Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014

Stöd för styrning och ledning
Preliminär version

Socialstyrelsen

Artikelnummer 2014-3-24

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2014

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om missbruks- och beroendevård. Riktlinjerna är en preliminär version samt en uppdatering av *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* från 2007.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktlinjerna riktar sig till beslutsfattare, verksamhetsledningar och yrkesverksamma, och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar 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 och omsorg, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

Detta är en preliminär version av riktlinjerna. Syftet med att publicera en preliminär version är att ge möjlighet för alla intressenter att i en bred och öppen process diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens bedömningar och rekommendationer, innan myndigheten tar slutlig ställning.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att medverka i ett antal seminarier för beslutsfattare och andra berörda. På seminarierna har kommunerna och landstingen möjlighet att redovisa sina analyser av vilka organisatoriska och ekonomiska konsekvenser riktlinjerna kommer att innebära för dem. Dessa analyser blir sedan en del av underlaget till Socialstyrelsens slutliga analys och bedömning av konsekvenserna. Berörda landsting, kommuner, patient- och brukarföreningar, yrkesföreningar, privata vårdgivare och andra kan också senast den 19 juni 2014 lämna skriftliga synpunkter till Socialstyrelsen på riktlinjerna. Den slutliga versionen kommer att publiceras under våren 2015.

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

Lars-Erik Holm
generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Några viktiga rekommendationer 7
Rekommendationernas konsekvenser 9
Inledning 10
Socialstyrelsens nationella riktlinjer 10
Samverkan med andra myndigheter och aktörer 11
Vad är missbruk och beroende? 12
Vad händer inom missbruks- och beroendevården? 13
Uppdatering av nationella riktlinjer från 2007 14
Kunskapsunderlag kompletterar riktlinjerna 15
Områden som inte ingår i riktlinjerna eller kompletteras i den slutliga versionen 16
Centrala rekommendationer 18
Generellt om rekommendationerna 18
Rangordningen utgår från den nationella modellen 19
Tillämpning av rekommendationerna 19
Rekommendationer om bedömningsinstrument 19
Rekommendationer om medicinska test 23
Rekommendationer om alkohol 29
Rekommendationer om bensodiazepiner 34
Rekommendationer om cannabis 36
Rekommendationer om centralstimulantia 37
Rekommendationer om opioider 40
Rekommendationer om samsjuklighet 44
Rekommendationer om alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar 48
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser 52
Ansvar för behandling och stödinsatser 52
Sammanfattning av konsekvenserna 53
Bedömningsinstrument 55
Medicinska test 56
Alkohol 57
Bensodiazepiner 59
Narkotika 59

Alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar 60
Indikatorer för god vård och omsorg 63
Indikatorer för missbruk- och beroendevård 63
Nationell utvärdering av vård och omsorg vid missbruk och beroende 65
Redovisning av indikatorer 65
Projektorganisation 72
Referenser 80
Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista 83
Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder 104
Beskrivning av tillstånd 104
Beskrivning av åtgärder 105

Sammanfattning

Dessa riktlinjer är en uppdatering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård från 2007. I uppdateringen har prioriteringar genomförts för första gången inom detta område. Prioriteringen innebär att förhållandevis mer resurser bör fördelas till högt rangordnade metoder än till metoder som har fått en låg rangordning. Syftet med rekommendationerna och prioriteringen 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 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.

Några viktiga rekommendationer

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 AUDIT och DUDIT för identifiering av alkohol- och narkotikaproblem, och SCID I och MINI för diagnostik av 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 alkoholhalten i utandningsluft eller 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, vårdnadsutredningar, följsamhet till kontraktsvård eller liknande.

Missbruk eller beroende av alkohol

Det finns i dag en underbehandling med läkemedel vid alkoholberoende. I vissa fall används dessutom läkemedel som saknar effekt. Personer med alkoholberoende bör behandlas med disulfiram, akamprosat eller naltrexon, beroende på om syftet är att uppnå helnykterhet eller en icke riskfylld konsumtion.

För psykosocial behandling finns stora praxisskillnader i landet, och tillgängligheten till flera olika typer av psykosocial behandling är på vissa håll begränsad. Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende.

Vid missbruk eller beroende av alkohol rekommenderas i första hand motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT), community reinforcement approach (CRA) eller 12-stegsbehandling, eftersom dessa metoder har bäst bevisad effekt. MET är mindre omfattande än andra psykosociala behandlingsmetoder, och kräver inte psykoterapiutbildning. Det skulle därför kunna erbjudas även inom primärvård och företagshälsovård, och därmed bidra till att öka tillgängligheten till vård och behandling för personer med alkoholberoende.

Missbruk och beroende av bensodiazepiner, cannabis, centralstimulantia eller opioider

Bensodiazepiner kan fylla ett viktigt terapeutiskt värde, men medför också en risk för utveckling av beroende med omfattande negativa fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Riktlinjerna ger rekommendationer om nedtrappning med eller utan tillägg av KBT 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). Socialstyrelsen har föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende. För närvarande pågår en översyn av dessa. Översynen kan komma att innebära att även läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende regleras i samma föreskrifter och allmänna råd.

Läkemedelsassisterad behandling kan förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet. Hälso- och sjukvården bör erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon eller metadon vid opiatberoende samt nedtrappning eller läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon (i de fall nedtrappning inte har lett till opioidfrihet) vid beroende av opioidanalgetika.

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

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 erbjuder integrerad behandling till personer med missbruk eller beroende av alkohol och droger och samtidig svår psykisk sjukdom. Integrerad behandling fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet, inom ramen för en psykosocial behandlingsmodell.

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 MI 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. Rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader inledningsvis, men på längre sikt förväntas kostnaderna återgå till nuvarande nivåer. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt.

Inledning

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

- bedömningsinstrument
- medicinska test
- läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol, bensodiazepiner, cannabis, centralstimulantia och opioider
- läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid samsjuklighet
- psykosocial behandling för ungdomar.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Innehåll i detta dokument

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

- Centrala rekommendationerna ur *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Med centrala rekommendationer menar Socialstyrelsen rekommendationer som har 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.

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 130 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns att ladda ner från 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 fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort.

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 genom att rätt åtgärd används för

rätt grupp. Målet är att bidra till att patienter, brukare och klienter får en jämlik och god vård.

Uppdraget innebär också att innehållet i riktlinjerna ska hållas aktuellt genom återkommande uppdateringar och kompletteringar.

Vägledning för beslut på gruppnivå

Riktlinjernas rekommendationer gäller hela missbruks- och beroendevården, det vill säga både socialtjänsten och hälso- och sjukvården (och även sådan verksamhet som bedrivs av andra huvudmän, till exempel kriminalvård), om inte annat anges.

De primära målgrupperna för riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, chefstjänstemän, verksamhets- och enhetschefer.

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 måste personalen även ta hänsyn till lagar och regler, 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.

Samverkan med andra myndigheter och aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen bland annat haft en dialog med Läkemedelsverket och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Inför uppdateringen 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 (SiS), Kriminalvården och KSAN (Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor). Under riktlinjearbetets gång har projektledningen också träffat Socialstyrelsens brukarråd för missbruks- och beroendefrågor.

Vidare har företrädare för huvudmännen, specialistföreningar och andra intresseorganisationer och sakkunniga medverkat. Huvudmännen har nomi-

nerat experter till prioriteringsarbetet och förberett de regionala seminarier som ordnas efter publiceringen av de preliminära riktlinjerna. Detta har skett genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst (NSK och NSK-S) samt genom kontaktpersoner på länsnivå i frågor som rör kunskapsstyrning och -utveckling.

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 gjordes en skattning som visade att totalt 780 000 personer över 18 år har ett beroende eller missbruk av alkohol [2]. Vidare visar Socialstyrelsens skattningar att det finns cirka 29 500 personer med problematisk narkotikaanvändning (det vill säga personer med en narkotikadiagnos inom hälso- och sjukvården eller som har klassats som grava narkotikamissbrukare inom kriminalvården) [3]. Antalet personer som använt narkotika de senaste 30 dagarna uppskattas till 77 000 personer [4]. Antalet personer med problematiskt bruk av läkemedel uppskattas uppgå till 65 000 personer [2].

År 2012 rapporterade 54 procent av pojkarna och 58 procent flickorna i årskurs 9 att de prövat alkohol, vilket är de lägsta uppmätta nivåerna sedan starten av de skolmätningar som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) påbörjade 1971. Även i gymnasiets årskurs 2 har andelen alkoholkonsumenter minskat sedan mätningarna startade 2004, från cirka 90 procent 2004 till 82 procent 2012 med små skillnader mellan pojkar och flickor. Skolungdomars narkotikaanvändande är relativt stabilt. I grundskolans årskurs 9 rapporterade 8 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna att de någon gång prövat narkotika (nästan alltid cannabis). I gymnasiets årskurs 2 var andelen 20 respektive 13 procent bland de som prövat narkotika.

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 diagnosklassifikationer som används. I Sverige används främst ICD-10 vid diagnostik av sjukdomar inom hälso- och sjukvården. Inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet används DSM-IV.

Båda klassifikationssystemen definierar *substansberoende*, och båda systemens definitioner överensstämmer till stora delar. ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk*, medan DSM-IV i stället har diagnosen *missbruk*. I den senaste versionen av DSM (DSM 5) ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet ”substance use disorders” (svensk översättning av begreppet saknas för närvarande). Aktuella diagnoser och kriterier

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 [5]. Rekommendationer om åtgärder vid riskbruk av alkohol finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* som finns att ladda ner eller beställa från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

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

Vad händer inom missbruks- och beroendevården?

En samlad ANDT-strategi

År 2011 beslutade riksdagen om regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47). Strategin syftar till att underlätta statens styrning av stödet på alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT), 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 ska successivt 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 till 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 en översyn av

den föreskrift som reglerar läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27).

Kunskap till praktik

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård från 2007 åtföljdes av ett statligt implementeringsstöd. Regeringen slöt år 2008 en överenskommelse med SKL, som innebar att SKL åtog sig att bygga upp ett kvalificerat stöd för implementering av riktlinjerna och annan aktuell kunskap, genom utvecklingsarbetet *Kunskap till praktik*. Utvecklingsarbetet syftade även till att skapa en organisatorisk struktur för erfarenhetsutbyte, främja samverkan mellan kommuner och landsting samt forskning och utveckling.

Inom ramen för *Kunskap till praktik* har samtliga län inrättat regionala styrgrupper med beslutsfattare från kommuner, landsting och andra aktörer, vars arbete stöds av en processledare som finansierats genom *Kunskap till praktik*. Vidare har kommuner och landsting erbjudits stöd för att utbilda personal i kunskapsbaserade behandlingsmetoder, träffa överenskommelser med huvudmännen på länsnivå, implementera system för uppföljning och utveckling samt utveckla brukarmedverkan.

År 2011 träffades ytterligare en överenskommelse med regeringen, där SKL har åtagit sig att stödja utvecklingen av barn- och föräldraperspektivet i missbruks- och beroendevården.

Utvecklingen inom missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsens öppna jämförelser och tidigare tillsynsaktiviteter har visat att det under senare år 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 [6]. I huvudsak nås personer med sociala problem. Dessutom kan få huvudmän erbjuda mer än en 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 [7]. Ett liknande mönster finns bland lågutbildade när det gäller narkotikarelaterad dödlighet. Bland män ökar dessutom dessa skillnader sedan början av 1990-talet.

Uppdatering av nationella riktlinjer från 2007

Preliminär version för diskussion

Detta är en preliminär version av riktlinjerna. Syftet med att publicera en preliminär version är att ge möjlighet för alla intressenter att i en bred och

öppen process diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens rekommendationer.

Efter publiceringen kommer regioner, landsting och kommuner att anordna regionala kunskapsseminarier för att diskutera hur rekommendationerna påverkar dagens vård. Det kan bland annat handla om vilka ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser som rekommendationerna innebär. Dessa analyser blir sedan en del av underlaget till Socialstyrelsens slutliga analys och bedömning av konsekvenserna.

Den slutliga versionen av riktlinjerna kommer att publiceras under våren 2015.

Uppdaterade frågeställningar och metod

Denna uppdatering 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 uppdateringen av riktlinjerna har också prioriteringar genomförts för första gången inom detta område. Detta har medfört att de uppdaterade riktlinjerna främst inkluderar åtgärder som är möjliga att tydligt avgränsa och definiera, och där det finns flera relevanta alternativ som kan ställas emot varandra och prioriteras. Riktlinjerna inkluderar inte åtgärder som rör organisation, styrformer och samverkan, eller som regleras i lagstiftning och därför inte lämpar sig för prioriteringar.

Två nya områden har inkluderats – ungdomar och läkemedelsberoende. I övrigt har det vetenskapliga underlaget uppdaterats, vilket bland annat lett till att fler bedömningsinstrument, medicinska test och läkemedel ingår.

I uppdateringen 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 SKL gör, och för att följa upp regeringens ANDT-strategi.

Kunskapsunderlag kompletterar riktlinjerna

Brukarinflytande och brukarmedverkan

En viktig del av en evidensbaserad praktik är brukares erfarenheter och förväntningar. Socialstyrelsens vägledning *Att ge ordet och lämna plats* [8] 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 också för den lagstiftning som finns om brukarnas rättigheter samt vilka organisatoriska och strukturella förutsättningar som underlättar deras medverkan och inflytande.

Barn- och föräldraperspektivet

För hälso- och sjukvårdspersonal finns en lagstadgad skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel (2g § hälso- och sjukvårdslagen och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen). I alla situationer där professionella möter personer med missbruk och beroende som är föräldrar eller lever med barn, måste barns och ungas situation uppmärksammas och deras rättigheter, behov av hjälp och stöd tillgodoses.

Vägledningen *Barn och unga i familjer med missbruk* [9] 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* [10] 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 de strukturerade metoder som används för att bedöma missbrukets omfattning och konsekvenser (till exempel ASI och AUDIT).

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) [11]. Socialstyrelsen fick i januari 2011 i uppdrag att stödja implementeringen av dessa riktlinjer.

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.

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

Områden som inte ingår i riktlinjerna eller kompletteras i den slutliga versionen

I riktlinjerna ingår endast substansberoende. För hallucinogener (så kallade klubbdroger såsom GHB, LSD och ecstasy) saknas det vetenskapligt un-

derlag och dessa ingår därför inte i riktlinjerna. Inte heller dopning ingår, eftersom underlag om åtgärder till stor del saknas.

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 psykosocial behandling saknas vetenskapligt underlag för att rekommendera specifika metoder för gravida.

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. Enligt missbruksutredningen verkar det inte finns några uppenbara skillnader i tillgång 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.

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

Riktlinjerna ger rekommendationer på gruppnivå, och måste alltid anpassas till individens särskilda förutsättningar och önskemål. En individ- och behovsanpassad behandling förutsätter en helhetsbedömning, där målet med vården styr behandlingens inriktning, och förhållandet mellan nytta och risk påverkar valet av behandling.

Psykosociala stödinsatser kompletterar slutversionen av riktlinjerna

Vid missbruk och beroende och samtidig social problematik kan psykosociala stödinsatser vara viktiga för att kunna bedriva behandling, och genomförs som regel parallellt och i samordning med behandlingen. Till slutversionen av riktlinjerna kommer därför även psykosociala stödinsatser att inkluderas.

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv. Rekommendationerna gäller följande områden:

- bedömningsinstrument
- medicinska test
- läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol, bensodiazepiner, cannabis, centralstimulantia och opioider
- läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid samsjuklighet
- psykosocial behandling för ungdomar.

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.

Generellt om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdskombinationer. Sammantaget ger Socialstyrelsen tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*. Tabellen nedan beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

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.

En beskrivning av hur Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer finns på myndighetens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det

vetenskapliga underlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagan *Vetenskapligt underlag* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats.

Rangordningen utgår från den nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdskombinationer utgår från den nationella modellen för prioriteringar [12]. 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 socialtjänstlagens grundprinciper [13]. I den modifierade modellen beaktas därmed inte tillståndets svårighetsgrad.

En mer utförlig beskrivning av arbetet med att ta fram riktlinjerna kommer att redovisas i bilagan *Metodbeskrivning* i samband med publiceringen av den slutliga versionen av riktlinjerna.

Tillämpning av rekommendationerna

Syftet med nedanstående rekommendationer är att ge vägledning för beslut på gruppnivå, och innebär att förhållandevis mer resurser bör fördelas till högt rangordnade metoder än till metoder som har fått en låg rangordning.

Det är dock viktigt att missbruks- och beroendevården kan erbjuda ett brett utbud av behandlingsmetoder, och rekommendationerna måste alltid anpassas till individens särskilda förutsättningar.

Det är också viktigt att patienter och klienter är delaktiga i valet av behandling, vilket betonas i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientsäkerhetslagen (2010:659) och socialtjänstlagen (2001:453). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2 a §) och patientsäkerhetslagen (6 kap. 1 §) ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Socialtjänstlagen anger å sin sida att verksamheten 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 patienten eller klienten görs delaktig i beslut om behandling kan också bidra till att följsamheten till behandlingen ökar.

Rekommendationer om bedömningsinstrument

Inom missbruks- och beroendevården fattas en rad beslut om insatser för personer med olika grad av alkohol- och narkotikaproblem, där olika bedöm-

ningsinstrument 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, göra information jämförbar och förvissa sig om att viktig information inte glöms bort.

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 i den reguljära vården.

Statens institutionsstyrelse har gjort en allmän genomgång av relevanta instrument som till viss del överlappar detta arbete [14]. 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 (alcohol use disorders identification test) är ett självskattningsinstrument för att bedöma om problem med alkohol förekommer. DUDIT (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 rekommendationerna

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 samt 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 missbruk eller beroende

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

När alkohol- eller narkotikaproblem identifierats kan det finnas anledning att gå vidare och ställa diagnos. En korrekt diagnos bidrar till möjligheten att välja rätt behandling. För att ställa diagnos finns ett antal instrument som kan användas som hjälpmedel. Med hjälp av bedömningsinstrumentens strukturerade frågor förbättras förutsättningarna för att kunna ställa en korrekt diagnos.

SCID I (Structured clinical interview for DSM-IV-Axis I disorders) är en semistrukturerad intervju som används 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 (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 ICD-10. Anledningen till att MINI utvecklats är för att enkelt, billigt och snabbt (cirka 15–20 minuter) kunna kartlägga en patients olika psykiatriska tillstånd.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården använda SCID I eller MINI för att diagnostisera missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Avgörande för rekommendationen är att instrumenten fungerar väl för att diagnostisera missbruk och beroende, och även kan ge viktig information om eventuell samsjuklighet i form av annan psykisk störning. För SCID I saknas studier av validiteten för diagnoserna missbruk och beroende, men det är ett av de dominerande diagnosverktygen i Sverige i dag och har stöd i beprövad erfarenhet. För MINI är validiteten jämfört med SCID I varierande, men ett mindre omfattande instrument som MINI är av stort kliniskt värde.

Rekommendation
Hälso- och sjukvården bör

- använda SCID I eller MINI för att diagnostisera missbruk eller beroende av alkohol och narkotika (*prioritet 5*).

Bedömning av hjälpbehov

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A19–A20)
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 behandlingsinsats, och förutom missbruks- eller beroendeproblem är det viktigt att även kartlägga hela livssituationen.

ASI (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, rättsliga problem, 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.

Motivering till rekommendationen

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 utforska hjälpbehov hos personer med alkohol- och narkotikaproblem. ASI kan även användas för uppföljning på verksamhetsnivå.

Rekommendation
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda ASI för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem (*prioritet 1*).

Bedömning av hjälpbehov för ungdomar

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: A23)
ADAD 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 rekommendationen

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*).

Rekommendationer om 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 medel 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 test 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 vid uppföljning efter behandlingens avslutande, för att avgöra om den har lett till önskat resultat.

Pågående intag av alkohol

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B01)

Mätning av alkohol (etanol) i utandningsprov är en etablerad metod för att påvisa eller avfärda alkoholpåverkan, till exempel i samband med nykterhetskontroller i trafiken samt i alkolås. Utandningsprov används även inom sjukvården, kriminalvården och i arbetslivet. Instrumentet räknar om uppmätt etanolmängd i utandningsluften till uppskattad promillehalt av etanol i blodet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten mäta alkoholhalten i utandningsluft. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har hög säkerhet, är enkel att utföra och har hög tillämplighet i den kliniska situationen.

Rekommendation
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda mätning av alkoholhalten i utandningsluft för att påvisa pågående intag av alkohol (*prioritet 1*).

Nyligt intag av alkohol

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B02–B03)
Mätning av alkohol (etanol) eller de konjugerade etanolmetaboliterna etylglukuronid och etylsulfat (EtG och EtS) i urin 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 rekommendationerna

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 som ingår i riktlinjerna är PEth, CDT, GT, ASAT, ALAT och 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.

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 test har dock jämförts mot samma mått.

Motivering till rekommendationerna

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, och att CDT har en hög specificitet. Varierande mätmetoder med olika gränsvärden och avsaknad av säkert jämförelsetest gör att slutsatserna om CDT baserat på de vetenskapliga studierna är något osäkra. Enligt beprövad erfarenhet är specificiteten för CDT dock mycket god då det endast finns ett fåtal andra orsaker till ett förhöjt värde (till exempel graviditet samt en ytterst sällsynt grupp av medfödda metaboliska sjukdomar).

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 orsaker 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 upp-

täcka 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 orsaker 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–B13)

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 missbruksmedel i urin utförs under kvalitetssäkrade förhållanden och laboratorieanalyser bör skickas till ackrediterade laboratorier.

Salivprov har samma detektionstid för missbruksmedel 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 (snabbtest). Patientnära drogtest ger ett omgående provsvar. Avläsning av testet sker okulärt och innebär större osäkerhet beroende på utförarens erfarenhet.

Motivering till rekommendationerna

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 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 drogtest med urinprov. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden är mer osäker än analyser från laboratorier. Den är därför inte tillräckligt tillförlitlig för att ligga till grund för beslut om åtgärder vid exempelvis vårdnadsutredningar, kontraktsvård, tvångsvård eller körkorts- eller vapenlicenssammanhang. Patientnära drogtest kan dock behövas i situationer som kräver ett snabbt resultat.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i undantagsfall använda salivprov och patientnära drogtest med 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*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan i undantagsfall

- använda salivprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (*prioritet 7*)
- använda patientnära drogtest med salivprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (*prioritet 8*).

Rekommendationer om alkohol

Missbruk och beroende av alkohol kan leda till omfattande fysiska, psykiska och sociala problem och kostnader för såväl den enskilde som för närstående och samhälle.

Alkoholberoende är ett vanligt tillstånd. Av den vuxna befolkningen uppfyller 4 procent (cirka 330 000 personer) diagnoskriterierna för alkoholberoende. Av dessa söker dock inte alla vård. Alkoholberoende är förenat med förhöjd sjuklighet och dödlighet. Även vid måttligt alkoholberoende (där majoriteten vanligtvis inte söker behandling) är dödligheten fördubblad jämfört med den övriga befolkningen. För de svåra beroendetillstånden (där en större andel återfinns i behandling) är den förtida dödligheten minst fem gånger högre än i den övriga befolkningen.

Socialstyrelsen belyser i dessa riktlinjer läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens, läkemedelsbehandling vid alkoholberoende och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol.

Det finns betydande skillnader i praxis i landet när det gäller såväl läkemedelsbehandling som psykosocial behandling. I många fall finns en underbehandling med läkemedel, men det finns också en användning av läkemedel som saknar effekt. Även för psykosocial behandling finns stora regionala och lokala skillnader i landet, och Socialstyrelsens bedömning är att effektiv psykosocial behandling underutnyttjas på många håll.

Läkemedelsbehandling vid 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 är ett i många fall obehagligt och potentiellt allvarligt tillstånd. Tillståndet innebär dels 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 konfusion, 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).

Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens har också sammanfattats av Läkemedelsverket i en behandlingsrekommendation [15].

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med alkoholabstinens och med alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens med bensodiazepiner. 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 ringa vid kortvarig och övervakad behandling.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården behandla personer med alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens med klometiazol. 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 behandla personer med svår alkoholabstinens (delirium tremens) med bensodiazepiner eller klometiazol. 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 Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte behandla personer med alkoholabstinens med eller utan risk för abstinensepilepsi och delirium tremens med antihistaminer eller neuroleptika. Inte heller personer med svår alkoholabstinens (delirium tremens) bör behandlas med neuroleptika. Antihistaminer och neuroleptika har i studier inte visat effekt vid alkoholabstinens. De båda läkemedelsgrupperna är dessutom behäftade med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp.

Rekommendationer
Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

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

Hälso- och sjukvården bör inte

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

Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C14–C16, C18–C20 och C22)
När det gäller läkemedelsbehandling vid alkoholberoende finns betydande regionala skillnader. I många fall är det en underförskrivning av läkemedel, i andra fall används läkemedel som saknar effekt. Läkemedelsbehandling kan förbättra möjligheten att förebygga återfall, öka andelen helnyktra och minska missbruk och beroende.

Förutom disulfiram finns ytterligare tre läkemedel som är godkända för alkoholberoende: akamprosat, naltrexon och nalmefen. Därutöver finns två läkemedel som är godkända för annan indikation som ingår i Socialstyrelsens rekommendationer: baklofen (med indikation spasticitet i skelettmuskulaturen) och topiramat (med indikation partiella anfall eller primärt generaliserade tonisk-kloniska anfall). Även antidepressiva läkemedel (SSRI-läkemedel och övriga antidepressiva läkemedel) har utvärderats. Dessa förskrivs ofta vid alkoholberoende utifrån en föreställning att man kan minska drickandet om man minskar ångest och nedstämdhet.

I en majoritet av de studier som rekommendationerna bygger på har studiedeltagarna erbjudits psykosocial behandling samtidigt som läkemedelsbehandlingen. I några studier har det dock handlat om sedvanligt medicinskt omhändertagande (medical management) i stället för psykosocial behandling,

men då i en mer omfattande och strukturerad form än vad som vanligen förekommer (se beskrivning i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*).

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med alkoholberoende med disulfiram, akamprosat eller naltrexon. Val av preparat är i viss mån avhängigt syftet med behandlingen – helnykterhet eller icke riskfylld konsumtion. Disulfiram är ett väldokumenterat och beprövat preparat med god effekt. Akamprosat har god effekt på konsumtion och antalet återfall, men verkar 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 behandla personer med alkoholberoende med nalmefen, topiramat eller baklofen. Nalmefen kan jämföras med naltrexon och har god effekt. Dock saknas klinisk erfarenhet, vilket i nuläget motiverar en något lägre prioritering. Varken topiramat eller baklofen har indikationen alkoholberoende men har i studier visat god effekt vid detta tillstånd, såväl på intagen mängd alkohol som på nyktra perioder. Dock har topiramat besvärliga biverkningar och kräver oftast lång tid och tät uppföljning för att uppnå en adekvat dosering. Baklofen har ett begränsat vetenskapligt underlag, men avsaknaden av levertoxicitet ger läkemedlet en fördel vid långt skriden leversjukdom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast i undantagsfall använda antidepressiva läkemedel vid behandling av alkoholberoendet. 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 alkoholberoende personer.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

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

Hälso- och sjukvården kan

- behandla personer med alkoholberoende med nalmefen (*prioritet 4*)
- behandla personer med alkoholberoende med topiramat eller baklofen (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- behandla personer med alkoholberoende med antidepressiva läkemedel för alkoholberoendet (*prioritet 10*).

Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C24–C27, C30 och C33)

Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende. Det finns ett stort antal metoder som används för behandling av missbruk eller beroende av alkohol. De psykosociala behandlingsmetoder som är inkluderade i riktlinjerna beskrivs närmare i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

En av de åtgärder som dessa riktlinjer belyser är 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 [16].

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT), community reinforcement approach (CRA) eller 12-stegsbehandling. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har en god effekt till en låg kostnad per effekt om de erbjuds i form av gruppbehandling. MET har även en låg kostnad per effekt för individuell behandling, och har därför fått en något högre prioritering än de övriga åtgärderna.

Psykodynamisk och interaktionell terapi är mindre studerat, men de studier som finns på området visar att terapiformerna har effekt.

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 personer med missbruk eller beroende av alkohol motivationshöjande behandling (MET) (*prioritet 1*)
- erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol kognitiv beteendeterapi (KBT), community reinforcement approach (CRA) eller 12-stegsbehandling (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol psykodynamisk eller interaktionell terapi (*prioritet 3*).

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

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

Rekommendationer om bensodiazepiner

Sedan preparatgruppen bensodiazepiner introducerades på 1960-talet har den kommit att få en betydande användning som ångestdämpande, sömngivande och muskelavslappnande läkemedel, bland annat till följd av den låga toxiciteten i jämförelse med tidigare använda läkemedel (framför allt barbiturater). Ganska snart stod det dock klart att preparaten medför risk för utveckling av tolerans och beroende. Bensodiazepiner fyller för många människor ett viktigt terapeutiskt värde, men kan vid beroendeutveckling ha stora negativa konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan och det sociala livet.

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 medför illegalt inköp. Andra tycks utveckla ett beroende som visar sig huvudsakligen i att de har svårt att upphöra med användandet eller upplever någon form av abstinensbesvär vid dosreduktion (ofta benämnt lågdosberoende).

Förekomsten av långvarigt bruk och beroende av bensodiazepiner är dåligt känd men antas vara tämligen omfattande. Det är till exempel vanligare än ”tungt” narkotikaberoende (intravenöst bruk) men mindre vanligt än beroende av alkohol. Dock saknas etablerad praxis inom vården i Sverige. Det finns inte heller något omfattande vetenskapligt stöd om behandling vid långvarigt bruk och beroende av bensodiazepiner. De studier som finns berör främst långtidsanvändning snarare än strikt diagnostiserat beroende. Någon läkemedelsbehandling med effekt på bensodiazepinberoendet som sådant finns inte heller dokumenterad.

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

Nedtrappning med eller utan tillägg av KBT

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D02–D03)

Abstinensbesvär vid försök till utsättning efter längre tids bruk (4–6 veckor eller mer) är vanligt, även hos personer som inte uppfyller övriga kriterier för beroende. Patienter kan därför behöva hjälp med nedtrappning även efter lång tids behandling, utan faktisk beroendeutveckling. Abstinensperioden är ofta långvarig, från veckor till månader. Det finns även en risk för allvarliga abstinenskomplikationer, bland annat delirium tremens och epileptiska anfall, särskilt vid längre tids högdosanvändning.

Nedtrappning innebär helt enkelt att patientens dos av bensodiazepiner minskas stegvis, antingen i en förutbestämd takt eller i samförstånd med patienten och anpassat efter eventuella abstinenssymtom. Nedtrappning antas minska abstinensbesvären och antas även minska risken för allvarliga abstinenskomplikationer.

I riktlinjerna ingår även kognitiv beteendeterapi (KBT) som tillägg till nedtrappning. KBT-behandlingen har varit inriktad på antingen bensodiazepinanvändningen eller sömnsvårigheter och ångest, eller på både bensodiazepinanvändningen och sömnsvårigheter eller ångest.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda nedtrappning av bensodiazepin eller nedtrappning med tillägg av kognitiv beteendeterapi 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 bör

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

Rekommendationer om cannabis

Cannabis är den vanligaste illegala drogen som används i dag. Av samtliga personer som i olika undersökningar 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. För alkohol och annan narkotika anses risken i regel vara högre.

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 panik, dysfori och psykossymtom som hallucinationer och förföljelseidéer. Andra risker är nedsättning av kognitiva funktioner, som kan visa sig i form av bland annat försämrat korttidsminne, splittring av tankeverksamhet, störd tidsuppfattning och bristande förmåga att behålla uppmärksamheten. Cannabisanvändning kan också ge upphov till störning av psykomotoriska funktioner som bland annat påverkar körförmåga.

I dag finns det få psykosociala behandlingsalternativ att tillgå vid cannabisberoende och i stort sett saknas läkemedelsbehandling.

Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av cannabis

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: E02–E04 och E06)

Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende. De psykosociala behandlingsmetoder som är inkluderade i riktlinjerna beskrivs närmare i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT). Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en måttlig effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda haschavvänjningsprogrammet (HAP). Avgörande för rekommendationen är att HAP har effekt på användning av cannabis. Det vetenskapliga underlaget för programmet är otillräckligt, men det har stöd i beprövad erfarenhet. Dessutom innehåller det inslag av psykosocial behandling som är inkluderad och rekommenderas i riktlinjerna, det vill säga motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT).

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten även erbjuda motiverande samtal (MI), då åtgärden visat sig ha viss effekt. Förstärkningsmetod (contingency manegement) som tillägg till KBT kan också erbjudas. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden visar måttlig effekt jämfört med enbart KBT, men enbart har begränsat vetenskapligt stöd.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis kognitiv beteendeterapi (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis haschavvänjningsprogrammet (HAP) (*prioritet 4*)
- erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis motiverande samtal (MI) (*prioritet 5*)
- erbjuda personer med missbruk eller beroende av cannabis förstärkningsmetod som tillägg till kognitiv beteendeterapi (*prioritet 6*).

Rekommendationer om 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.

Amfetamin är efter cannabis den mest brukade illegala narkotiska substansen i Sverige och dominerar bland personer med ett intravenöst narkotikabruk. Intravenöst bruk leder bland annat till risk för hepatit och andra infek-

tioner. Sambandet mellan amfetaminberoende och kriminell livsföring är starkt. De omedelbara fysiska effekterna av amfetamin är påverkan på hjärta, kärl och lungor. Vid höga doser finns bland annat risk för inre blödningar och kollaps.

Kokainberoende är i Sverige sannolikt mindre vanligt än amfetaminberoende, men epidemiologin är dåligt känd. Kokain ger upphov till ett starkare rus än amfetamin och är liksom detta förknippat med risk för blodtrycksstegring och inre blödningar.

Skador till följd av missbruk och beroende av centralstimulantia är liksom annat missbruk 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. Bruk av andra substanser parallellt med centralstimulantia är vanligt.

Läkemedelsbehandling vid centralstimulantiaberoende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: F02 och F04–F06)

Läkemedelsbehandling av centralstimulantiaberoende är sällan förekommande. 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 rekommendationerna

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

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast i undantagsfall behandla personer med kokainberoende med antidepressiva läkemedel. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden saknar effekt på drogfrihet. 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.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte behandla personer med kokainberoende med antiepileptika eller centralstimulerande läkemedel. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna saknar effekt på kokainanvändning, drogfrihet och kvarstannande i behandling.

Rekommendationer
Hälso- och sjukvården kan

- behandla personer med amfetaminberoende med naltrexon (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- behandla personer med enbart kokainberoende med antidepressiva läkemedel för kokainberoendet (*prioritet 10)*.

Hälso- och sjukvården bör inte

- behandla personer med kokainberoende med antiepileptika eller centralstimulerande läkemedel (*icke-göra*).

Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: F08–F11)
Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende. De psykosociala behandlingsmetoder som är inkluderade i riktlinjerna beskrivs närmare i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda community reinforcement approach (CRA) med tillägg av förstärkningsmetod (contingency management), 12-stegsbehandling eller kognitiv beteendeterapi (KBT). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel som blir drogfria.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan också erbjuda motiverande samtal. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har sämre effekt än övriga åtgärder. Den kan dock passa personer som inte hunnit lika långt i sitt missbruk eller beroende, och kan även ge motivation till annan behandling.

Rekommendationer
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat 12-stegsbehandling eller community reinforcement approach (CRA) med tillägg av förstärkningsmetod (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat kognitiv beteendeterapi (KBT) (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat motiverande samtal (MI) (*prioritet 6*).

Rekommendationer om opioider

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). Den forskning som finns om behandling av opioidberoende har dock främst fokuserat på heroin.

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

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

Gruppen som är beroende av opioidanalgetika är sannolikt mer heterogen när det gäller sjuklighet och dödlighet, grad av beroende och social situation, jämfört med personer 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.

Läkemedelsbehandling vid opiatabstinens

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: G01–G02)
Opiatabstinens är ett allvarligt tillstånd som ofta kräver den specialiserade beroendevårdens heldygnsvård. I riktlinjerna ingår behandling med metadon och buprenorfin.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med opiatabstinens med buprenorfin eller metadon. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar abstinenssymtom och ökar kvarstannande i behandling. Buprenorfin är lättare att anpassa efter symtom, och har därför fått en högre prioritering än metadon.

Rekommendationer
Hälso- och sjukvården bör

- behandla personer med opiatabstinens med buprenorfin (*prioritet 1*)
- behandla personer med opiatabstinens med metadon (*prioritet 2*).

Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: G04–G06 och G08)
Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende. Syftet med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende är att förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet.

SOSFS 2009:27 ska tillämpas på sådan verksamhet som erbjuder läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Med opiatberoende avses beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin (1 kap. 1 och 2 §§). 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 §). Syftet med den psykosociala behandlingen är att lindra eller förbättra psykiska problem samt att öka följsamhet till behandling, påverka motivationen och minska avbrott och sidomissbruk. Läkemedelsassisterad behandling får enligt SOSFS 2009:27 ges till en patient som har fyllt 20 år och som har ett dokumenterat opiatberoende

sedan minst ett år. Om det finns synnerliga skäl får dock patienter under 20 år som har ett dokumenterat opiatberoende sedan minst ett år ges behandling (4 kap. 2 §). För närvarande (mars 2014) pågår en översyn av SOSFS 2009:27.

De läkemedel som inkluderas i riktlinjerna är metadon, buprenorfin, kombinationen buprenorfin-naloxon och naltrexon, varav de tre förstnämnda är godkända för denna indikation.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med opiatberoende 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 kan även behandla personer med opiatberoende med buprenorfin. Buprenorfin har dock fått en lägre prioritering, eftersom det är möjligt att missbruka genom att genom att tabletterna krossas, löses upp och injiceras. Kombinationen buprenorfin-naloxon kan i stor utsträckning förhindra sådan användning.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården endast i undantagsfall behandla personer med opiatberoende med naltrexon. Avgörande för rekommendationen är att naltrexon inte har en säkerställd effekt på drogfrihet eller kvarstannande i behandling, jämfört med placebo eller psykosocial behandling. Det kan dock vara ett alternativ för personer som av något skäl inte önskar behandling med metadon eller buprenorfin.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- behandla personer med opiatberoende med kombinationen buprenorfin-naloxon (*prioritet 1*)
- behandla personer med opiatberoende med metadon (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården kan

- behandla personer med opiatberoende med buprenorfin (*prioritet 6*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- behandla personer med opiatberoende med naltrexon (*prioritet 10*).

Psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av opiater

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: G11–G12 och G14–G15)

Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta en persons problembeteende. De psykosociala behandlingsmetoder som är inkluderade i riktlinjerna beskrivs närmare i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

Vid genomgången av den vetenskapliga litteraturen på området återfanns (med ett undantag) endast studier där den psykosociala behandlingen erbjudits inom ramen för läkemedelsassisterad behandling. Syftet med den psykosociala behandlingen är då att lindra eller förbättra psykiska problem samt att öka följsamhet till behandling, påverka motivationen och minska avbrott och sidomissbruk.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av opiater kognitiv beteendeterapi (KBT) eller community reinforcement approach (CRA). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andelen som använder droger. KBT 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 (contingency management) eller psykodynamisk terapi. Avgörande för rekommendationen är att dessa metoder kan ha något sämre effekt än KBT och CRA, och att psykodynamisk terapi enbart har begränsat vetenskapligt stöd.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling kognitiv beteendeterapi (KBT) (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med opiatberoende i läkemedelsassisterad behandling community reinforcement approach (CRA) (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

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

Nedtrappning och läkemedelsassisterad behandling vid opioidanalgetikaberoende

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: G18–G19)

Opioidanalgetika är en grupp narkotikaklassade läkemedel med beroendeframkallande egenskaper som används för behandling av svåra smärttillstånd. Liksom vid heroinberoende finns det risk för fysisk och psykisk skada samt död till följd av överdos vid beroende av opioidanalgetika [20].

Nedtrappning innebär att patientens dos av opioidanalgetika minskas stegvis, antingen i en förutbestämd takt eller 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.

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

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården 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 Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården 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 bör

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

Rekommendationer om 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 ohälsa är vanligt bland personer med missbruk och beroende. Studier visar att risken att drabbas av psykisk sjukdom 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 [21].

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. Behandlingsmöjligheter, följsamhet till behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom, och vice versa. Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt.

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp med varierande svårighetsgrad av missbruket eller beroendet och psykiska sjukdomar med varierande svårighetsgrad. 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. Vikten av samordning uttrycks bland annat i lagstiftningen om samordnad individuell vårdplan (SIP) (SOSFS 2008:20). Där anges att alla som har behov av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, och som har behov av samordning, ska erbjudas en samordnad individuell plan. I propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:17) anges också att personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom är en grupp där samordnade insatser är av stor vikt.

Samordning av insatser kan ske på olika sätt, exempelvis i form av ett psykiatriskt team som inkluderar behandling av missbruk och beroende inom teamet (vanligtvis assertive community treatment, ACT) eller genom samordning mellan olika verksamheter (så kallad case management). Rekommendationer om olika former av samordning kommer att inkluderas i slutversionen av riktlinjerna.

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: H01, H03, H05, H07–H08 och H10)

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*. Rekommendationer om läkemedelsbehandling vid missbruk

eller beroende och schizofreni finns i *Nationella riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd*. Båda riktlinjerna finns att ladda ner eller beställa från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Riktlinjerna innehåller inga specifika rekommendationer om läkemedelbehandling för missbruk och beroende vid samsjuklighet, eftersom det i stort sett saknas studier om detta. Det är dock viktigt att behandla såväl missbruket eller beroendet som den psykiska sjukdomen enligt Socialstyrelsens rekommendationer för respektive tillstånd (se tidigare rekommendationer för behandling av de olika beroendetillstånden).

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan valproat som tillägg till litium (sedvanlig farmalogisk behandling vid bipolär sjukdom) användas 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 atomoxetin användas 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.

Vid amfetaminberoende och samtidig adhd kan metylfenidat användas för att behandla amfetaminberoendet, eftersom det tycks ha effekt på drogfrihet. Dock finns risk för biverkningar och problem med inställning av rätt dos. Dessutom är det vetenskapliga underlaget begränsat och långtidsstudier saknas.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast i undantagsfall behandla substansberoendet hos personer med substansberoende och samtidig depression med antidepressiva läkemedel. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på substansberoendet.

Rekommendationer
Hälso- och sjukvården kan

- behandla alkoholberoendet hos personer med alkoholberoende och samtidig bipolär sjukdom med valproat som tillägg till litium (*prioritet 6*)
- behandla alkoholberoendet hos personer med alkoholberoende och samtidig adhd med atomoxetin (*prioritet 5*)
- behandla amfetaminberoendet hos personer med amfetaminberoende och samtidig adhd med metylfenidat (*prioritet 5*).

Hälso- och sjukvården bör endast i undantagsfall

- behandla alkohol-, kokain- eller opiatberoendet hos personer med alkohol-, kokain- eller opiatberoende och samtidig depression med antidepressiva läkemedel (*prioritet 10*).

Psykosocial behandling

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: H12 och H15)
Socialstyrelsen fokuserar i dessa riktlinjer på effekten av integrerad behandling vid samsjuklighet. Med integrerad behandling avses i det här fallet att både det psykiska sjukdomstillståndet och missbruket eller beroendet behandlas inom ramen för en psykosocial behandlingsmodell. Integrerad behandling beskrivs närmare i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

Behandlingsmodellerna är framtagna specifikt för denna patientgrupp och bygger vanligtvis på kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan tillägg av motiverande samtal (MI). Det finns dock inte tillräckligt med underlag för att det ska vara möjligt att ge rekommendationer om specifika psykosociala metoder vid integrerad behandling.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol och samtidig depression integrerad behandling. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har effekt på antal dryckesdagar samt att tillståndet både är vanligt och kan medföra allvarliga konsekvenser, såsom ökad risk för suicidalt beteende. Detta motiverar en hög prioritering trots det begränsade vetenskapliga underlaget.

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

Rekommendationer
Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med alkoholmissbruk eller beroende och samtidig depression integrerad behandling (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol och droger och samtidig svår psykisk sjukdom integrerad behandling (*prioritet 3*).

Rekommendationer om alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar

Vanliga risker vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren är försämrad skolgång, antisociala och kriminella aktiviteter, minskande av sociala aktiviteter, psykiska besvär samt utsatthet för våld och övergrepp. 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 varit föremål för omfattande insatser.

Ungdomar svarar inte alltid på insatser och behandlingsmetoder som är utvecklad för vuxna. Det kan därför krävas särskilda interventioner som är utarbetade och prövade på ungdomar och deras förutsättningar. Under de senaste 10 åren har samtidigt den systematiska kunskapen om effektiv behandling hos ungdomar blivit större.

Vid missbruk bland ungdomar samspelar ofta psykologiska, psykiatriska och sociala faktorer och påverkar missbruket. Förekomsten av ett samtida missbruk och psykiska problem är hög. Liksom för vuxna är det viktigt att samsjukligheten uppmärksammas och att ungdomarna får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Både bedömning och behandling av psykiatriska tillstånd behöver därför genomföras vid sidan av 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 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 psykosocial behandling och inte läkemedelsbehandling, eftersom läkemedlen sällan prövats på ungdomar och effekter för ungdomar därmed inte är studerat.

MI/MET, MET/KBT, HAP och ACRA/ACC

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: I01–I02, I07 och I08)

En form av psykosocial behandling är korttidsinterventioner (ofta ett eller två samtal) som bygger på motiverande samtal (MI) eller snarlika motivationstekniker. Det finns även behandlingsformer som bygger på en blandning av motivationstekniker och kognitiv beteendeterapi riktade mot missbruket (MET och KBT). Denna form kan ges både individuellt och i grupp.

Ett vanligt förekommande behandlingsprogram i Sverige är Haschavvänjningsprogrammet (HAP). Programmet finns i en manualbaserad version för åldersgruppen 17–24 år. ACRA (adolescent community reinforcement approacho) och ACC (assertive continuing care) kombinerar insatser riktade mot substansproblemen med sådana som handlar om boende, arbete, fritid och sociala kontakter. De olika metoderna beskrivs mer utförligt i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem korta insatser (MI eller MET), motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (MET och KBT) eller adolescent community reinforcement approach eller assertive continuing care (ACRA eller ACC). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel som använder alkohol och droger.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda haschavvänjningsprogrammet (HAP) till ungdomar som använder cannabis. Avgörande för rekommendationen är att HAP har effekt på andelen som använder cannabis. Det vetenskapliga underlaget för programmet är otillräckligt, men det har stöd i beprövad erfarenhet. Dessutom innehåller det inslag av psykosocial behandling som är inkluderad och rekommenderas i riktlinjerna, det vill säga motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT).

Rekommendationer
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem korta insatser (MI eller MET), motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (MET och KBT) eller adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC) (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda ungdomar som använder cannabis haschavvänjningsprogrammet (HAP) (*prioritet 4*).

Familjebehandling

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: I03–I06)
Behandling baserad på familjeterapi bygger på att hela eller delar av familjen på olika sätt involveras i behandlingen. Den 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 och som ingår i rekommendationerna nedan beskrivs närmare i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling eller systemisk behandling i form av functional family treatment (FFF), brief strategic family treatment (BSFT) eller multidimensional family therapy (MDFT). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på cannabis- och alkoholanvändande.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda multisystemisk terapi (MST). Avgörande för rekommendationen är att åtgärden 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 functional family treatment (FFF), brief strategic family treatment (BSFT) eller multidimensional family therapy (MDFT) (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem multisystemisk terapi (MST) (*prioritet 4*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har bedömt hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda patienterna och brukarna den bästa vården.

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

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Vidare vill Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten utmönstrar åtgärder som fått rekommendationen *icke-göra*. Dessutom bör åtgärder som fått rekommendationen *FoU* inte användas som rutin med hänsyn till att kunskapsläget är ofullständigt.

De ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna som beskrivs i detta kapitel kommer att kompletteras efter att de regionala seminarierna genomförts under våren 2014, och publiceras i den slutliga versionen av riktlinjerna. Syftet med dessa seminarier är bland annat att huvudmännen får redovisa sina analyser av vilka konsekvenser rekommendationerna kommer att innebära för dem.

Ansvar för behandling och stödinsatser

Av hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) framgår att hälso- och sjukvården har ett generellt ansvar för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. Missbruk och beroende uppmärksammas inte särskilt i lagstiftningen, men går in under denna ram. I socialtjänstlagen (SoL 2001:453) finns särskilda bestämmelser om missbruk, dels att förebygga missbruk, dels att ge hjälp och stöd för att personer ska komma från missbruk. Det är den senare bestämmelsen som ligger till grund för att socialtjänsten även har ett ansvar för behandling av missbruk och beroende. Socialtjänsten har också ett ansvar för tvångsvården enligt lagen om vård av missbrukare (LVM).

För barn och ungdomar har kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ett särskilt ansvar. Socialtjänstlagen beskriver att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel bland barn och ungdom. Kommunen ansvarar också för barn- och ungdomsvården enligt socialtjänstlagen samt tvångsvården enligt lagen om vård av unga (LVU).

Vård som exempelvis abstinensvård och läkemedelsbehandling är tydliga uppgifter för lanstinget, på samma sätt som olika sociala stödjande insatser är ett tydligt ansvar för kommunen. Det finns dock en otydlighet när det gäller kommunernas och landstingens ansvar för olika former av framför allt psykosocial behandling.

Frågan om ekonomiska och organisatoriska konsekvenser kompliceras av den stora variationen mellan olika kommuner och landsting när det gäller fördelning av behandlingsansvaret för missbruk eller beroende. Olika kommuner är också organiserade på olika sätt när det gäller stöd till personer med missbruk, vilket påverkar hur samarbetet ser ut.

Sammanfattning av konsekvenserna

Rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader inledningsvis 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. 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 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 landstingens psykiatri, beroendevård och primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna. Vidare är det i nödvändigt att små kommuner samarbetar för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och behandling.

I vissa fall kan läkemedelsbehandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd ges parallellt och vård- och behandlingsplaner kan behöva 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 hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen 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.

Omfattande utbildning och fortbildning krävs

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om psykosocial behandling kommer att kräva både utbildnings- och handledningsinsatser i specifika metoder och generell kompetenshöjning hos baspersonal.

Flera av metoderna finns redan inom delar av missbruks- och beroendevården, men användningen varierar stort. Kunskapen om metoderna behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter, och det finns därför ett utbildningsbehov. 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. För vissa metoder har Socialstyrelsen och *Kunskap till praktik* under ett antal år tagit ett övergripande ansvar för implementering och utbildning. Utbildning i specifika metoder ges dock i stor utsträckning av privata aktörer, både när det gäller grund- och fortbildning och handledning.

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

Utbildningskostnader (per person) i några psykosociala behandlingsmetoder

Utbildning	Kostnad
MI	4 000–10 000 kr
CRA och ACRA	4 000–10 000 kr
Grundläggande psykoterapiutbildning	100 000 kr
Påbyggnadsutbildning som ger psykoterapeutexamen	Minst 300 000 kr
FFT-team (utbildning och certifiering av 3 personer)	130 000 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 MI 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.

Det finns också ett behov av en generell kompetenshöjning av baspersonal. Utbildningsprogrammen för läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer innehåller vanligen inga eller mycket begränsade inslag om vård och behandling av missbruk och beroende [6]. För att följa rekommendationerna i riktlinjerna bör dessutom antalet beteendevetare och legitimerade psykoterapeuter öka. Till exempel kräver rekommendationerna om kognitiv beteende-

terapi (KBT) ökad tillgång till utbildade psykoterapeuter samt löpande fortbildning och handledning av dessa.

I ett räkneexempel baserat på förhållandena i Region Skåne kan kostnadsökningens storlek uppskattas. Inom missbruksvården i Region Skåne utgör skötare 16 procent av personalstyrkan. Om hälften av dessa ersätts med psykologer, kuratorer eller socionomer stiger lönen för de som ersätts med 40–60 procent (från 20 000 kronor till 28–32 000 kronor i månaden). Eftersom skötarna utgör 16 procent av personalstyrkan blir kostnadsökningen utslaget på hela personalen inte större än cirka 3–4 procent. Om kostnadsökningen ställs i relation till hela budgeten för missbruksvården (inklusive lokaler, läkemedel etc.) är kostnadsökningen 2–3 procent.

Ökad tillgänglighet till rekommenderade åtgärder

I dag är det enbart ett fåtal huvudmän som erbjuder mer än en typ av kunskapsbaserad 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 [6]. Även tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende varierar, såväl mellan olika landsting som inom ett och samma landstingsområde. Det är också en underförskrivning av läkemedel vid alkoholberoende.

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

På sikt innebär ett mer effektivt behandlingsutbud sänkta kostnader, tack vare färre antal återfall och färre eller lindrigare komplikationer. Det skulle troligen innebära att vård för olika fysiska, psykiska och sociala konsekvenser av missbruk och beroende minskar inom andra vårdområden. Effekter skulle även kunna avläsas utanför missbruks- och beroendevården, exempelvis inom kriminalvården.

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 kosta sjukvården 3 600 kronor per år 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, 6, 22].

Bedömningsinstrument

Diagnostik av alkohol- och narkotikaproblem

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att använda SCID I och MINI för att diagnostisera alkohol- och narkotikaproblem kommer att på-

verka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation, eftersom det kräver utbildning och samverkan.

SCID I och MINI kan användas för att diagnostisera alkohol- och narkotikaproblem, och kan även ge viktig information om eventuell psykiatrisk samsjuklighet. För att använda dessa instrument krävs en medicinsk baskunskap liksom viss utbildning och träning. Instrumenten är hjälpmedel för diagnostisk specialistbedömning och kan användas av läkare, psykologer och sjuksköterskor. Det innebär att socialtjänstens missbruksvård och landstingens specialistpsykiatri eller beroendevård behöver samverka.

Bedömning av hjälpbehov

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om addiction severity index (ASI) 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. För att vården ska fungera effektivt betraktat utifrån den enskildes behov av behandling och stöd behöver socialtjänsten och hälso- och sjukvården göra överenskommelser om hur den gemensamma vårdplaneringen kan utvecklas med hjälp av ASI. Det behövs även skapas rutiner för detta såväl inom den egna organisationen som mellan huvudmännen.

Bedömning av hjälpbehov för ungdomar

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om adolescent drug abuse diagnosis (ADAD) 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 användningen 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 stycken utbildare i landet och 428 personer har fått utbildning i metoden.

Medicinska test

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om medicinska test kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. På längre sikt kan dock kostnaderna balanseras genom att dessa test bidrar till att rätt grupp får rätt åtgärd. Med de rekommenderade testernas längre tidsfönster och ökade precision, det vill säga färre falskt positiva och falskt negativa provsvar, kan kostnaderna minska genom att färre tester behöver tas.

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

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att använda mätning av EtG eller EtS i blod och 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 innebär att prover kan tas mindre ofta. Kostnaden för mätning av EtG eller EtS i urin ligger på runt 20–40 kronor (vilket är samma som för etanol).

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att använda mätning av PEth eller CDT för att påvisa långvarigt högt intag av alkohol kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning, eftersom det innebär en kostnadsökning jämfört med GT, ASAT och ALAT. CDT används redan medan PEth är nytt. PEth ligger på samma pris som CDT, det vill säga 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.

Alkohol

Psykosocial behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om 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 vara oförändrade eller lägre jämfört med i dag.

För att utöva motivationshöjande behandling (MET) bör behandlaren ha relevant grundutbildning (exempelvis utbildning till läkare, psykolog, sjuksköterska eller socionom), god kunskap om missbruk och beroende samt en utbildning i motiverande samtal (MI). Utbildningen bör även kompletteras av fortlöpande handledning och återkoppling [23]. MI används vid många olika tillstånd inom vården i dag, och en stor del av personalen har MI-utbildning. För att MI ska kunna användas vid vård av missbruk och beroende kan dock kunskaperna behöva anpassas och kompletteras med utbildning enligt MET-manualen. MET utgår från MI men har även en manual för hur terapin 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 MI-teknik. I dagsläget finns ingen aktör som har ansvar för uppdatering och förvaltning av manualen, eller för utbildning i metoden.

MET är mindre omfattande än andra psykosociala behandlingsmetoder, och kräver inte psykoterapiutbildning. Det skulle därför kunna erbjudas även inom primärvård och företagshälsovård, och därmed bidra till att öka tillgängligheten till vård och behandling för personer med alkoholberoende.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi (PDT) 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 community reinforcement approach (CRA) varierar användningen i dag, och det finns ett behov av utbildning och handledning.

Läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att behandla personer med alkoholberoende 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 är en betydande underförskrivning av läkemedel vid alkoholberoende. Enligt skattningar är cirka 330 000 personer i befolkningen beroende av alkohol [6]. Enligt 2009 års försäljningsstatistik hämtade däremot endast 19 000 personer ut minst en definierad daglig dygnsdos under minst 90 dagar av något av de tre läkemedlen. Disulfiram utgjorde 76 procent medan de övriga läkemedlen utgjorde 24 procent. Disulfiram förskrivs dock inte alltid via recept utan förmedlas efter rekvisition till läkemedelsförråd. Det kan innebära att antalet behandlade är något fler än vad som framgår av receptstatistiken.

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

I en majoritet av de studier som rekommendationerna bygger på har studiedeltagarna erbjudits psykosocial behandling samtidigt som läkemedelsbehandlingen. I några studier har det dock i stället för psykosocial behandling handlat om sedvanligt medicinskt omhändertagande (så kallad medical management, men i en mer omfattande och strukturerad form än vad som vanligen förekommer – se beskrivning i bilaga 2, *Om tillstånd och åtgärder*). Läkemedelsbehandling bör alltså kunna erbjudas både inom primärvård, företagshälsovård och specialiserad beroendevård, och vid behov i samverkan med socialtjänst.

Läkemedelskostnaden för ett års behandling med akramprosat 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

Nedtrappning och psykosocial behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om att erbjuda nedtrappning eller nedtrappning med tillägg av kognitiv beteendeterapi (KBT) till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig kommer att påverka hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resursfördelning och organisation. Det eftersom det på kort sikt kommer att innebära ökade kostnader, framför allt genom utbildnings- och handledningsinsatser. På längre sikt bedöms dock kostnaderna vara oförändrade eller lägre jämfört med i dag.

KBT-behandlingen har i studierna som rekommendationerna bygger på varit inriktad på antingen bensodiazepinanvändningen, eller sömnsvårigheter och ångest, eller på både bensodiazepinanvändningen och sömnsvårigheter eller ångest. Sådan behandling finns inom delar av missbruks- och beroendevården i dag, men användningen varierar stort över landet och kunskapen behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter.

Narkotika

Psykosocial behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av narkotika 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.

KBT innebär att behandlare ska ha grundläggande utbildning i psykoterapi och få handledning, eller vara legitimerade psykoterapeuter. För att utöva MI eller CRA bör behandlaren ha relevant grundutbildning (exempelvis utbildning till läkare, psykolog, sjuksköterska eller socionom), god kunskap om missbruk och beroende, en utbildning i metoden samt fortlöpande handledning och återkoppling. Metoderna finns inom delar av missbruks- och beroendevården i dag, men användningen varierar stort. Kunskapen om metoderna behöver spridas till fler yrkesgrupper och verksamheter.

Contingency management (förstärkningsmetod) används troligtvis inte i någon större utsträckning inom missbruks- och beroendevården i dag. Metoden kräver att all involverad personal är utbildad både i metodens teoretiska grund och i hur den tillämpas i det enskilda fallet. Behandlingsansvarig bör

vara en person med grundutbildning som omfattar inlärningspsykologiska principer och begrepp samt genomförande av beteendeanalys, exempelvis en legitimerad psykolog med KBT-inriktning.

Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

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

Under år 2012 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende. Kartläggningen visade att över 5 000 personer får behandling vid 114 enheter i landet. Tillgängligheten till behandling visade dock stora variationer i landet. Socialstyrelsen bedömer att tillgängligheten för den enskilde är tillfredsställande i ungefär hälften av landets län.

Läkemedelsassisterad behandling vid opiodanalgetikaberoende

För närvarande 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.

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

Rekommendationen skulle innebära en ökning av antal patienter som erbjuds läkemedelsassisterad behandling. Eftersom många av dessa patienter redan står under behandling påverkas troligtvis inte vårdens totala insatser. På lång sikt bör snarare ett bättre omhändertagande leda till minskade kostnader.

Den årliga kostnaden för att ha en person i behandling beräknas vara cirka 100 000 kronor [24, 25]. Om det tillkommer 500 nya platser för behandling av opioidberoende i öppen vård blir den årliga kostnadsökningen 50–60 miljoner kronor.

Alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om 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.

För att utöva MI (motiverande samtal) och MET (en motivationshöjande behandling som utgår från motiverande samtal) bör behandlaren ha relevant grundutbildning (exempelvis till läkare, psykolog, sjuksköterska eller socionom) samt en utbildning i MI. Dessutom bör behandlingspersonalen ha kunskap om barns och ungdomars utveckling, psykiatriska diagnoser samt god kunskap om missbruk och beroende. MI används för många olika tillstånd inom vården i dag, och en stor del av personalen har utbildning i MI. 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 terapin ska genomföras). Utbildning bör även kompletteras av fortlöpande handledning och återkoppling [23].

För att utöva motivationshöjande behandling och kognitiv beteendeterapi (MET/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 och ACC 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.

När det gäller familjebehandling så har BSFT och MDFT i dagsläget ingen större spridning i Sverige. Det finns uppskattningsvis 130 certifierade FFT-terapeuter 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 kvaliteten i vården och omsorgen. 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 – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra jämförelser av vårdens och omsorgens processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera förbättringar av vårdens och omsorgens kvalitet – lokalt, regionalt och nationellt.

Socialstyrelsens arbete med att utveckla indikatorer bedrivs enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i ett konsensusförfarande med sakkunniga experter och övriga intressenter med relevanta kunskapsunderlag som grund [26]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor. Med begreppet god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt tillgänglig.

Utgångspunkten för alla indikatorer är att presentera data uppdelat på 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 missbruk- och beroendevård

Socialstyrelsen har tagit fram 44 nationella indikatorer för *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*, inom områdena bedömningsinstrument (8 indikatorer), läkemedelsbehandling (7 indikatorer), psykosocial behandling för vuxna (15 indikatorer), psykosocial behandling för ungdomar (6 indikatorer) samt 8 övergripande indikatorer som framför allt speglar resultatmått som dödlighet och återinläggningar.

Indikatorerna avser att följa upp verksamheter inom primärvård, specialiserad hälso- och sjukvård (öppen eller sluten vård) samt inom socialtjänsten. Samma rekommendation mäts där det är relevant i alla ovan nämnda verksamheter. Inom socialtjänsten formuleras för samma rekommendation två olika indikatorer:

- En processindikator som belyser insatser som ges på individnivå och som det vore önskvärt att kunna följa upp, men som kanske är möjligt först på sikt.
- En strukturindikator som är ett komplement till processindikatorn och följer upp vad verksamheterna tillhandahåller. I många fall kan den mätas redan i dag.

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 måste vidareutvecklas för att det ska vara möjligt att utvärdera följsamheten till riktlinjerna på nationell nivå.

Indikatorerna i *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* syftar framför allt till att spegla rekommendationer i riktlinjerna och kan användas följa upp hur de nationella riktlinjerna tillämpas. 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* [27] 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 de betraktas som viktiga. Exempel är registreringsgrad i nationella kvalitetsregister och 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.

Området samsjuklighet saknar indikatorer i detta arbete men i kommande *Nationella riktlinjerför antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd* finns en indikator över rekommenderad läkemedelsbehandling med risperidon i depåform vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och samtidigt missbruk eller beroende.

Nationell utvärdering av vård och omsorg vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen kommer under de närmaste åren att genomföra en utvärdering av vårdens och omsorgens processer, resultat och kostnader vid missbruk och beroende. Denna utvärdering kommer framför allt att ha sin utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella 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.

Exempel på indikator

Indikatorerna redovisas i enlighet med exemplet nedan.

10.1 Psykosocial behandling med MET, 12-stegsbehandling eller CRA i den specialiserade vården vid alkoholberoende	
Mått	Andel personer som i den specialiserade vården fått psykosocial behandling i form av motivationshöjande behandling, (MET), 12-stegsbehandling eller community reinforcement approach (CRA) vid alkoholberoende, procent.
Syfte	Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda MET, 12-stegsbehandling eller CRA vid beroende av alkohol. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har en god effekt till låg kostnad om de erbjuds i form av gruppbehandling. MET har även en låg kostnad per effekt för individuell behandling och har därför fått en något högre prioritering än de övriga åtgärderna (prioritet 1, rad C24 i tillstånds- och åtgärdslistan). 12-stegsbehandling och CRA har sämre kostnadseffektivitet än MET. Rekommendationerna har båda fått hög prioritet (prioritet 2) i nationella riktlinjer (rad C25 respektive rad C26).
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målvärde	Nationell målnivå saknas.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator. När det gäller de åtgärder som utförs i vården är data inte fullständiga i patientregistret då enbart läkares insatser registreras i öppenvården. Psykosocial behandling vid missbruk/beroende bedrivs av många professioner. Inom sjukvården är det vanligtvis kuratorer, psykologer och sjuksköterskor som ger psykosociala behandlingar och uppgifter om dessa åtgärder måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system. Socialstyrelsen utreder för närvarande på regeringens uppdrag om uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska utökas till att omfatta även andra yrkesgruppers åtgärder inom den psykiatriska vården.
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som vårdats i specialiserad vård med diagnosen alkoholberoende och som fått a) MET,

b) 12-stegsbehandling
c) CRA
d) MET eller 12-stegsbehandling eller CRA

(redovisas per grupp om möjligt) vid vårdtillfället eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället.

Nämnare: Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats i specialiserad vård med diagnosen alkoholberoende under motsvarande tidsperiod som i täljaren.

Med alkoholberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	**ICD 10**
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol	
• Beroendesyndrom	F10.2
• Skadligt bruk	F10.1

Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnosen alkoholberoende inom öppen specialiserad vård eller sluten vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (nämnare). Datum för första vårdtillfälle under studerad tidsperiod noteras. Bland de vårdade beräknas antal personer som fått någon eller några av åtgärderna vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 12 månader efter vårdtillfället för alkoholberoende (täljare).

Åtgärdskod	**Beskrivning**
Kod saknas	Motivationshöjande behandling (MET).
AU117	12-stegsbehandling, strukturerad samtalsbehandling enligt Anonyma Alkoholisters tolv steg vilken syftar till tillfrisknande från alkohol- och drogberoende. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
Kod saknas	Community reinforcement approach (CRA)

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även i åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.

Datakällor Landstingens patientadministrativa system.

Felkällor Alla personer med alkoholberoende vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Svårigheter med att avgränsa vilka som borde ha behandlingen. Kodningen av åtgärder kan vara bristfällig. Möjliga problem med att få data från landstingen.

Redovisningsnivå Riket, landsting.

Redovisningsgrupper Kön, ålder.

Kvalitetsområde Kunskapsbaserad vård och omsorg.

Förteckning över indikatorer

Bedömningsinstrument

Indikator 1.1*	Standardiserad bedömning av alkohol- och drogvanor (t.ex. AUDIT, DUDIT) i den specialiserade vården bland personer som vårdats för första gången med alkohol- och/eller narkotikadiagnos
Indikator 1.2*	Standardiserad bedömning av alkohol- och drogvanor (t.ex. AUDIT, DUDIT) i primärvården bland personer som vårdats för första gången med alkohol- och/eller narkotikadiagnos
Indikator 1.3*	Standardiserad bedömning (t.ex. med AUDIT eller DUDIT) i socialtjänstens arbete bland personer som för första gången fått insatser enligt SoL på grund av alkohol- och/eller narkotikamissbruk
Indikator1.4*	Kommuner och stadsdelar som använt standardiserad bedömning (t.ex. AUDIT eller DUDIT) i socialtjänstens arbete bland personer som för första gången fått insatser enligt SoL på grund av alkohol- och/eller narkotikamissbruk
Indikator 2.1*	Standardiserad bedömning med ASI i socialtjänstens arbete bland personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av alkohol- och/eller narkotikamissbruk
Indikator 2.2*	Kommuner och stadsdelar som använt standardiserad bedömning med ASI i socialtjänstens arbete bland personer som för första gången fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av alkohol- och/eller narkotikamissbruk
Indikator 3.1	Diagnostik av missbruk eller beroende med hjälp av SCID I eller MINI i den specialiserade vården bland personer som vårdats för första gången med alkohol- och/eller narkotikadiagnos
Indikator 3.2	Diagnostik av missbruk eller beroende med hjälp av SCID I eller MINI i primärvården bland personer som vårdats för första gången med alkohol- och/eller narkotikadiagnos

*Utvecklingsindikator

Läkemedelsbehandling

Indikator 4.1	Läkemedelsbehandling i specialiserad vård med disulfiram, akamprosat eller naltrexon vid beroende av alkohol

Indikator 4.2*	Läkemedelsbehandling i primärvård med disulfiram, akamprosat eller naltrexon vid beroende av alkohol
Indikator 5*	Läkemedelsbehandling i specialiserad vård med bensodiazepiner eller klometiazol vid alkoholabstinens
Indikator 6*	Läkemedelsbehandling i specialiserad vård med antihistaminer eller neuroleptika vid alkoholabstinens
Indikator 7*	Läkemedelsbehandling i specialiserad vård med buprenorfin eller metadon vid opiatabstinens
Indikator 8	Läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon efter specialiserad vård vid opiatberoende
Indikator 9	Läkemedelsbehandling med antiepileptika, centralstimulerande läkemedel eller antidepressiva läkemedel efter specialiserad vård vid kokainberoende

*Utvecklingsindikator

Psykosocial behandling, vuxna

Indikator 10.1*	Psykosocial behandling med MET, 12-stegsbehandling eller CRA i den specialiserade vården vid alkoholberoende
Indikator 10.2*	Psykosocial behandling med MET i primärvården vid alkoholberoende
Indikator 10.3*	Psykosocial behandling med MET, 12-stegsbehandling eller CRA i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av alkoholmissbruk
Indikator 10.4*	Kommuner och stadsdelar som tillhandahåller psykosocial behandling med MET, 12-stegsbehandling eller CRA i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av alkoholmissbruk
Indikator 11.1*	Psykosocial behandling med KBT eller PDT i den specialiserade vården vid alkoholberoende
Indikator 11.2*	Psykosocial behandling med KBT eller PDT i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av alkoholmissbruk

Indikator 11.3*	Kommuner och stadsdelar som tillhandahåller psykosocial behandling med KBT eller PDT i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av alkoholmissbruk
Indikator 12.1*	Psykosocial behandling med KBT i den specialiserade vården vid missbruk eller beroende av cannabis
Indikator 12.2*	Psykosocial behandling med KBT i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av cannabis
Indikator 12.3*	Kommuner och stadsdelar som tillhandahåller psykosocial behandling med KBT i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av cannabis
Indikator 13*	Behandling med KBT eller CRA vid läkemedelsassisterad behandling i den specialiserade vården vid missbruk eller beroende av opiater
Indikator 14.1*	Behandling med CRA med tillägg av förstärkningsmetod, 12-stegsbehandling eller KBT i den specialiserade vården vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat
Indikator 14.2*	Behandling med CRA med tillägg av förstärkningsmetod, 12-stegsbehandling eller KBT i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av centralstimulerande preparat
Indikator 14.3*	Kommuner och stadsdelar som tillhandahåller behandling med CRA med tillägg av förstärkningsmetod, 12-stegsbehandling eller KBT i socialtjänstens arbete med personer som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av centralstimulerande preparat
Indikator 15*	Nedtrappning samt nedtrappning med tillägg av KBT i den specialiserade vården vid långvarigt bruk av bensodiazepiner

*Utvecklingsindikator

Psykosocial behandling, ungdomar

Indikator 16.1*	MI eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den

	specialiserade vården vid alkohol- eller narkotikaproblem hos barn och ungdomar
Indikator 16.2*	MI eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den sociala barn- och ungdomsvården bland de som fått insatser enligt SoL eller LVU på grund av alkohol- eller narkotikaproblem
Indikator 16.3*	Kommuner och stadsdelar som tillhandahåller MI eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den sociala barn- och ungdomsvården till de som fått insatser enligt SoL eller LVU på grund av alkohol- eller narkotikaproblem
Indikator 17.1*	Familjebehandling med FFT, BSFT respektive MDFT i den specialiserade vården vid alkohol- eller narkotikaproblem hos barn och ungdomar
Indikator 17.2*	Familjebehandling med FFT, BSFT och MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården bland de som fått insatser enligt SoL eller LVU på grund av alkohol- eller narkotikaproblem
Indikator 17.3*	Kommuner och stadsdelar som tillhandahåller FFT, BSFT och MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården till de som fått insatser enligt SoL eller LVU på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk

*Utvecklingsindikator

Övergripande indikatorer

Indikator 18	Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos
Indikator 19	Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos
Indikator 20	Återinskrivning i sluten vård med missbruksorsak bland vårdade med alkoholdiagnos
Indikator 21	Återinskrivning i sluten vård med missbruksorsak bland vårdade med narkotikadiagnos
Indikator 22	Självmord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos
Indikator 23	Självmord eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos

Indikator 24	Kommuner och stadsdelar där man under året genomfört minst en undersökning av den enskildes uppfattning om verksamheten
Indikator 25	Rapportering till nationella kvalitetsregister

*Utvecklingsindikator

Projektorganisation

Projektledning

Maria Branting	projektledare (från april 2013), delprojektledare vetenskapligt underlag (till april 2013), Socialstyrelsen
Maria Enggren Zavisic	projektledare (till april 2013), Socialstyrelsen
Lena Hansson	delprojektledare vetenskapligt underlag (från februari 2014), Socialstyrelsen
Ulf Malmström	sakkunnig, samordnare ANDTS-frågor, Socialstyrelsen
Anna Nyberg	delprojektledare vetenskapligt underlag (från april 2013 till februari 2014), Socialstyrelsen
Agneta Öjehagen	sakkunnig, professor i psykosocial forskning, mediciniska fakulteten, Lunds universitet, socionom, legitimerad psykoterapeut, veteskapligt råd i missbruksbruksfrågor Socialstyrelsen

Andra medverkande

Linn Cederström	kommunikatör, Socialstyrelsen
Grethe Fochsen	utredare, Socialstyrelsen
Ann-Kristine Jonsson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Maja Kärrman Fredriksson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen

David Svärd	kommunikatör, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	tillförordnad enhetschef, Socialstyrelsen
Kristina Wikner	enhetschef, Socialstyrelsen
Helene Persson	webbredaktör, Socialstyrelsen

Arbetet med det vetenskapliga underlaget

Tove Abrahamsson	doktorand, Lunds Universitet, AT-läkare, Skånes Universitetssjukhus Malmö
Tommy Andersson	docent, Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet
Sven Andreasson	ordförande faktagrupp behandling, Avdelningen för socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, överläkare och verksamhetschef, Riddargatan 1, Beroendecentrum Stockholm
Olof Beck	ordförande faktagrupp medicinska test, professor, laboratoriechef, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
Ylva Benderix	dr i vårdvetenskap, leg psykoterapeut, leg sjuksköt, lektor på inst. för pedagogik, Linneuniversitetet Växjö
Jonas Berge	doktorand, AT-läkare, Skånes Universitetssjukhus
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
Marja-Liisa Dahl	professor, överläkare, Avdelningen för klinisk farmakologi, Institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska institutet
Anna-Karin Danielsson	medicine doktor (PhD i socialmedicin), Karolinska institutet, handläggare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Claudia Fahlke	ordförande faktagrupp behandling, professor, leg psykolog, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet samt Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Torbjörn Forkby	docent i socialt arbete, FoU i Väst/GR och institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet
Mats Fridell	områdesansvarig psykosocial behandling narkotika, professor i klinisk psykologi, Lunds Universitet/Linnéuniversitetet, Lund & Växjö, leg psykolog, leg psykoterapeut/handledare
Arne Gerdner	professor i socialt arbete, Hälsohögskolan i Jönköping
Leif Grönblad	med dr, programchef, LARO-mottagningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Joar Guterstam	doktorand, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, ST-läkare, Beroendecentrum Stockholm
Anders Hammarberg	områdesansvarig psykosocial behandling alkohol, medicine doktor, beteendevetare, leg. psykoterapeut, institutionen för Klinisk Neurove-

	tenskap, Karolinska Institutet, Centrum för Psykiatriforskning och Beroendecentrum Stockholm
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
Morten Hesse	lektor, Psykologisk Institut - Center for Rusmiddelforskning, Aarhus universitet
Anders C Håkansson	leg läkare, docent, Beroendecentrum Malmö, VO Vuxenpsykiatri Malmö och avd. för psykiatri, Institutionen för kliniska vetenskaper Lund, 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
Thomas Lundqvist	ordförande faktagrupp ungdomar, docent (i psykologi), institutionen för psykologi, Lunds Universitet, leg. psykolog, Psykiatri Lund
Yasmina Molero Samuelson	medicine doktor, Karolinska Institutet, forskare, institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Centrum för Psykiatriforskning samt institutionen för Medicinsk Epidemiologi och Biostatistik

Christina Nehlin Gordh	medicine doktor, socionom, Akademiska sjukhuset, Uppsala, institutionen för neurovetenskap, psykiatri
Annika Nordström	medicine doktor, forskningsledare, FoU Välfärd, Region Västerbotten, adj. lektor, Epidemiologi och global hälsa, Umeå Universitet
Göran Nordström	områdesansvarig läkemedelsbehandling, överläkare, psykiater, med dr, Psykiatriska kliniken Lund
Björn Philips	docent i klinisk psykologi, universitetslektor, Institutionen för beteendevetenskap och lärande (IBL), Linköpings universitet, adj. lektor, Centrum för Psykiatriforskning, institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, leg. psykolog, leg. psykoterapeut
Christina Scheffel-Birath	medicine doktor, leg. psykolog, Beroendecentrum Stockholm
Anders Tengström	ordförande faktagrupp ungdomar, docent (i psykologi), Karolinska Institutet, leg. psykolog
Sara Wallhed Finn	doktorand vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm, leg. psykolog, Beroendecentrum Stockholm
Peter Wennberg	ordförande faktagrupp bedömningsinstrument, lektor vid SoRAD, Stockholms Universitet, docent (psykologi)

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

Lars Hagberg	hälsoekonom, medicine doktor, Samhällsmedicinska enheten/Vårdvetenskapligt forskningscentrum, Örebro läns landsting

Prioriteringsarbetet

Stefan Borg	prioriteringsordförande, docent
Anna von Reis	vice prioriteringsordförande, socionom, Regional utvecklingsledare, Kommunförbundet Skåne
Jörgen Bergström	socialchef, Ydre kommun
Elisabeth Björk	koordinator, projekt Ciceron, Individ- och familjeomsorgen, Strängnäs kommun
Jan Brännström	socionom, utvecklingsledare, Socialtjänsten Umeå
Georg Fischer	socionom, utvecklingsledare socialtjänst Fyrbodals kommunalförbund
Gabriella Fransson	verksamhetsledare med ansvar för en beroendemottagning och behandling inom socialtjänsten i Falkenbergs kommun
Gunnar Gunnarsson	leg. sjuksköterska, LARO mottagningen, Psykiatriska kliniken, SÄS Borås
Eva Hallberg	leg. psykolog, Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset Göteborg
Per Anders Hultén	överläkare, specialist i allmän psykiatri och i allmänmedicin Vuxenpsykiatriska kliniken Södra Älvsborgs Sjukhus
Patrik Kalander	socionom, enhetschef Individ och familj Öppenvård, Västerås stad
Ewa Kjell	socionom, Enhetschef, Missbruksenheten, Borlänge kommun
Mats Ohlson	fil. dr., förste kemist, verksamhetsområde 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 vid 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 och vuxenpsykiater, överläkare på 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, chefläkare Primärvård, Beställaravdelningen, Norrbottens Läns Landsting
Gunilla Österholm	verksamhetschef Individ- och familjeomsorg, socialförvaltningen, Bollnäs kommun, Gävleborgs län

Arbetet med indikatorer

Gunilla Ringbäck Weitoft	projektledare, Socialstyrelsen
Håkan Leifman	direktör för Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN
Kristina Berglund	docent, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
Daniel Svensson	utredare, Socialstyrelsen
Ann-Britt Thulin	utredare, Socialstyrelsen

Referenser

1. Socialdepartementet. Bättre insatser vid missbruk och beroende : individen, kunskapen och ansvaret. Volym 1. Missbruksutredningens förslag. SOU 2011:35; 2011.
2. Socialdepartementet. Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga, SOU 2011:6.; 2011.
3. Socialstyrelsen. Skattning av problematisk narkotikaanvändning 2007 2009:
4. Statens folkhälsoinstitut. Narkotikabruket i Sverige. Östersund; 2010.
5. 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.
6. Socialdepartementet. Bättre insatser vid missbruk och beroende : individen, kunskapen och ansvaret. Volym 2. Missbruksutredningens analys. SOU 2011:35; 2011.
7. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård - jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2012:
8. Socialstyrelsen. Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. 2013:
9. Socialstyrelsen. Barn och unga i familjer med missbruk. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer 2009:
10. Socialstyrelsen. Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården. 2012:
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. 2011.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Läkemedelsverket. Behandling vid alkoholabstinens – ny rekommendation; 2010.
16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. 2011.
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. 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.
21. 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.
22. 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.
23. MINT-Nordic. Rekommendationer om innehåll i MI-utbildningar av olika längd och med olika gruppstorlekar. 2011 [cited 2014 feb 20]; Available from: http://www.motiverandesamtal.org/node/1893
24. Nilsson, I, Wadeskog, A. Varje drogfri dag en framgång. Socioekonomiskt bokslut för metadonprogrammet i Stockholm. 2008.
25. Pedersen, B, Nordström, M, Jensen, S, Sundén, E. Strategisk plan för psykiatriska vården i Skåne, slutrapport. LARO, Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende.: Region Skåne; 2012.
26. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer – Rapport från Info VU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. 2005:
27. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård. 2009:
28. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård 2013 [cited 2014 feb 19]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/missbrukochberoende

Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista

Tillstånds- och åtgärdslistan innehåller cirka 130 rekommendationer för missbruks- och beroendevård.

En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Där är det också möjligt att läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Vetenskapligt underlag.*

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
A01	Misstänkta 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	Misstänkta 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	Misstänkta 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
A04	Misstänkta 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	Misstänkta 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	Misstänkta 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	FoU

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
		utvärdering pågår.	
A07	Misstänkt skadligt bruk, missbruk eller beroende *Diagnostik med MINI*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar relativt väl 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.	5
A08	Misstänkt skadligt bruk, missbruk eller beroende *Diagnostik med SCID I*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att diagnostisera alkohol- och narkotikamissbruk och beroende enligt prioriteringsgruppens bedömning. Det saknas dock studier kring validitet. Kommentar: Instrumentet kan även ge viktig information om eventuell samsjuklighet i form av annan psykisk störning.	5
A09	Misstänkt skadligt bruk, missbruk eller beroende *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

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
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	Alkoholproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma alkoholproblemens svårighetsgrad med ADDIS*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att bedöma alkoholproblemens svårighetsgrad. Kommentar: Det finns en svensk manual, som är tillgänglig efter utbildning. Instruktioner till användare är goda.	3
A14	Narkotikaproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma narkotikaproblemens svårighetsgrad med ADDIS*	Avgörande för rekommendationen är att instrumentet fungerar väl för att bedöma svårighetsgraden. Stödet för den tekniska kvaliteten bör omarbetas och klargöras för narkotika, men för alkohol finns stöd för god validitet och hög internkonsistens. Kommentar: Det finns en svensk manual, som är tillgänglig efter utbildning. Instruktioner till användare är goda.	3

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
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 (sämre än för alkoholkonsumtion) för att bedöma narkotikaanvändningen. Kommentar: Svensk manual saknas.	6
A17	Alkoholproblem, 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
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
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

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
A21	Alkoholproblem, behov av problemkartläggning *Bedöma psykosocialt hjälpbehov med DOK*	Avgörande för rekommendationen är att stödet kring validitet och reliabilitet för 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 för 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 prioriteringsgruppens bedömning. Kommentar: Dock är det vetenskapliga stödet för validiteten osäkert, vilket har påverkat prioriteringen.	
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
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/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 prioriteringsgruppens bedöm-	3

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
		ning.	
B05	Befarat lågvarigt högt intag av alkohol *Mätning av ASAT och ALAT i blodprov*	Avgörande för rekommendationen är att ASAT/ALAT har sämre sensitivitet än PEth och CDT, sämre specificitet än PEth, och sämre specificitet än CDT enligt prioriteringsgruppens bedömning.	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 CDT har en mycket god specificitet enligt prioriteringsgruppens bedömning	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
B12	Befarat pågående eller nyligt intag av narkotika *Patientnära drogtest med urinprov*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden är mer osäker än analyser från laboratorier. Kommentar: Patientnära drogtest är inte tillräckligt tillförlitliga för att ligga till grund för beslut om åtgärder som exempelvis vårdnadsutredningar, följsamhet till kontraktsvård, tvångsvård eller körkorts- eller vapenlicenssammanhang. Patientnära drogtest kan dock behövas i situationer som kräver ett snabbt resultat.	5

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B13	Befarat pågående eller nyligt intag av narkotika *Patientnära drogtest 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 läkemedel som både kan lindra symtom och förebygga komplikationer	2
C02	Alkoholabstinens *Klometiazol (Heminevrin)*	Avgörande för rekommendationen är att klometiazol är väl beprövat och i studier har befunnits likvärdigt med bensodiazepiner. Det 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 visat symtomlindring icke skild från bensodiazepiner.	3
C04	Alkoholabstinens *Övriga antiepileptika*	Avgörande för prioriteringen 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 antihistaminer i studier inte har visat effekt vid alkoholabstinens. Läkemedlet är dessutom behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp	Icke-göra
C06	Alkoholabstinens *Neuroleptika*	Avgörande för rekommendationen är att neuroleptika i studier inte har visat effekt vid alkoholabstinens. Läkemedlet är dessutom behäftat med en kramptröskelsänkande effekt och riskerar utlösa abstinensepilepsi med komplicerande förlopp	Icke-göra

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
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 och i studier har befunnits likvärdigt med bensodiazepiner. Det 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 i studier inte har visat effekt vid alkoholabstinens. 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
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

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
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 i nuläget motiverar en något lägre prioritering.	4
C19	Alkoholberoende *Topiramate (Topimax)*	Avgörande för rekommendationen är att topiramat trots att det inte har indikationen alkoholberoende i studier har visat god effekt såväl på intagen mängd alkohol som på nyktra perioder. Det har dock besvärliga biverkningar och kräver oftast lång tid och tät uppföljning för att komma fram till en adekvat dosering.	7

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
C20	Alkoholberoende *Baklofen*	Avgörande för rekommendationen är att baklofen trots att det inte har indikationen alkoholberoende i studier har visat god effekt 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 alkoholberoende personer.	10
C23	Alkoholmissbruk eller -beroende *Kort intervention (inklusive motiverande samtal, MI)*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	10
C24	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
C25	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
C26	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

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
C27	Alkoholmissbruk eller -beroende *Kognitiv beteendeterapi (KBT)*	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
C28	Alkoholmissbruk eller -beroende *Cue-exposure som tillägg till KBT*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte tycks ha någon tilläggseffekt utöver KBT. Kommentar: Etiska överväganden har påverkat prioriteringen	Icke-göra
C29	Alkoholmissbruk eller -beroende *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och att forskning pågår.	FoU
C30	Alkoholmissbruk eller -beroende *Psykodynamisk eller interaktionell terapi*	Avgörande för rekommendationen är att de studier som finns på området visar att terapiformerna har effekt, men det vetenskapliga underlaget är begränsat. Kommentar: Kostnadseffektiviteten är sämre än för MET.	3
C31	Alkoholmissbruk eller -beroende *Lösningsfokuserat arbetssätt*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden vid alkoholmissbruk eller -beroende	10
C32	Alkoholmissbruk eller -beroende *Mindfulness som tillägg till annan psykosocial behandling*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
C33	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

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
C34	Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika *Parterapi som tillägg till annan psykosocial behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten till måttlig effekt på drogan-vändning och konsekvenser till följd av missbruk	3
D02	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
D03	Långvarigt bruk av bensodiazepiner där utsättning på sedvanligt sätt inte varit möjligt *Bensodiazepinnedtrappning med tillägg av kognitiv beteendeterapi (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att nedtrappning av bensodiazepin med tillägg av kognitiv beteendeterapi ökar andelen patienter som blir bensodiazepinfria	2
D04	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
E01	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
E02	Cannabismissbruk eller -beroende *Motiverande samtal (MI)*	Avgörande för rekommendationen är att MI tycks ha viss effekt på minskad cannabisanvändning, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.	5
E03	Cannabismissbruk eller -beroende *Kognitiv beteendeterapi (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en måttlig effekt, och måttligt starkt vetenskapligt underlag.	2
E04	Cannabismissbruk eller -beroende *Contingency Management (CoM) som tillägg till kognitiv beteendeterapi (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har måttlig effekt jämfört med enbart KBT men enbart har begränsat vetenskapligt stöd. Kommentar: Åtgärden kräver organisatorisk struktur och särskilt utbildad personal.	6

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
E05	Cannabismissbruk eller -beroende *Webbaserad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och det vetenskapliga underlaget är begränsat	8
E06	Cannabismissbruk eller -beroende *Haschavvänjningsprogrammet (HAP)*	Avgörande för rekommendationen är att HAP har effekt på användning av cannabis. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men HAP innehåller inslag av psykosocial behandling som har inkluderats och rekommenderats i riktlinjerna, det vill säga motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT), och har god effekt enligt prioriteringsgruppens bedömning.	
F01	Amfetaminberoende Mirtazapin	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
F02	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
F03	Amfetaminberoende *Metylfenidat*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
F04	Kokainberoende *Antiepileptika*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden saknar effekt på kokainanvändning och kvarstannande i behandling	Icke-göra
F05	Kokainberoende *Antidepressiva*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden saknar effekt på drogfrihet. Kommentar: Det har dock en viss positiv effekt på kvarstannande i behandling, vilket kan minska risken för komplikationer av beroendet och över tid öka motivationen till drogfrihet.	10
F06	Kokainberoende *Centralstimulerande*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks sakna effekt på kokainanvändning, drogfrihet och kvarstannande i behandling	Icke-göra

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
F07	Kokainberoende *Disulfiram*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
F08	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Motiverande samtal (MI)*	Avgörande för rekommendationen är att MI har sämre effekt än andra psykosociala behandlingar.	6
F09	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
F10	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
F11	Missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat (kokain eller amfetamin) *Kognitiv beteendeterapi (KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten till måttlig effekt på andel som blir drogfria	4
F12	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
F13	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
G01	Opiatdabstinens (heroinberoende) *Metadon*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar abstinenssymtom och ökar kvarstannande i behandling	2

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
G02	Opiatabstinens (heroinberoende) Buprenorfin	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar abstinenssymtom och ökar kvarstannande i behandling. Kommentar: Buprenorfin är lättare att styra efter symtom än metadon, och har därför fått en högre prioritering.	1
G03	Opiatabstinens (heroinberoende) Klonidin	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har sämre effekt på kvarstannande i behandling och fler biverkningar än metadon	7
G04	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
G05	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
G06	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 psykosocial behandling. Kommentar: Åtgärden kan vara ett alternativ för personer som av något skäl inte önskar behandling med metadon eller buprenorfin	10
G07	Opiatberoende Övervakat heroinintag	Avgörande för rekommendationen är att det finns risk för biverkningar i form av överdoser och injektionsrelaterade komplikationer.	Icke-göra
G08	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

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
G09	Opiatmissbruk eller - beroende Motiverande samtal (MI)	Avgörande för rekommendationen är det begränsade vetenskapliga underlaget och att åtgärden tycks ha liten effekt.	5
G10	Opiatmissbruk eller - beroende Tolvstegsbehandling som tillägg till läkemedelsassisterad behandling	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon säkerställd effekt på opiatanvändning och att det vetenskapliga underlaget är begränsat	8
G11	Opiatmissbruk eller - beroende Community Reinforcement Approach (CRA) som tillägg till läkemedelsassisterad behandling	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten effekt på andelen som använder droger.	4
G12	Opiatmissbruk eller - beroende Kognitiv beteendeterapi (KBT) som tillägg till läkemedelsassisterad behandling	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten till måttlig effekt på andelen som använder droger.	3
G13	Opiatmissbruk eller - beroende Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som tillägg till läkemedelsassisterad behandling	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon säkerställd effekt på opiatanvändning och att det vetenskapliga underlaget är begränsat	8
G14	Opiatmissbruk eller - beroende Contingency Management (CoM) som tillägg till läkemedelsassisterad behandling	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten till måttlig effekt	5
G15	*Opiatmissbruk eller - beroende* *Psykodynamisk terapi (PDT) som tillägg till läkemedelsassisterad behandling*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha liten effekt och har begränsat vetenskapligt underlag	5

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
G16	Opiatmissbruk eller - beroende Lösningsfokuserat arbetssätt som tillägg till läkemedelsassisterad behandling	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden vid opiatmissbruk eller - beroende	10
G17	Opiatmissbruk eller - beroende Akupunktur	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt	FoU
G18	Opioidanalgetikaberoende *Nedtrappning med buprenorfin eller buprenorfin-naloxon*	Avgörande för rekommendationen är att det ökar andelen patienter som blir opioidfria. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har effekt enligt prioriteringsgruppens bedömning.	
G19	Opioidanalgetikaberoende *Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon*	Avgörande för rekommendationen är att det ökar andelen patienter som blir opioidfria.	
H01	Alkoholberoende med samtidig depression *Antidepressiva läkemedel*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på alkoholberoendet.	10
H02	Alkoholberoende med samtidig social fobi *Paroxetin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte tycks ha någon effekt på alkoholberoendet.	10
H03	Alkoholberoende med samtidig ADHD *Atomoxetin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha effekt på andel tunga dryckesdagar, men att det vetenskapliga underlaget är begränsat och att det finns risk för allvarliga biverkningar.	5
H04	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
H05	Alkoholberoende med samtidig bipolär sjukdom *Valproat (som tillägg till litium 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 att det vetenskapliga underlaget är begränsat och att det finns risk för biverkningar	6

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
H07	Amfetaminberoende med samtidig ADHD *Metylfenidat (med tillägg av KBT)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha effekt på drogfrihet, men att det finns risk för biverkningar och problem med inställning av rätt dos, samt att det vetenskapliga underlaget är begränsat	5
H08	Kokainberoende med samtidig depression *Antidepressiva läkemedel*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på substansberoendet.	10
H09	Kokainberoende med samtidig ADHD *Metylfenidat*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt	FoU
H10	Opioidberoende med samtidig depression *Antidepressiva läkemedel*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt	10
H11	Opioidberoende (i metadonbehandling) med samtidig ADHD *Metylfenidat*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt	10
H12	Alkoholmissbruk eller - beroende och samtidig depression *Integrerad behandling (MI/KBT) för missbruket eller beroendet och depressionen samtidigt*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks ha effekt på antal dryckesdagar. Kommentar: Tillståndet är vanligt och kan medföra allvarliga konsekvenser	3
H13	Alkoholmissbruk eller - beroende och samtidig PTSD *Integrerad behandling (KBT) för missbruket eller beroendet och PTSD samtidigt*	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
H14	Alkoholmissbruk eller - beroende och samtidig social fobi *Integrerad behandling (KBT) för missbruket eller beroendet och den sociala fobin samtidigt*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt	FoU
H15	Alkoholmissbruk eller - beroende och samtidig svår psykisk sjukdom *Integrerad behandling (KBT) för missbruket eller beroendet och den svåra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan minska mängden droger som används per tillfälle	3

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
	psykiska sjukdomen samtidigt		
I01	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Kort intervention (inklusive MI och MET)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andel som använder alkohol och droger	3
I02	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *MET och KBT (5,7 eller 12)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andel som använder alkohol och droger	3
I03	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	3
I04	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
I05	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
I06	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Multisystemisk terapi (MST)*	Avgörande för rekommendationen är att MST inte visat lika bra resultat på alkohol- eller narkotikaproblem som andra familjebehandlingar. Kommentar: Åtgärden har dock god effekt på antisociala handlingar	4

Radnummer	Tillstånd/Åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
I07	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Behandling med ACRA eller ACC*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har god effekt på andel som använder alkohol och droger	3
I08	Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år *Hashavvänjningsprogrammet (HAP)*	Avgörande för rekommendationen är att HAP har effekt på användning av cannabis. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men HAP innehåller inslag av psykosocial behandling som har inkluderats och rekommenderats i riktlinjerna, det vill säga motiverande samtal (MI) och kognitiv beteendeterapi (KBT), och har god effekt enligt prioriteringsgruppens bedömning.	

Bilaga 2. Om tillstånd och åtgärder

Beskrivning av tillstånd

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.

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.

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.

En ny version av DSM, DSM 5, har nyligen publicerats. Där ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet ”Substance use disorders” (svensk översättning av begreppet saknas då detta skrivs), som är en kombination av de tidigare diagnoserna. I DSM 5 kombineras de sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna i diagnosen ”Substance use disorders”. Dock har man strukit kriteriet ”juridiska problem” och i stället lagt till kriteriet ”begär/sug”. För diagnos krävs att minst två kriterier är upp-

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

Beskrivning av åtgärder

Acceptance and commitment therapy (ACT)

ACT är en metod som uppmanar klienten eller patienten att ställa existentiella frågor om vad han eller hon vill med sitt liv, att agera utifrån dessa värden, samt att arbeta med att acceptera det som inte är möjligt att förändra. ACT går ut på att klienten eller patienten i stället för att undvika eller försöka bli av med oönskade tankar, känslor och kroppsliga reaktioner ska acceptera och inta en icke-värderande position gentemot dem. På det sättet uppnås en större psykologisk flexibilitet. Klienten eller patienten får också arbeta med att förtydliga sina värderingar samt att ta reda på vad han eller hon behöver ändra i sitt beteende för att kunna leva ett liv som känns meningsfullt.

För att utöva ACT bör behandlaren ha en grundutbildning i beteendeterapi eller inlärningspsykologi.

Adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller Assertive continuing care (ACC)

ACRA eller ACC avser oftast eftervårdsbehandling efter avslutad öppenvårdsbehandling eller placering. Interventionerna genomförs i eller runt patientens eller klientens boendemiljö. Vid ACRA (CRA för ungdomar, se beskrivning av CRA nedan) görs en funktionsanalys av patientens eller klientens 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 (se beskrivning av case management nedan). 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 normalt under en 3-måndersperiod men kan även fortgå längre.

För att utöva ACRA eller ACC bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel utbildning till läkare, psykolog, sjuksköterska eller socionom), god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Brief strategic family treatment (BSFT)

BSFT är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende samt utåtagerande och antisociala problem, och till ungdomarnas familjer. Behandlingen är manualbaserad och lik den familjebehandlingsmodell som ofta praktiseras i Sverige; systemisk eller strukturell familjeterapi. Centralt är att engagera familjen under hela behandlingen. Den sker normalt i öppenvårdsformer cirka en gång i veckan och som en övre gräns brukar 20 sessioner anges. Antalet sessioner bestäms dock av

behoven hos familjen och manualen ger stor frihet till terapeuten att bestämma vad som ska göras och hur länge.

För att utöva BSFT bör behandlaren ha grundläggande familjeterapiutbildning och utbildning i den specifika metoden.

Case management

Case management är ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller. I samtliga modeller har en vårdsamordnare, en så kallad case manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med klienten eller patienten. De olika modellerna skiljer sig när det gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning samt vårdsamordnarens roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna. Insatsens omfattning och intensitet ser olika ut beroende på vilket behov av vård och stöd den enskilde har och på vilken modell man arbetar utifrån. Insatsen kan variera i tid från några månader till flera år.

En case managers yrkesbakgrund kan variera och utbildningsbehovet ser olika ut beroende på vilken modell det handlar om. Omfattningen på utbildningen kan variera från ett par heldagar till högskoleutbildningar som sträcker sig över hela och ibland flera terminer.

Community reinforcement approach (CRA)

CRA är en metod som kombinerar insatser riktade mot personens missbruk eller beroende med sådana som handlar om boende, arbete, fritid och sociala kontakter. Metoden handlar om att öka klientens anpassning till ett liv i samhället genom skapande av mer funktionella sociala kontakter och sysselsättning som kan hjälpa till att minska eller ersätta missbruket eller beroendet av alkohol eller droger. Kontakter och insatser i närmiljön används som förstärkande moment för att nå avhållsamhet från alkohol eller droger. Metoden kombinerar exempelvis beteendeanalys (kartläggning av vad som utlöser drickandet och vad det får för konsekvenser), färdighetsträning, återfallsprevention, jobbcoachning, familjerådgivning och stödjande samtal. Motiverande samtal (Motivational interviewing, MI) är en av metoderna som används inom CRA.

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

Cue exposure

Åtgärden bygger på inlärningsteori och innefattar exponering för alkohol under behandlingssessionen, vilket kan innebära att patienten konsumerar en mindre mängd alkohol, alternativt ser och luktar på alkohol. Detta har visats öka alkoholsug och kroppsliga reaktioner förknippade med alkoholkonsumtion hos patienter med alkoholberoende. Patienten ombeds därefter att motstå att dricka mer, trots att alkohol finns tillgängligt. Den förväntade effekten är att suget och de kroppsliga reaktionerna avtar under exponeringen samt att beteendet därmed släcks ut. Cue exposure har vanligtvis använts som tillägg till annan behandling men ibland som renodlad behandlingsmetod utan andra behandlingsinslag.

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

Funktionell familjeterapi (Functional family therapy, FFT)

FFT är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende samt utåtagerande och antisociala problem, och till ungdomarnas familjer. Det kortsiktiga syftet med behandlingen är att förbättra relationerna och kommunikationen i familjerna. Långsiktigt är syftet att ungdomens antisociala beteende ska upphöra. Insatsen bygger på systemteori, kommunikationsteori samt beteendeterapeutiska principer. Metoden är manualbaserad och lik systemisk eller strukturell familjeterapi (som är etablerad i Sverige) och psykoterapeuten har en aktiv roll. Ungdomens antisociala beteende förstås utifrån hur nära eller långt ifrån varandra man är eller vill vara i familjen. Interventionen fokuserar bland annat på att omstrukturera dåligt fungerande familjekommunikation där så kallade positiva omformuleringar är viktiga för att förbättra familjens funktion. Behandlingen ges normalt i öppenvårdsformer och ofta med en session per vecka under 10–20 veckor, men längden styrs av familjens behov.

För att bedriva FFT krävs grundläggande familjeterapiutbildning och utbildning i den specifika metoden. Företaget FFT-Sverige ger utbildning, handledning och certifiering i metoden. Information finns på FFT Sveriges webbplats. Det finns inget krav på licensavtal för verksamheter som vill använda metoden.

Förstärkningsmetod (Contingency management, CoM)

CoM är en beteendeterapeutisk metod, som syftar till att förstärka önskvärda beteenden (beteenden som främjar drogfrihet) hos klienten genom systematiska belöningar. Utifrån varje individ bestäms hur många poäng olika beteenden ”är värda” och vad poängen kan lösas in mot. Viktningen av poängen kan justeras i takt med att klientens förmåga växer. Manualerna som beskriver interventionerna är mycket precisa när det gäller hur belöningar ska ges och hur personalen ska utföra de olika momenten. Åtgärden kräver ofta en hög grad av enhetlighet i förhållningssätt hos personalen.

En fungerande CoM kräver att all involverad personal är utbildad både i metodens teoretiska grund och i hur den tillämpas i det enskilda fallet. Behandlingsansvarig för CoM bör vara en person med grundutbildning som omfattar inlärningspsykologiska principer och begrepp samt genomförande av beteendeanalys, exempelvis en legitimerad psykolog med KBT-inriktning.

Haschavvänjningsprogrammet (HAP)

HAP utvecklades utifrån mångårig klinisk erfarenhet under 1980-talet för att behandla personer med missbruk eller beroende av cannabis. Behandlingen vänder sig till personer från cirka 18 år som har rökt cannabis oregelbundet under en tvåårsperiod eller som använt cannabis i minst sex månader tre

gånger per vecka och som vill sluta röka. Programmet finns också i en manualbaserad version för åldersgruppen 17–24 år. HAP är en aktiv psykoedukativ behandling indelad i en medicinsk, en psykologisk och en social fas. Behandlingen pågår mellan 6–8 veckor. Bedömningsformulär, hemläxor och helgplanering mellan de cirka 18 sessionerna används som verktyg. HAP innehåller bland annat moment som syftar till att öka motivationen att sluta röka samt moment som syftar till att förebygga återfall.

Det finns innehålls- och metodmässiga inslag i HAP som även används i motiverande samtal (MI) och återfallsprevention och kognitiv beteendeterapi (KBT). Det krävs dock ingen utbildning i MI eller KBT för att bedriva HAP och behandlingsmanualen för HAP är fristående från dem som avser MI, MET eller KBT.

Integrerad behandlingsmetod

Med integrerad behandlingsmetod (som ges vid samsjuklighet) avses här att samma behandlare inom ramen för samma psykologiska eller psykosociala behandling adresserar såväl patientens eller klientens missbruk ellerberoende som hans eller hennes psykiska sjukdom. Behandlingen tar sin utgångspunkt i insikten att båda tillstånden bör behandlas samtidigt för att öka chansen till såväl minskat missbruk eller beroende som till ökad psykosocial funktionsnivå. Ett exempel är en kognitiv beteendeterapi i grupp som utvecklats specifikt för att behandla klienter eller patienter med samtidigt alkoholmissbruk och depression. Under varje session fokuserar gruppen på både missbruket eller beroendet och på depressionen samt på hur de båda sjukdomstillstånden interagerar och påverkar varandra.

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

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Syftet med behandlingen är att underlätta för patienten att förstå och hantera problematiska tankar, känslor och beteenden, samt att skapa mer realistiska och funktionella sådana. Klienten och behandlaren formulerar tillsammans mål för vad man vill uppnå med behandlingen och arbetar sedan tillsammans 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 typ av KBT som förekommer i riktlinjerna är återfallsprevention (ÅP). Metoden syftar till att ge yttre (beteendeinriktade) och inre (kognitiva) färdigheter att påverka såväl återfalls- som avhållsamhetsprocessen. De yttre färdigheterna handlar bland annat om att kunna tacka nej till alkohol på ett effektivt sätt. De inre färdigheterna handlar om att deltagarna tillägnar sig ökad förmåga att känna igen, undvika och hantera risksituationer för återfall. Metoden 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.

Kort intervention (Brief intervention, BI)

Metoden utgörs vanligtvis av ett eller flera kortare samtal med syftet att göra patienter eller klienter med ett riskbruk, skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol mer medvetna om vilka hälsorisker och andra negativa konsekvenser de utsätter sig för, samt att motivera dem till att förändra sina alkoholvanor. Samtalet genomförs ofta av läkare men kan också genomföras av annan personal. Metoden används exempelvis i primärvård och företagshälsovård, när patientens symtom eller medicinska test ger misstanke om att det finns alkoholproblem.

Olika former av strukturerade samtal kan tillämpas, vanligt är FRAMES (feed-back, responsibility, advice, menue, empathy, self-efficacy) och Motiverande samtal (se beskrivning av motiverande samtal (MI) nedan). Kort intervention kan också inkludera utdelande av broschyrer och genomgång av resultat från medicinska test, till exempel leverprover eller andra markörer för alkoholkonsumtion.

Det finns inte några allmänt vedertagna definitioner av kort intervention när det gäller val av samtalsmetodik, kompletterande insatser, samtalets längd eller antalet samtal. Vanligtvis pågår ett samtal i cirka 5–20 minuter, men kan också pågå upp till cirka 45 minuter. Kort intervention består oftast av ett samtal, men kan också inkludera upp till fem samtal. Då fler samtal ges benämns åtgärden ibland extended brief intervention. Extended brief intervention kan ibland också motsvara motivationshöjande behandling (motivational enhancement therapy, MET). Det finns inga exakta och allmänt vedertagna gränser för när en insats ska benämnas kort intervention (brief intervention), extended brief intervention eller motivationshöjande behandling. I riktlinjerna har kort intervention avgränsats till att omfatta insatser bestående av upp till två tillfällen.

För att ge patienter kort intervention bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Lösningsfokuserat arbetssätt

Lösningsfokuserat arbetssätt har målet att definiera klientens problemområden och utifrån detta på ett strukturerat sätt hjälpa klienten eller patienten att finna lösningar som är möjliga att uppnå i praktiken. Metoden handlar mindre om att analysera nuläget, och mer om att formulera en målbild, och vägen dit i form av förändrade beteenden. Behandlingen kan ske enskilt eller i grupp.

För att arbeta med lösningsfokuserat arbetssätt bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Medical management

Med medical management avses sedvanligt medicinskt omhändertagande, det vill säga när läkare eller annan medicinsk personal följer upp sin patient till exempel när det gäller följsamhet till behandling (i vilken mån patienten har tagit läkemedlet) och eventuella biverkningar av läkemedlet. Det kan

inkludera provtagning, medicinsk undersökning, administrativa insatser samt återkoppling och diskussion om hur det går för patienten. I de studier som ingår i riktlinjerna har omhändertagandet varit förhållandesvis omfattande, med 4–9 samtal av stödjande och motiverande karaktär. Samtalen inkluderar inte manualbaserad psykosocial behandling som exempelvis motivationshöjande behandling (MET). Dock har många läkare och sjuksköterskor ett förhållningssätt som är inspirerat av motiverande samtal (MI).

Mindfulnessmeditation (MM)

Mindfulnessmeditation (MM) avser olika former av avslappning och inkluderar fokusering eller meditation. MM innebär att man är uppmärksam på tankar, känslor och upplevelser i nuet och beskriver dem utan att döma eller försöka förändra eller trycka bort dem. Inom MM kan man exempelvis använda sig av den egna andningen som ”ankare” för sin uppmärksamhet. Behandlingen ges vanligen i grupp. Deltagarna får instruktioner och träning, varefter de uppmanas att praktisera metoden hemma. En mängd inriktningar finns inom området. De mest företrädda inom beroendevården är Vipassana meditation, Mindfulness-based stress reduction (MBSR), Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) och Mindfulness-based relapse prevention (MBRP). MM är även centralt i andra metoder som dialektisk beteendeterapi (DBT) och Acceptance and committment therapy (ACT).

För att arbeta med MM bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden. Det finns ett flertal mer eller mindre formaliserade utbildningar för att bli instruktör.

Motiverande samtal (Motivational interviewing, MI)

Motiverande samtal (MI) utvecklades ursprungligen för att behandla alkoholproblem. I dag används samtalsmetoden generellt i behandling som gäller livsstilsrelaterade faktorer i verksamheter som hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst, psykiatri och skola. Motiverande samtal är en metod som syftar till att öka klientens eller patientens egen motivation till beteendeförändring, i detta fall avseende drog- eller alkoholkonsumtionen. Tanken är att genom samtal få fram klientens eller patientens egna tankar och idéer om sitt beteende och hur det kan förändras. MI-rådgivaren ska ha ett empatiskt och icke-argumenterande förhållningssätt, respektera klientens eller patientens autonomi, visa tilltro till hans eller hennes egen förmåga och uppmärksamma hans eller hennes ansträngningar. Genom samtalen görs klienten eller patienten medveten om den bild som han eller hon har av sig själv och sina drog- eller alkoholproblem, hur väl den bilden stämmer överens med verkligheten, samt vilka vägar som finns till förändring. En viktig förutsättning är att MI-rådgivaren anpassar samtalet efter klientens eller patientens beredskap till förändring. Motiverande samtal kan användas som enda insats och i kombination med andra former av psykosocial behandling och läkemedelsbehandling.

För att utöva MI bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel utbildning till läkare, psykolog, sjuksköterska eller socionom), god kunskap

om missbruk och beroende samt en utbildning i metoden som omfattar 3–4 dagar. MINT-Nordic har utfärdat rekommendationer för vad MI-utbildningar 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 (Motivational enhancement therapy, MET)

MET vilar på motiverande samtal (motivational interviewing, MI) med det tillägget att det dessutom finns en manual för hur terapin ska genomföras (antal sessioner och innehållet i varje session). MET inkluderar en kartläggning (assessment) där medicinska test och frågeformulär av olika slag ingår, samt 2–4 uppföljande samtal baserade på MI-teknik. I de två uppföljande samtalen ingår feedback på resultatet av kartläggningen. I de studier som inkluderats i riktlinjerna har MET genomförts i enlighet med manualen från Project Match.

För att utöva MET bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt en utbildning i MI som omfattar 3–4 dagar.

Multidimensional family therapy (MDFT)

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

Psykoterapeuten arbetar med fyra olika behandlingsdomäner utifrån den risk- och skyddsprofil som tagits fram för familjen. Inom ungdomsdomänen fokuseras bland annat på att motivera ungdomen till behandling och på att förbättra kommunikation och problemlösning. Fokus i föräldradomänen är till exempel att engagera föräldrarna i behandlingen och att förbättra gränssättning och monitorering. Den interaktionella domänens fokus är till exempel att minska familjekonflikter och öka den emotionella sammanhållningen i familjen samt förmågan att lösa familjerelaterade problem. Inom den extrafamiljära domänen handlar det om att öka familjens kompetens i andra sociala system där ungdomen finns.

För att utöva MDFT bör behandlaren ha grundläggande utbildning i familjeterapi och utbildning i den specifika metoden.

Multisystemisk terapi (Multisystemic therapy, MST)

MST är en är en manualbaserad familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende samt utåtagerande och antisociala problem, samt till ungdomarnas föräldrar. Insatsen syftar till att påverka de faktorer som antas bidra till den unges problem. Dessa faktorer kan finnas hos den unge själv, i familjen och på ungdomens och familjens

sociala arenor. På längre sikt är syftet att minska och eliminera den unges problem. MST grundar sig på socialekologiska och familjesystemiska teorier samt forskning om risk- och skyddsfaktorer för antisocialt beteende hos ungdomar. MST består inte av en fast uppsättning av interventioner, utan man integrerar framför allt kognitiva, beteendeterapeutiska och familjeterapeutiska tekniker som behövs när man utformar insatsen. Innehållet styrs av nio behandlingsprinciper som bland annat handlar om att den ska betona det positiva och tillvarata familjens styrkor, att interventionerna som används ska uppmuntra till ansvarsfullt beteende hos familjemedlemmarna, vara tydligt definierade samt handlings- och målinriktade, fokusera på här och nu, vara i samklang med den unges ålder och behov, och 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 psykoterapeuten arbetar med familjen utifrån de behov som finns. I praktiken kan det innebära alltifrån enstaka telefonsamtal med psykoterapeuten till flera träffar per vecka. Eftersom interventionen är skräddarsydd kan insatser även ske till exempel i skolan eller bland ungdomens kamratgrupp om det är påkallat.

För att utöva MST bör behandlaren ha grundläggande utbildning i familjeterapi och utbildning i den specifika metoden. För verksamheter som vill använda metoden ställs krav på licensavtal med det amerikanska företaget MST Services Inc. I Sverige ges utbildning, handledning och fortbildning av MST-Sverige som i sin tur har samarbete med MST Services. Den inledande utbildningen är fem dagar. MST-teamen får stöd av huvudmannen MST-Sverige via telefonkonsultationer och fortbildningar. Information ges på MST Sveriges webbplats

Parterapi (Behavioral couples therapy, BCT)

I parterapi behandlas den missbrukande patienten tillsammans med sin (samboende) partner. BCT har två huvudsakliga komponenter: interventioner som fokuserar på missbruket och som syftar till att förbättra förutsättningarna för avhållsamhet, och relationsfokuserade interventioner, som syftar till att främja positiva interaktioner och konstruktiv kommunikation mellan partners. Målet är att skapa en positiv spiral genom att engagera den icke-missbrukande partnern i den missbrukande partnerns tillfrisknande. 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 utformning av strategier för att främja fortsatt tillfrisknande.

För att utöva parterapi bör behandlaren ha grundläggande utbildning i parterapi och utbildning i den specifika metoden.

Psykodynamisk psykoterapi (PDT) och interaktionell psykoterapi (IPT)

PDT och IPT är två närliggande terapiformer som båda syftar till större medvetenhet om och bearbetning av känslomässiga konflikter som kan utgöra bakomliggande faktorer till det dysfunktionella användandet av alkohol. Avsikten med terapin är att öka klientens självinsikt och självkännedom genom utforskande av känslor, upplevelser och reaktioner. I de studier som utgör underlag för riktlinjerna finns ett tydligt fokus på missbruket, psykoterapin kombineras med andra vårdkontakter och terapeuten är mer aktiv än vad som är vanligt i klassisk psykodynamisk terapi. Interaktionell psykoterapi bedrivs som gruppterapi och psykodynamisk psykoterapi kan bedrivas både individuellt och i grupp. Båda terapiformerna uppmuntrar till en spontan och autentisk kommunikation mellan patient och terapeut samt mellan patienter i grupp. Terapiformerna kan både bedrivas som korttidsterapi på cirka 8–15 sessioner eller som långtidsterapi på ett år eller mer.

För att utöva PDT och IPT bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning.

Tolvstegsbehandling

Tolvstegsbehandlingen tillämpar Anonyma alkoholisters (AA) så kallade tolv steg för tillfrisknande. Motsvarande behandling finns för narkotikaberoende och andra missbruk och dysfunktionella beteenden. Missbruk ses inom AA som en sjukdom, men en sjukdom som går att behandla med beteendeförändring. Tolvstegsbehandling sker ofta i grupp. Viktiga fundament för behandlingen är exempelvis undervisning om missbruk eller beroende, utbyte mellan gruppdeltagarna, självrannsakan, att man förlitar sig på en högre makt samt anhörigmedverkan. Behandlingen syftar till att länka in personen i självhjälpsgrupper (12-step facilitation therapy). Programmet är inte teoribaserat utan bygger på egna erfarenheter av personer med missbruk.

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

Webbaserad behandling

Webbaserad behandling avser psykoterapi eller annan behandling som förmedlas via internet. Deltagaren får textmaterial samt uppgifter att göra på egen hand i hemmet. Åtgärden kan vara i självhjälpsform eller omfatta kontakt och feedback från en behandlare.

Behandlaren bör ha den kompetens som krävs för den specifika behandlingsmetod som förmedlas via internet.