

Implementerings- och utbildningsstöd

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Om samverkan mellan socialtjänstens
och hälso- och sjukvårdens verksamhet
för personer med missbruks- och beroendeproblem

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Denna publikation tillhör *Handböcker för handläggning*. Det innebär att innehållet kompletterar Socialstyrelsens författningssamling med fakta, kunskapsunderlag och kommentarer som stöd för rättstillämpning och handläggning av ärenden hos huvudmän och andra vårdgivare. Kan t. ex. innehålla lagtext, referat av författningar, motivuttalanden, rättsfallsreferat, beslut från JO, tolkningsexempel, kunskapsunderlag m.m. Kraven på vetenskaplighet tillgodoses genom att vetenskaplig expertis medverkar. Socialstyrelsen svarar för innehåll och kommentarer.

ISBN	978-91-85483-36-5
Artikelnr	2007-101-7
<hr/>	
Omslag	Iwa Wasberg
Sättning	Informationsfabriken
Tryck	Edita Västra Aros, Västerås, juli 2007

Förord

I februari 2007 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Det var första gången som Socialstyrelsen gav ut riktlinjer som riktade sig till både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Skälet var och är att missbruks- och beroendefrågorna spänner över breda medicinska, psykologiska och sociala områden och att många insatser även sker inom andra huvudmäns verksamheter. Brukarernas intressen, som till stor del kanaliseras via frivilligorganisationer, är här också en betydelsefull part.

En central fråga under arbetets gång har varit hur riktlinjerna ska få ett genomslag i den praktiska verksamheten. För att i någon mån skapa förutsättningar för en bred implementering av riktlinjerna har flera seminarier med brukare, profession och verksamhetsansvariga genomförts. För att skapa förståelse för tankegångarna och innehållet i riktlinjerna har Socialstyrelsen även medverkat i ett stort antal konferenser.

Det är dock vår bedömning att möjligheterna att realisera riktlinjerna i den praktiska verksamheten kräver specifika insatser utöver dem som nämnts ovan. Socialstyrelsen kommer därför under hösten 2007 att genomföra ett antal regionala konferenser och där bland annat presentera den aktuella skriften.

Skriften ”Implementerings- och utbildningsstöd” grundar sig i hög grad på att professionen besitter omfattande kunskaper om innehållet i riktlinjerna. Det har därför ansetts mer angeläget att riktlinjerna bildar utgångspunkt för en diskussion mellan berörda parter, där frågor om bland annat missbruks- och beroendevårdens organisation och innehåll utgör fokus.

Skriften är uppdelad i två huvudblock. Ett handlar om förutsättningarna för att kunna implementera riktlinjerna, det andra om verksamhetens aktuella inriktning och dess överensstämmelse med de rekommendationer som ges i riktlinjerna.

Det är vår förhoppning att skriften kan stimulera till en diskussion om verksamheten och bidra till dess utveckling.

Skriften har utarbetats av *Håkan Aronsson* med stöd av *Ulf Malmström* (projektansvarig för riktlinjearbetet) och en särskild referensgrupp. Gruppen har bestått av *Pia Axelsson-Jonsson* Kommunförbundet Skaraborg, *Anders Arnsvik* FOU Nordväst i Stockholms län, *Agneta Hammerin* Fokus Kalmar, *Annika Andersson* Maria Ungdom Stockholm, *Lena*

Chirico FOU Vårld Uppsala Län, *Stefan Gammelgård* Socialtjänsten Enköping, *Elvy Persson* Göteborgsregionens Kommunalförbund, *Lennart Rådenmark* Länsstyrelsen Västra Götaland, *Karin Jacobsen* Kommunförbundet Stockholms Län, *Staffan Schött* individ- och familjeomsorgen i Lundby stadsdel i Göteborg, *Jan Östling* socialtjänsten Västervik.

Kjell Asplund
Generaldirektör

Innehåll

Förord.....	3
Inledning	8
Implementerings- och utbildningsstöd till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Syfte och inriktning	8
Implementering; att arbeta i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna	10
Några centrala förutsättningar	10
Samverkan och samarbete	12
Definitioner	13
Undersökningresultat beträffande samverkan	15
En gemensam projektorganisation för landsting och kommun och andra lokala aktörer.....	16
En referensram för samverkan	17
Utbildningsstöd	20
Att arbeta med vägledningen som stöd för gemensamma studier och diskussioner	20
Sammanfattning av kapitel 1; Inledning.....	22
Arbetets uppläggning och genomförande.....	22
Gemensamma termer underlättar arbetet	22
Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 1)	24
Sammanfattning av kapitel 2; Vägledning och implementering	26
Diskussion (kapitel 2)	27
Sammanfattning av kapitel 3; Upptäckt och förebyggande verksamhet	28
Sträva efter tidig upptäckt.....	28
Åtgärder mot problemet – kort rådgivning – MI och FRAMES	30

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 3)	32
Sammanfattning av kapitel 4; Bedömningsinstrument och dokumentation	34
Inledning	34
I. Problemidentifiering	35
II. Att bedöma problemets svårighetsgrad	36
III. Utredning av hjälpbehov och dokumentation (personbedömning).....	36
IV. Uppföljning av behandling av alkohol och narkotikamissbruk	36
Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 4)	38
Sammanfattning av kapitel 5; Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling	40
Begränsade kunskaper om narkotikamissbrukets eller -beroendets omfattning.....	40
Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och -beroende	40
Behandling vid cannabisberoende.....	41
Behandling av missbruk och beroende av centralstimulantia	41
Psykosocial behandling av opiatmissbruk och -beroende	41
Långtidsförlopp vid missbruk och beroende av narkotika.....	42
Sociala stödåtgärder	42
Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 5)	44
Sammanfattning av kapitel 6; Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling	46
Inledning	46
Alkoholabstinens	46
Läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk och -beroende	46
Psykosocial behandling av alkoholmissbruk och -beroende	47
Rehabilitering utanför vårdsystemet	47
Långtidsuppföljning vid behandling av alkoholmissbruk	47

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 6)	48
Sammanfattning av kapitel 7; Gravida kvinnor	50
Skador på fostret och barnet	50
Att upptäcka och bedöma missbruket.....	50
Utredning och bedömning av hjälpbehov	51
Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 7)	52
Sammanfattning av kapitel 8; Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet).....	54
Inledning	54
Identifikation och bedömning av samsjuklighet.....	54
System för att upptäcka samsjuklighet	55
Allmänt om behandling av samsjuklighet	55
Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 8)	56
Litteratur	58

Inledning

Implementerings- och utbildningsstöd till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Syfte och inriktning.

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård är avsedda för kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvårdens beroendevård. Det är första gången som Socialstyrelsen ger ut riktlinjer som vänder sig till två huvudmän. Förhoppningen är att även andra huvudmän och aktörer inom området missbruks- och beroendevård kommer att ta del av dem, att de ska bli ett levande dokument och utgöra en berikande källa till kunskap och vidareutveckling inom detta område. Socialstyrelsen konstaterar dock att det finns stora skillnader i traditioner, kompetenser och synsätt mellan de olika intressenterna. Därför är det särskilt angeläget att skapa en gemensam grund som stöd för huvudmännens insatser.

En stor andel av de personer som i olika skeden av en behandlingsperiod har kontakt med missbruks- och beroendevården träffar representanter för flera av huvudmännen och aktörerna inom området. Ambitionen att etablera en gemensam grund innebär därför att sådana begrepp som samsyn, samverkan och samarbete blir aktuella.

Av denna anledning är det enligt Socialstyrelsens bedömning betydelsefullt att berörda politiska ledningar inom de olika organisationerna ger stöd åt arbetet med riktlinjerna. Parterna bör också ha gemensamma möten inför implementeringen med olika former av aktiviteter – alltifrån studier av materialet till samplanering av verksamheten – beträffande de delar av riktlinjerna som berör de båda huvudmännens gemensamma arbete. Avsikten är att parterna gemensamt ska studera riktlinjerna med denna vägledning som stöd i sådana frågor. De kan givetvis själva bestämma på vilken nivå i respektive organisation som de gemensamma studierna ska bedrivas och vilka som ska delta. Det torde dock stå klart att lednings- och verksamhetspersonal inom kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård bör vara en kärngrupp. Utifrån lokala förhållanden kan givetvis även andra samverkanspartners inom området delta.

Denna skrift har två huvudsakliga syften:

- Att beskriva några viktiga förutsättningar som bör belysas av intressenterna inför implementeringen av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.
- Att ge exempel på viktiga frågeställningar som bör tas upp av intressenterna i diskussionerna om innehållet i de nationella riktlinjerna.

Det bör understrykas att de delar av rekommendationerna i Nationella riktlinjer som relaterar till respektive huvudmans specifika arbetsområde endast i liten utsträckning berörs här. Tonvikten ligger på de delar av riktlinjerna som beskriver samverkan och de processer med riktning mot samverkan, som kan antas bli en följd av tillämpningen av vissa delar av rekommendationerna.

För fördjupade studier av det som presenteras i riktlinjerna och en mer ingående beskrivning av bakgrunden till de rekommendationer och överväganden som tas upp finns en hänvisning till vad som i riktlinjerna benämns ”faktaunderlaget”, ett omfattande material på drygt 500 sidor (se Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/>). Ett sökinstrument hjälper läsaren att snabbt hitta bakgrundsmaterial i faktaunderlaget.

Sidhänvisningarna i detta dokument avser Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Implementering; att arbeta i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna

Några centrala förutsättningar

I avsnittet om implementering i kapitel 2 (s. 62–68) framhålls att förutsättningarna för rekommendationerna och de organisatoriska konsekvenserna av dem i hög grad påverkar genomförandet av riktlinjerna. I detta avsnitt behandlas även kompetensutveckling och ekonomi.

I samband med diskussionen om organisatoriska förutsättningar för implementeringen föreslår Socialstyrelsen att så kallad kort rådgivning (s. 62–63) utvecklas som rutin för personer som av hälso- och sjukvården och psykiatrin bedöms ha en riskfylld alkoholkonsumtion. På samma sätt bör kort rådgivning införas på prov inom socialtjänsten. I riktlinjerna kritiseras den defensiva hållning i missbruksfrågor som utmärker delar av välfärdssektorn, bland annat därför att denna passivitet på sikt medför högre kostnader för berörda verksamheter.

Likaså bedöms det som angeläget att socialtjänsten, primärvården och akutsjukvården utvecklar ett system eller en organisation som rutinemässigt använder något av de instrument som rekommenderas för identifiering av missbruks- och beroendeproblem. Om det inte finns tillräckliga resurser inom den verksamhet där hjälpbehovet upptäcks, kan det stöd- och hjälpbehov som på detta sätt identifieras i sin tur kräva samverkan med andra vårdgivare.

En annan aspekt av organisationsfrågan som tas upp är behovet av specialisering inom en verksamhet. Sammanförandet av de resurser som finns på olika håll inom en verksamhet till en organisatorisk enhet leder i regel till ökad effektivitet. I anslutning till diskussionen om specialisering nämns också att det inom mindre kommuner i regel inte finns tillräckligt med personal för att kunna genomföra en specialisering. I dessa fall kan möjligheterna att bygga upp gemensamma specialiserade enheter mellan kommunerna övervägas.

Ett utvecklat samarbete mellan kommuner och landsting är också betydelsefullt (s. 64). Det som avses är i första hand att sammanföra lokal- och

personalresurser i en och samma verksamhet för att kunna samarbeta med de enskilda klienterna eller patienterna. I beskrivningen av denna förtätade form av samverkan mellan socialtjänstens och landstingens missbruks- och beroendevård används begreppet ”organisatoriskt samgående”.

För personer med så kallad samsjuklighet, det vill säga missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (s. 184), är behovet av en nära samverkan uppenbart. Vården för denna målgrupp beskrivs i riktlinjerna som ineffektiv i de former som tillämpas idag (s. 64). Vikten av ett formaliserat samarbete mellan kommuner och landsting understryks särskilt beträffande denna grupp (s. 65).

Även om huvudansvaret för missbruks- och beroendevården ligger hos kommuner och landsting är kontakten med självhjälpsorganisationer och andra stödjande nätverk mycket betydelsefull som ett viktigt kompletterande stöd. Det är en fördel om detta samarbete kan formaliseras.

Personalens kompetens är också avgörande för genomförandet av det som beskrivs i riktlinjerna. Såväl grundutbildning och fortbildning som specifika utbildningsinsatser bedöms ha stor betydelse i detta sammanhang.

Förutom organisation och kompetensutveckling har ekonomi och kostnadseffektivitet (s. 67–68) avgörande betydelse för implementeringen av riktlinjerna. Kostnaderna för missbruk och beroende berör hela samhället: stat, landsting, kommuner, näringsliv, organisationer och enskilda. Dels handlar det om de skadekostnader som uppstår till följd av missbruket, dels om samhällets kostnader för förebyggande insatser, upptäckt och behandling. För att optimalt kunna utnyttja samhällets resurser behövs kunskaper om vilka åtgärder som ger mesta möjliga effekt till minsta möjliga kostnad. Samtidigt understryks att det handlar om ett område som behöver utvecklas och att resultaten av befintliga utländska studier är svåra att överföra på svenska förhållanden. Vårdgivarna bör därför systematiskt skaffa sig information för att kunna bedöma om berörda verksamheter har effekt.

Samverkan och samarbete

I riktlinjerna betonas således vikten av att olika organisationer och huvudmän med komplementära kunskaper samverkar eller samarbetar. Det kan till exempel vara samverkan mellan mindre kommuner, mellan kommuner och landsting eller samarbete med självhjälsorganisationer. Eftersom det är första gången Socialstyrelsen i riktlinjesammanhang försöker förena två huvudmäns verksamheter (s. 9) finns det anledning att uppehålla sig något kring sådana begrepp som samverkan och samarbete, så att de som ska studera riktlinjerna tillsammans får en gemensam definition av dessa begrepp.

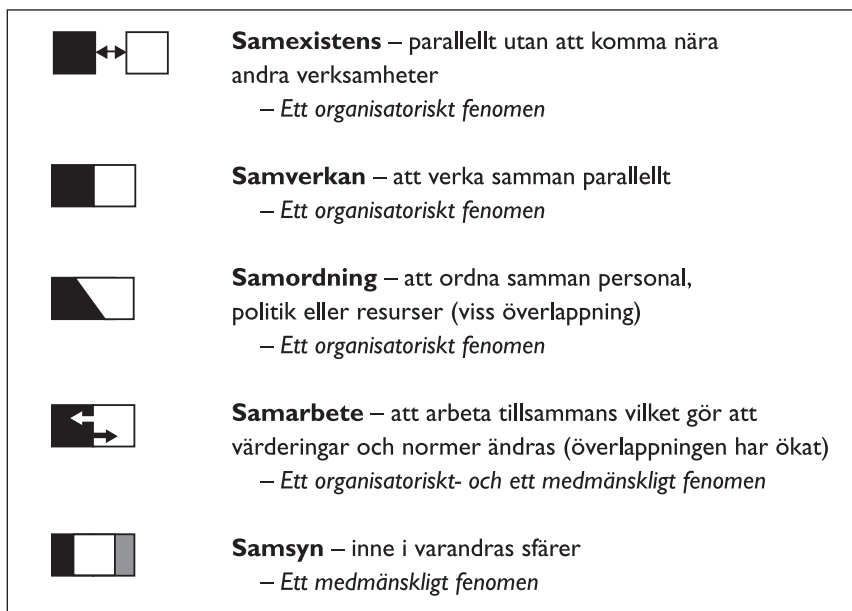
En god samverkan mellan myndigheter inom vårdsektorn, eller inom en myndighet, framhålls ofta i olika utredningar och i den politiska debatten som nyckeln till att åstadkomma bättre förhållanden för den enskilde hjälpsökanden. Dessutom utnyttjas tillgängliga resurser bättre. Andra begrepp som används i dessa sammanhang och som anknyter till begreppet samverkan är till exempel samordning, samarbete, samsyn och samgående. Samverkan, eller vilket av nämnda begrepp man väljer att använda, får emellertid inte vara något självändamål. Utgångspunkten måste naturligtvis vara att de parter som förväntas samverka har kunskaper, resurser och befogenheter som kompletterar varandra, så att de blir till fördel för en individ med en komplex problembild. Av detta följer att man inte kan anta att en utökad samverkan löser svåra problem inom vård- och behandlingsområdet, om den förväntade samarbetspartnern till exempel inte har de kunskaper inom ett område som efterfrågas. Felaktiga eller alltför höga förväntningar på en samarbetspartner kan många gånger leda till samarbetsproblem och irritation mellan olika aktörer. Det är känt sedan länge att det inte är så enkelt att nå fram till en god samverkan.

Frågeställningar i anslutning till området har beskrivits i ett stort antal böcker, vägledningar och utredningar. För att få en grund för den fortsatta diskussionen refereras nedan de förslag till definitioner som görs i några av dessa skrifter.¹

¹ Se även rapporterna Aronsson H. *Samverkan.nu* (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2002) och Aronsson H. *Samverkan inom ungdomsvården* (Sveriges Kommuner och Landsting och Statens institutionsstyrelse 2005).

Definitioner

De skrifter som refereras här har sina utgångspunkter i arbetet inom den så kallade mjuka sektorn, det vill säga organisationer som har sin verksamhet inriktad på vårdande, stödjande eller rehabiliterande insatser för människor med olika former av hjälpbehov. I rapporten *Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan*. FRISAM (Socialstyrelsen 2001) beskrivs resultaten av samverkan mellan försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten inom rehabiliteringsområdet. Där definieras och problematiseras olika begrepp inom området på följande sätt:



Figur 1. Definitioner av olika begrepp (källa: Fridolf, M. i *Samverkan för särskilt utsatta*, Socialstyrelsen 2001. Originalet finns i Fridolf, M. 1999).

Samtliga begrepp i ovanstående figur torde ha någon form av positiv klang, utom möjligen begreppet samexistens, som snarast kan antas spegla en förväntan hos minst en av parterna att någon förändring borde komma till stånd men att man inte kommit längre än att man känner till varandra. Resonemangen om de olika begreppen kan fördjupas betydligt.

En annan av de referenser som är av intresse i detta sammanhang är Berth Danermarks bok *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka* (Danermark 2000). Den handlar om samverkan mellan organisationer som arbetar med människor. Danermark menar att just detta faktum sätter sin specifika prägel på frågan om samverkan.

Samverkan definieras som

... medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte (s. 15).

Ytterligare en dimension som Danermark lyfter fram är frågan om att det kan finnas olika kunskaps- och förklaringsmodeller inom de organisationer som förväntas samverka. Detta innebär att det ofta råder konkurrens om inflytandet över kunskapsdimensionen. Det kan också finnas stort utrymme då det gäller att beskriva resultaten av det arbete som utförs.

I ett avsnitt i boken sammanfattas frågan om samverkan mellan ”människovårdande organisationer” på följande sätt:

... i samverkan spelar olikheter i kunskaps- och förklaringsmodeller, i regelsystem och i organisation stor roll för hur den konkreta samverkan gestaltar sig. För att samverkan skall ha förutsättningar att bli framgångsrik fordras att dessa tre typer av faktorer identifieras, lyfts fram och diskuteras (s. 13).

Just denna beskrivning av centrala dimensioner i fråga om samverkan har utgjort en av utgångspunkterna för formuleringen av diskussionsfrågorna till varje kapitel i de nationella riktlinjerna och som finns i denna vägledning.

Diskussionen om samverkan kan fördjupas i flera avseenden. I en annan bok av Danermark – *Samverkan – en fråga om makt* (Danermark 2004) behandlas bland annat vikten av att parterna är klara över syftet med samverkan samt hur man ska förstå samverkan i ett maktperspektiv. En teori om modellmakt presenteras. Den fokuserar på den makt som en viss typ av kunskap ger. I boken diskuteras till exempel samverkan mellan två modellstarka organisationer och mellan en modellstark och en modellsvag organisation.

Syftet med detta avsnitt om definitioner av begrepp är som nämnts att ge de parter som tillsammans ska studera de nationella riktlinjerna möjlighet att skapa en gemensam definition av sådana begrepp som samverkan och samarbete. Att diskutera själva begreppen kan också vara en grund för den mer innehållsliga diskussionen om hur man gemensamt kan arbeta med personer som har missbruks- och beroendeproblem. Var befinner sig parterna idag? Vad vill de eftersträva? Vad är önskvärt att åstadkomma och vad är möjligt? Om respektive part relaterar till sin vardagliga verksamhet väcks kanske dessa och andra, liknade frågeställningar redan vid försöken att definiera begreppen. De kanske också kan vara användbara för att försöka identifiera var parterna befinner sig i relation till varandra för tillfället och vilken inriktning de väljer.

Undersökningresultat beträffande samverkan

De studier som Socialstyrelsen har genomfört om narkomanvårdens organisation i riket ger en bild av situationen i fråga om specialisering och samverkan. I en av dessa studier, ORION-studien (Socialstyrelsen 2003), konstateras att i större kommuner med fler än 40 000 invånare samt i landstingen är missbruksvården till två tredjedelar specialiserad, såtillvida att den är organiserad i särskilda enheter. I kommuner med färre än 40 000 invånare är sådan specialisering mindre vanlig. När det gäller samverkan konstateras i samma studie att det mestadels är de större kommunerna som har ett väl utvecklat samarbete med landstingen; 38 procent av de större kommunerna (mer än 40 000 invånare) uppger att de har ett väl utvecklat samarbete med sjukvården medan 58 procent av de större kommunerna och 77 procent av de mindre uppger att de inte har ett särskilt väl utvecklat samarbete med sjukvården. En majoritet av landstingen har däremot en mer positiv bedömning och uppger att de har ett väl utvecklat samarbete med kommunerna. I ORION-studien har någon undersökning inte gjorts om *hur* samarbetet i kommunerna respektive landstingen upplevs, men författarna konstaterar att en relativt stor tillfredsställelse från landstingens sida inte nödvändigtvis behöver motsvaras av detsamma från kommunernas sida.

En gemensam projektorganisation för landsting och kommun och andra lokala aktörer

På flera håll i landet finns idag en väl fungerande samverkan mellan landsting, kommun, polismyndighet, frivilligorganisationer och andra, och den inriktning av arbetet som beskrivs i riktlinjerna är redan mer eller mindre etablerad inom ett antal av de berörda områdena. Bedömningsinstrument och dokumentation används redan i enlighet med riktlinjerna, och rekommendationerna avseende upptäckt, rådgivning och behandling följs. Även specialisering och samverkan mellan huvudmännen överensstämmer i dessa fall med vad som bedöms vara önskvärt i riktlinjerna. Socialstyrelsen känner väl till att det på många håll i landet pågår en positiv utveckling inom missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna ska i dessa fall ses som ett stöd till huvudmännen i det fortsatta gemensamma utvecklingsarbetet.

I andra delar av landet har en sådan process ännu inte påbörjats och det behövs initiativ för att påskynda utvecklingen av ett gemensamt arbete med brukarens behov i centrum. I dessa fall kan landstingen och kommunerna tillskapa gemensamma projektorganisationer för att påbörja, utveckla och bibehålla en utveckling i enlighet med riktlinjerna. I de fall där samrådsorgan och etablerade samverkansforum mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården redan existerar, och där arbetet med riktlinjerna på ett naturligt sätt kan ingå i en redan etablerad struktur, kanske någon särskild projektorganisation inte behövs. Det centrala är att huvudmännen "äger" en gemensam organisation som kan bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete. Huvudansvaret för vård och behandling ligger hos kommuner och landsting som vårdgivare inom missbruks- och beroendevården, och de måste tillsammans ta huvudansvaret för arbetet med de nationella riktlinjerna. Det går inte att ge detaljanvisningar för den gemensamma projektorganisationen, men Socialstyrelsen vill i detta dokument beskriva en referensram som stöd för att bygga upp och säkra den samverkan och det utvecklingsarbete som förespråkas i riktlinjerna.

En referensram för samverkan

I detta avsnitt redovisas ett förslag till en referensram för att det gemensamma arbetet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården som förespråkas i riktlinjerna ska påbörjas, utvecklas och bibehållas över tid. Arbetet måste anpassas till rådande lokala förhållanden, och andra samverkanspartners än de berörda verksamheterna inom kommun och landsting kan givetvis inbjudas att medverka i arbetet. Det som beskrivs i detta avsnitt kan också ses som ett förslag till checklista för organisationernas bevakning av att samverkansprocesserna utvecklas, får ett reellt innehåll och inte stagnerar. Innehållet i avsnittet grundar sig på den erfarenhetsbaserade kunskap om samverkansprocesser som finns inom vård- och behandlingsområdet samt på litteratur i ämnet.

Följande tre punkter är viktiga förutsättningar för att förverkliga de nationella riktlinjerna avseende samverkan och samordning:

- *På den politiska nivån i berörda organisationer fattas ett beslut om att ett arbete grundat på riktlinjerna ska påbörjas.² Befintliga regionala samrådsorgan mellan kommuner och landsting är lämpliga forum för en samlad diskussion.* Den politiska nivån bör klargöra att samverkan mellan huvudmännen ska fungera ur ett individperspektiv och att den enskildes behov hela tiden ska lyftas fram. Om detta individperspektiv innebär att befintliga strukturer ifrågasätts, ska detta problem fokuseras och diskuteras. Därigenom har en god samverkan med utgångspunkt i den enskilde hjälpsökandens behov och det mer övergripande gemensamma utvecklingsarbetet en möjlighet att säkras över tid. Vissa av de organisatoriska och ekonomiska frågor som berörs i riktlinjerna är också av den digniteten att den politiska beslutsnivån på ett naturligt sätt blir involverad.
- *Frågan om samverkan mellan huvudmännen bör få ett erkännande inom båda organisationerna som ett område vilket kräver att man avdelar tid och resurser för att arbeta med dessa frågor.* Området samverkan bör betraktas som en egen disciplin som därigenom ägnas särskild uppmärksamhet. Samverkan mellan organisationer har kommit i fokus under de senaste årtiondena, och den bedrivs i en mängd olika former och är en del i omdaning av välfärdssystemen (Socialstyrelsen 2000:4). Den har också beskrivits som välfärdsstatens nya arbetsform som är nödvändig för att myndigheter ska kunna fullgöra sina åtagan-

² Om vikten av att de politiska ledningarna visar vägen, se *Samsynt och framsynt. Framgångsfaktorer för samverkan*. Programberedningen för vård och omsorg. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2002.

den (Danermark och Kullberg 1999). Samverkan kan i det perspektivet handla om att förändra etablerade system och anpassa dem till aktuella samhällsliga förhållanden. Detta behöver inte innebära stora omorganisationer med huvudmannaskapsförändringar. En väl utvecklad samverkan kan tvärtom bidra till nödvändiga förändringar inom etablerade organisationer, så att behovet av stora omorganisationer tonas ner.

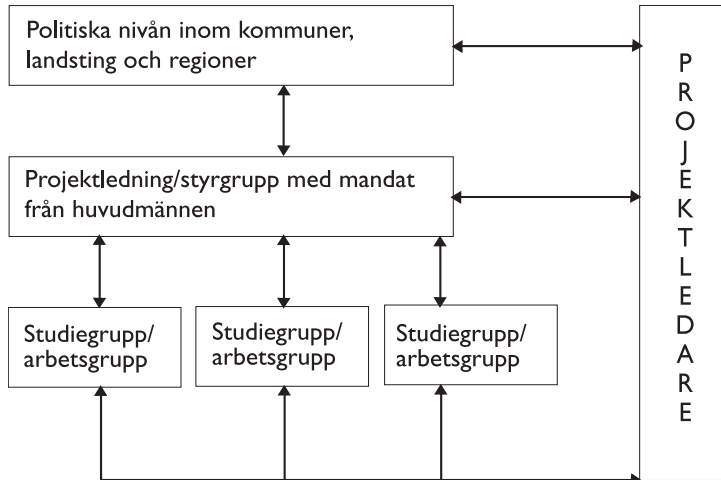
- *En gemensam projektledning/styrgrupp tillsätts med ett politiskt mandat från båda huvudmännen att arbeta med implementeringen av de nationella riktlinjerna.* De tjänstemän som ingår i projektledningen har därigenom ett väl förankrat uppdrag att leda och följa upp det arbete som påbörjas. Projektledningen är mottagare av frågeställningar som blir aktuella i verksamheterna om till exempel organisation, kompetensutveckling, ekonomi och som rör det utvecklingsarbete som beskrivs i riktlinjerna och inte kan lösas på basnivå. Den fördelar också frågeställningar till adekvat beslutsnivå i respektive organisation. Projektledningen leder och bevakar utvecklingsarbetet med ansvar för regelbundna avrapporteringar till den politiska nivån och för fullföljandet av de processer som har inletts.

Landsting och kommun beslutar således att respektive huvudmans verksamheter inom missbruks- och beroendevården samt andra berörda delar av respektive organisation tillsammans ska påbörja eller vidareutveckla ett arbete i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. En del av dessa rekommendationer rör enbart *en* huvudmans område men många av dem relaterar till ett sammanhängande vårdssystem där båda huvudmännen blir inkopplade. Mycket tyder också på att effektiviteten ökar när ett sådant sammanhängande system fungerar.

För att bevaka systematiken, kontinuiteten och i praktiken leda det arbete som ska genomföras kan det behövas en särskilt utsedd projektledare som arbetar på uppdrag från båda huvudmännen.

Ett förslag är att studie-/arbetsgrupper under ledning av projektledaren bildas med deltagare från berörda huvudmän och övriga parter för att gemensamt och med detta dokument som vägledning gå igenom och diskutera de nationella riktlinjerna (se avsnittet Utbildningsstöd).

Nedan visas ett förslag till en modell för det som beskrivs. Projektledaren, som arbetar på uppdrag av projektledningen/styrgruppen, får i denna modell en central roll med uppgift att koordinera hela arbetet och kommunicera med alla inblandade. Samtidigt är projektledarens roll givetvis rent konsultativ, och han eller hon står således utanför den vanliga linjeorganisationen.



Figur 2. Förslag till modell för implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård avseende samverkan och samordnat arbete.

Utbildningsstöd

Att arbeta med vägledningen som stöd för gemensamma studier och diskussioner

I detta avsnitt presenteras en sammanfattning av varje kapitel i Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Efter varje sammanfattning följer ett antal frågor om de konsekvenser och de olika krav som kan komma att ställas på organisationerna i deras arbete enligt rekommendationerna i riktlinjerna. Som tidigare nämnts är syftet också att frågorna ska utgöra ett stöd för parterna att identifiera, lyfta fram och diskutera olikheter mellan organisationerna. Det kan röra sig om olikheter i kunskaps- och förklaringsmodeller, i regelsystem eller i uppbyggnaden av organisation och beslutsordning. De klargöranden, som kan komma fram i diskussionerna, är viktiga för att möjliggöra en fungerande samverkan och en gemensam vidareutveckling inom området.

Det krävs också en samordnande och beslutande organisation/projektorganisation för att ta hand om alla frågor som väcks. Även prioriteringsfrågor kommer att bli aktuella. Systematiska studier av riktlinjerna och insamlande av synpunkter om genomförandet av rekommendationerna medför att värdefulla erfarenheter från berörda verksamheter kan tas tillvara. Därefter kan de föras vidare till den gemensamma projektledningen/styrgruppen eller direkt till berörd beslutande instans inom respektive organisation. För att planera och genomföra studierna bör en studieledare utses som ska hålla samman de praktiska frågorna och se till att processen fortskrider och dokumenteras.

Efter genomgången av varje kapitel bör en skriftlig sammanställning av de synpunkter som framkommit göras med till exempel följande innehåll:

- De delar i varje kapitel som redan är genomförda på lokal nivå; därigenom erhålls en inventering av välfungerande och samordnade verksamheter, och parterna kan enas om vad som fungerar.
- De oklarheter om begrepp och tolkning av begrepp som kvarstår och som behöver bearbetas i respektive organisation.
- De delar av riktlinjerna i varje kapitel som studiegruppen identifierar som angelägna utvecklingsområden.
- De områden som identifierats där parterna inte vet tillräckligt mycket om varandras verksamheter, verksamheternas uppdrag och vilka möjligheter de har att genomföra dem.
- Behovet av gemensamma utbildningar och identifiering av målgrupper för olika utbildningar.
- Identifiering av eventuella meningsmotsättningar och förslag till hur de ska hanteras i det fortsatta gemensamma arbetet.
- Frågeställningar av organisatorisk, ekonomisk eller annan art som måste föras vidare inom respektive organisation eller till den gemensamma projektledningen (se föregående avsnitt i denna skrift) samt notering om vem som är ansvarig för att detta genomförs.

Sammanfattning av kapitel 1; Inledning

Arbetets uppläggning och genomförande

I kapitel 1 beskrivs syftet med de nationella riktlinjerna. Förutom det grundläggande syftet att förbättra missbruks- och beroendevården noteras också att möjligheterna att bedriva en förutsägbar tillsyn ökar om riktlinjerna är förankrade och organisationerna arbetar i enlighet med dem.

Det finns ett relativt omfattande kunskapsunderlag, vilket är en förutsättning för att kunna ge ut nationella riktlinjer. I riktlinjerna hänvisas till kunskapsöversikter från SBU³ och CUS⁴.

Vid utarbetandet av riktlinjerna har en återkommande fråga varit varför man inte nöjer sig med SBU-rapporten utan i stället går omvägen via nya sammanställningar. Socialstyrelsens svar på denna fråga är att riktlinjerna avser både hälso- och sjukvården och socialtjänsten medan SBU-rapporten har en tydlig medicinsk orientering (s. 20–21).

Gemensamma termer underlättar arbetet

I riktlinjerna understryks vikten av gemensamma termer, och Socialstyrelsen vill i kapitel 1 ta ett första steg mot att utveckla en gemensam terminologi (s. 30). På grund av de administrativa, lagmässiga och innehållsmässiga skillnaderna mellan huvudmännen är det idag omöjligt att uppnå en fullständig överensstämmelse i detta avseende, men en gemensam terminologi ska dock eftersträvas där det är möjligt. Detta får antas vara ett centralt område för utvecklingen/vidareutvecklingen av ett gemensamt arbete.

I det följande redovisas den terminologi som på vissa avgörande punkter skiljer sig åt mellan hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten enligt redovisningen i riktlinjerna.

Insatser och bistånd respektive vård

Kärnbegreppen inom socialtjänsten är insatser och bistånd. Termerna är knutna till lagstiftningen. Begreppet insats används inom lagområdena SoL, LVU, LVM och LSS (se Socialstyrelsens definition av insats, s. 30 i riktlinjerna).

Inom hälso- och sjukvården är terminologin inte på samma sätt knuten till lagstiftningen med undantag för det allmänna begreppet vård.

³ SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

⁴ CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete) övergick 2004-01-01 till ny organisation: Institutet för utveckling av metoder för socialt arbete (IMS).

Missbruk

I SoL, LVU och LVM saknas definitioner av termerna missbruk och missbrukare. Hänvisningar görs till en avhandling (Gustafsson 2001) som visar att det inom socialtjänsten inte finns någon särskild etablerad metod för att utifrån objektiva kriterier bedöma om det är fråga om missbruk eller inte (s. 37–38). En av de konsekvenser detta kan medföra är att det uppstår en rättsosäkerhet vid tillämpningen av lagarna. I riktlinjerna görs också en värdering av de förhållanden som råder såtillvida att det finns en risk att socialtjänsten fattar sina beslut på vaga grunder.

På det medicinska området är begreppen missbruk och beroende kopplade till de diagnosklassifikationer som används, såsom ICD-10 eller DSM-IV (s. 36). Klassifikationerna är uppbyggda så att ett antal av vissa fastställda kriterier (s. 36–37) ska vara uppfyllda för att det ska vara fråga om missbruk eller beroende.

Sjukdomsbegreppet och ett förslag till alternativt synsätt

I avsnittet diskuteras sjukdomsbegreppet relaterat till missbruk och beroende (s. 34–36). Det används i detta sammanhang både för att beskriva det tvångsmässiga beteende som ingår i tillstånden missbruk och beroende och för att påtala att missbruket i sig leder till andra sjukdomar och sjukdomsliknande tillstånd.

De moraliserande attityder till ”missbrukare” som fortfarande finns bland allmänheten och inom professionen motverkas om den enskilde ses som ett offer för en sjukdom. Samhällets möjligheter att hjälpa ökar med varje försök att avdramatisera begreppen missbruk och beroende. Att utmönstra moraliserande aspekter på missbruk är en självklarhet. Samtidigt är frågan komplex och att legitimera endast en förklaringsmodell är inte tillräckligt. Därför krävs ”... insatser på flera plan bland annat när det gäller information och utbildningsinsatser” (s. 35).

I riktlinjerna diskuteras också begreppet *alkoholberoendesyndromet*⁵ (s. 35).

⁵ För en fördjupad beskrivning av begreppet alkoholberoendesyndrom, se litteraturlista i Nationella riktlinjer s. 193, WHO 1977.

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 1)

– Finns det andra riktlinjer för utformningen av missbruks- och beroendevården inom kommunerna i landstingsområdet? Känner hälso- och sjukvården i så fall innehållet i dem?

– Är de som är verksamma inom hälso- och sjukvården bekanta med följande termer inom socialtjänsten: insatser, bistånd, uppdrag, utredande samtal, rådgivning, stödsamtal och kontaktperson? Beskriv det konkreta innehållet i dessa begrepp (i den mån de är aktuella) inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård på den lokala nivån.

I riktlinjerna ges en (kritisk) bild av socialtjänstens sätt att bedöma missbruk (s. 37–38).

– Vilka reflektioner gör företrädare för socialtjänsten och hälso- och sjukvården med anledning av denna beskrivning? Om den bild som ges stämmer, vilka är konsekvenserna för samarbetet idag och för det fortsatta arbetet med de gemensamma riktlinjerna?

I riktlinjerna uttrycks önskemål om att socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska tillämpa samma definitioner av termerna missbruk och beroende (s. 30).

– Om parterna på lokal nivå har en positiv inställning till detta önskemål, vad krävs då för att tillämpa gemensamma definitioner?

– I vilken betydelse används sjukdomsbegreppet idag inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården beträffande missbruks- och beroendevården?

I riktlinjerna påstås att det finns moraliserande attityder till missbrukare inom professionen, samtidigt som samhällets möjligheter att hjälpa ökar med varje försök att avdramatisera begreppen missbruk och beroende. Slutsatsen är att arbetet ska vara mindre moraliskt belastat (s. 35).

– Vilka reflektioner gör studie-/arbetsgruppen mot bakgrund av dessa påståenden?

– Används begreppet alkoholberoendesyndrom inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten idag?

Begreppet alkoholberoendesyndrom förflyttar intresset från beroendets natur och orsak (etiologi) till dess yttringar i form av symtom. Diskutera om det är möjligt för huvudmännen att använda begreppet.

– *Vilka fördelar skulle en användning av begreppet medföra?*

I juridisk mening är all icke-medicinsk användning av narkotika ett ”missbruk” och straffbar enligt narkotikalagstiftningen (s. 40).

– *Diskutera detta utifrån ambitionen i riktlinjerna att så långt möjligt tillämpa samma definitioner.*

Sammanfattning av kapitel 2; Vägledning och implementering

I kapitel 2 i riktlinjerna presenteras ett stort antal rekommendationer beträffande interventioner och åtgärder för missbruks- och beroendevården (s. 46–61). Rekommendationerna vänder sig både till hälso- och sjukvården och till socialtjänsten.

I kapitlet finns också ett avsnitt om implementering som behandlats inledningsvis i denna vägledning.

I tabellerna 1–7 presenteras sammanlagt 53 olika rekommendationer för följande huvudområden:

- bedömningsinstrument och dokumentation (tab. 1)
- upptäckt och rådgivning (tab. 2)
- behandling av personer med narkotikaproblem (tab. 3)
- behandling av personer med alkoholproblem (tab. 4)
- åtgärder och insatser med svagt eller obefintligt vetenskapligt stöd (tab. 5)
- bruk eller beroende av alkohol och narkotika under graviditet (tab. 6)
- samsjuklighet vid missbruk och beroende och samtidig psykisk och/eller somatisk sjukdom (tab. 7).

Tabell 5 skiljer sig från de övriga tabellerna genom sin rubrik: Åtgärder och insatser med svagt eller obefintligt vetenskapligt stöd. Under denna rubrik beskrivs sammanlagt fyra olika interventioner/åtgärder med obefintliga eller svaga effekter. I likhet med informationen i de övriga tabellerna har evidensgrad eller annat kunskapsunderlag redovisats även för dessa påståenden.

I tabellerna hänvisas till fördjupad information i kapitel 4–8 i riktlinjerna. Fördjupningen avser samtliga rekommendationer för interventioner och åtgärder för respektive målgrupp. En sammanvägning med en bedömning av huruvida insatsen är ekonomiskt försvarbar har också gjorts. Evidensgrad och ekonomisk bedömning har således i huvudsak fått styra vilka insatser som rekommenderas. På s. 42 finns en utförligare diskussion om begreppet ekonomisk bedömning och vad som är ekonomiskt försvarbart.

I bilaga 2 (s. 201) redovisas den metodik som använts för att ta fram kunskapsöversikterna. Här behandlas också evidensbegreppet och vilka krav som i detta sammanhang ställs på det. I bilaga 3 (s. 208) finns kommentarer om behandlingsforskning.

Diskussion (kapitel 2)

För detta kapitel formuleras här inga särskilda frågor, då det utgör en sammanfattning av vad som beskrivs i efterföljande avsnitt i riktlinjerna.

Ett förslag kan dock vara att studiegruppen diskuterar evidensbegreppet mot bakgrund av det som beskrivs i kapitel 1 samt i bilaga 2 och 3 i riktlinjerna. I bilagorna berörs också kortfattat begreppet "common factors" (s. 211). En sökning i faktaunderlaget på detta begrepp och på till exempel "sjävläkning" kan ge ytterligare underlag till en sådan diskussion.

Sammanfattning av kapitel 3; Upptäckt och förebyggande verksamhet

Sträva efter tidig upptäckt

I kapitel 3 behandlas frågan om tidig upptäckt av alkohol- och narkotika-problem. Vinsterna är stora med att tidigt upptäcka och åtgärda begynnande problem. Studier inom hälso- och sjukvården visar att sekundärprevention genom så kallad kort rådgivning hjälper många patienter. Det är dessutom kostnadseffektivt att arbeta med sådana metoder. Visserligen saknas studier beträffande kort rådgivning inom socialtjänsten, men mycket talar ändå för att ett införande av en sådan verksamhet där skulle kunna få positiva effekter. Kort rådgivning kan kompletteras med återföring av resultaten från mätning av biologiska markörer.

Ett system för vård och omsorg måste ha goda *operativa* och *kurativa* egenskaper för att på ett tillfredsställande sätt kunna användas i syfte att upptäcka och behandla olika typer av missbruksproblem.

Operativa egenskaper definieras i riktlinjerna som förmågan att nå dem som verkligen behöver vård. I detta fall avses således en missbruks- och beroendeproblematik. Begreppet är centralt för den vidare diskussionen om tidig upptäckt och individuellt förebyggande arbete. Förutom att ta hand om de individer som själva söker hjälp för missbruks- eller beroendeproblematik gäller det för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att ha fungerande system för att upptäcka problem hos personer som primärt inte söker hjälp för detta.

De kurativa egenskaperna definieras som förmågan att avhjälpa eller lindra de problem som upptäckts eller identifierats hos den enskilde.

På s. 72 i riktlinjerna visas en figur som i sju steg beskriver ett möjligt händelseförlopp för upptäckt, behandling och uppföljning av behandlingen. Det finns skäl att anta att hela denna process kräver att flera organisationer är involverade och måste samverka för att det system med upptäckt och behandling som beskrivs i figuren ska fungera.

I det aktuella kapitlet läggs stor tonvikt vid kort rådgivning, men samtidigt betonas att det ofta behövs en bedömning av ytterligare insatser och att detta i sin tur kan leda till olika typer av mer långtgående åtgärder. En slutsats är således att uppbyggnaden av ett system för tidig upptäckt och kort rådgivning inte kan ske autonomt, utan det måste sammanlänkas med andra mer kvalificerade och långtgående insatser i de fall man bedömer att den enskildes problem är omfattande.

Under rubriken Riskgrupper (s. 75) diskuteras identifiering av riskgrupper genom uppsökande verksamhet.

För socialtjänstens del är det viktigt att vara medveten om att alkohol- eller narkotikaproblem kan vara en del av problemet i de fall då en klient eller familj har kontakt på grund av en eller flera av följande orsaker:

- parrelaterade problem och våld inom familjen
- försummelse av barnen
- kriminalitet, t.ex. rattfylleri och stöld
- upprepade eller långvariga ekonomiska problem.

Kunskap om upptäckt av missbruksproblematik behöver sannolikt finnas inom stora delar av socialtjänstorganisationen, då personer och familjer med de problem som beskrivs ovan lär komma i kontakt med olika specialiserade enheter, åtminstone i större kommuner.

På motsvarande sätt beskrivs olika tillstånd och diagnoser där man inom hälso- och sjukvården kan ha skäl att misstänka att alkohol- eller narkotikaproblem kan finnas med i bilden.

Inom psykiatrin:

- depressioner
- upprepat självdestruktivt beteende
- olika slag av ångestsyndrom.

Inom kroppssjukvården:

- olycksfall
- hjärtarytmi
- högt blodtryck
- bukspottkörtelinflammation
- mag- och tarmbesvär
- leversjukdomar
- olika cancerformer.

Vidare beskrivs att verksamma inom företagshälsovården bör vara uppmärksamma på upprepad sjukfrånvaro, speciellt efter helger, samt försämrade arbetsprestationer.

På samma sätt som inom socialtjänsten kan konstateras att stora delar av hälso- och sjukvården är berörda av de frågeställningar som följer av identifiering och bedömning av olika typer av missbruksproblem.

I detta sammanhang kan Riskbruksprojektet⁶ nämnas, vars uppgift är att stimulera utvecklingen av insatser inom primärvård och företagshälsovård beträffande frågor och rådgivning om alkohol. Målet för detta projekt är "... att frågor om alkoholvanor ska få en självklar plats i hälso- och sjukvården" (citrat från Folkhälsoinstitutets hemsida). Projektet drivs av Folkhälsoinstitutet i samverkan med landstingen och företagshälsovårdens enheter (för vidare information se t.ex. <http://www.fhi.se>).

Beträffande metoder för att upptäcka missbruk begränsas avsnittet om screening (s. 79) till alkoholområdet. Socialstyrelsen anser det rimligt att genomföra screening i vissa sammanhang, till exempel i samband med nybesök, vid hälsokontroller och vid vissa diagnoser där alkohol är en allmänt accepterad riskfaktor (s. 80).

Som nämnts tidigare är urvalet av de metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna grundat på evidensbaserad kunskap och en ekonomisk bedömning. Socialstyrelsen gör bedömningen att det är ekonomiskt försvarbart att genomföra insatser som innebär tidig upptäckt. Detta gäller för såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

Åtgärder mot problemet – kort rådgivning – MI och FRAMES

Den korta rådgivningen kan delas in i de två metoderna MI och FRAMES. För att personalen ska kunna använda MI krävs mer omfattande utbildningsinsatser än vid användning av FRAMES. En tänkbar modell som beskrivs i de nationella riktlinjerna (s. 82) kan vara att generalister utbildas i FRAMES för tidig upptäckt och att dessa i sin tur kan hänvisa till personal med utbildning inom MI.

Erfarenheterna inom hälso- och sjukvården av att använda metoder för kort rådgivning är så pass goda att de bör prövas även inom socialtjänsten. Om kort rådgivning införs inom socialtjänsten bör den noga dokumenteras och utvärderas. Ett program för kort rådgivning bör kombineras med ett samarbete med specialiserad missbruks- och beroendevård (s. 87).

Beträffande den ekonomiska bedömningen har flera studier inom hälso- och sjukvården visat att effekter och kostnader står sig väl i konkurrens med andra medicinska åtgärder.

⁶ Berörs ej i Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård utan endast i denna skrift.

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 3)

Här följer ett antal frågor som rör organisationens operativa förmåga.

- *Diskuterar ni inom din organisation om den har förmågan att nå dem som verkligen behöver vård inom de vårdområden som är aktuella?*
- *Finns det utarbetade strategier i din organisation för att systematiskt arbeta med dess operativa egenskaper, det vill säga förmågan att nå dem som verkligen behöver vård?*
- *Genomförs det beräkningar av hur många invånare i de aktuella målgrupperna som sammantaget nås av de olika vårdorganisationerna?*
- *Finns det lokala studier inom landsting eller kommun som utifrån ett folkhälsoperspektiv eller genom direkta drogvaneundersökningar beskriver alkohol- respektive narkotikamissbrukets omfattning?*
- *Är det möjligt i ditt landsting eller din kommun att göra en skattning av det så kallade mörkertalet utifrån resultaten av befintliga undersökningar?*

Gör en övergripande beskrivning av din organisation mot bakgrund av figuren på s. 72 i Nationella riktlinjer.

- *Vad finns redan i din organisation av det som beskrivs i figuren?*
- *Vad fungerar bra i verksamheten enligt ovan?*
- *Vad fungerar mindre bra?*
- *Klarar din organisation av alla de beskrivna delarna på egen hand, eller behövs andra aktörer för att en god vård och behandling ska kunna erbjudas? Vilka är i så fall dessa aktörer?*

På s. 76 i Nationella riktlinjer beskrivs i fyra punkter situationer där alkohol eller narkotika kan vara en del av problemet.

- *Vilka enheter/avdelningar eller motsvarande inom socialtjänsten i din kommun arbetar med de situationer som beskrivs?*
- *Finns det utarbetade system för upptäckt av missbruk inom dessa enheter?*

– Finns det upparbetade kanaler för vidare insatser inom socialtjänsten eller annan huvudman om man upptäcker ett missbruk? Om det inte finns sådana kanaler, eller om vissa delar saknas i systemet, diskutera och beskriv hur ett komplett system skulle kunna se ut.

– I vilken utsträckning används MI inom socialtjänsten?

– I vilken utsträckning används FRAMES inom socialtjänsten?

– Finns det en fungerande samverkan inom socialtjänsten och mellan socialtjänsten och andra huvudmän när det handlar om åtgärden kort rådgivning?

På s. 78–79 beskrivs ett antal tillstånd och diagnoser som kan vara exempel på alkohol- och/eller narkotikamissbruk eller beroende. Samtidigt bör noteras att de metoder för upptäckt som beskrivs för hälso- och sjukvården nästan enbart rör alkoholområdet (s. 79), då det saknas kunskapsunderlag för narkotikaområdet.

– Används de metoder för screening som beskrivs på s. 79–80 inom hälso- och sjukvården? Vilka erfarenheter har man i så fall av dem?

– Har de intervenerande och behandlande systemen varit effektiva efter den genomförda screeningen? Följs personerna upp?

– Vilka reflektioner görs utifrån påståendet (s. 86) att man har misslyckats med det nationella arbetet med alkoholfrågan ute i primärvården? Stämmer detta i ditt landsting?

– Finns det en samverkan med Riskbruksprojektet vid Folkhälsoinstitutet inom ditt landsting? Om inte, finns det ett intresse för eller planerar ni att ta kontakt med detta projekt för att få stöd i utbildnings- och utvecklingsarbetet?

– I vilken utsträckning används MI inom hälso- och sjukvården?

– I vilken utsträckning används FRAMES inom hälso- och sjukvården?

– Finns det en fungerande samverkan inom hälso- och sjukvården och med andra huvudmän i fråga om åtgärden kort rådgivning?

Sammanfattning av kapitel 4; Bedömningsinstrument och dokumentation

Inledning

I kapitel 4 beskrivs olika diagnostiska metoder och tester för att beskriva problemets karaktär och svårighetsgrad, metoder för att bedöma den enskildes hjälpbehov samt olika dokumentationssystem, liksom metoder för uppföljning av behandlingen. Kapitlet innehåller dels en fortsatt och fördjupad beskrivning av den vårdprocess som berördes i det föregående kapitlet, dels en mer detaljerad beskrivning av ett antal biologiska och psykologiska tester som var och en för sig utgör väsentliga delar av denna process.

De biologiska och psykologiska tester som beskrivs i kapitlet gör det möjligt att välja åtgärder på rätt nivå och följa utfallet av behandlingen. De systematiska sammanställningar som är möjliga vid användningen av vissa tester kan också ge mer generell kunskap till verksamheten.

Biologiska tester bör i princip användas av sjukvårdspersonal. Psykologiska tester, som i vissa fall kan användas mer allmänt, kräver ibland utbildning för utförande och analys (s. 90).

I kapitlet redovisas endast de tester och markörer som bedömts uppfylla uppställda kvalitetskrav (s. 92). Samtidigt beskrivs ett antal felkällor som man bör vara observant på vid användning av de tester som rekommenderas. Försämrade tillförlitlighet, felaktiga bedömningar och slutsatser kan bli en följd av förekomsten av sådana felkällor, som därför i största möjliga mån bör elimineras.

Den utrednings- och bedömningsmodell i fyra steg för missbrukssammanhang som återfinns på s. 95 (fig. 1) är lämplig som styrinstrument vid valet av undersökningsmetod. Även uppföljningen finns med i detta sammanhang. Figuren kan sägas vara en illustration till det som beskrivs i kapitel 2 (s. 42): "Rekommendationerna baseras på en sammanvägning av i första hand evidensgrad och den ekonomiska bedömning som gjorts."

Från steg I till steg III i fig. 1 beskrivs således en stigande kostnad för de olika testmetoderna, samtidigt som de metoder som rekommenderas givetvis är kvalitetssäkrade. Vid steg IV noteras en fallande kostnad. Här följer en beskrivning av de olika stegen i modellen.

I. Problemidentifiering

Alkohol. De biologiska rutintester som görs idag täcker endast in alkoholbrukets ytterligheter. I detta avsnitt beskrivs ett antal biologiska tester som kan användas för att påvisa om personen i fråga har konsumerat alkohol under det senaste dygnet eller de senaste dygna samt tester för långvarig överkonsumtion av alkohol. Dessa biologiska tester för problemidentifiering av alkohol tillhör hälso- och sjukvårdens arbetsområde.

Två psykologiska testmetoder för samma målgrupp som för de biologiska tester som beskrivs i kapitel 4 redovisas också; AUDIT (riskabla alkoholvanor) och MAST (alkoholrelaterade problem någon gång under livet). Endast dessa två metoder bedöms i de nationella riktlinjerna ha tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas i reguljär verksamhet. AUDIT och MAST kan användas inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården. Det är viktigt att personalen har kunskaper om alkoholmissbruk och -beroende när testresultaten återkopplas till patienten eller klienten.

Narkotika. Urinprov för identifiering av narkotikamissbruk är välkänt sedan länge inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården och vid arbetsplatser. Handhavandet vid urinprov finns beskrivet i Socialstyrelsens meddelandeblad Narkotikatester av urin inom hälso- och sjukvården. Testresultaten blir osäkrare vid användning av remsa för urinprov. Olika typer av narkotika kan identifieras med hjälp av urinprov.

På motsvarande sätt som inom alkoholområdet finns det psykologiska tester för identifiering av personer med riskabla och skadliga narkotikavanor eller narkotikarelaterade problem. En metod som beskrivs är DUDIT.

II. Att bedöma problemets svårighetsgrad

Alkohol. De biologiska tester som används för att bedöma alkoholproblemets svårighetsgrad beskrivs på s. 107. Det finns ett flertal direkta och indirekta alkoholtest och biologiska markörer som täcker olika konsumtionsmängder och -mönster.

Det psykologiska test som beskrivs är AVI-R2 (s. 107–108).

Narkotika. Det finns inga biologiska tester som på motsvarande sätt som inom alkoholområdet kan användas för att bedöma narkotikaproblemets svårighetsgrad hos den enskilde individen (s. 108).

Det psykologiska test som rekommenderas för bedömning av svårighetsgrad benämns DUDIT-E.

III. Utredning av hjälpbehov och dokumentation (personbedömning)

I detta avsnitt beskrivs ett antal standardiserade metoder som kan användas för utredning av hjälpbehov, val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av klientens eller patientens situation. Genom användning av till exempel ASI, DOK och ADAD, som är några av de metoder som beskrivs i detta avsnitt, kan även generell kunskap om klientgrupper erhållas. Flera av de redovisade metoderna är kända och spridda inom landet (s. 110–111).

IV. Uppföljning av behandling av alkohol- och narkotikamissbruk

I detta avsnitt beskrivs biologiska och psykologiska tester som rekommenderas för att få till stånd en god uppföljning av behandlingen. Det som studeras är förändringen över tid. Flertalet av de metoder som beskrivs är desamma som finns inom områdena problemlösningsmetoder, bedömning av svårighetsgrad och utredning av hjälpbehov.

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 4)

I kapitel 4 redovisas endast de tester och markörer som bedöms uppfylla de kvalitetskrav som ställts i Nationella riktlinjer (s. 92).

- *Används dessa tester inom din organisation på det sätt och med den systematik som beskrivs i kapitlet? Om inte, vilka delar fattas och vad är önskvärt att utveckla?*
- *Används några andra tester än de som beskrivs i Nationella riktlinjer i din organisation?*

I kapitlet beskrivs ett antal felkällor vid testning (s. 93–94).

- *Hur hanteras dessa felkällor i din organisation?*

Den utrednings- och bedömningsmodell som beskrivs i figur 1 (s. 95) är lämplig som ett styrinstrument vid val av undersökningsmetod.

- *Stämmer den beskrivning som ges i figuren med arbetssättet i din organisation? Vilken betydelse har de ekonomiska övervägandena, som illustreras av figuren, i din organisation?*
- *I vilken utsträckning samverkar hälso- och sjukvården och socialtjänsten (eller andra aktörer) beträffande de bedömningar, utredningar och den dokumentation som beskrivs?*
- *Kombineras biologiska och psykologiska tester inom din organisation eller i samverkan mellan olika organisationer?*
- *Är kunskapen om de undantag som finns i sekretesslagen (s. 113) spridd i din organisation?*

Användningen av standardiserade biologiska och psykologiska tester möjliggör och underlättar kommunikationen mellan olika vårdgivare (s. 91).

- *Stämmer detta med dina erfarenheter?*

Flera av de tester och metoder som beskrivs i kapitlet är kända och spridda i landet och personalen har genomgått utbildning (s.110–111).

– *Vilka ytterligare utbildningsbehov finns det i din organisation mot bakgrund av rekommendationerna i kapitlet?*

– *Anordnas gemensamma utbildningar mellan flera huvudmän? Om inte, inom vilka områden skulle det vara möjligt?*

Flera av de metoder som rekommenderas kan, om de används med en viss systematik, också användas som underlag för verksamhetsbeskrivningar och som underlag för att planera förbättringar inom till exempel en enhet.

– *Vilka erfarenheter av att använda bedömningsinstrument och dokumentation på detta sätt finns det i din organisation?*

– *Förbättras möjligheterna till kommunikation inom din organisation, till exempel med beslutfattare, genom systematiska sammanställningar grundade på de metoder som omnämns?*

– *Förbättras möjligheterna till information mellan olika vårdgivare genom sådana systematiska sammanställningar?*

Sammanfattning av kapitel 5; Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling

Begränsade kunskaper om narkotikamissbrukets eller -beroendets omfattning

Socialstyrelsens bedömning är att mellan 15 000 och 20 000 narkotikamissbrukare var i kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten under ett år. Bedömningen grundar sig på en studie från 2003. I en annan studie från 1998 fann CAN 26 000 personer som definierades som tunga missbrukare av narkotika.

Att behandling av narkotikamissbruk och -beroende är ett kontroversiellt ämne och att det finns olika vårdideologiska uppfattningar inom området torde stå klart för alla som arbetar med eller är intresserade av dessa frågor. I riktlinjerna nämns sådana områden som sprututbytesprogram och läkemedelsassisterad behandling som exempel på den typ av frågor som diskuterats under många år och som fortfarande diskuteras. Mot bakgrund av att vikten av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (s. 123) och en kombination av läkemedel och psykosocial behandling betonas i riktlinjerna (s. 136) är det angeläget att lyfta denna typ av frågor.

Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och -beroende

Genomgående används termen ”abstinensbehandling” som ersättning för termen ”avgiftning”. Syftet med abstinensbehandling är – förutom den behandling som relaterar direkt till intaget av droger – också ofta att motivera patienten eller klienten till att fortsätta behandlingen. I riktlinjerna understryks vikten av att socialtjänsten och hälso- och sjukvården tar ett gemensamt ansvar för att tillgodose hans eller hennes vidare vårdbehov. Planering av den fortsatta behandlingen gynnas givetvis om patienten eller klienten fullföljer abstinensbehandlingen. En av de viktigaste uppgifterna för personalen är därför att motivera vederbörande att fullfölja den.

Behandling vid cannabisberoende

Begreppet cannabisberoende bör förbehållas de personer som trots att de upplever flera beteendemässiga, kognitiva, perceptuella och emotionella symtom fortsätter att missbruka cannabis (s. 127).

I Sverige är hälften av dem som söker behandling för sitt cannabismissbruk 20 år eller yngre. Cannabis är dock inte enbart en ungdomsdrog utan används i hög utsträckning även av äldre missbrukare (s. 127). De direkta eller indirekta skador som kan följa av ett cannabismissbruk eller -beroende omfattar psykiska sjukdomar och symtom, psykologiska och psykosociala skador samt fysiska skador.

Till övervägande delen är det kognitiva, beteendeterapeutiska metoder och tekniker som anses vara effektiva vid behandling av cannabismissbruk och -beroende. Behandling bör även innehålla stödinsatser för den aktuella personens familj eller närstående. Det finns även särskilda programverksamheter för såväl yngre som äldre cannabismissbrukare framtagna i Sverige samt ett nätverk för erfarenhetsutbyte mellan personer som arbetar med dessa program.

Behandling av missbruk och beroende av centralstimulantia

Vid behandling av missbruk och beroende av centralstimulantia har endast omlärande och beteendeterapeutiska metoder uppvisat signifikant positiva effekter, särskilt under de första sex månaderna. Inom området läkemedelsbehandling är det Socialstyrelsens bedömning att resultaten av de studier som finns beträffande kokainmissbruk till viss del även är tillämpliga för andra centralstimulantia (s. 134–135).

Psykosocial behandling av opiatmissbruk och -beroende

För läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende finns en kunskapsöversikt, föreskrifter och allmänna råd samt en handbok (s. 135).

Behandlingsstrukturen för läkemedelsassisterad behandling är viktig. Det finns omfattande och mycket positiva erfarenheter av integrerade kombinationer av läkemedel och psykosocial behandling (s. 136). I riktlinjerna ges exempel på olika typer av psykosocial behandling (s. 137–138).

Långtidsförlopp vid missbruk och beroende av narkotika

En majoritet av alla som någon gång prövat olika narkotiska preparat, inklusive opiater, och har upphört med detta har gjort det utan professionell hjälp (s. 140). Även vid avancerat missbruk förekommer självläkning.

Det finns relativt få metodologiskt tillfredsställande studier av långtidsförlopp vid narkotikamissbruk. I de studier där man följt upp behandlade heroinmissbrukare under flera decennier framstår dock missbruket och beroendet av narkotika som ett livslångt tillstånd med svåra sociala och hälsomässiga konsekvenser med hög dödlighet. Deltagande i metadonbehandling verkar i någon mån kunna förändra denna dystra bild (s. 140). Ett samarbete mellan vårdssystem och självhjälpsorganisationer förespråkas (s. 142).

Sociala stödåtgärder

En stor andel av missbruks- och beroendevårdens klienter lever i ett socialt utanförskap. Forskningen kring naturlig läkning visar att en förändring av den sociala miljön kan göra det lättare att hitta en väg ut ur missbruket, med eller utan behandling (s. 143). Beträffande det professionella sociala stödet framhålls stabilitet och förtroende som väsentliga kvaliteter.

Hemlösa med vad som i riktlinjerna kallas dubbeldiagnos (samtidigt missbruk eller beroende och psykisk störning eller sjukdom) kan ha särskilt svårt att få kontakt med vården och få ett socialt stöd. Vårdens tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet kan vara särskilt viktiga för denna grupp (s. 145).

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 5)

I riktlinjerna beskrivs att det finns "... en skiljelinje mellan dem som accepterar s.k. skadelindring ('harm-reduction'), dvs. insatser i form av t.ex. sprututbytesverksamhet, och dem som tar avstånd från sådan" (s. 120).

- *Känns denna beskrivning igen? Mellan vilka går i så fall denna skiljelinje? Finns frågan om sprututbytesprogram på den politiska dagordningen i landstinget eller i kommunerna?*
- *Förekommer läkemedelsassisterad behandling av opiatmissbrukare inom hälso- och sjukvården? Har denna verksamhet varit föremål för meningsmotsättningar?*
- *Om det inte har varit aktuellt att införa sådan behandling för opiatmissbrukare, vilka argument har i så fall framförts?*
- *Används den evidensbaserade metodik vid behandling av narkotikamissbruk och/eller narkotikaberoende som framhålls i riktlinjedokumentet?*

På s. 29 i riktlinjerna finns ett avsnitt som behandlar vikten av att huvudmännen har en gemensam terminologi. I riktlinjerna används genomgående termen abstinensbehandling i stället för avgiftning.

- *Är abstinensbehandling ett vedertaget begrepp i era respektive organisationer?*

Vid abstinensbehandling understryks vikten av att den sätts in i ett sammanhang. Samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården bedöms som väsentlig (s. 123).

- *Hur fungerar denna samverkan i relation till abstinensbehandlingen och den fortsatta planeringen av vården?*

En åtgärd som visats påverka abstinensbehandlingen är att regelmässigt kalla patienten till informationssamtal före intagningen till abstinensbehandling (s. 125).

- *I vilken utsträckning förekommer detta hos er? Samverkar socialtjänst och hälso- och sjukvård i så fall i det arbetet?*
- *Diskutera ansvarsfördelning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten beträffande de olika former av behandling som beskrivs på s. 126–139.*

På s. 139 i riktlinjerna framhålls att ”Samhället behöver minska motståndet mot att söka hjälp för narkotikaproblem. Motståndet kan bl.a. handla om rädslan för utredning och omhändertagande av egna barn och polis-anmälan till exempel för narkotikainnehav” (se även Nationella riktlinjer s. 26).

- *Vilka frågor väcks med anledning av detta påstående utifrån barnperspektivet och den anmälningsskyldighet som finns (14 kap. 1 § SoL)?*
- *Vilka rutiner finns idag vad gäller anmälningsskyldigheten inom hälso- och sjukvården?*
- *Vilka rutiner och vilken samverkan finns det inom socialtjänsten mellan till exempel en specialiserad missbruksenhet och en barn- och familjenhet?*

”Att få behålla sina barn hemma kan också vara ett viktigt motiv för kvinnor att ändra sitt riskbeteende” (s. 143).

- *Diskutera det etiska dilemma som kan följa av detta påstående mot bakgrund av föregående frågeställning.*

Här följer två frågor av övergripande natur avseende samverkan.

- *Samplanerar hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklingsarbetet inom området behandling vid narkotikamissbruk?*
- *Informerar huvudmännen varandra om sådana förestående förändringar inom organisationen som kan påverka den andra partens förutsättningar för arbetet?*

Sammanfattning av kapitel 6; Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling

Inledning

Under den senaste tioårsperioden har delar av det kontrollsystem som varit ett inslag i den nationella alkoholpolitiken försvagats eller förändrats. Detta anses ha ökat behovet av upplysande och förebyggande insatser samt behovet av vård och behandling. Kraven har successivt skärpts på samhällets åtaganden att arbeta med upplysning och att behandla alkoholproblem.

Alkoholabstinens

Även om abstinensbesvär i regel är harmlösa så kan de utvecklas till allvarliga eller livshotande tillstånd. ”Abstinensbehandlingen syftar främst till att förhindra krampanfall, delirium tremens och död men ska också behandla patientens ospecifika symtom och lidande” (s. 151). Den behandling som beskrivs (i huvudsak farmakologisk) delas in i behandling av alkoholabstinens respektive behandling av delirium tremens (s. 153–154).

Läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk och -beroende

Läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk och -beroende används i begränsad omfattning i Sverige (s. 155). Undantaget är behandling med disulfiram. Samtidigt visar studier att effekterna av behandling med detta preparat är svaga eller obefintliga (s. 156), bortsett från de fall där preparatet ges under övervakning av till exempel en behandlare. Behandling med flera av de nya läkemedel som introducerats under senare år beskrivs som framgångsrika (s. 155).

Psykosocial behandling av alkoholmissbruk och -beroende

Begreppet psykosocial behandling diskuteras inledningsvis i rubricerade avsnitt i kapitel 6. Ur ett mer generellt perspektiv menas metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes beteendeproblem. Fem olika grupper av psykosocial behandling som sammantaget spänner över ett tämligen vitt fält redovisas (s. 159). I riktlinjerna konstateras att "... Behandlingsresultatet för personer med svårare missbruks- eller beroendeproblem blir bättre med mer behandling, medan detta inte tycks spela någon roll för personer med mindre allvarliga problem" (s. 160). Beträffande behandling av personer med missbruk eller beroende och samtidig psykisk sjukdom eller störning betonas vikten av olika former av samordning mellan olika funktioner.

Rehabilitering utanför vårdsystemet

Tre fjärdedelar eller fler av alla de människor som funnit en lösning på olika former av alkoholproblem har gjort det utan hjälp av vård eller behandling. Forskningen om denna så kallade självläkning pekar på ett antal omständigheter som bör vara viktiga att beakta i vårdstrategiska sammanhang (s. 162–163).

Långtidsuppföljning vid behandling av alkoholmissbruk

I långtidsuppföljningar konstateras positivt utfall för personer som snabbt kom i behandling, fick ytterligare öppenvård under uppföljningsperioden och deltog i AA. Vidare framhålls att ett snabbt inträde i behandling och kontinuitet i form av behandlingsinsatser under uppföljningstiden verkar vara viktigare än behandlingens intensitet.

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 6)

Enligt riktlinjerna har kraven under senare år successivt skärpts på samhällets åtaganden att motverka och behandla alkoholproblem (s. 150).

– *Känns denna beskrivning igen? På vilket eller vilka sätt märks de skärpta kraven i så fall i era respektive organisationer? Vem eller vilka har ställt dessa krav?*

– *Finns det en väl fungerande samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården beträffande behandlingen av alkoholabstinens?*

– *Används den evidensbaserade metodik vid behandling av alkoholmissbruk eller alkoholberoende som framhålls i riktlinjerna (s. 155)?*

”Behandling av personer med alkoholmissbruk eller -beroende kan med fördel bedrivas som en kombination av läkemedelsbehandling och samtidig psykosocial stödsats eller psykosocial behandling (evidensgrad 1)” (s. 155).

– *Är flera huvudmän inkopplade i denna typ av kombinationsbehandling?*

– *Samplanerar hälso- och sjukvården och socialtjänsten utvecklingsarbetet inom området behandling vid alkoholmissbruk?*

– *Informerar huvudmännen varandra om förestående förändringar inom organisationen som kan påverka den andres förutsättningar för arbetet?*

Sammanfattning av kapitel 7; Gravida kvinnor

Skador på fostret och barnet

Alkoholens skadeverkningar på fostret är dosrelaterad, det vill säga ju högre dos desto större skador. Många av de skador på fostret som kan bli följden av alkoholkonsumtion under graviditeten kan inte diagnostiseras förrän barnet är i 4–5 årsåldern (s. 170). Om en kvinna intar narkotika under graviditeten kan såväl den motoriska som den intellektuella utvecklingen störas hos barnet, inte bara under barndomen utan även senare i livet. Vid ett blandmissbruk ökar risken för fosterskador ytterligare. Om den gravida kvinnan som missbrukar alkohol eller narkotika dessutom omges av en mängd psykosociala riskfaktorer försvåras den behandling som borde sättas in.

Att upptäcka och bedöma missbruket

I kapitel 3 beskrivs en modell av insatser för att hjälpa personer med missbruk eller beroende. Även om de enskilda inslagen i modellen inte utan vidare kan generaliseras till att gälla gravida kvinnor kan den i princip tillämpas även för dem. Syftet med att upptäcka och behandla alkohol- och narkotikaproblem hos den blivande modern är att erbjuda hjälp så att fostret inte skadas och att se till att kvinnan är i sådan fysisk och psykisk kondition att barnet kan få en god omvårdnad. Mödrahälsovården, vårdcentraler, socialkontor och familjecentraler är några exempel på betydelsefulla kontaktplatser där det är av största vikt att den personal som möter den gravida kvinnan är uppmärksam på problematiken. ”Frågan om alkohol- och narkotikakonsumtion bör tas upp redan vid den första kontakt som den blivande modern har med MVC” (s. 177). På s. 175–177 beskrivs de biologiska tester som kan användas som hjälp för att identifiera kvinnor som använder alkohol och narkotika under graviditeten och gravida kvinnor med ett långvarigt missbruk eller beroende av alkohol. De biologiska testerna beskrivs närmare i kapitel 4. I avsnittet framhålls också: ”Under graviditeten ställs dock många funktioner som ämnesomsättning och hormonella processer om, och därför kan man inte utan vidare använda samma metoder som för resten av befolkningen” (s. 175).

Utredning och bedömning av hjälpbehov

Missbruk under graviditeten utgör i sig inte grund för ett omhändertagande enligt LVM. Tvångsåtgärder enligt denna lag kan användas endast om kvinnans egen situation är sådan att förutsättningarna enligt lagen uppfylls. Detsamma gäller för ett omhändertagande enligt LPT.

Det torde stå klart att samverkansfrågorna blir högaktuella vid upptäckt av ett missbruk hos en gravid kvinna. Samverkan mellan mödravårdscentral, socialtjänst och beroendeklinik eller motsvarande inom landstinget kan vara ett sådant exempel. I avsnittet beskrivs även kort rådgivning i samband med alkoholkonsumtion och graviditet. Insatsen för att hjälpa en gravid kvinna med ett upptäckt missbruk måste naturligtvis relatera till missbrukets svårighetsgrad. I detta sammanhang kan det vara relevant att påminna om att "... Det finns ingen bevisad ofarlig kvantitet alkohol för fostret under graviditeten" (s. 167) och "... Att fosterhjärnan kan skadas anatomiskt och funktionellt om den gravida kvinnan använder narkotika under graviditeten är en vedertagen men inte helt spridd kunskap" (s. 171). I princip bör samma psykosociala behandlingsmetoder som fungerar generellt, och som beskrivs i kapitel 6, kunna fungera även för de gravida alkoholmissbrukarna.

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 7)

På s. 174 beskrivs ett antal myndigheter som kommer i kontakt med gravida kvinnor. Dessutom betonas vikten av att myndigheterna uppmärksammar frågor om livsstil, inklusive alkohol och drogvanor ”... i betydligt högre utsträckning”.

- *Vilka rutiner finns beträffande denna fråga hos er?*
- *Behöver frågor om alkohol- och drogvanor ställas i betydligt högre utsträckning vid kontakt med gravida kvinnor?*
- *Vilka rutiner finns det för samverkan mellan olika vårdgivare inom kommuner och landsting för behandlingsinsatser vid upptäckt av missbruk hos gravida kvinnor?*

På s. 180 beskrivs frågan om utbildning av personal vid MVC (screening och kort rådgivning) och BVC (kort rådgivning).

- *Anordnas eller planeras sådana utbildningar hos er?*
- *Finns det en kontakt med Riskbruksprojektet beträffande gravida kvinnor? (Se s. 30 i denna skrift.)*

Beträffande blandmissbruk och behandling efter förlösningen beskrivs gynnsamma effekter av behandling där flera olika kompetenser är involverade (s. 182). Kliniska erfarenheter talar för en kombination av stöd för barnen, utveckling av föräldrarollen och fortsatt missbruks- och beroendevård.

- *Hur fungerar samverkan mellan berörda myndigheter mot bakgrund av vad som beskrivs i detta avsnitt?*

Kostnaderna bedöms som låga för de verksamheter som kommer i kontakt med gravida kvinnor med alkohol- eller narkotikaproblem och som kontaktar socialtjänsten (s. 182). På sikt förväntas samhällets kostnader minska om rätt behandling sätts in.

- *Förs en diskussion om detta i era organisationer?*
- *Med tanke på att det handlar om risk för livslånga skador för barnet i samband med missbruk och graviditet, i vilken utsträckning prioriteras detta område?*

Sammanfattning av kapitel 8; Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)

Inledning

Personer med alkohol- och/eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. I kapitlet beskrivs även det omvända sambandet såtillvida att det, jämfört med befolkningen i övrigt, är vanligare att personer som någon gång haft en psykiatrisk diagnos också haft ett missbruk eller varit beroende av alkohol eller narkotika. Givetvis måste dessa personer erbjudas hjälp med båda tillstånden. Internationella studier visar att 40 procent av personer som söker hjälp för sina alkoholproblem och 70 procent av dem som söker hjälp för narkotikaproblem har personlighetsstörningar (s. 185).

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp med varierande grad av svårigheter med missbruk eller beroende samt psykisk eller somatisk sjukdom. Ofta är flera myndigheter och behandlingsverksamheter berörda då dessa individer behöver hjälp med alla sina problem. ”En mindre grupp av de personer med missbruk eller beroende och samtidig psykisk störning eller sjukdom har också en beteendestörning av så allvarlig natur att de är direkt farliga för andra personer i samhället, speciellt i samband med alkohol- och narkotikaintag” (s. 186).

I avsnittet beskrivs också en förhöjd dödlighet inom gruppen, bland annat i fråga om självmord.

Identifikation och bedömning av samsjuklighet

En patient som kontaktar hälso- och sjukvården för en psykisk störning eller sjukdom ska generellt också bedömas för eventuellt missbruk och/eller beroende (s. 186). En hänvisning till socialtjänstens eller hälso- och sjukvårdens beroendevård bör ges vid behov för att bedöma svårighetsgraden av missbruket eller beroendet.

Missbruk av alkohol eller narkotika kan ge upphov till psykiska symptom under såväl konsumtionsperioden som i abstinensfasen. Därför krävs det en period av drogfrihet innan det är möjligt att bedöma och säkert fastställa samtidig psykisk sjukdom eller personlighetsstörning hos personer med missbruk eller beroende. Bedömning ska alltid ske inom hälso- och sjukvården (s. 186–187).

I avsnittet noteras: "... Flera studier visar att missbruk och beroende är underdiagnostiserat bland psykiatrins patienter, och samma förhållande gäller sannolikt patienter inom kroppssjukvården" (s. 187).

System för att upptäcka samsjuklighet

De screeningsinstrument som beskrivs i kapitel 4 för identifiering av missbruk och beroende bör kunna användas även för att upptäcka samsjuklighet bland personer med psykiatriska eller somatiska symtom. I avsnittet påtalas att screeningsinstrument för att identifiera psykiatriska problem sällan används inom missbruks- och beroendevård men att så borde kunna ske i större utsträckning. Dessutom bör riskbedömningsinstrument användas.

Allmänt om behandling av samsjuklighet

Det finns inte någon evidensbaserad specifik behandling för samsjuklighet. Inget talar dock emot att använda de metoder som har effekt vid behandling av missbruk och beroende respektive psykiatrisk störning och sjukdom (s. 184). Det viktiga är att behandlingen sker samtidigt och i samordnade former efter den första akuta fasen.

Det praktiska behandlingsarbetet med patienter och klienter med samsjuklighet försvåras av att ansvaret för behandling och stöd är uppdelat mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (s. 188). Behovet av samordning är påtagligt. Sådan samordnad behandling av missbruk eller beroende och samtidig psykisk störning beskrivs på s. 191. Det avgörande för utformningen av samordning är att den utgår från den enskilde klientens eller patientens behov. Det kan röra sig om samordning inom en myndighet eller mellan de båda huvudansvariga, det vill säga kommuner och landsting.

I riktlinjerna (s. 191) beskrivs också möjligheten att bilda en gemensam nämnd mellan kommuner och landsting för styrning av speciella enheter för målgruppen med personal från båda huvudmännen.⁷

⁷ Se Lag (2003:12) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet.

Frågor att diskutera i ett lokalt perspektiv (kapitel 8)

”En patient som kontaktar hälso- och sjukvård för en psykisk störning eller sjukdom ska därför generellt också bedömas för eventuellt missbruk och/eller beroende” (s. 186).

– *I vilken utsträckning fungerar detta hos er?*

”Om socialtjänsten misstänker att en person med alkohol- eller narkotika-problem också har en psykisk störning eller sjukdom ska bedömning ske inom hälso- och sjukvården” (s. 186).

– *Hur fungerar detta hos er? Finns det en fungerande samverkan så att socialtjänsten lätt kan ta en sådan kontakt?*

– *I vilken utsträckning används screeningsinstrument som hjälp för att identifiera psykiatriska problem inom missbruks- och beroendevården (s. 187)?*

– *I vilken utsträckning används riskbedömningsinstrument (s. 187–188)?*

På s. 184 framhålls att hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med samsjuklighet.

– *Hur visar sig detta gemensamma ansvar hos er i ett övergripande perspektiv?*

– *Inom vilka delar fungerar samverkan och samordning väl eller mindre väl mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten beträffande ert arbete med den målgrupp som beskrivs i kapitlet?*

– *Sker allt arbete med den i kapitel 8 beskrivna målgruppen enbart inom en huvudmans verksamhetsområde? Är detta så fall tillräckligt?*

– *Har diskussioner förts om gemensam nämnd?*

Litteratur

- Aronsson, H. (2002), *Samverkan.nu – Om professionella nätverk för ungdomar med särskilda behov*. Stockholm, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.
- Aronsson, H. (2005), *Samverkan inom ungdomsvården. Om psykiatriska vårdinsatser för ungdomar vid särskilda ungdomshem*. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting samt Statens institutionsstyrelse.
- Danermark, B. (2000), *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Stockholm, Förlagshuset Gothia AB.
- Danermark, B. (2004), *Samverkan – en fråga om makt*. Örebro, LäroMedia Örebro AB.
- Danermark, B. och Kullberg, C. (1999), *Samverkan. Velfärdsstatens nya arbetsform*. Lund, Studentlitteratur.
- Gustafsson, E. (2001), *Missbrukare i rättsstaten*. Stockholm, Norstedts Juridik AB.
- Kommunförbundet Stockholms län, Hälso- och sjukvårdsnämnden (1998), *Samverkan i missbrukar- och beroendevården. En gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård i landstinget och kommunerna i Stockholms län*.
- Socialstyrelsen (2001), *Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan*. FRISAM.
- Socialstyrelsen (2003), *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION)*.
- Socialstyrelsen (2005), *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*.

- Socialstyrelsen (2007), *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*, Stockholm.
- Socialstyrelsen m.fl. (2000a), *Samverkan som organiseringsprocess. Påverkan på organisation och system. En studie av åtta olika områden*. Samverkan inom rehabiliteringsområdet 2000:3.
- Socialstyrelsen m.fl. (2000b), *Att samverka kring sammansatta behov – intervjuer med individer i tio olika samverkansprojekt*. Samverkan inom rehabiliteringsområdet 2000:4.
- SOU 2000:114, *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* Betänkande av samverkansutredningen. Stockholm 2000.
- SOU 2005:82, *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm 2005.
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2002), *Samsynt och framsynt. Framgångsfaktorer för samverkan*. Programberedningen för vård och omsorg 2000–2002. Stockholm.
- Wikström, E. och Lindberg, K. (2006), *Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbrukarvården. Utvärdering av Modellkommunprojektet*. Rapport 20, 2006. GRI, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Wolff, S. (2006), *Gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. En utvärdering av tre försök*. Dalarnas forskningsråd, Arbetsrapport 2006, Falun.

