

# Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende



Konferens i Göteborg den 11 oktober 2016



Lisbeth Schultz hälsade välkommen och pratade om samverkan i länet kring frågor om missbruk och beroende.

”**H**är i länet har vi en lång tradition av bred samverkan kring frågor om missbruk och beroende. Vi har en gemensam arena för diskussion med socialtjänsten i kommunerna, hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen, Kriminalvården, Brukarrådet för missbruksfrågor i Västra Götaland, centrumbildningen CERA och länsstyrelsen.

Vi är stolta över den långvariga samverkan med den tvärvetenskapliga forskningen inom CERA vid Göteborgs universitet. Det är av stor vikt att forskning och nya studier blir kända och nyttiggjorda i praktiken. Det gör det lättare att arbeta kunskapsbaserat. Men det är också viktigt med inspel från praktiken till forskningen om vad ni ute i verksamheterna vill och behöver veta mer om.

Regeringen har fattat beslut om en ny femårig ANDT-strategi (Alkohol, Narkotika, Doping och Tobak) och länsstyrelsen har fått i uppdrag att

fortsatt arbeta för att den nationella ANDT-politiken genomförs i länet.

**VÄL FUNGERANDE SAMVERKAN** är enligt strategin avgörande för att den enskilde ska få samordnade vård- och stödinsatser. Sedan 2010 finns en lagstadgad skyldighet att erbjuda en samordnad individuell plan, SIP, om det krävs insatser från båda huvudmännen. Detta är ett stort förbättringsområde även i Västra Götaland: att använda SIP i större utsträckning. Vårdanalys har publicerat rapporten *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?* Enligt rapporten saknas det systematisk uppföljning för den enskilde och fokus är större på strukturer och processer. Men vi behöver fokus på resultat för att veta om insatserna är effektiva och leder till positiva resultat för den enskilde. Vårdanalys säger att det behövs uppföljning. Detta är också en förutsättning för strategisk ledning och styrning av resurser.” ●

#### Lästips!

Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapporten finns på [www.varदानalysis.se](http://www.varदानalysis.se)

# Brukarinflytande och delaktighet

**B**rukarrådet i Västra Götaland består av ideella organisationer i länet. Det är en plattform för regional, delregional och kommunal samverkan inom missbruksvården i Västra Götalandsregionen och dess 49 kommuner.

– Min övertygelse är att om brukaren får vara delaktig höjer man kvaliteten och förbättrar resultaten i missbruksvården. Ökad motivation ger bättre resultat! Jag har inga vetenskapliga bevis men så länge ingen motbevisar mig så tror jag det.

Brukarinflytande kan ske på olika nivåer:

– På organisations- eller systemnivå har vi varit med när man tagit fram avtal mellan region och kommun. Vi har också funnits med kring riktlinjer, handlingsplaner och så vidare. Jag känner att där har vi haft ett inflytande. Däremot inte på verksamhetsnivå förutom en del brukarrevisioner.

**BRUKARRÅDET HAR TILLSAMMANS** med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland (NSPHiG) fått i uppdrag av Västra Götalandsregionen att bilda delregionala brukarråd inom varje sjukhusområde och göra brukarrevisioner inom dessa områden.

Brukarinflytande är en del av en evidensbaserad praktik bestående av forskning, professionens kunskap samt att brukaren eller patienten får vara delaktig och vara med och fatta beslut om insatser. Inflytande kan exempelvis tillämpas genom brukare och patienter som konsulter i arbetet, kooperativ, områdesstyrelse, kundvalssystem, patientenkäter, kvalitetssystem, brukarråd eller brukarrevision.

Brukarrevision är en granskning av en verksamhet eller enhet som ger vård, stöd eller service till människor. Tanken är att brukare vet hur



– Ökad motivation ger bättre resultat, sa Håkan Blom.

brukare tänker och tycker. En verksamhet som vill genomföra en brukarrevision kan vända sig till brukarrådet. Då utarbetas en enkät där brukarrevisorerna själva bestämmer hur frågorna ska utformas – däremot får verksamheten gärna ge förslag på vilka områden som är viktiga att belysa. När revisionen är genomförd skrivs en rapport och verksamheten får återkoppling som förhoppningsvis leder till verksamhetsutveckling. Efter drygt ett år kan det vara lämpligt att genomföra en ny brukarrevision.

– Det har ju visat sig i samarbetsfrågan att man har dålig kunskap om den andra partens kunskap, kompetens och uppdrag. Här måste man samverka för tillsammans finns det tillräckligt med kompetens för att klara missbruks- och beroendevården på ett bra sätt! Fördela och kom överens om ansvaret! Om man känner till varandras arbetssituation är det lättare att se till så att inga människor hamnar mellan stolarna. SIP används inte så mycket som man skulle kunna tro men sjukvård, socialtjänst och brukare måste sitta ner tillsammans och komma överens om vilka insatser som ska göras! ●



## Lästips!

- Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen)
- Problem med alkohol, narkotika, läkemedel eller dopning? Så funkar vården (Kunskap till praktik, SKL)
- När brukare och patienter blir medskapare – en lönsam historia (SKL)

Brukarrådet för missbruksfrågor i Västra Götaland: [www.brukarstyrd.se](http://www.brukarstyrd.se)

# Vad är nationella riktlinjer och vad skiljer dessa mot tidigare?



*Claudia Fahlke gav tips på hur man ska läsa de nationella riktlinjerna.*

**S**ocialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer för sjukdomar och tillstånd som drabb- ar många människor och kräver mycket resurser. Det finns idag 15 publicerade riktlinjer för olika tillstånd som till exempel psykisk ohäl- sa, diabetes, demens och missbruk/beroende. Tanken är att riktlinjerna ska vara ett stöd vid fördelning av resurser, underlag för beslut om organisation, att de kan bidra till lokala regional vårdprogram samt utgöra stöd vid beslut om åtgärd i ett enskilt fall. Riktlinjerna ger rekommendationer om vilken åtgärd som bör ges vid ett visst tillstånd. Ett tillstånd kan vara en sjuk- dom eller ett problem kopplat till en sjukdom, exempelvis alkoholberoende och hemlöshet. En åtgärd är det vården eller omsorgen gör för att

behandla eller diagnosticera tillståndet eller för att lösa problemet.

2007 kom de första riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. De har nu reviderats och förra året publicerades *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Att ta fram nationella riktlinjer är en omfattande process som innefattar litteratursökningar, granskning och gradering av forskarrapporter, priorite- ringsarbete, remissförfarande etc. Socialstyrelsen samarbetar med både forskare och kliniker/ praktiker. När rekommendationerna tas fram tar man hänsyn till hur allvarligt tillståndet är, åtgärdens effekt, kostnadseffektivitet och etiska överväganden.

Riktlinjerna finns på internet, vilket gör det

enkelt att uppdatera materialet och det är tänkt att det ska vara ett levande dokument.

– Nu handlar det för oss praktiker om att ta del av riktlinjerna, diskutera och implementera dem. Och att mäta och följa upp att förändringar har avsedd effekt. Det finns ett antal indikatorer för detta som Socialstyrelsen har tagit fram.

I 2007 års riktlinjer fanns 53 rekommendationer, i de nya är det 153.

– Det betyder inte att forskningen har exploderat utan har att göra med nya sätt att gradera evidens samt att fler problemområden och studier har fångats upp. Mer eller mindre alla rekommendationer från 2007 finns med i de nya riktlinjerna.

En nyhet är graderingar som anger att en insats är bättre än en annan. Riktlinjerna innehåller också tre nya områden: ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser. I riktlinjerna ingår däremot inte riskbruk av alkohol, doping, spelberoende, nikotin eller tidigt upptäckt/förebyggande.

#### **HUR SKA JAG (ORKA) LÄSA NATIONELLA RIKTLINJER?**

Längst bak i skriften finns en tabell med samtliga 153 rekommendationer. Den ger en snabb överblick. För den som vill veta mycket mer finns utförliga underlag till varje rekommendation på webben (varför en åtgärd är högt/lågt prioriterad, referenser etc). För en god orientering rekommenderar Claudia skriften som tar upp de centrala rekommendationerna.

Riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende fokuserar på missbruk/skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel och också dessa tillstånd i kombination med samtidig svag arbetsmarknadsanknytning, hemlöshet, behov av samordning, psykiatrisk samsjuklighet,

personlighetsstörning eller neuropsykiatriska tillstånd. Även rekommendationer om stöd till anhöriga till personer med missbruk och beroende finns med.

De åtgärder som riktlinjerna tar upp är bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet samt psykologisk och psykosocial behandling av ungdomar.

Rekommendationerna är rangordnade (1-10). Hög prioritet (1) ges åtgärder med stor nytta med låg kostnad per effekt. Om två insatser ger bra effekt får den som kostar mindre högre prioritet. Låg prioritet (10) ges åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden där det vetenskapliga stödet är ofullständigt/motstridigt och det finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd. Prioritet 1-3 är *bör*-rekommendationer, 4-6 är *kan*-rekommendationer och 8-10 innebär att insatsen *kan användas i undantagsfall*. Dessutom finns det en *fou*-rekommendation som innebär att insatsen endast bör användas inom forskning och utveckling. *Icke göra* är en rekommendation som innebär att åtgärden bör undvikas helt mot bakgrund av att den är skadlig eller saknar effekt.

– Riktlinjerna är en viktig del av den evidensbaserade praktikens genomförande. Vi har ett folkhälsoproblem som vi behöver uppmärksamma tidigt och ge adekvata insatser. Nästan 800 000 personer över 18 år har ett missbruk eller beroende. Ett beroende förkortar livet med cirka 20 år. Vi behöver ta del av riktlinjerna! Tänk kring implementeringsarbetet och ta gärna stöd i vår centrumbildning CERA! ●



Socialstyrelsens nationella riktlinjer: [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer)

Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende (CERA):

[www.cera.gu.se](http://www.cera.gu.se)



Indikatorerna är en nyhet i riktlinjerna som Kristina Berglund har varit med och arbetat fram.

# Uppföljning genom indikatorer

**E**n nyhet i de reviderade riktlinjerna är indikatorer, ett verktyg för att mäta kvalitet. – Från och med 2017 börjar Socialstyrelsen utvärdera riktlinjerna med hjälp av indikatorerna. Det blir ett mått på primärvårdens, den specialiserade hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens följsamhet till riktlinjerna.

Socialstyrelsen kommer att följa upp processer och kostnader över tid och det kommer att göras jämförelser mellan olika verksamheter. Syftet är att hitta sätt att effektivisera samt förbättra vård och kvalitet.

En indikator utmärks av att den anger riktning, det vill säga höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet. Indikatorn ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet. Indikatorn ska vara valid (mäta det den avser att belysa) och den ska mätas på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år. Indikatorn ska vara vedertagen och bygga på evidens. Det ska också vara möjligt för verksamheten att påverka indikatorns utfall. Indikatorn

ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

Det finns olika typer av indikatorer: *processindikatorer* undersöker andelen klienter som fått en åtgärd som rekommenderas i riktlinjerna, *strukturindikatorer* undersöker om verksamheten använder det som rekommenderas i riktlinjerna och *resultatindikatorer* tar fasta på resultatet av exempelvis dödlighet bland patienter som vårdats under det senaste året med alkohol- och/eller narkotikadiagnos.

**NÄR SOCIALSTYRELSEN SKA FÖLJA UPP** indikatorerna kommer man att använda flera olika källor: patientregistret, enkätutskick till ansvariga företrädare för primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård samt ansvariga chefer inom kommunen, patientadministrativa system, svenskt beroenderegister, dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret.

De flesta indikatorerna är i nuläget utvecklingsindikatorer, det vill säga datakällor saknas ännu för att kontinuerligt kunna följa upp indikatorn på nationell nivå. De kan dock i flera fall följas upp på lokal och regional nivå. ●



I Socialstyrelsens Öppna jämförelser finns redan några av de övergripande indikatorerna i riktlinjerna: [www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser](http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser)

## Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Riktlinjerna och tillhörande material finns på Socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermisbrukochberoende](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermisbrukochberoende).

Här kan du som arbetar med missbruks- och beroendefrågor i vården och omsorgen söka och filtrera bland rekommendationerna i riktlinjerna. Det finns även en rapport som främst vänder sig till dig som är beslutsfattare inom området. Till rapporten hör ett antal bilagor: tillstånds- och åtgärdslista, vetenskapligt underlag, hälsoekonomiskt underlag, metodbeskrivning samt indikatorer. Här hittar du också ett antal filmer som bland annat tar upp de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

# Psykosociala stödinsatser och anhörigperspektiv



*Anette Skårner.*

**E**n nyhet i de reviderade riktlinjerna är att de omfattar psykosociala stödinsatser i form av bostad, arbete, samordning och anhöriga samt psykosocial behandling som involverar det sociala nätverket.

Stabilt boende är en förutsättning för att delta i behandling och sluta missbruka. Rekommendationen är att man bör erbjuda personellt boendestöd till personer med missbruksproblematik (oberoende av om det handlar om alkohol eller narkotika) som har behov av stöd i boende (prio 4). Personellt boendestöd i vardagen syftar till att möjliggöra kvarboende. Man bör också erbjuda boendeinsatser i form av vårdkedja (först

behandling av bakomliggande problem – sedan utslussning med målet egen bostad) eller bostad först (först bostad – sedan stöd och vård) till personer med missbruks- eller beroendeproblematik av alkohol eller narkotika och som är hemlösa (prio 4). Man kan i undantagsfall erbjuda insatser i form av boendetrappa, där man kvalificerar sig till egen bostad via olika steg (prio 8).

Riktlinjerna lyfter fram vikten av sysselsättningsfrämjande insatser (inte bara försörjning) och hälso- och sjukvård och socialtjänst bör inom ramen för sitt ansvar och i samverkan med andra myndigheter erbjuda arbetslivsinriktad





# Psykologisk och psykosocial behandling



Vid behandling av missbruk och beroende innehåller både den psykologiska och psykosociala behandlingen ett psykosocialt synsätt och samtalskontakten utgör alltid basen för behandlingen.

Psykologisk behandling fokuserar dock mer på intrapsykiska processer, medan psykosocial behandling snarare fokuserar på den sociala situationen och sammanhanget (inklusive åtgärder som information, rådgivning, hänvisning och kontakt med närstående). Psykologisk behandling ges av psykologer och psykoterapeuter medan psykosocial behandling även kan ges av dem utan dessa legitimationer.

Enligt riktlinjerna bör man *endast inom ramen*

*för forsknings- och utvecklingsverksamhet* erbjuda webbaserad behandling, mindfulness meditation samt Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Man *kan* erbjuda psykodynamisk eller interaktionell terapi (prio 4). Man *bör* erbjuda KBT eller återfallsprevention (prio 2). Även Community Reinforcement Approach (CRA) och 12-stepsbehandling har prioritet 2.

Den åtgärd som har prioritet 1 är Motivationshöjande behandling (MET). MET fokuserar på att behandlaren arbetar med att stödja patientens förmåga att fatta ett välgrundat beslut om förändring med fokus på alkoholvanor. Claudia angav fyra skäl till att använda MET:

– Patienter minskar eller slutar sin konsumtion

och MET är lika effektiv som mer omfattande behandling. Det är en insats som passar olika stadier av ett behandlingsförlopp. Det krävs ingen specialistutbildning för att genomföra MET men man ska vara förtrogen med MI, ha god kunskap i beroendelära och ha grundläggande utbildning i människovårdande yrke.

**NÄR DET GÄLLER NARKOTIKA** skiljer sig rekommendationerna avseende psykologisk och psykosocial behandling åt beroende på preparat. När det gäller cannabisanvändning har KBT prio 3, Motiverande samtal (MI) har prio 5 och Haschavvänjningsprogrammet (HAP) har prio 6.

– Anledningen till den låga prioriteringen är att det i princip inte finns något vetenskapligt underlag avseende effekter men kliniker och praktiker använder insatsen och konsensus är att den fungerar väl vid missbruk/beroende av cannabis.

Rekommendationen för centralstimulantia är att Community Reinforcement Approach (CRA) och 12-stegsbehandling bör användas (båda har prio 3), KBT har prio 4 och MI prio 6. Vad gäller



*Claudia Fahlke.*

opiater har KBT prio 3, CRA prio 4 och psykodynamisk terapi prio 5.

– Socialstyrelsen ger inga rekommendationer om så kallat blandmissbruk. Det finns inte mycket forskningslitteratur men man gör ett uttalande om att KBT, CRA och 12-stegsmetoden som får hög prioritet när det gäller enskilda preparat sannolikt också har effekt för personer med blandmissbruk.

En vägledning när man står inför att välja insats är att begränsad rådgivning är effektiv vid riskbruk. Det innebär att kostsamma och tidskrävande terapiformer inte bör prioriteras. Mer omfattande missbruk eller beroende kräver däremot fördjupande behandlingsinsatser. Korta och begränsade insatser kommer troligtvis inte att vara speciellt effektiva. Vid behandling av personer med samsjuklighet är det nödvändigt att såväl missbruk som psykisk problematik och andra livsproblem behandlas samtidigt. Behandling som endast fokuserar på det ena eller det andra problemet är inte speciellt effektiv för att på sikt hjälpa personen att bli fri från sitt beroende och/eller psykiska problematik. ●



Manual för motivationshöjande behandling (MET) finns att ladda ner från [www.alkoholhjalpen.se](http://www.alkoholhjalpen.se) eller [www.cera.gu.se](http://www.cera.gu.se)

Riskbruk av alkohol omfattas inte av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Men Socialstyrelsen har publicerat Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och de innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Läs mer på

[www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder)

# Psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar

**M**ed ungdomar avses i riktlinjerna personer i åldern 12-18 år men Eva poängterade att åldersspannet inte behöver ses som en strikt gräns. Missbruk bland barn och unga kan skilja sig mycket från missbruk bland vuxna men det hindrar inte att man också tittar på de rekommendationer i riktlinjerna som inte specifikt rör ungdomar. Det gäller exempelvis bedömningsinstrument som AUDIT, DUDIT, Alcohol-E, DUDIT-E och ADAD.

– Alla ger bra information, inte minst för att ni sedan kan följa upp hur det går för ungdomarna så att vi lär oss mer.

Rekommendationerna för ungdomar är inte lika differentierade som för vuxna eftersom kunskapsunderlaget inte är lika stort. Riktlinjerna innehåller endast åtgärder för psykologisk och psykosocial behandling men inte läkemedelsbehandling eftersom läkemedel sällan har prövats på ungdomar.

**FAMILJEINTERVENTIONER ÄR CENTRALA.** Hela eller delar av familjen involveras på olika sätt i behandlingen och det kan ge effekt även för andra problem än missbruk, till exempel antisocialt beteende. Rekommendationen är att man bör erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotika-problem familjebehandling i form av Functional family therapy (FFT) eller Multidimensional family therapy (MDFT). Båda metoderna har prio 3. Man kan också erbjuda Multisystemisk terapi (MST) som är en manualbaserad familjeterapeutisk metod eller Brief strategic family treatment (BSFT). Båda metoderna har prio 4.

Det är viktigt att stötta ungdomar i sitt sammanhang och interventioner i eller runt boendemiljön bör erbjudas. Vid ACRA (CRA för ungdomar) görs en funktionsanalys av personens



–Många ungdomar besväras av psykisk ohälsa och droger är lättillgängliga, sa Eva Hallberg.

behov, styrkor och svårigheter och färdigheter som syftar till att upprätthålla nykterhet eller drogfrihet tränas i personens närmiljö (prio 3). ACC, som är en utveckling av ACRA med tillägg av case management, har också prioritet 3.

Enligt riktlinjerna bör man erbjuda ungdomar Motivationshöjande behandling, MET (prio 3). Syftet är att öka medvetenheten om vilka hälsorisker och andra negativa konsekvenser ungdomarna utsätter sig för samt att motivera dem till att förändra sina vanor. MET i kombination med KBT kan ges både individuellt och i grupp (prio 3).

Cannabisprogram för ungdomar är en vidareutveckling av HAP (prio 6). Den låga prioriteringen beror på att programmet inte är beforskat.

– Många ungdomar besväras av psykisk ohälsa och droger är lättillgängliga. Vi behöver möta detta med ett mångprofessionellt samarbete, integrerade mottagningar och utveckla effektiva stöd- och behandlingsmetoder och allt detta med ett tydligt brukarperspektiv, avslutade Eva. ●

# Medicinska tester och läkemedelsbehandling

– De nationella riktlinjerna är en vägledning för beslut på gruppnivå om mer resurser till högt rangordnade metoder. Det är viktigt med ett brett utbud av behandlingsmetoder, att det sker en anpassning till individens särskilda förutsättningar och att patienten och klienten är delaktig i valet av behandling.

Medicinska tester är allmänt förekommande som komplement till självrapport och klinisk intervju. Poängen är att det är objektiva mått. Tester kan användas för identifiering av problem och för att återkoppla resultat till patienten. De kan också användas för att följa förändringar under behandling och vid uppföljning.

Rekommendationen är att man bör använda mätning av EtG eller EtS i blod och urin för att upptäcka nyligt intag av alkohol (prio 2). Man kan även använda mätning av alkoholhalten i urin (prio 7).

Vid mer långvarigt högt intag bör man använda CDT eller PEth i blodprov (prio 2). Man kan också använda mätning av GT i blodprov (prio 3). Mätning av ASAT och ALAT i blodprov har prio 5 i riktlinjerna. Och så bör man endast i undantagsfall använda mätning av MCV i blodprov (prio 10).

**NÄR DET GÄLLER NARKOTIKA** bör man använda urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag (prio 1). Man kan också använda patientnära drogtest (snabbtest) med urinprov (prio 5). Användning av salivprov har prio 7.

– Man är inte riktigt framme ännu när det gäller salivprov men det är på gång, liksom utandningsprov för att upptäcka narkotikaintag.

När det gäller läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens är rekommendationen att man bör använda bensodiazepiner (prio 2). Man kan även använda klometiazol eller karbamazepin (prio 3). Däremot bör man inte använda antihistaminer eller neuroleptika (rekommendationen



Bo Söderpalm.

är icke-göra).

Vid alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens bör bensodiazepiner användas (prio 1). Klometiazol kan användas (prio 5). Man bör däremot inte använda antihistaminer eller neuroleptika (rekommendationen är icke-göra).

Svår alkoholabstinens (delirium tremens) bör behandlas med bensodiazepiner eller klometiazol (båda har prio 1). Neuroleptika däremot har rekommendationen icke-göra.

– I det här sammanhanget vill jag påpeka hur viktigt det är att behandla alkoholabstinens för att förhindra hjärnskador på längre sikt!

Vid läkemedelsbehandling vid alkoholberoende bör man erbjuda behandling med disulfiram, akamprosot eller naltrexon (samtliga har prio 1). Man kan också erbjuda behandling med nalmeifen (prio 4).

Vid amfetaminberoende kan man erbjuda behandling med naltrexon (prio 4). Vid opiatberoende bör man erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin och naloxon (prio 1) eller metadon (prio 2). Man kan också erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin (prio 6). Vid långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig rekommenderas bensodiazepinnedtrappning (prio 2). Vid cannabisberoende kan acetylcystein ha viss effekt och åtgärden kan sättas in under en begränsad period (prio 8). ●

# Alkohol, Narkotika, Dopning och Tobak: ANDT-strategi 2016–2020

**R**egering och riksdag har under våren fattat beslut om en ny femårig ANDT-strategi.

– Utvecklingen går åt rätt håll inom ANDT-området. Bland annat har vi kunnat läsa om drogvaneundersökningar i årskurs nio och två på gymnasiet. Svenska ungdomar har inte uppgett att de dricker så lite sedan 1971. Även ungdomars rökning minskar.

Men skillnaderna i befolkningen är stora – det skiljer exempelvis fem år i medellivslängd mellan hög- och lågutbildade. Utgångspunkten för strategin är att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation och regeringen har tillsatt Kommissionen för jämlik hälsa som ska ta fram förslag för att sluta hälsoklyftorna.

Det övergripande målet för ANDT-arbetet ligger fast: ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk.

Under de gångna fem åren med den första ANDT-strategin har alkoholdrickande och rökning bland unga minskat. Riskkonsumtionen av alkohol minskar bland yngre men ökar bland äldre. Rökningen minskar i befolkningen som helhet men inte bland äldre, låginkomsttagare och barn som utsätts för passiv rökning. Narkotikabruket är stabilt men dödligheten hög.

**DE PÅVERKBARA HÄLSOKLYFTORNA** ska slutas genom ett arbete som präglas av jämlikhet och jämställdhet, kunskapsbaserade insatser och insatser som beaktar kön, ålder samt socioeko-

nomiska och demografiska förutsättningar.

– Tillgången till alkohol, narkotika, dopningmedel och tobak ska minska. Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopning och tobak eller debuterar tidigt med alkohol ska successivt minska genom bland annat effektivt arbete mot langning och tobak och spridning av evidensbaserat arbete för att förebygga cannabisbruk. Skolans betydelse är också central.

Antalet personer som utvecklar ett skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska successivt minska. Personer med missbruks- eller beroendeproblematik ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.

– Det är viktigt med samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst, Statens institutionsstyrelse och kriminalvården. Och det är viktigt att brukarorganisationerna involveras. Antalet personer som dör eller skadas på grund av eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska minska. Vi behöver noga analysera den narkotikarelaterade dödligheten.

**REGERINGEN INTAR EN FOLKHÄLSOBASERAD SYN** på ANDT inom EU och internationellt. I diskussionerna om FN:s narkotikakonventioner står Sverige för en fortsatt restriktiv hållning. Regeringen ställer sig också bakom målet om ett rökfritt Sverige 2025.

– Folkhälsomyndigheten har ett helhetsansvar för att stödja genomförandet av ANDT-strategin men flera myndigheter har en viktig roll för att nå strategins mål; den regionala och lokala nivån är avgörande för att nå målet och idéburna organisationer i civilsamhället har en viktig roll. ●



Lennart Rådenmark.

## Lästips!

En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020. Mål och insatsområden: [www.regeringen.se/contentassets/67d027e1eb684f2db2f537ce-54f479aa/rk\\_21340\\_socialdep\\_folder\\_tillg\\_web.pdf](http://www.regeringen.se/contentassets/67d027e1eb684f2db2f537ce-54f479aa/rk_21340_socialdep_folder_tillg_web.pdf)



Fredrik Ymén.

## Kriminalvården – en aktör i samverkan

**K**riminalvårdens uppdrag är att verkställa påföljder, bedriva häktesverksamhet och göra personutredningar. Man ska särskilt vidta åtgärder för att brottslighet under verkställigheten förhindras, frigivningen förbereds, narkotikamissbruk bekämpas och innehållet i verkställigheten anpassas efter varje individs behov (individuella planer upprättas och av dessa ska det bland annat framgå hur och med vilka samverkan ska ske).

Normaliseringsprincipen utgör utgångspunkt för ansvarsfördelningen mellan Kriminalvården och andra myndigheter gällande klienterna. Det är bara då klienten har omhändertagits på ett sådant sätt att det förhindrar andra aktörers medverkan, eller när stödsatserna uteslutande har sin grund i Kriminalvårdens rehabiliterande uppgift, som det är motiverat att göra avsteg från normaliseringsprincipen och låta Kriminalvården ta det primära ansvaret för uppgifter som normalt vilar på andra huvudmän. Exempelvis bedriver Kriminalvården i viss utsträckning hälso- och sjukvård.

**KRIMINALVÅRDEN VILL SAMVERKA** för att optimera det individanpassade och återfallsförebyggande arbetet med enskilda klienter och öka förutsättningarna att motverka återfall i brott. Man vill effektivisera arbetet med de dömda genom tidig samordning av insatser och resurser, tydliggöra ansvar och arbetsfördelning, undvika dubbelar-

bete och så långt som möjligt undanröja formella och praktiska hinder i arbetet.

Frivårdens uppdrag är att verkställa domar till frivårdspåföljder, verkställa domar till fängelse som verkställs genom fotboja, ansvara för övervakning efter villkorlig frigivning och göra personutredningar.

– Frivården är den del av Kriminalvården som finns ute i samhället och har det naturliga samverkansuppdraget.

Fredrik beskrev åtta centrala områden i arbetet med klienterna. Fyra av dessa har Kriminalvården stor kunskap om och erfarenhet av: antisocialt beteende, antisocialt personlighetsmönster, prokriminella attityder och prokriminellt umgänge. De andra fyra områdena är missbruk och beroende, familj och relationer, yrke och studier samt fritid och avkoppling.

– I de fallen finns expertisen i stor utsträckning utanför Kriminalvården, i kommunerna. Därför måste vi samverka och jobba utifrån en tidig samordnad individuell plan.

Fredrik berättade också att Kriminalvården arbetar med Krimstics (Strategic Training Initiative in Community Supervision), en evidensbaserad samtalsmetod och förhållningssätt för att arbeta med klienter i frivården med bas i KBT. Modellen kombinerar riskbedömningar med en strukturerad samtalsmetod som bygger på KBT. Man arbetar också med en rad evidensbaserade och KBT-baserade behandlingsprogram. ●



## Hur lever vi upp till riktlinjernas rekommendationer i Västra Götaland?

**M**ia och Catherine har deltagit i en arbetsgrupp som genomfört en gap-analys för att se hur berörda verksamheter i länet arbetar och förhåller sig till riktlinjerna. I arbetsgruppen har det funnits representanter från en rad olika berörda verksamheter.

Arbetsgruppen utformade en enkät utifrån de centrala rekommendationerna i riktlinjerna med hög prioritering (prio 1-4) respektive låg prio (10), vilket innebär att insatsen borde mönstras ut (10). Verksamheterna tillfrågades om instrument för att identifiera missbruk och beroende, psykologisk och psykosocial behandling, närståendestöd samt kompetensutveckling inom området. Kommunerna fick också besvara frågor om arbetslivsriktad rehabilitering och boendeinsatser, samverkan och brukarens erfarenheter. Enkäten distribuerades ut till alla första linjens chefer inom berörd hälso- och sjukvård samt till alla IFO-chefer.

Hur lever då VG-primärvård, specialistpsykiatri och kommunerna i länet upp till rekommendationerna i riktlinjerna? Mia tog bedömningsinstrumentet AUDIT som ett exempel, en åtgärd som har prio 1 i riktlinjerna:

– Vi hade en förhoppning om att AUDIT skulle användas mer. DUDIT borde också användas mer än enkätresultatet visar och många verksamheter använder det inte alls. Detsamma gäller bedömningsinstrumenten SCID I som kan ge oss viktig info om psykiatrisk samsjuklighet och ASI, ett kartlägnings- och bedömningsinstrument för vuxna som bör användas inför en insats.

När det gäller medicinska tester, som huvudsakligen utgör sjukvårdens ansvarsområde, utförs inte idag de nya alkoholmarkörerna EtG eller EtS i urin i regionens laboratorier, men det går att se en ökande trend när det gäller PEth i blod. CDT i blod används också, liksom narko-



tika i urin. Alkometer och urinprov med sticka används i stor utsträckning inom socialtjänsten.

Ett annat exempel rör Motivationshöjande behandling (MET), som har prioritet 1 i riktlinjerna. Behandlingsmetoden MET bygger på principerna för motiverande samtal (MI).

– Majoriteten inom specialistpsykiatri tycks inte använda MI och än mindre MET, eller svarar att det inte är relevant för verksamheten och det är anmärkningsvärt, sa Mia.

**ENKÄTEN VISAR VIDARE** att användningen av återfallsprevention (ÅP) inte är särskilt spridd.

– Återigen har många svarat att de inte använder det alls och att det inte är relevant för verksamheten. Det är märkligt! Det är viktigt att tänka på att arbetsalliansen, kontakten mellan brukaren och behandlaren, är den viktigaste. Det är där det händer egentligen men vi behöver också verktyg och metoder, sa Catherine.

Mia drar följande slutsatser av enkätresultaten:

– Det råder fortfarande ett gap mellan de nya

riktlinjerna och nuvarande vårdpraxis, även i de delar som fanns med i versionen från 2007. Detta trots stora gemensamma utbildningsinsatser och den nationella satsningen Kunskap till praktik. Oavsett ålder nås patienter med missbruks- och beroendeproblematik i låg grad av evidensbaserade/rekommenderade bio-psyko-sociala insatser. Fritextsvar i enkäten ger vid handen att området också har en oklar ansvarsfördelning; ”Det här är inte vårt ansvar eller uppdrag” eller ”inte primärt vår målgrupp”. Det kommer att krävas olika typer av styrdokument, exempelvis regionala medicinska riktlinjer. Förändringar behöver ske inom provtagningsområdet för införande av nya test och utmönstring av icke-prioriterade test. Det behövs också insatser i fråga om implementeringsstöd, utbildning, fortbildning och samverkan för jämlik och än bättre tillgång till rekommenderade åtgärder och insatser. ●



Mia Harty och Catherine Larsson.

# Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

För närvarande pågår en översyn av hälso- och sjukvårdsavtalet med sikte på att det nya avtalet ska börja gälla den 1 april 2017. Det är ett avtal mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna kring de patientgrupper där man har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar.

När det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopingmedel finns en lagstadgad skyldighet att ingå överenskommelser och samverka.

– Syftet är att få till ett gemensamt snarare än ett delat ansvar. En verksamhet kanske kan ge en viss insats, en annan kan erbjuda något annat men har jag inga samverkansytor kan jag inte erbjuda något annat än det jag själv har.

För närvarande sker en revidering av överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Den nya överenskommelsen kommer att hanteras som ett underavtal till det nya hälso- och sjukvårdsavtalet. I arbetet med överenskommelsen ingår representanter från kommun och region, primärvård, specialistvård och brukarorganisationerna NSPHiG och Brukarrådet för missbruksfrågor i Västra Götaland.

– Det är en utmaning när 50 huvudmän med olika förutsättningar möts och överenskommelsen ska verkställas på lokal nivå nära brukaren. Det måste ske en anpassning till geografiska och befolkningsmässiga villkor, de utförare som finns och andra aktörer. Detta förutsätter en organiserad delregional och lokal samverkan så att överenskommelsen kan tillämpas lokalt. Men kom ihåg att överenskommelsen är ett golv, den sätter inte gränser för er om ni vill åstadkomma mer!

Den nya överenskommelsen utgår från brukaren och innehåller en ökad tydlighet



Malin Camper.

kring målgrupper och utgångspunkter, nationella riktlinjer, definition av ansvarsgränser, samsjuklighet och Västbus, ansvar vid placering utanför hemmet, en mekanism för att hantera avvikelser och lösa tvister (finns i förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal), vårdplanering som ett verktyg för att verkställa ansvarsfördelningen och uppföljning. Grunden är SIP där

individens behov är överordnade frågan om vem som ansvarar för vilka insatser.

– Men vi har också ett antal utvecklingsområden: integrerade arbetssätt och mottagningar, insatser för ungdomar med missbruk, samverkan kring upphandling av HVB-hem och så behöver vi en översyn av Västbus riktlinjer. ●

Samtliga föreläsningar under den här konferensen filmades. Filmerna och föreläsarnas presentationer finns på [www.lansstyrelsen.se/vastragotaland](http://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland) och [www.grkom.se/dokumentation](http://www.grkom.se/dokumentation).



## Hur går vi vidare?

– Hur går vi vidare med arbetet i Västra Götaland kring de nationella riktlinjernas 153 rekommendationer? Det är en fråga som väcker många funderingar. Vad är det som gör att när det gäller samordnad individuell plan så är det som om det är fritt valt arbete? Det är en lagstadgad skyldighet att göra en samordnad individuell plan för de som behöver det. Jag tyckte om idén att studera om det blir annorlunda om man får en samordnad individuell plan. Hur kan vi studera det? Det behövs också mer fokus på resultatet av det vi gör. Vet vi inte vad det blir för resultat kan vi inte lägga samman och veta att de insatser vi gör hjälper människor. Flera av de saker vi har talat om här idag hänger samman med det stora arbetet kring psykisk hälsa. Det gäller att se till att det inte blir två parallella stuprör. Och hur går vi vidare för att minska glappet mellan vad som rekommenderas i riktlinjerna och det som faktiskt utförs? De här frågorna handlar inte enbart om mer resurser utan det fordras också en politisk viljeriktning för att individen ska få de insatser hon behöver, sa Lennart Rådenmark. ●



FoU.väst GR



LÄNSSTYRELSEN  
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN  
2016:54, ISSN 1403-168X



Kriminalvården

Fyrbodal



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Boråsregionen  
Sjuhärads kommunalförbund

skarborgs  
kommunalförbund

