resultat, metod och indikatorer Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
36. Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner – Individual Placement and Support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
37. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
38. Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem samt övriga vuxna – Insatser år 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
39. Bild, M. Ett folkhem för alla? – Kommunala insatser mot hemlöshet.: Mittuniversitetet; 2008.
40. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer – Rapport från Info VU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. . Socialstyrelsen; 2005.
41. Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen; 2009.
42. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt 2013. Stocholm: Socialstyrelsen; 2013.
43. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
44. Min guide till säker vård Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

45. Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
46. Lindqvists nia - nio vägar att utveckla bemötandet (SOU 1999:21). 97-100. Socialdepartementet; 1999.
47. Barber, JP. Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research. 2009; 19(1):1-12.
48. Att mötas i hälso-och sjukvård – ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
49. Miller, WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychological bulletin. 1985; 98(1):84-107.
50. Schaefer, JA, Ingudomnukul, E, Harris, AH, Cronkite, RC. Continuity of care practices and substance use disorder patients' engagement in continuing care. Medical care. 2005; 43(12):1234-41.

Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista

Tillstånds- och åtgärdslistan innehåller 153 rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende. En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationella riktlinjer. Där är det också möjligt att läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Vetenskapligt underlag.*

Rad	**Tillstånd och åtgärd**	**Motivering till rekommendation**	**Rekommendation**
A01	Möjliga alkoholproblem *Identifiera alkoholproblem med AUDIT*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att identifiera alkoholproblem. Kommentar: Instrumentet är användarvänligt och kan administreras både som intervju och självskattningsformulär.	1
A02	Möjliga narkotikaproblem *Identifiera narkotikaproblem med DUDIT*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar relativt väl för att identifiera narkotikaproblem, men att det saknas validitet med avseende på missbruk och relevanta poänggränser för skadligt bruk av narkotika. Kommentar: Instrumentet är användarvänligt och kan administreras både som intervju och självskattningsformulär.	3
A03	Möjliga alkoholproblem *Identifiera alkoholproblem med CAGE*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas stöd kring reliabilitet och att stöd kring validitet bör kompletteras. Kommentar: Instrumentet tillför lite utöver AUDIT och det finns ingen svensk manual.	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
A04	Möjliga alkoholproblem *Identifiera alkoholproblem med mm-MAST*	Avgörande för rekommendationen är att stödet kring reliabilitet bör omarbetas och klargöras. Kommentar: Instrumentet tillför lite utöver AUDIT och det finns ingen svensk manual.	8
A05	Möjliga alkoholproblem *Identifiera alkoholproblem med ASSIST*	Avgörande för rekommendationen är att stödet för den tekniska kvaliteten inte är möjlig att gradera på grund av avsaknad av information. Kommentar: Instrumentet används internationellt, en svensk utvärdering pågår.	FoU
A06	Möjliga narkotikaproblem *Identifiera narkotikaproblem med ASSIST*	Avgörande för rekommendationen är att stödet för den tekniska kvaliteten inte är möjlig att gradera på grund av avsaknad av information. Kommentar: Instrumentet används internationellt, en svensk utvärdering pågår.	FoU
A07	Möjligt skadligt bruk, missbruk eller beroende *Underlag för diagnostik med MINI*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar relativt väl som underlag för att diagnostisera alkohol- och narkotikamissbruk och beroende. Validiteten är dock varierande. Kommentar: Ett mindre omfattande instrument som MINI är av stort kliniskt värde. Instrumentet kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet i form av annan psykisk störning.	3
A08	Möjligt skadligt bruk, missbruk eller beroende *Underlag för diagnostik med SCID I*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar relativt väl som underlag för att diagnostisera alkohol- och narkotikamissbruk och beroende. Kommentar: Instrumentet kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet i form av annan psykisk störning.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
A09	Möjligt skadligt bruk, missbruk eller beroende *Underlag för diagnostik med SCAN*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet har varierande validitet avseende beroende och dålig validitet avseende missbruk, samt att stödet för reliabiliteten bör kompletteras. Kommentar: Det finns ingen svensk manual.	10
A10	Alkoholproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma alkoholproblemen med alcohol-E*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet är användbart och informativt enligt prioriteringsgruppens bedömning. Det saknas dock stöd för att kunna bedöma instrumentets validitet, och stöd för instrumentets reliabilitet bör kompletteras. Kommentar: Det finns en lättillgänglig svensk manual, och instruktioner till användare är tillräckligt goda.	5
A11	Alkoholproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma alkoholproblemen med AVI-R2*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas stöd för den tekniska kvaliteten. Kommentar: Instrumentet är omfattande. Det finns en svensk manual, men den är svårtillgänglig och instruktionerna bör kompletteras.	10
A12	Narkotikaproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma narkotikaproblemen med DUDIT-E*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar relativt väl för att bedöma narkotikaproblemen. Kommentar: Det finns en lättillgänglig svensk manual med bra instruktioner till användare.	3
A13	Möjligt skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol *Underlag för diagnostik med ADDIS*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl som underlag för att diagnostisera alkoholmissbruk och -beroende. Kommentar: Det finns en svensk manual, som är tillgänglig efter utbildning. Instruktioner till användare är goda.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
A14	Möjligt skadligt bruk, missbruk eller beroende av narkotika *Underlag för diagnostik med ADDIS*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar relativt väl som underlag för att diagnostisera narkotikamissbruk och -beroende. Kommentar: Det finns en svensk manual, som är tillgänglig efter utbildning. Instruktioner till användare är goda.	3
A15	Alkoholproblem, behov av att kartlägga konsumtionen *Bedöma alkoholkonsumtionen med timeline follow-back (TLFB)*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet är enkelt och att det fungerar relativt väl för att bedöma alkoholkonsumtionen. Kommentar: Svensk manual saknas.	*5*
A16	Narkotikaproblem, behov av att kartlägga användningen *Bedöma narkotikaanvändningen med timeline follow-back (TLFB)*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet är enkelt och att det fungerar relativt väl (men sämre än för alkoholkonsumtion) för att bedöma narkotikaanvändningen. Kommentar: Svensk manual saknas.	6
A17	Alkoholproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma förändringsbenägen-het med MAPS*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas information om den tekniska kvaliteten. Kommentar: En förlaga till svensk manual finns tillgänglig efter utbildning, men instruktionerna till användare bör omarbetas och klargöras.	9
A18	Narkotikaproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma förändringsbenägenhet med MAPS*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas information om den tekniska kvaliteten. Kommentar: En förlaga till svensk manual finns tillgänglig efter utbildning, men instruktionerna till användare bör omarbetas och klargöras.	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
A19	Alkoholproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma psykosocialt hjälpbehov med ASI*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att utforska hjälpbehov hos personer med alkoholproblem. Kommentar: Det finns en lättillgänglig svensk manual med tillräckligt goda instruktioner till användare.	1
A20	Narkotikaproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma psykosocialt hjälpbehov med ASI*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att utforska hjälpbehov hos personer med narkotikaproblem. Kommentar: Det finns en lättillgänglig svensk manual med tillräckligt goda instruktioner till användare.	1
A21	Alkoholproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma psykosocialt hjälpbehov med DOK*	Avgörande för rekommendationen är att stödet kring validitet och reliabilitet bör kompletteras. Kommentar: Det finns en lättillgänglig svensk manual med tillräckligt goda instruktioner till användare.	6
A22	Narkotikaproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma psykosocialt hjälpbehov med DOK*	Avgörande för rekommendationen är att stödet kring validitet och reliabilitet bör kompletteras. Kommentar: Det finns en lättillgänglig svensk manual med tillräckligt goda instruktioner till användare.	6
A23	Alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, behov av problemkartläggning *Bedöma psykosocialt hjälpbehov med ADAD*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att utforska hjälpbehov enligt beprövad erfarenhet. Kommentar: Dock är det vetenskapliga stödet för validiteten osäkert, vilket har påverkat prioriteringen.	4
B01	Befarat pågående intag av alkohol *Mätning av alkoholhalten i utandningsluft*	Avgörande för rekommendationen är att mätning i utandningsluft har god sensitivitet och specificitet. Kommentar: Testet är enkelt att utföra och har hög tillämplighet i den kliniska situationen.	1

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B02	Befarat nyligt intag av alkohol *Mätning av alkoholhalten i urin*	Avgörande för rekommendationen är att mätning av alkoholhalten i urin har ett kortare tidsfönster än EtG eller EtS.	*7*
B03	Befarat nyligt intag av alkohol *Mätning av EtG eller EtS i blod och urin*	Avgörande för rekommendationen är att EtG eller EtS har en god sensitivitet och specificitet. Testet har ett långt tidsfönster som innebär att man kan spåra intag efter det att blodalkoholhalten är noll.	2
B04	Befarat långvarigt högt intag av alkohol *Mätning av GT i blodprov*	Avgörande för rekommendationen är att GT har förhållandevis god sensitivitet och specificitet, men sämre än PEth, och sämre specificitet än CDT enligt beprövad erfarenhet.	3
B05	Befarat långvarigt högt intag av alkohol *Mätning av ASAT och ALAT i blodprov*	Avgörande för rekommendationen är att ASAT och ALAT har både sämre sensitivitet och specificitet än PEth och CDT.	*5*
B06	Befarat långvarigt högt intag av alkohol *Mätning av MCV i blodprov*	Avgörande för rekommendationen är att sensitiviteten är mycket låg.	10
B07	Befarat långvarigt högt intag av alkohol *Mätning av CDT i blodprov*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är osäkert när det gäller specificiteten för CDT på grund av avsaknad av säkert jämförelsetest, men enligt beprövad erfarenhet är denna mycket god.	2
B08	Befarat långvarigt högt intag av alkohol *Mätning av PEth i blodprov*	Avgörande för rekommendationen är att PEth både har hög sensitivitet och specificitet.	2
B09	Befarat pågående eller nyligt intag av narkotika *Urinprov*	Avgörande för rekommendationen är att metoden anses vara det bästa tillgängliga sättet att identifiera intag.	1
B10	Befarat pågående eller nyligt intag av narkotika *Salivprov*	Avgörande för rekommendationen är att salivprov är mindre tillförlitligt än urinprov, särskilt för cannabis och bensodiazepiner. Det har dessutom ett kort tidsfönster.	*7*
B11	Befarat pågående eller nyligt intag av narkotika *Utandningsprov*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
B12	Befarat pågående eller nyligt intag av narkotika *Patientnära drogtest (snabbtest) med urinprov*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden är mer osäker än analyser från laboratorier.	5
B13	Befarat pågående eller nyligt intag av narkotika *Patientnära drogtest (snabbtest) med salivprov*	Avgörande för rekommendationen är att salivprov är mindre tillförlitligt än urinprov, särskilt för cannabis och bensodiazepiner. Det har dessutom ett kort tidsfönster.	8
C01	Alkoholabstinens *Bensodiazepiner*	Avgörande för rekommendationen är att bensodiazepiner är det enda läke-medel som både kan lindra symtom och förebygga komplikationer.	2
C02	Alkoholabstinens *Klometiazol (Heminevrin)*	Avgörande för rekommendationen är att klometiazol är väl beprövat och har likvärdig effekt på abstinenssymtom som bensodiazepiner. Klometiazol kan dock ge en ökad risk för andningsdepression och ökad sekretion i luftvägarna Kommentar: Klometiazol bör därför vara förbehållet inneliggande vård och endast ges i avgränsad abstinensfas.	3
C03	Alkoholabstinens *Karbamazepin*	Avgörande för rekommendationen är att karbamazepin är ett väl etablerat preparat och har likvärdig effekt på abstinenssymtom som bensodiazepiner.	3
C04	Alkoholabstinens *Övriga antiepileptika*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har varierande effekt, begränsat vetenskapligt underlag och att det finns risk för biverkningar. Kommentar: Det finns alternativa behandlingsmetoder.	9
C05	Alkoholabstinens *Antihistaminer*	Avgörande för rekommendationen är att abstinenskomplikationer har påvisats i studier där antihistaminer prövats. Läkemedlet är behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar att utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
C06	Alkoholabstinens *Neuroleptika*	Avgörande för rekommendationen är att abstinenskomplikationer har påvisats i studier där neuroleptika prövats. Läkemedlet är behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar att utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp.	Icke-göra
C07	Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens *Bensodiazepiner*	Avgörande för rekommendationen är att bensodiazepiner har effekt på risken för abstinensepilepsianfall och delirium tremens.	1
C08	Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens *Klometiazol (Heminevrin)*	Avgörande för rekommendationen är att klometiazol är väl beprövat ger likvärdig effekt på risk för abstinensepilepsi som bensodiazepiner. Klometiazol kan dock ge en ökad risk för andningsdepression och ökad sekretion i luftvägarna. Kommentar: Klometiazol bör därför vara förbehållet inneliggande vård och endast ges i avgränsad abstinensfas.	*5*
C09	Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens *Antihistaminer*	Avgörande för rekommendationen är att antihistaminer inte har effekt på abstinensepilepsi och delirium. Läkemedlet är dessutom behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp.	Icke-göra
C10	Alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens *Neuroleptika*	Avgörande för rekommendationen är att neuroleptika ger en högre risk för abstinensepilepsi och delirium tremens än behandling med bensodiazepiner. Läkemedlet är behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp.	Icke-göra
C11	Svår alkoholabstinens (delirium tremens) *Bensodiazepiner*	Avgörande för rekommendationen är att delirium tremens är ett allvarligt tillstånd, och behandlingen kan vara livräddande.	1

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
C12	Svår alkoholabstinens (delirium tremens) *Klometiazol (Heminevrin)*	Avgörande för rekommendationen är att delirium tremens är ett allvarligt tillstånd, och att behandlingen kan vara livräddande. Det vetenskapliga stödet för klometiazol är sämre än för bensodiazepiner, men det har god effekt enligt prioriteringsgruppens bedömning.	1
C13	Svår alkoholabstinens (delirium tremens) *Neuroleptika*	Avgörande för rekommendationen är att neuroleptika tycks medföra högre dödlighet än sedativa/hypnotika. Läkemedlet är behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp.	Icke-göra
C14	Alkoholberoende *Disulfiram (Antabus)*	Avgörande för rekommendationen är att disulfiram har god effekt och låg kostnad per effekt. Kommentar: Dock krävs provtagning och uppföljning på grund av leverpåverkan.	1
C15	Alkoholberoende *Akamprosat (Campral)*	Avgörande för rekommendationen är att akamprosat har god effekt på minskad konsumtion och minskade återfall samt har låg kostnad per effekt. Kommentar: Effekten är något sämre än för disulfiram, men akamprosat har inga allvarliga biverkningar.	1
C16	Alkoholberoende *Naltrexon (peroralt)*	Avgörande för rekommendationen är att naltrexon har en snabbt isättande effekt och ger färre tunga dryckesdagar samt har låg kostnad per effekt.	1
C17	Alkoholberoende *Akamprosat (Campral) och naltrexon*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon positiv effekt på alkoholberoende.	8
C18	Alkoholberoende *Nalmefen*	Avgörande för rekommendationen är att nalmefen kan jämföras med naltrexon och har visat god effekt i kliniska studier. Dock saknas klinisk erfarenhet, vilket motiverar en något lägre prioritering.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
C19	Alkoholberoende *Topiramat (Topimax)*	Avgörande för rekommendationen är att topiramat trots att det inte har indikationen alkoholberoende ändå visat god effekt på intagen mängd alkohol och på nyktra perioder. Dock krävs det ofta lång tid och tät uppföljning för att uppnå en adekvat dosering.	7
C20	Alkoholberoende *Baklofen*	Avgörande för rekommendationen är att baklofen trots att det inte har indikationen alkoholberoende ändå visat god effekt på intagen mängd alkohol och på nyktra perioder. Det vetenskapliga underlaget är dock begränsat. Kommentar: Avsaknaden av levertoxicitet ger läkemedlet en fördel vid långt skriden hepatopati.	7
C21	Alkoholberoende *GHB*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden är beroendeframkallande.	Icke-göra
C22	Alkoholberoende *Antidepressiva läkemedel*	Avgörande för rekommendationen är att antidepressiva läkemedel kan ha en effekt på alkoholkonsumtionen, men en minskad alkoholkonsumtion har konstaterats endast för vissa preparat i ett fåtal studier och då för genetiskt definierade undergrupper av alkohol-beroende personer.	10
C23	Alkoholberoende *Gabapentin*	Avgörande för rekommendationen är att gabapentin trots att det inte har indikationen alkoholberoende ändå har visat god effekt på intagen mängd alkohol och på nyktra perioder. Dock krävs det ofta lång tid och tät uppföljning för att uppnå en adekvat dosering.	7
C24	Långvarigt bruk av bensodiazepiner där utsättning på sedvanligt sätt inte varit möjligt *Bensodiazepinnedtrappning*	Avgörande för rekommendationen är att nedtrappning av bensodiazepin ökar andelen patienter som blir bensodiazepinfria.	2

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
C25	Långvarigt bruk av bensodiazepiner i hög dos där utsättning på sedvanligt sätt inte varit möjligt *Flumazenil*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och att kliniska prövningar pågår.	FoU
C26	Cannabisberoende *Acetylcystein*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en viss effekt. Kommentar: Det saknas alternativ läkemedelsbehandling. Åtgärden kan sättas in under en begränsad period.	8
C27	Amfetaminberoende *Mirtazapin*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
C28	Amfetaminberoende *Naltrexon*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på amfetaminanvändning och kvarstannande i behandling och inte är förknippad med några allvarliga biverkningar. Kommentar: Det finns få alternativa läkemedelsbehandlingar.	4
C29	Amfetaminberoende *Metylfenidat*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
C30	Kokainberoende *Antiepileptika*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden saknar effekt på kokainanvändning och kvarstannande i behandling.	Icke-göra
C31	Kokainberoende *Antidepressiva*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden saknar effekt på drogfrihet. Kommentar: Det kan dock ha en viss positiv effekt på kvarstannande i behandling, vilket kan minska risken för komplikationer av beroendet och över tid öka motivationen till drogfrihet.	10
C32	Kokainberoende *Centralstimulerande*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks sakna effekt på kokainanvändning, drogfrihet och kvarstannande i behandling.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
C33	Kokainberoende *Disulfiram*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
C34	Opiatabstinens (heroinberoende) *Metadon*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar abstinenssymtom och ökar kvarstannande i behandling.	2
C35	Opiatabstinens (heroinberoende) *Buprenorfin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar abstinenssymtom och ökar kvarstannande i behandling. Kommentar: Buprenorfin är lättare att anpassa efter symtom än metadon, och har därför fått en högre prioritering.	1
C36	Opiatabstinens (heroinberoende) *Klonidin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har sämre effekt på kvarstannande i behandling och fler biverkningar än metadon.	7
C37	Opiatberoende *Läkemedelsassisterad behandling med metadon*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en god effekt på andelen som använder droger och på kvarstannande i behandling.	2
C38	Opiatberoende *Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin*	Avgörande för rekommendationen är att buprenorfin inte har bättre effekt än metadon och att det är möjligt att missbruka.	6
C39	Opiatberoende *Läkemedelsassisterad behandling med naltrexon*	Avgörande för rekommendationen är att naltrexon inte har en säkerställd effekt på drogfrihet eller kvarstannande i behandling jämfört med placebo eller psykologisk eller psykosocial behandling. Kommentar: Åtgärden kan vara ett alternativ för personer som av något skäl inte önskar behandling med metadon, buprenorfin eller kombinationen buprenorfin-naloxon.	10
C40	Opiatberoende *Övervakat heroinintag*	Avgörande för rekommendationen är att det finns risk för biverkningar i form av överdoser och injektionsrelaterade komplikationer.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
C41	Opiatberoende *Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin och naloxon (Suboxone)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en god effekt på andelen som använder droger och på kvarstannande i behandling samt att den har mindre allvarliga biverkningar än metadon.	1
C42	Opioidanalgetikaberoende *Nedtrappning*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar andelen patienter som blir opioidfria. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.	3
C43	Opioidanalgetikaberoende där nedtrappning inte lett till opioidfrihet *Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar andelen patienter som blir opioidfria.	3
C44	Opioidanalgetikaberoende där nedtrappning inte lett till opioidfrihet *Läkemedelsassisterad behandling med metadon*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
D01	Alkoholmissbruk eller -beroende *Kort intervention med motiverande samtal (MI) eller annan samtalsmetod*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	10
D02	Alkoholmissbruk eller -beroende *Motivationshöjande behandling (MET)*	Avgörande för rekommendationen är att MET har en god effekt och en låg kostnad per effekt för såväl individuell behandling som gruppbehandling.	1
D03	Alkoholmissbruk eller -beroende *Tolvstegsbehandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en god effekt och en låg kostnad per effekt om den erbjuds i form av gruppbehandling. Kommentar: Kostnadseffektiviteten är sämre än för MET.	2

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D04	Alkoholmissbruk eller -beroende *Community reinforcement approach (CRA)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en god effekt och en låg kostnad per effekt om den erbjuds i form av gruppbehandling. Kommentar: Kostnadseffektiviteten är sämre än för MET.	2
D05	Alkoholmissbruk eller -beroende *Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en god effekt och en låg kostnad per effekt om den erbjuds i form av gruppbehandling. Kommentar: Kostnadseffektiviteten är sämre än för MET.	2
D06	Alkoholmissbruk eller -beroende *Cue exposure som tillägg till kognitiv beteendeterapi (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte tycks ha någon tillläggseffekt utöver KBT. Kommentar: Etiska överväganden har påverkat rekommendationen.	Icke-göra
D07	Alkoholmissbruk eller -beroende *Acceptance and commitment therapy (ACT)*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och att forskning pågår.	FoU
D08	Alkoholmissbruk eller -beroende *Psykodynamisk (PDT) eller interaktionell terapi (ITP)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har positiv effekt, men det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Kostnadseffektiviteten är sämre än för MET.	4
D09	Alkoholmissbruk eller -beroende *Lösningsfokuserat arbetssätt*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för personer med missbruk eller beroende av alkohol.	10
D10	Alkoholmissbruk eller -beroende *Mindfulnessmeditation som tillägg till annan behandling*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D11	Alkoholmissbruk eller -beroende *Webbaserad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för personer med missbruk eller beroende av alkohol. Kommentar: En liknande åtgärd, webb- och datorbaserad rådgivning, tas upp i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, och rekommenderas där för personer med riskbruk av alkohol.	FoU
D12	Alkoholmissbruk eller -beroende *Social behaviour network therapy (SBNT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt. Kommentar: Åtgärden inkluderar komponenter som KBT, återfallsprevention och CRA, som har sämre kostnadseffektivitet än MET.	2
D13	Långvarigt bruk av bensodiazepiner där utsättning på sedvanligt sätt inte varit möjligt *Kognitiv beteendeterapi (KBT) som tillägg till bensodiazepinnedtrappning*	Avgörande för rekommendationen är att KBT som tillägg till bensodiazepinnedtrappning ökar andelen patienter som blir bensodiazepinfria.	2
D14	Cannabismissbruk eller -beroende *Kort intervention med motiverande samtal (MI) eller annan samtalsmetod*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten till måttlig effekt på cannabisanvändning.	5
D15	Cannabismissbruk eller -beroende *Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP) med tillägg av motiverande samtal (MI) eller motivationshöjande behandling (MET)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en måttlig effekt på cannabisanvändning.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D16	Cannabismissbruk eller -beroende *Contingency management (CoM) som tillägg till kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP) och motivationshöjande behandling (MET)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten tilläggseffekt jämfört med enbart KBT eller ÅP med MET.	7
D17	Cannabismissbruk eller -beroende *Webbaserad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt på cannabisanvändning och att det vetenskapliga underlaget är begränsat.	8
D18	Cannabismissbruk eller -beroende *Haschavvänjningsprogrammet (HAP)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan minska missbruk eller beroende av cannabis. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Åtgärden innehåller också inslag av metoder som är inkluderade och rekommenderas i riktlinjerna, det vill säga motiverande samtal och KBT.	6
D19	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Kort intervention med motiverande samtal (MI) eller annan samtalsmetod*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har sämre effekt än andra psykologiska eller psykosociala behandlingar. Den kan dock passa personer som inte kommit lika långt i sitt missbruk eller beroende, och kan även ge motivation till annan behandling.	6
D20	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Tolvstegsbehandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andel som blir drogfria.	3
D21	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Community reinforcement approach (CRA) med tillägg av contingency management (CoM)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andel som blir drogfria.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekom-menda-tion
D22	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten till måttlig effekt på andelen som blir drogfria.	4
D23	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Acceptance and commitment therapy (ACT)*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
D24	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Lösningsfokuserat arbetssätt*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat.	10
D25	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *MATRIX*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andelen som blir drogfria.	3
D26	Opiatmissbruk eller -beroende *Kort intervention med motiverande samtal (MI) eller annan samtalsmetod*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är begränsat och att åtgärden tycks ha liten effekt.	5
D27	Opiatmissbruk eller -beroende *Tolvstegsbehandling inom ramen för läkemedelsassisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon säkerställd effekt på opiatanvändning, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.	8
D28	Opiatmissbruk eller -beroende *Community reinforcement approach (CRA) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten effekt på andelen som använder droger.	4
D29	Opiatmissbruk eller -beroende *Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (ÅP) inom ramen för läkemedels-assisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten till måttlig effekt på andelen som använder droger.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D30	Opiatmissbruk eller -beroende *Acceptance and commitment therapy (ACT) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon säkerställd effekt på opiatanvändning och att det vetenskapliga underlaget är begränsat.	8
D31	Opiatmissbruk eller -beroende *Contingency management (CoM) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten till måttlig effekt.	5
D32	Opiatmissbruk eller -beroende *Psykodynamisk terapi (PDT) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha liten effekt men det vetenskapliga underlaget är begränsat.	5
D33	Opiatmissbruk eller -beroende *Lösningsfokuserat arbetssätt inom ramen för läkemedelsassisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden vid opiatmissbruk eller -beroende.	10
D34	Opiatmissbruk eller -beroende *Akupunktur*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
D35	Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika *Parterapi som tillägg till annan behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten till måttlig effekt på alkohol- och droganvändning och konsekvenser till följd av missbruk.	3
D36	Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika *Nätverksterapi som tillägg till annan behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten till måttlig effekt på andelen som blir drogfria, men att det vetenskapliga underlaget är begränsat.	4
E01	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning *Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger stark effekt på antal som erhåller ett arbete, anställningsdagar, betald anställning och dagar till första anställning, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
E02	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning *Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger måttlig effekt på antal som erhåller ett arbete, anställningsdagar, betald anställning och dagar till första anställning, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.	6
E03	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av stöd i boendet *Personellt boendestöd*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan bidra till ökad boendestabilitet för de flesta. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget för åtgärden är otillräckligt, men den har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande	4
E04	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och hemlöshet *Boendeinsatser i form av boendetrappa*	Avgörande för rekommendationen är att det är osäkert vilken nytta åtgärden har. Att ha ett boende kan dock skapa struktur och rutiner, vilket kan underlätta för individen att förbättra sin funktionsförmåga. Enligt beprövad erfarenhet kan åtgärden dock ha negativa effekter, exempelvis i form av svårigheter att komma vidare till nästa steg i trappan, eller att personen faller ett eller flera steg tillbaka.	8
E05	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och hemlöshet *Boendeinsatser i form av vårdkedja*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ökar boendestabiliteten, men det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Boendeinsatsen ger något lägre boendestabilitet än bostad först, men kan vara ett alternativ beroende på personens behov och förmåga. Åtgärden har också effekt på missbruk och beroende.	4
E06	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och hemlöshet *Boendeinsatser i form av bostad först*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger god effekt på boendestabiliteten, men det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Åtgärden har också effekt på missbruk och beroende.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
E07	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning *Individuell case management i form av strengths model*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en lökning av antalet dagar med betalt arbete och kan bidra till avhållsamhet från alkohol och narkotika.	4
E08	Missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom *Case management i form av integrerade eller samverkande team*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar antal dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten jämfört med sedvanlig vård, och att den har positiv effekt på livskvalitet, psykiska symtom och substansmissbruk.	3
E09	Anhörig till person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika *Psykosocialt stöd i form av al- eller nar-anoninspirerade stödprogram*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på känslomässig och social funktion och att det vetenskapliga underlaget är starkt.	2
E10	Anhörig till person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika *Psykosocialt stöd i form av coping skills training*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på depression och ångest och att det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt.	3
E11	Anhörig till person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika *Stöd att motivera till behandling i form av community reinforcement approach and family training (CRAFT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en hög andel som påbörjar behandling och att missbruket minskar. Dessutom ses en minskning av känslomässiga problem och en ökning av social funktion hos de anhöriga.	3
E12	Anhörig till person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika *Stöd att motivera till behandling i form av a relational intervention sequence for engagement (ARISE)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en mycket hög andel som påbörjar och fullföljer behandling, men det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Effekten är likvärdig tvångsvård.	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
E13	Anhörig till person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika *Stöd att motivera till behandling i form av pressure to change (PTC)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en hög andel som söker behandling och missbruket minskar, samt att de anhörigas välbefinnande ökar, men det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Det finns alternativa insatser för att motivera till behandling (ARISE och CRAFT), som har bättre effekt.	7
F01	Alkoholberoende med samtidig depression *Antidepressiva läkemedel*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på alkoholberoendet.	10
F02	Alkoholberoende med samtidig social fobi *Paroxetin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte tycks ha någon effekt på alkoholberoendet.	10
F03	Alkoholberoende med samtidig adhd *Atomoxetin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha effekt på antalet dryckesdagar, men det vetenskapliga underlaget är begränsat, och det finns risk för allvarliga biverkningar.	5
F04	Alkoholberoende med samtidig bipolär sjukdom *Quetiapin (som tillägg till litium eller valproat)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på alkoholberoendet.	10
F05	Alkoholberoende med samtidig bipolär sjukdom *Valproat (som tillägg till litium och psykologisk och psykosocial behandling)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha god effekt på andel dryckesdagar, andel tunga dryckesdagar och antal glas per dag, men det vetenskapliga underlaget är begränsat, och det finns risk för biverkningar.	6
F06	Amfetaminberoende med samtidig adhd *Metylfenidat*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och att forskning förväntas. Kommentar: Rekommendationen gäller inte metylfenidats effekt på adhd-symtomen.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
F07	Kokainberoende med samtidig depression *Antidepressiva läkemedel*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på substansberoendet.	10
F08	Kokainberoende med samtidig adhd *Metylfenidat*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
F09	Opiatberoende med samtidig depression *Antidepressiva läkemedel*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	10
F10	Opiatberoende med samtidig adhd *Metylfenidat*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	10
F11	Alkoholmissbruk eller -beroende och samtidig depression *Integrerad behandlingsmetod (MI/KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har effekt på antal dryckesdagar och depressionssymtom vid kortare tids uppföljning och att tillståndet både är vanligt och kan öka risken för självmordsbeteende. Detta motiverar en medelhög prioritering trots minskad effekt vid längre tids uppföljning och begränsat vetenskapliga underlag. Kommentar: Tillståndet är vanligt och kan öka risken för självmordsbeteende.	6
F12	Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig PTSD *Integrerad behandlingsmetod (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha effekt jämfört med sedvanlig vård. Kommentar: Det är viktigt att patienterna får behandling för båda tillstånden.	5
F13	Alkoholmissbruk eller -beroende och samtidig social fobi *Integrerad behandlingsmetod (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
F14	Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom *Integrerad behandlingsmetod (MI/KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan minska mängden droger som används per tillfälle.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
F15	Missbruk- eller beroende av narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom *Contingency management (CoM) som tillägg till psykologisk och psykosocial behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger liten tilläggseffekt till annnan behandling.	6
F16	Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig personlighetsstörning *Samordnad behandling med dialektisk beteendeterapi (DBT) eller psykodynamisk terapi (PDT)*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och forskning förväntas.	FoU
G01	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Kort intervention eller motivationshöjande behandling (MET)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andel som använder alkohol och narkotika.	3
G02	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Motivationshöjande behandling (MET) och kognitiv beteendeterapi (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andel som använder alkohol och narkotika.	3
G03	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Brief strategic family treatment (BSFT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har visat goda resultat på cannabis- och alkoholanvändande, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.	4
G04	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Functional family therapy (FFT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har visat goda resultat på cannabis- och alkoholanvändande.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
G05	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Multidimensional family therapy (MDFT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har visat goda resultat på cannabis- och alkoholanvändande.	3
G06	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Multisystemisk terapi (MST)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte visat lika bra resultat på alkohol- eller narkotikaanvändning som andra familjebehandlingar. Kommentar: Åtgärden har dock god effekt på antisociala handlingar.	4
G07	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andelen som använder alkohol och narkotika.	3
G08	Användning, missbruk eller beroende av cannabis hos ungdomar under 18 år *Cannabisprogram för ungdomar*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan minska användning, missbruk eller beroende av cannabis. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande. Åtgärden innehåller också inslag av metoder som är inkluderade och rekommenderas i riktlinjerna, det vill säga motiverande samtal och KBT.	6

Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder

Beskrivning av tillstånd

Vid missbruk och beroende används två olika diagnossystem: International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). I Sverige används främst ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet.

Den nu gällande versionen av ICD (ICD-10) är från 1990. Ett arbete pågår inom WHO med att uppdatera ICD-10 till en kommande ICD-11. En ny version av DSM (DSM-5) har nyligen publicerats. De studier som riktlinjernas rekommendationer baseras på har dock använt tidigare versioner av DSM.

I tidigare versioner av DSM liksom i ICD-10 ingår *substansberoende*, och de båda systemens definitioner överensstämmer till stora delar. ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk*, medan tidigare versioner av DSM i stället hade diagnosen *missbruk*.

Beroende

För *beroend*e enligt ICD-10 gäller att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda:

1. stark längtan efter drogen
2. svårighet att kontrollera intaget
3. fortsatt användning trots skadliga effekter
4. prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
5. ökad tolerans
6. fysiska abstinenssymtom.

För *beroende* enligt DSM-IV krävs att tre av sammanlagt sju kriterier är uppfyllda under en och samma tolvmånadersperiod:

1. behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt

2. abstinensbesvär när bruket upphör
3. intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs
4. varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget
5. betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika
6. viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas
7. fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Skadligt bruk

ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk* som innebär ett bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk.

Missbruk

För att det ska vara frågan om ett *missbruk* enligt DSM-IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllda under en och samma tolvmånadersperiod:

1. upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet
2. upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet
3. upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket
4. fortsatt användning trots återkommande problem.

Substansbrukssyndrom

I DSM-5 ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet *substansbrukssyndrom*, som är en kombination av de tidigare sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna i diagnosen. Dock är kriteriet om kontakter med rättsväsendet ersatt av kriteriet ”begär/sug”. För diagnos enligt DSM-5 krävs att minst två kriterier är uppfyllda.

Svårighetsgraden anges som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda.

Beskrivning av psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder

Benämningen psykologisk och psyksocial behandling utgår från klassifikationen av vårdåtgärder (KVÅ) i Socialstyrelsens hälsodataregister.

Flera av de åtgärder som beskrivs i denna bilaga finns även beskrivna i Socialstyrelsens metodguide för socialt arbete. Det är möjligt att söka i metodguiden på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide.

ACRA eller ACC

ACRA (från engelskans ”adolescent community reinforcement approach”) eller ACC (från engelskans ”assertive continuing care”) är behandlingsmetoder för ungdomar, och avser oftast eftervårdsbehandling efter avslutad behandling i öppen vård eller placering. Interventionerna genomförs i eller runt ungdomens boendemiljö. Vid ACRA (vilket motsvarar CRA för vuxna, se beskrivning av CRA nedan) görs en funktionsanalys av ungdomens behov, styrkor och svårigheter, varefter färdigheter som syftar till upprätthållande av nykterhet eller drogfrihet tränas. ACC är en utveckling av ACRA med tillägg av case management.

Programmet kan innehålla en mängd olika interventioner som syftar till kvarhållande av effekter av tidigare behandling och förebyggande av återfall i den aktuella livsmiljön. Professionella och föräldrar involveras vid behov och kan ha viktiga funktioner i programmet. ACRA eller ACC ges vanligtvis under en tremånadersperiod men kan även pågå längre.

För att utöva ACRA eller ACC bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

BSFT

BSFT (från engelskans ”brief strategic family treatment”) är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende, eller som har utåtagerande eller antisociala problem. Behandlingen är manualbaserad och liknar den familjebehandlingsmodell som ofta praktiseras i Sverige, det vill säga

systemisk eller strukturell familjeterapi. Centralt är att engagera familjen under hela behandlingen. Behandlingen genomförs vanligtvis i öppen vård cirka en gång i veckan, under 8–24 sessioner. Antalet sessioner bestäms utifrån behoven hos familjen.

För att utöva BSFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

CRA

CRA (från engelskans ”community reinforcement approach”) är en metod som kombinerar insatser riktade mot personens missbruk eller beroende med insatser som handlar om boende, arbete, fritid och sociala kontakter. Kontakter och insatser i närmiljön används som förstärkande moment för att uppnå en förändring av missbruket eller beroendet. Metoden kombinerar exempelvis beteendeanalys (kartläggning av vad som utlöser användning av alkohol och narkotika och vad det får för konsekvenser), färdighetsträning, återfallsprevention (se separat beskrivning nedan), jobbcoachning och familjerådgivning. Motiverande samtal (se separat beskrivning nedan) är en samtalsmetodik som kan användas inom CRA.

För att utöva CRA bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden (inklusive utbildning i återfallsprevention).

Funktionell familjeterapi

Funktionell familjeterapi (FFT, från engelskans ”functional family therapy”) är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende, eller med utåtagerande eller antisociala problem. Insatsen bygger på systemteori, kommunikationsteori samt beteendeterapeutiska principer. Metoden är manualbaserad och liknar systemisk eller strukturell familjeterapi (som är etablerad i Sverige).

Interventionen fokuserar bland annat på att omstrukturera bristande familjekommunikation, där så kallade positiva omformuleringar är viktiga för att förbättra familjens funktion. Behandlingen ges vanligtvis i öppen vård med mellan 8–12 terapitimmar, men upp till 30

timmar förekommer. Längden styrs av familjens behov.

För att utöva FFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

Förstärkningsmetod

Förstärkningsmetod (CoM, från engelskans ”contingency management”) används vanligtvis i kombination med annan psykologisk och psykosocial behandling. Det är en beteendeterapeutisk metod som går ut på att man belönar och förstärker önskvärda beteenden (i detta fall drogfrihet) med poäng. Ett poäng kan likställas med en voucher eller pollett som i sig inte är värd något. Dessa kan dock vid bestämda tidpunkter lösas in mot något som personen ifråga gärna vill ha, förutsatt att drogfrihet kunnat bekräftas (oftast genom urinprov).

Åtgärden kräver hög grad av enhetlighet i förhållningssätt hos personalen när det gäller när belöningar ska ges och hur personalen ska utföra de olika momenten. Återkommande avstämningar under handledning bedöms vara viktigt.

För att utöva CoM bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende och adekvat utbildning i metoden.

Integrerad behandlingsmetod

Integrerad behandlingsmetod ges vid samsjuklighet och avser här att samma behandlare inom ramen för samma psykologiska och psykosociala behandling fokuserar både på patientens eller klientens missbruk eller beroende och på den psykiska sjukdomen. Ett exempel är kognitiv beteendeterapi i grupp som utvecklats specifikt för att behandla klienter eller patienter med samtidigt alkoholmissbruk eller beroende och depression. Under varje session fokuserar gruppen både på missbruket eller beroendet och på depressionen samt på hur de båda tillstånden interagerar och påverkar varandra.

Samordning av behandlings- och stödinsatser, som ofta benämns integrerad behandling, beskrivs under psyksociala stödinsatser.

För att utöva integrerad behandlingsmetod bör behandlaren ha god kunskap om missbruk och beroende och psykiska tillstånd, och den

kompetens som krävs för den specifika behandlingsmetod som ges i integrerad form.

Kognitiv beteendeterapi eller återfallsprevention

Kognitiv beteendeterapi (KBT) syftar generellt till att underlätta för personer att förstå och hantera problematiska tankar, känslor och beteenden samt att skapa mer realistiska och funktionella sådana. När KBT används inom missbruks- och beroendevård ingår vanligtvis återfallspreventiva inslag med fokus på missbruket eller beroendet. Tillsammans med behandlaren formulerar klienten eller patienten mål för vad han eller hon vill uppnå med behandlingen och arbetar sedan enligt en fastlagd struktur för att nå dessa mål. Man använder sig av metoder såsom kartläggning av tankar, känslor, reaktioner och beteenden samt exponering. Hemuppgifter är en viktig del av behandlingen, där nya förhållningssätt testas och följs upp. Behandlingen kan ske individuellt eller i grupp.

En närliggande behandling är återfallsprevention (ÅP). ÅP utgår vanligtvis från samma teori som KBT vilar på, och inslag av de metoder som används inom KBT kan förekomma. ÅP syftar till att ge yttre (beteendeinriktade) och inre (kognitiva) färdigheter i att påverka såväl återfalls- som avhållsamhetsprocessen. De yttre färdigheterna handlar bland annat om att kunna tacka nej till alkohol på ett för individen fungerande sätt. De inre färdigheterna handlar om att deltagarna tillägnar sig ökad förmåga att känna igen, undvika och hantera risksituationer för återfall. Behandlingen kan också innehålla inslag om hur man ska hitta ett stödjande umgänge och nätverk, och om att ha en balanserad livsstil.

För att utöva KBT bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning och god kunskap om missbruk och beroende. För att utöva ÅP bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Kort intervention

Syftet med kort intervention är att göra personer med ett riskbruk, skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika medvetna om vilka hälsorisker och andra negativa konsekvenser de

utsätter sig för samt att motivera dem till att förändra sina vanor. Olika former av strukturerad samtalsmetodik kan tillämpas, vanligt är motiverande samtal (se separat beskrivning nedan).

Det finns inte några allmänt vedertagna definitioner av kort intervention när det gäller val av samtalsmetodik, samtalets längd eller antalet samtal. Vanligtvis pågår ett samtal i cirka 5–20 minuter, men det kan också pågå upp till cirka 45 minuter. Kort intervention består oftast av ett samtal, men kan också inkludera upp till fem samtal.

För att utöva kort intervention bör behandlaren ha relevant grundutbildning och god kunskap om missbruk och beroende.

MATRIX

MATRIX är en öppenvårdsmodell utformad för personer som är beroende av centralstimulerande droger. Modellen kombinerar delar från olika psykosociala behandlingsmetoder (tolvstegsbehandling och återfallsprevention) med socialt nätverksstöd (självhjälpsgrupp och familjeprogram) och regelbundna urinprover.

MATRIX pågår 16 veckor med sammanlagt 52 träffar. Behandlingen inleds med en intensivfas där klienter och anhöriga får utbildning om beroende av centralstimulerande droger, genomgår färdighetsträning för att nå och upprätthålla drogfrihet, får stöd till att delta i tolvstegsinriktade självhjälpsgrupper och blir erbjudna att delta i sociala stödgrupper inriktade på resocialisering. Anhöriga uppmanas att ett par gånger varje vecka delta i utbildningen och i gemensamma familjesessioner. Efter den intensiva fasen minskar de anhörigas deltagande medan klienten fortsätter att delta i gruppterapi och självhjälpsgrupper, samt inleder kontakt med andra stödverksamheter. Efter 16 veckor fortsätter eftervård, en gång per vecka.

Certifiering som behandlare i modellen genomförs av The Matrix Institute. Behandlare som tillämpar MATRIX ska ha utbildning i grupp- och individualterapi och bör ha grundläggande kunskaper i kognitiv beteendeterapi, god kunskap om missbruk och beroende samt erfarenhet av att arbeta med familjer. En kostnadsfri manual – *Counselor's family education manual. Matrix intensive outpatient treatment for people with stimulant use disorder* – finns tillgänglig på SAMHSA:s (The substance abuse and mental health services administration) webbplats, store.samhsa.gov.

Motiverande samtal

Motiverande samtal (även kallat MI, från engelskans ”motivational interviewing”) är en samtalsmetodik som ursprungligen utvecklades för alkoholproblem. I dag används metoden för livsstilsrelaterade faktorer generellt i verksamheter som hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst, psykiatri och skola.

Motiverande samtal syftar till att öka personens egen motivation till beteendeförändring, i detta fall när det gäller alkohol- eller narkotikabruk. Genom samtalen görs klienten eller patienten medveten om den bild som han eller hon har av sig själv och sina alkohol- eller narkotikaproblem, hur väl den bilden stämmer överens med verkligheten och vilka vägar som finns till förändring. Motiverande samtal kan användas som samtalsmetodik vid kort intervention och som tillägg till psykologisk och psykosocial behandling eller läkemedelsbehandling.

För att utöva motiverande samtal bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt en utbildning i metoden som omfattar 3–4 dagar. MINT-Nordic har utfärdat rekommendationer för vad utbildningar i metoden av olika längd och med olika gruppstorlekar bör innehålla. Enligt dessa bör inlärningen bestå av utbildning, fortlöpande handledning och återkoppling på egna inspelade samtal.

Motivationshöjande behandling

Motivationshöjande behandling (MET, från engelskans ”motivational enhancement therapy”) vilar på motiverande samtal med tillägget att det finns en manual för hur behandlingen ska genomföras (se separat beskrivning av motiverande samtal ovan).

Behandlingens utgångspunkt är en kartläggning där medicinska test och frågeformulär av olika slag ingår. Resultatet av kartläggningen återkopplas vid ett samtal med klienten eller patienten, vid vilket en anhörig rekommenderas att närvara. Därefter följer ytterligare 3–4 uppföljande samtal baserade på motiverande samtal och som är inriktade på hur förändring ska kunna ske.

För att utöva MET bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt utbildning i motiverande samtal.

MDFT

MDFT (från engelskans ”multidimensional family therapy”) är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende och utåtagerande eller antisociala problem samt till ungdomarnas föräldrar. Behandlingen kan ges både som intensivbehandling och som dagbehandling samt inom ramen för olika verksamheter, såväl på institution som i form av öppen vård. Den kan även ges i hemmet. Omfattningen varierar mellan 1–3 gånger i veckan under en tidsrymd av 4–6 månader beroende på problemkaraktär och andra förutsättningar.

Behandlaren arbetar med fyra olika domäner utifrån den risk- och skyddsprofil som tagits fram för familjen. Ungdomsdomänen har fokus på att motivera ungdomen till behandling och att förbättra kommunikation och problemlösning. Fokus i föräldradomänen är att till exempel engagera föräldrarna i behandlingen och att förbättra gränssättning och monitorering. Fokus i den interaktionella domänen är att till exempel minska familjekonflikter och öka den emotionella sammanhållningen i familjen samt förmågan att lösa familje-relaterade problem. Inom den extrafamiljära domänen handlar det om att öka familjens kompetens i de andra sociala sammanhang som ungdomen befinner sig i.

För att utöva MDFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

Multisystemisk terapi

Multisystemisk terapi (MST, från engelskans ”multisystemic therapy”) är en är en manualbaserad familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende och utåtagerande eller antisociala problem samt till ungdomarnas föräldrar. Syftet med insatsen är att påverka de faktorer som antas bidra till ungdomens problem. Dessa faktorer kan finnas hos personen själv, i familjen eller i de sociala sammanhang som ungdomen och familjen befinner sig.

MST grundar sig på socialekologiska och familjesystemiska teorier samt på kunskap om risk- och skyddsfaktorer för antisocialt beteende

hos ungdomar. MST består inte av en fast uppsättning interventioner, utan integrerar framför allt kognitiva, beteendeterapeutiska och familjeterapeutiska tekniker. Innehållet styrs av nio behandlingsprinciper som bland annat handlar om att betona det positiva och tillvarata familjens styrkor. De interventioner som används ska uppmuntra till ansvarsfullt beteende hos familjemedlemmarna, vara tydligt definierade och handlings- och målinriktade. De fokuserar på här och nu, och ska vara anpassade till ungdomens ålder och behov samt genomföras på ett sätt så att familjen kan möta framtida svårigheter på ett bättre sätt.

Behandlingen ges ofta i hemmet och involverar hela eller delar av familjen. Under behandlingstiden, ofta 4–6 månader, har terapeuten jour och kan nås av familjen på telefon dygnet runt. Metoden är inte upplagd utifrån fasta psykoterapitimmar utan behandlaren arbetar med familjen utifrån de behov som finns. Eftersom interventionen är skräddarsydd kan insatser vid behov även ske till exempel i skolan eller i ungdomens kamratgrupp.

För att utöva MST bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling. För verksamheter som vill använda metoden ställs krav på licensavtal med det amerikanska företaget MST Services Inc.

Nätverksterapi

Nätverksterapi (NT) är en insats där personer i klientens eller patientens personliga sociala nätverk (familj, vänner, arbetskamrater etc.) involveras i behandlingen i syfte att stödja ett positivt utfall. NT är en manualbaserad modell som vilar på kognitiva och beteendeterapeutiska principer. Modellen syftar till att använda nätverkets medlemmar som samarbetspartners för att mobilisera konstruktivt stöd och gemenskap, främja drogfrihet och bidra till att patienten eller klienten stannar kvar i och tar till sig behandling.

Interventionen kan delas in i tre faser där den första genom en strukturerad kartläggning syftar till att identifiera stödjande (drogfria) personer i klientens sociala nätverk och att kontakta dessa personer och bjuda in till att delta i de följande sessionerna. Den andra fasen

syftar till att bygga upp, engagera och mobilisera det sociala nätverket för att kunna utgöra ett stöd för förändring. Fas två kan även innefatta utbildningsinsatser till nätverksmedlemmarna. Fas tre har fokus på framtiden med målet att skapa goda förutsättningar för det sociala nätverket att fungera stödjande när behandlingen är avslutad.

I de studier som riktlinjerna utgår från omfattar NT två sessioner per vecka under 24 veckor och inkluderar dels individuella sessioner och dels nätverkssessioner.

För att utöva NT bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Parterapi

I parterapi enligt BCT (från engelskans ”behavioral couples therapy”) behandlas personen med missbruk eller beroende tillsammans med sin (samboende) partner. BCT har två huvudsakliga komponenter: dels interventioner som fokuserar på missbruket och som syftar till att förbättra förutsättningarna för avhållsamhet, dels relationsfokuserade interventioner som syftar till att främja positiva interaktioner och konstruktiv kommunikation mellan partnerna. Målet är att skapa en positiv utveckling genom att engagera den icke-missbrukande partnern. Behandling kan ske enskilt, med båda partnerna närvarande och i grupp.

I den tidiga behandlingsfasen koncentreras terapin på att förflytta fokus från negativa känslor och interaktioner som rör missbruket till positivt ömsesidigt utbyte mellan partnerna. Senare i behandlingen ligger fokus på sådant som att förbättra parets förmåga att kommunicera sinsemellan, problemlösningsstrategier, att förhandla kring överenskommelser om beteendeförändring och att utforma strategier för att främja fortsatt tillfrisknande.

För att utöva parterapi bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Psykodynamisk och interaktionell terapi

Psykodynamisk terapi (PDT) och interaktionell terapi (IPT) är två närliggande terapiformer som båda syftar till större medvetenhet om samt bearbetning och hantering av känslomässiga konflikter och

reaktioner, vilka kan utgöra bakomliggande och vidmakthållande faktorer till alkohol- eller narkotikaberoendet. Syftet är att öka personens självkännedom och möjlighet att förhålla sig till och hantera sina reaktioner och livsomständigheter. Behandlaren är mer aktiv än vad som är vanligt i klassisk psykodynamisk terapi och behandlingen är ofta mer strukturerad.

IPT (som motsvarar interpersonell terapi vid till exempel depression) fokuserar framför allt på reaktioner och förhållningssätt i aktuella relationer. IPT bedrivs vanligtvis som gruppterapi och PDT bedrivs både individuellt och i grupp. Terapiformerna kan ges som korttidsterapi på cirka 8–15 sessioner eller som långtidsterapi på 1–2 år.

För att utöva PDT och IPT bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning och god kunskap om missbruk och beroende.

SBNT

SBNT (från engelskans ”social behaviour network therapy”) bygger på en integrering av kognitiv beteendeterapi eller återfallsprevention, par- och nätverksterapi och de sociala aspekterna av CRA (se separata beskrivningar av de olika metoderna). Interventionen utgår från att social interaktion och stöd från det sociala nätverket är centralt för ett positivt behandlingsutfall och för att en person ska kunna upphöra med sitt missbruk eller beroende. Metoden kan även användas för personer som saknar ett stödjande socialt nätverk i syfte att hjälpa dem att utveckla konstruktiva nätverksrelationer.

Tolvstegsbehandling

Tolvstegsbehandling (ibland kallad ”twelve-step facilitation” (TSF) eller Minnesota-modellen (MM)) är en strukturerad behandling som tillämpar Anonyma alkoholisters (AA) tolv steg för tillfrisknande och som förbereder för deltagande i AA eller andra liknande självhjälpsgrupper (till exempel Anonyma narkomaner, NA). Tolvstegsbehandling ska dock inte blandas ihop med deltagande i självhjälpsgrupperna. Missbruk har inom AA setts som en sjukdom som går att behandla med beteendeförändring.

Tolvstegsbehandling innebär att klienten eller patienten arbetar med att få insikt i sitt beroende och om möjligheter till förändring genom att ta emot stöd, inventera egna hinder och bearbeta dessa

med gruppens hjälp. Den inkluderar också bearbetning av skam- och skuldproblematik och identitet som hindrar tillfrisknande. Behandlingen sker vanligtvis i grupp, men kan också ges individuellt.

Utbildning till alkohol- och drogbehandlare med tolvstegsinriktning ges med varierande längd av flera olika utbildningsanordnare. En vanlig bakgrund är att man har egna erfarenheter av tolvstegsprogrammet genom deltagande i AA, NA eller anhöriggrupper som Al-Anon.

Webbaserad behandling

Webbaserad behandling är en behandling som förmedlas via internet och som inkluderar kontakt och återkoppling från en behandlare. Deltagaren får textmaterial och uppgifter att göra på egen hand i hemmet.

För att utöva webbaserad behandling bör behandlaren ha god kunskap om missbruk och beroende och den kompetens som krävs för den specifika behandlingsmetod som förmedlas via internet.

Beskrivning av psykosociala stödinsatser

Al- eller Nar-Anon-inspirerade stödprogram

Al- eller Nar-Anon-inspirerade stödprogram är till för anhöriga till personer med alkohol- eller narkotikamissbruk eller beroende. Al-Anon är en självhjälpsrörelse för anhöriga till alkoholister, och Nar-Anon är motsvarande självhjälpsrörelse för anhöriga till narkomaner. Stödprogrammen leds dock av professionella, och ska inte blandas ihop med självhjälpsrörelserna. Stödprogrammen har även utformats som ett manualbaserat program, Al-Anon facilitation treatment (AFT), som finns i en svensk version för anhöriga till personer med psykisk samsjuklighet.

Den konkreta utformningen av stödprogrammen kan skifta något. Gemensamt för dem alla är att de innehåller interaktiva föreläsningar om beroende, om anhörigas olika coping-strategier och om Al-Anons och Nar-Anons filosofi. Centralt är att programmen är icke-konfrontativa, och personen som missbrukar eller är beroende deltar inte tillsammans med sina anhöriga.

För att utöva Al- och Nar-anon-inspirerade stödprogram bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk

och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller

Arbetsförberedande träningsmodeller är primärt utformade för att öka deltagarnas anställningsbarhet genom att förmedla kunskaper och praktiska färdigheter som behövs för anställning inom ett visst yrke eller bransch. Åtgärden kan utöver specifik yrkesträning även inbegripa ett vitt spektra av insatser som jobbsökarstrategier, insatser för ökad självkänsla och självförtroende samt öka motivationen att arbeta.

Modellen föreskriver en gradvis introduktion till arbetsmarknaden, vilket skiljer den från sysselsättningsfrämjande insatser i form av individanpassat stöd till arbete.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen

IPS-modellen (från engelskans ”individual placement and support”) är en form av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är en vidareutveckling av metoden Individanpassat stöd till arbete. Modellen riktar sig till personer som är motiverade att arbeta. Utgångspunkten för IPS-modellen är ett avlönat arbete på vanliga arbetsplatser med tillgång till kontinuerligt stöd och service. Stödet kan omfatta exempelvis jobbcoacher, arbetsplatsförlagd handledning och olika typer av mentorprogram.

Modellen kännetecknas av sex principer:

1. Målet med deltagande är en avlönad anställning på den reguljära arbetsmarknaden.
2. Processen med att söka arbete inleds direkt, i stället för att klienten först genomgår arbetsmarknadsutbildning.
3. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skräddarsys efter klientens önskemål och val.
4. Arbetsrehabiliteringen är en central komponent i behandlingen. Om andra vårdbehov finns integreras de i IPS-modellen.
5. Stödet är individanpassat och fortsätter så länge det behövs.
6. Klientens utveckling bedöms kontinuerligt och baseras på erfarenheter av reguljärt arbete.

Boendeinsatser i form av boendetrappa

Boendetrappa är en modell för hur boendeinsatser kan arrangeras för att hjälpa människor som är hemlösa tillbaka till en egen bostad eller stabilt boende. Modellen bygger på att personen kvalificerar sig för en egen bostad genom att ta ett antal steg i en viss ordning, till exempel från härbärge, lågtröskelboende vidare till träningslägenhet och andrahandskontrakt. Det gäller att träna sig i att klara ett eget boende för att så småningom få ett eget hyreskontrakt (dock ingår inte boendeträning, utan den enskilde förutsätts vanligen hantera det själv).

Boendetrappan förväxlas ibland med modellen vårdkedja (se separat beskrivning nedan). Skillnaden är att vårdkedja utgår från ett vård- och behandlingsperspektiv i varje steg, vilket inte boendetrappan gör. Däremot kan det ingå steg i trappan som innehåller vård eller behandling, som till exempel vårdboenden, halvvägshus och utslussningslägenhet.

Boendeinsatser i form av bostad först

Bostad först (eller ”housing first”) är en relativt ny modell för hur hemlöshet kan hanteras. Grundtanken är att hemlösa personer först och främst ska få en bostad och sedan erbjudas fortsatt stöd och vård, vilket dock inte är en förutsättning för att få bostaden. Fokus är på att uppnå boendestabilitet och i andra hand erbjuda stöd för att hantera annan problematik, som till exempel psykiska problem och missbruk.

Modellen bostad först (enligt Pathways to Housing Inc:s definition) innebär att ett eget bostadskontrakt i det ordinarie boendebeståndet är första steget i rehabiliteringsprocessen. Stödinsatsen består av någon form av case management, oftast ACT (se separat beskrivning under case management i form av integrerade eller samverkande team).

De krav som ställs på klienten – förutom de krav som normalt ställs på en hyresgäst – är att minst 30 procent av klientens inkomst går till hyran och att de tar emot hembesök minst en gång per vecka. Således ställs inga krav på nykterhet eller deltagande i behandling.

Boendeinsatser i form av vårdkedja

Vårdkedja (eller ”treatment first/continuum of care”) är en modell för hur vård- och stödinsatser kan arrangeras för att hjälpa hemlösa

personer med missbruk eller psykiskt funktionshinder tillbaka till ett stabilt boende. Detta sker genom att först behandla bakomliggande problematik (missbruk eller psykisk ohälsa) och därefter erbjuda en egen bostad. Modellen påminner om modellen Boendetrappa, men fokuserar främst på stöd- och vårdinsatser.

I praktiken kan utformningen variera, men en vårdkedjemodell för att hjälpa hemlösa personer med missbruks- och psykiska problem börjar oftast med någon form av uppsökande verksamhet med erbjudande om boende i härbärge eller lågtröskelboende. Därefter erbjuds behandlings- eller vårdboende följt av utslussningsboende eller halvvägshus, träningslägenhet eller sociala kontrakt, och slutligen en egen lägenhet.

Uppflyttningen i vårdkedjan är villkorad och beroende av att man följer de regler som ställts upp, som till exempel krav på nykterhet och att behandlingsplaner följs. Ett exempel är så kallat villkorat drogfritt boende, där tydliga krav är uppställda för att få vara kvar i programmet. Ett annat exempel är ”integrated housing services” (IHS). Detta program präglas av att vårdgivaren äger eller hyr bostaden och att alla eller merparten av lägenheterna i husen bebos av programmets klienter. Boendet, vård och behandling är ofta integrerat i samma byggnad.

Case management i form av integrerade eller samverkande team

Målgrupp för case management i form av integrerade eller samverkande team är i riktlinjerna personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Åtgärden innebär att ett multiprofessionellt team samordnar och ger vård- och stödåtgärder. Oftast erbjuds såväl behandling (både av missbruket eller beroendet och av den psykiska sjukdomen) som psykosociala stödåtgärder av teamet, men i vissa fall erbjuds i stället behandlingen eller insatserna utanför teamet.

Ett sätt att organisera åtgärden är enligt ACT-modellen (från engelskans ”assertive community treatment”) där alla insatser erbjuds av teamet och inkluderar dygnet runt-kontakt. Men åtgärden kan även organiseras med andra mindre intensiva former av teambaserad case management.

Behandlingen och stödet är individanpassat, och pågår så länge

det bedöms nödvändigt för att underlätta personens vardag. Ansvaret för klienterna kan delas av hela teamet (gemensam case load), men i samverkande team har en teammedlem ett större individuellt ansvar. I de fall case managern har egna klienter ses teamet som en resurs där klienterna diskuteras med resten av teamet. Uppsökande verksamhet är ett grundläggande inslag, men förekommer i olika stor utsträckning. Även omfattningen av krisberedskap kan variera.

För att arbeta med teambaserad case management bör personalen ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende och psykiska tillstånd samt adekvat utbildning i den modell som utövas.

CST

CST (från engelskans ”coping skills training”) är ett stödprogram för anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Programmet har sin teoretiska grund dels i Al-Anons erfarenheter angående så kallat möjliggörande (se separat beskrivning av Al-Anon-inspirerade stödprogram ovan), dels i senare forskning om anhörigas copingstrategier.

En inledande informationssession beskriver skillnaden mellan negativ och positiv coping. Deltagarna får skriftligt material som tar upp rollmönster och beteendemönster i familjer där en person missbrukar och får besvara frågor om egna rollmönster och copingstrategier. De efterföljande sessionerna har olika teman som exempelvis familjeanpassning, roller, relationer och sexualitet, isolering och sociala nätverk samt repetition och formulering av mål för framtiden.

Mellan de olika sessionerna för deltagarna dagbok över kritiska situationer, vilka diskuteras under sessionerna. Programmet ges vanligen som gruppinsats i öppen vård, men kan också ges som individuella sessioner. Programmet varierar i omfattningen 5–8 veckor, och med 1–2 sessioner per vecka.

För att utöva CST bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

CRAFT

CRAFT (från engelskans ”community reinforcement and family training”) är en manualbaserad intervention som har utformats

i anslutning till CRA (se separat beskrivning ovan). Syftet med interventionen är att hjälpa anhöriga att förmå en person med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika att söka sig till och ta emot behandling. Interventionen syftar också till förbättrade familjerelationer och till förbättrad hälsa och välbefinnande för de anhöriga (oavsett om den missbrukande personen deltar i behandling eller inte). CRAFT bygger på icke-konfrontativa, KBT-orienterade terapeutiska strategier.

Under programmet lär den anhöriga sig olika färdigheter för att uppmuntra till drogfrihet, skapa förutsättningar för aktiviteter som kan utgöra drogfria alternativ, och motivera och stärka den missbrukande personen att söka och ta emot behandling. Interventionen inkluderar också träning i kommunikationsfärdigheter och i att identifiera och hantera (potentiellt) hotfulla och våldsamma situationer. Programmet är uppbyggt kring regelbundna sessioner i öppen vård (vanligen 12 sessioner under max 6 månader) och kan ges antingen i grupp eller individuellt.

För att utöva CRAFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Individuell case management i form av strengths model

Målgrupp för individuell case management enligt strengths model är i riktlinjerna personer med missbruk eller beroende som har behov av samordning. Det kan till exempel vara personer med låg funktionsnivå och som inte själva klarar av att samordna sina behandlings- och stödinsatser. Case management enligt strengths model fokuserar på personens förmågor och möjligheter och självbestämmande när det gäller form, inriktning och innehåll i de insatser som planeras och genomförs.

Case managerns uppgift är att utnyttja de resurser som finns i samhället genom att aktivt samordna insatser och uppmuntra till samverkan mellan olika aktörer. Uppsökande verksamhet är det arbetssätt som föredras, vilket innebär att arbetet ska bedrivas utanför kontorsmiljö. Case managern har krisberedskap under dagtid.

Antalet klienter per case manager ska enligt modellen inte vara fler än 20.

För att arbeta med case management bör personalen ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i den modell som utövas.

Bilaga 3. Bilagor som publiceras på webben

Till riktlinjerna hör ett antal bilagor som finns att ladda ned från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer:

- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Vetenskapligt underlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Indikatorer
- Metodbeskrivning