

# NATIONELLA RIKTLINJER för vård och stöd vid missbruk och beroende

Vad innehåller riktlinjerna och vad innebär de i praktiken?

Dokumentation från konferens  
i Göteborg 24 november 2015

# ”Vi har goda traditioner av samverkan”



Lennart Rådenmark.

Den 24 november 2015 arrangerades en heldagskonferens om Socialstyrelsens reviderade Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården.

Under dagen deltog cirka 220 beslutsfattare och nyckelpersoner från ett 40-tal av länets kommuner, hälso- och sjukvården, kriminalvården, Brukarrådet, brukarorganisationer och Region Halland.

– Vi har goda traditioner av samverkan här i länet kring missbruk och beroendevård. Nu gäller det att se till att de här riktlinjerna blir införda och använda i verksamheterna så att det ytterst blir bättre insatser för de som arbetet riktar sig till, sa dagens moderator Lennart Rådenmark, länsamordnare för alkohol- och drogförebyggande arbete på Länsstyrelsen i Västra Götalands län.

Han berättade också att regeringen snart förväntas besluta om en förnyad ANDT-strategi för de kommande fem åren där missbruks- och beroendevården sätts in i ett större socialpolitiskt sammanhang (ANDT = Alkohol, Narkotika, Dopning och Tobak). En viktig målsättning med den nya strategin kommer att vara att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.



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

Riktlinjerna och tillhörande material finns på Socialstyrelsens webbplats:

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

Här kan du som arbetar med missbruks- och beroendefrågor i vården och omsorgen söka och filtrera bland rekommendationerna i riktlinjerna.

Det finns även en rapport som främst vänder sig till dig som är beslutsfattare inom området. Till rapporten hör ett antal bilagor: tillstånds- och åtgärdslista, vetenskapligt underlag, hälsoekonomiskt underlag, metodbeskrivning samt indikatorer.

Här hittar du också ett antal filmer som bland annat tar upp de centrala rekommendationerna i riktlinjerna.

# ”Riktlinjerna är stöd och råd på gruppnivå”



Stefan Borg.

De reviderade Nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende publicerades i april i år. Stefan poängterade skillnaden jämfört med 2007 års riktlinjer som i hög grad var professionsorienterade och tog sikte på relationen professionell-brukare. De reviderade riktlinjerna riktar sig även till de som arbetar med organisatoriska frågor och är tänkta att fungera som stöd vid fördelning av resurser, beslut om organisering, utgöra underlag för lokala och regionala vårdprogram och rutiner.

Riktlinjerna är en del av en evidensbaserad praktik; en

sammanvägning av vetenskap, beprövad erfarenhet, berörda personers erfarenhet och önskemål samt kontextuella omständigheter. Det är ett stöd som ska tillämpas med förnuft, enligt Stefan:

– Riktlinjerna är stöd och råd på gruppnivå. De kan inte tillämpas på allt och alla i alla situationer utan hänsyn måste alltid tas till den enskilda individen i den kontext som råder.

**EN VIKTIG POÄNG ÄR** att riktlinjerna är gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och har ett tydligt samverkansfokus. Stefan fram-

höll att samverkan kan krävas inom en mängd områden, exempelvis kan kommuner, kommunalförbund med flera behöva samarbeta för att åstadkomma ett brett utbud av behandlingsmetoder.

– Jag kan inte säga till er hur ni ska utveckla det här arbetet, det måste ni hitta vägar för själva. Helst hade man velat ha ett samlat kunskapsutvecklingsstöd men det har vi inte. Nu är det lokala beslutsfattare, chefer och de som har ett politiskt engagemang som i samverkan ska föra detta vidare, sa Stefan.

# Hur omhändertas Nationella riktlinjer inom Västra Götalandsregionen?

Lise-Lotte menade att de nya riktlinjerna är ovanliga på så sätt att de så tydligt riktar sig till två olika huvudmän – två huvudmän med olika förutsättningar.

– Det är en utmaning för oss för det som alla ska göra brukar ingen göra, varnade hon.

Kunskapscentrum för psykisk hälsa i Västra Götalandsregionen (KPH) är en resurs för utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa för primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri och rättspsykiatri. Centrumets uppgift är bland annat att implementera ny evidensbaserad kunskap och tillhörande metodutveckling samt verka för utveckling av vårdkedjor mellan regionens och kommunernas olika verksamheter.

– Att lägga om arbetssätt och arbetsmetoder är i högsta grad ett chefsansvar. Att bara sätta ett kunskapsdokument i handen på medarbetare förändrar mycket lite. Dessutom måste man hålla på under flera år – mellan tre och fem år tar det för ett nytt arbetssätt att sätta sig.

**NÄR SOCIALSTYRELSEN** publicerar en ny eller reviderad riktlinje, oavsett vad riktlinjerna handlar om, omsätts de i praktisk handling i regionen i form av ett regionuppdrag. Syftet är att åstadkomma tydlig,



Lise-Lotte Risö Bergerlind.

gemensam handläggning för att främja vård på lika villkor och ge vägledning för en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård.

– Detta är en utmaning i ett så stort län, där de inomregionala skillnaderna är stora.

**I DETTA ARBETE INVOLVERAS** arbetsgrupper där berörda professioner är med. Ser man att det är en riktlinje som berör kommunerna så erbjuds de att ha representanter med i arbetsgruppen. Arbetet utmynnar så småningom i en regionrekommendation och handlingsplan.

– Jag hoppas att vi ska kunna jobba gemensamt region och kommun kring våra patienter och brukare med de här riktlinjerna. Vi får se om det behövs överenskommelser för att det ska fungera för er längst där ute. Samtidigt har vi redan många gemensamma redskap som vi inte använder i tillräcklig omfattning, till exempel vår samordnade individuella plan (som ska användas varenda dag men det gör vi inte!), avslutade Lise-Lotte.

# Missbruks- och beroendevården – ett gemensamt ansvar

Henrik betonade hur viktig frågan om missbruk och beroende är och berättade hur han genom åren stött på den i sina politiska uppdrag på lokal, regional och nationell nivå. Och han vittnade om hur svårt området är:

– Det svåraste beslut jag fattat som politiker var det omedelbara omhändertagandet på julaf-tonskvällen av ett nyfött barn på grund av moderns missbruk. Trots att det var ett enkelt beslut vi var tvungna att fatta var beslutet ändå det svåraste jag fattat.

Missbruk och beroende är ett komplext område med svåra frågor – och organisatoriska utmaningar.

– Det enklaste sättet att fatta beslut är att inte sätta sig in i en fråga. På det här området har vi många svåra frågor. Jag har besökt Christiania, sjukvården i England, kåkstäder i Rio och det är bara att konstatera att frågan är internationell och att vi har problem med hur vi ska lösa den. Vi har samma mål: att hjälpa. Men vi är två huvudmän och däri ligger problematiken och lösningen är inte att lägga samman.

**HENRIK POÄNGTERADE ATT** det delade huvudmannaskapet innebär ett gemensamt ansvar. Riktlinjerna kräver samverkan och ingen huvudman har ett större ansvar än den andra.

– Problemet är att det rör sig om två självständiga huvudmän med olika beslutordningar, olika finansiering, olika lagstiftningar, kulturer, terminologi och att det är svårt att överföra information mellan huvudmännen.

Riktlinjerna syftar till att ge en kvalitetshöjning så att patienter och brukare ska få jämlik och god vård.

– Vi har stora skillnader över landet och det måste vi jobba med men det är ännu mer skrämmande att vi har de här skillnaderna inom vår egen region.

Han betonade också vikten av att använda bästa tillgängliga kunskap och fortsatt kunskapsutveckling.



Henrik Ripa.

– Vi får inte hamna i det som vi *tror* är bra. Vi måste ta forskningen till hjälp. Vi politiker är dåliga på det.

**HENRIK AVSLUTADE MED** att blicka framåt mot de utmaningar som kommuner och landsting/region står inför tillsammans: ökat vårdbehov som kräver ökad samverkan, ökad psykisk ohälsa bland ungdomar, ökad cannabisanvändning, allt fler narkotikarelaterade dödsfall, fler äldre med riskfyllda alkoholvanor, familjeperspektivet behöver fortsätta utvecklas och så skillnaderna över landet.

– Därför måste vi jobba med brukares individuella behov, ökad helhetssyn och samarbete, modernisera missbruks- och beroendevården, kunskap måste göras tillgänglig, större kraft behöver läggas på implementering och så måste vi säkerställa uppföljning så att vi vet att vi lägger resurserna rätt.

# Vad ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer?

Jämfört med riktlinjerna från 2007 innehåller de reviderade riktlinjerna tre nya områden: ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.

De åtgärder som riktlinjerna innehåller är medicinska test, bedömningsinstrument, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling samt psykosociala stödinsatser.

**STEFAN BESKREV HUR** riktlinjerna arbetats fram i arbets- och vetenskapliga grupper och därefter presenterats för prioriteringskommittén. Arbetet utmynnade i rekommendationer som rangordnats från 1 till 10, där 1 är bäst och innebär att åtgärden ger stor nytta till låg kostnad. De åtgärder som fått låg prioritet karakteriseras av att nyttan är liten i förhållande till kostnaden, det vetenskapliga stödet är ofullständigt/motstridigt och/eller så finns det andra alternativ med gott vetenskapligt stöd. *Bör* och *kan* är nyckelord i rekommendationerna.

– Grovt kan man säga att åtgärder med prioritet 1, 2 och 3 är något vi rekommenderar att man *bör* göra, 4–6 är något man *kan* göra och 8–9 är mer tveksamma.

Även omdömet *Icke-göra* lämnas i rekommendationerna, liksom omdömet *FoU*. Det sistnämnda betyder att åtgärden verkar lovande men det

finns för lite erfarenheter för att utfärda en rekommendation. Däremot kan man gärna tillämpa åtgärden för att skaffa sig mer erfarenhet men det ska ske i form av forskning eller utvecklingsverksamhet.

I de fall det saknas tillräckligt med vetenskapligt underlag har man i riktlinjearbetet vänt sig till en konsensuspanel bestående av ett 50-tal personer från olika verksamheter för att enas om en rekommendation.

Stefan avslutade med att påminna om att rekommendationerna rör delar av en helhet.

– Vi uttalar oss om en liten komponent eller byggsten i behandlingen vilket egentligen är en ofullständig bild. I verkligheten utgörs behandlingen av summan av komponenterna.



Stefan Borg.





## ”Det har skett ett tekniksprång på det här området”

**R**iktlinjerna innehåller rekommendationer om medicinska tester av alkohol och narkotika.

– Det har skett ett tekniksprång som kommer att påverka vårdsystem, processer och organisering av vård på ett avgörande sätt på det här området. Att blåsa och skicka till lab är ett minne blott inom ett par år, spådde Stefan.

En nyhet i riktlinjerna är rekommendationer om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende: rekommendationen är att man *bör* erbjuda behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon. Enligt riktlinjerna *kan* man också erbjuda behandling med buprenorfin.

**EN ANNAN NYHET** handlar om beroende av opioidanalgetika, där rekommendationen är att man *bör* erbjuda nedtrappning. Där nedtrappning inte lett till opioidfrihet *bör* man erbjuda läkemedels-assisterad behandling med buprenorfin-naloxon.

– Här pågår ett arbete med att utveckla dagens föreskrifter som *bör* inväntas innan vi gör nya lokala vårdprogram.

När det gäller långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig *bör* man erbjuda nedtrappning eller nedtrappning

med tillägg av kognitiv beteendeterapi.

Bland personer som vårdas för sitt missbruk/beroende har 30–50 procent samtidigt en psykisk sjukdom och därför finns det ett avsnitt om samsjuklighet i riktlinjerna. Rekommendationerna fokuserar på effekter på missbruk och beroende, inte på effekter på den psykiska sjukdomen. Rekommendationerna omfattar psykologisk och psykosocial behandling av samsjuklighet och samordning (case management).

– Vid samsjuklighet föreligger ökad risk för ett sämre förlopp och sämre följsamhet till behandling och behandlingsresultat. Därför är det viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt, sa Stefan.

Stefan betonade att man inte får undanhålla psykiatrisk behandling vid missbruk och inte missbruksbehandling vid psykisk sjukdom. Det är avgörande att insatserna integreras och det finns olika modeller för att åstadkomma en integrering, såväl case manager som multiprofessionellt team kan komma i fråga. Behandling och omvårdnad *bör* utformas utifrån patientens funktionsnivå.

# Psykosociala stödinsatser

**A**nette inledde med att beskriva den långa processen bort från missbruk och att det som utlöser förändring är ”pushs” och ”pulls” – omständigheter som stöter ifrån respektive drar in en person i missbruk.

– Bestående missbruksfrihet är beroende av kulturella och andra faktorer i omgivningen som stöd från närstående samt att det finns attraktiva alternativ till missbruket, sa Anette.

Hon har varit med i arbetet med de psykosociala insatserna, som är en nyhet i riktlinjerna. Dessa insatser är inriktade på arbete, bostad, samordning (case management) och anhöriga.

**ARBETE** och sysselsättning är kopplat till framgång i rehabilitering. Att inte ha något att göra är en av de vanligaste orsakerna till återfall. När patienter och klienter själva skattar olika problem som uppstått till följd av missbruket brukar arbetslöshet och försörjning tas upp som centrala problemområden. Riktlinjerekommendationen är att arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen (Individual Placement and Support) *bör* erbjudas. Man *kan* också erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller.

**BOSTAD** är en grundläggande rättighet som slås fast i FN:s konvention om de mänskliga rättigheterna. Stabilt boende är en förutsättning för att kunna delta i behandling. Rekommendationen i riktlinjerna

är att man *bör* erbjuda personellt boendestöd (praktiskt och socialt stöd för att stärka förmågan att klara vardagen) till de som har behov av stöd i boendet, bostad först (först bostad och sedan, om man önskar, stöd och vård) eller vårdkedjemodellen (först behandling av bakomliggande problem, sedan utslussning med målet egen bostad). I undantagsfall *kan* man erbjuda boendetrappan (kvalificering till egen bostad via olika steg).

**SAMORDNING** (case management) handlar om att samordna och tillhandahålla vård- och stödåtgärder. Enligt riktlinjerna *bör* man erbjuda Strengths model (som fokuserar på förmågor istället för begränsning, samordnade insatser och uppsökande arbete) och integrerade eller samverkande team (samordning av vård och stödåtgärder i ett multiprofessionellt team).

**ANHÖRIGA** och det sociala nätverket uppmärksammas också i riktlinjerna genom insatser till stöd till anhöriga och fokus på hur de själva påverkas, insatser som involverar anhöriga i att motivera till behandling samt insatser som involverar dem i vård och rehabilitering.



Anette Skårner.

Rekommendationen är att man *bör* erbjuda anhöriga stöd i form av Al-Anon eller Nar-Anon-inspirerade stödprogram och Coping skills training. Man *bör* också erbjuda CRAFT (community reinforcement and family training) till anhöriga som vill motivera en person till behandling.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten *bör* också, beroende på typ av missbruk, erbjuda nätverksorienterade psykosociala behandlingsinsatser som Matrix/SBNT (social behaviour network therapy) samt parteterapi och nätverksterapi som tillägg till annan behandling. När det gäller nätverksarbete tror Anette att det finns mycket kunskap att bygga på:

– Jag tror att den nätverkskompetens som finns i många kommuner kan anpassas till att användas med människor med missbruksproblem.





Thomas Lundqvist.

# Behandling av ungdomars bruk, missbruk och beroende

**T**homas har varit med och arbetat fram rekommendationerna som rör användning, missbruk och beroende av olika substanser bland ungdomar 12–18 år.

Innan han gick in på vad de olika rekommendationerna innehåller var han noga med att tillägga att både bedömning och behandling av psykiatriska tillstånd behöver genomföras vid sidan av de insatser som rekommenderas i riktlinjerna.

**REKOMMENDATIONEN NÄR DET** gäller ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem är att man bör erbjuda kort intervention som bygger på motiverande samtal eller MET (motivational enhancement therapy), motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (MET/KBT) eller ACRA (adolescent community reinforcement approach) alternativt ACC (assertive continuing care).

– Kort sammanfattat används motiverande samtal (MI) i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. MET förstärker motivationen och med hjälp av KBT får man reda

på hur man tänker. ACRA eller ACC handlar om att organisera krafterna mot samma håll. Vi har bra metoder att använda om man får fokusera på detta, fastslog Thomas.

**ENLIGT RIKTLINJERNA KAN MAN** också erbjuda haschavvänjningsprogrammet (HAP-CPU) eller multisystemisk terapi (MST).

Enligt riktlinjerna bör ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem också erbjudas familjebehandling (FFT – functional family treatment) eller MDFT – multidimensional family therapy). Man *kan* också erbjuda BSFT (brief strategic family treatment) eller multisystemisk terapi.

Thomas konstaterade att det finns ett smörgåsbord med metoder som det finns evidens för och som går att använda om man själv är utbildad. Det är kostsamma behandlingsmetoder men de har effekt, menade han.

– De här riktlinjerna ger oss ramar och innehåll men utförande måste vi göra med vårt förnuft, kunskap och nyfikenhet, avslutade Thomas.

# Indikatorer nytt i riktlinjerna

Indikatorer är helt nytt i riktlinjerna jämfört med 2007. Det är mått som Socialstyrelsen tagit fram för att utvärdera primärvårdens, hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens följsamhet till de Nationella riktlinjerna.

– Indikatorerna kan också användas för att utvärdera lokalt eller regionalt, sa Kristina.

En indikator ger uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet. Den ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra. Indikatorn ska också vara valid och mäta det den avser att mäta, vara vedertagen och bygga på evidens, det ska vara möjligt att påverka utfallet och avslutningsvis ska indikatorn vara mätbar. Olika typer av indikatorer mäter olika saker: processindikatorer som visar andelen brukare som får del av det som rekommenderas i riktlinjerna, strukturindikatorer som undersöker om verksamheten använder det som riktlinjerna rekommenderar samt resultatindikatorer som speglar resultatmått som dödlighet eller återinläggningar.

**DET FINNS 15 INDIKATORER** som täcker följande områden i riktlinjerna: bedömningsinstrument, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling för vuxna, psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar samt psykosociala stödinsatser. Därtill finns 9 övergripande indikatorer och kompletterande mått.

För att följa upp indikatorerna kommer uppgifter att hämtas in via Patientregistret, enkäter, patientadministrativa system, Svenskt beroenderegister, Dödsorsaksregistret och Läkemedelsregistret.

Det är första gången indikatorerna har tagits fram så de ska utvärderas och kan komma att revideras.

*Kristina Berglund.*



# ”Ta vara på varandras kompetenser”

Emma lyfte fram vikten av brukarinflytande och att det kan utövas på individnivå, verksamhetsnivå (exempelvis genom brukarrevisorer) och organisations- eller systemnivå (exempelvis på dagens konferens om Nationella riktlinjer).

Håkan poängterade vikten av samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten – och brukare.

– I stort sett varje individ som har missbruksproblem behöver hjälp av både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Han gav som exempel att brukar- och patientinflytande kan tillämpas genom brukare och patienter som konsulter i arbetet, kooperativ, patientenkäter, brukarråd och brukarrevisorer.

**BRUKARRÅDET FÖR** missbruksfrågor Västra Götaland är ett nätverk av ideella organisationer. Det är en plattform för regional, delregional och kommunal samverkan inom missbruksvården i Västra Götalandsregionen och länets kommuner. Medlemsorganisationerna representerar var för sig människor med missbruksproblematik samt deras anhöriga. Brukarrådet är involverat i frågor som rör till-



Håkan Blom och Emma Ekblom.

nyktring och abstinensbehandling, anhörigstöd, utarbetande av vägledningar och handlingsplaner (framförallt utifrån de här nya riktlinjerna) och opinionsbildning.

**EN ANNAN VIKTIG** fråga för Brukarrådet är Brukarstyrd Brukarrevision. Det innebär att brukare frågar brukare vad de anser om verksamheter. Det är ett sätt att lyfta brukarnas frågor, man tillför erfarenhet och kunskap som bara de har, ur brukarperspektivet, för att nå verksamhetsutveckling.

– Varje brukare är expert på sina egna problem, fastslog Emma.

En revision går till så att en grupp bildas bestående av

personer med erfarenheter av att vara brukare eller anhörig i en liknande verksamhet. Gruppen träffar verksamheten och utformar enkätfrågor (som kan handla om behandling, personalen, lokalerna, aktiviteterna etc). Därefter genomförs brukarrevisorer, en rapport skrivs och så återkopplas resultaten till verksamheten. Syftet är att nå verksamhetsutveckling genom att utifrån brukarnas perspektiv hitta förbättringspunkter. En ny revision kan göras något år senare för att se om det har hänt något.

– Ta vara på varandras kompetenser, fördela ansvar, samverka och glöm inte människan! summerade Emma.

## Lästips

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

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

# Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland

Pär beskrev hälso- och sjukvårdsavtalet som en grundbult för samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen.

– Samverkan är summan av samordning och samarbete. Samordning kan sägas vara strukturen som möjliggör samarbete och samarbete sker i mellanmänniska relationer och i det praktiska arbetet.

Hälso- och sjukvårdsavtalet ska skapa strukturella betingelser i Västra Götaland för samverkan, respekt och förståelse. Det omfattar de patientgrupper där kommunen och regionen har ett gemensamt ansvar. För att avtalet ska bli framgångsrikt är samverkanskompetens avgörande. Men samverkan är en utmaning i en stor region som består av en storstadsregion, fyra delregioner, 19 sjukhus, fem sjukhusgrupper etc. Pär representerar Västkom, som han beskrev som ett kitt för de fyra kommunalförbunden i gemensamma frågor. En annan samverkansstruktur i länet är vård-samverkan/närvårdssamverkan.

– De här strukturerna för samverkan bildar nätverk för att omhänderta lagar och föreskrifter, hälso- och sjukvårdsavtalet, överenskommelser och riktlinjer, sa Pär.

**DEN POLITISKA VILJEINRIKTNING** som ligger till grund för hälso- och sjukvårdsavtalet utgår ifrån att patienten aldrig får bli lidande för att parterna inte kommer överens. Medborgarens rätt till vård är central, skattemedel ska användas effektivt, kommun och region är medspelare – inte motspelare, man ska beakta den ansvarsfördelning som skatteväxlingen 1999 vilar på, inte bygga parallella organisationer och var och en har ett ekonomiskt ansvar för de beslut och ordinationer som görs inom respektive organisation.

Det nuvarande hälso- och sjukvårdsavtalet är det fjärde sedan regionbildningen 1999. Det omarbetas vart fjärde år och processen att ta fram ett nytt avtal som ska träda i kraft den 1 april 2017 är igång. Pär när en särskild förhoppning i det arbetet:

– Det har varit för lite fokus på det gemensamma ansvaret och samverkan. När det gäller hälso- och sjukvårdens ansvar och socialtjänstens ansvar och samverkan behöver vi ta ett steg utanför vår egen komfortzon för att kunna möta exempelvis personer med missbruksproblematik.



Pär Levander.





Mats Möller.

## ”Problemet med överenskommelsen är att den inte efterlevs”

Mats arbetar med att revidera överenskommelsen från 2011 mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Det är en process som är en del i revideringen av hälso- och sjukvårdsavtalet (se sid 12). Arbetet hänger också samman med andra processer: överenskommelsen om och gemensamma riktlinjer kring SIP (samordnad individuell plan) och implementeringen av riktlinjerna för missbruk och beroende.

– Problemet med den nuvarande överenskommelsen är att den inte är känd, den tolkas olika, den efterlevs inte, det finns inget bra system för hantering

av avvikelser och tvister får ingen lösning, sa Mats.

Samtidigt behövs överenskommelsen för att hantera ett antal utmaningar, bland annat det delade behandlingsansvaret för missbruk/beroende, förhållandet till Västbus när det gäller barn och ungdomar samt för att kunna göra rätt avvägningar mellan att åstadkomma jämlik vård och anpassning till lokala förutsättningar.

**DET MAN SÅ SMÅNINGOM** kommer överens om på länsnivå måste effektueras lokalt.

– Men länsöverenskommelsen måste reglera vad man ska komma överens om lokalt, det ska inte råda full frihet att välja för det leder till ojämlig vård, sa Mats.

Utgångspunkten är den enskilde brukarens behov och att omgivningens resurser ska rättas efter de behoven. Mats önskar mindre fokus på processen och mer på resultat: vad är det vi ska uppnå för brukaren och hur kan vi följa upp det på ett bättre sätt?

– Egentligen finns det två krafter att dra nytta: den politiska viljeinriktningen med individen i centrum och att rigga en organisation som fungerar för det. Den andra kraften kommer från brukare och brukarorganisationer som gör sig mer hörda och som pressar på oss i professionen att verkligen nå resultat och åstadkomma en samverkan som fungerar, avslutade Mats.

**Har du synpunkter** på arbetet med överenskommelsen om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk?

Hör gärna av dig till Mats på [Mats.b.moller@vgregion.se](mailto:Mats.b.moller@vgregion.se)

# Chefsmanual för att stödja implementeringen

Socialstyrelsen har tagit fram en chefsmanual för att stödja implementeringen av de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Med centrala rekommendationer avses rekommendationer som har särskilt stor betydelse för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ekonomi och organisation. Den första versionen av manualen vänder sig till socialtjänsten men om den faller väl ut görs en motsvarande för hälso- och sjukvården.

– Men riktlinjerna gör ingen skillnad på huvudmän och vi vill verkligen betona det här med samverkan, fastslog Nils.

Socialstyrelsen gör regelbundet mätningar av hur kända deras riktlinjer är och i vilken utsträckning de används.

– Riktlinjerna inom det här området är hyggligt väl kända och används i relativt stor omfattning. En anledning är nog det stora implementeringsarbetet. Kunskap till praktik, sa Nils.

**HAN BETONADE ATT KUNSKAP** om implementering är nödvändig:

– Med kunskap om implementering genomförs i genomsnitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter 3 år. Utan sådan kunskap genomförs 14 procent av förändringsarbetet efter i genomsnitt 17 år.

Syftet med riktlinjerna och ett gott implementeringsarbete är att öka kvaliteten genom att rätt insats används på rätt sätt för rätt grupp. Med rätt insats avses en insats som ger stor nytta till låg kostnad utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Chefsmanualen är ett hjälpmedel för att utröna vilka insatser som är mest angelägna att införa. Den är också en konkret vägledning i implementeringsarbetets fyra faser: *behovsinventering,*

*struktur för implementering, genomförande samt lära och förbättra.*

Med stöd av manualen är implementeringen av riktlinjerna tänkt att ske enligt följande:

- 1. Inhämta kunskap om rekommenderade insatser i riktlinjerna.** Se till att alla har tillgång till boken och filmerna om riktlinjerna (filmerna introducerar de olika områdena i riktlinjerna). Säkerställ också att det finns tid i team att diskutera riktlinjerna. Utan det steget är det svårt att komma vidare överhuvudtaget. Bjud gärna in någon som varit involverad i riktlinjearbetet.
- 2. Genomför behovsinventering** avseende områden och delområden i riktlinjerna. Inventeringen syftar till att identifiera områden och delområden där behovet av nya insatser är stort. Manualen innehåller en mall för att underlätta behovsinventeringen.
- 3. Genomför prioritering mellan delområden:** Om flera delområden bedömts ha stort behov av nya insatser behöver en prioritering göras. Målet är att komma fram till *ett* delområde där det är särskilt angeläget att införa nya insatser. Att försöka införa flera insatser inom olika områden samtidigt ökar risken att implementeringsprocessen havererar. Manualen innehåller ett formulär för att underlätta prioriteringen.
- 4. Undersök kapacitet för förändringsarbete.** För att mäta det allmänna förändringsklimatet i verksamheten kan man använda Socialstyrelsens verktyg Beredskap för förändring eller EBP-termometern.

## Att mäta beredskap för förändring

En enkät som mäter förändringsberedskap i olika delar av en organisation och visar på behov av resurser för att lyckas i olika delar. Läs mer:

[www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/omimplementering/beredskap-for-forandring-bff](http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/omimplementering/beredskap-for-forandring-bff)

## Ta tempen på förändringsarbetet med EBP-termometern

Med hjälp av EBP-termometern kan verksamheter som börjat införa en evidensbaserad praktik stämma av sina kunskaper om och attityder till en evidensbaserad praktik och kontrollera i vilken grad man faktiskt arbetar evidensbaserat. Läs mer:

[www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/omimplementering/tatempenpaforandringenmedebp-termometern](http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/omimplementering/tatempenpaforandringenmedebp-termometern)



Nils Stenström.

5. **Skapa motivation genom att beskriva behovet;** använd de bedömningar som gjorts i prioriteringsunderlaget, verksamhetsstatistikstatistik, uppföljningsdata eller annan fakta.

Dessa första fem steg ansvarar chefen för att se till att de blir utförda. Från och med steg 6 är arbetsgruppen ansvarig.

6. **Organisera ett implementeringsteam** – utse en arbetsgrupp och en ledare. Eventuellt även en styrgrupp.
7. **Besluta vilken insats som ska införas.** Det finns ett formulär i manualen som kan användas för att prioritera mellan konkreta insatser inom respektive delområde för att komma fram till vilken metod, program eller motsvarande som är mest angelägen för en verksamhet. I den prioriteringsprocessen tar man hänsyn till vilken prioritering insatsen har i riktlinjerna, om insatsen är värderingsmässigt acceptabel, om de förväntade oönskade effekterna av insatsen är små, om insatsen är möjlig att implementera utan anpassning, om behovet av resurser för att genomföra insatsen är låg samt om insatsen är hållbar på lång sikt.
8. **Förklara hur den nya insatsen kan möta behovet,** exempelvis med hjälp av studier där insatsen utvärderats eller erfarenheter från andra som redan använder insatsen. Detta handlar om att påvisa nyttan med en ny insats.

9. **Säkerställ att nödvändiga resurser finns tillgängliga;** tid, pengar, kompetens, lokaler etc.
10. **Ta fram en implementeringsplan** med mätbara mål, roller och ansvar, utbildning och handledning, tidslinje, uppföljning.
11. **Utbilda** – inhämta kunskap om den insats som ska införas.
12. **Förbered systematisk uppföljning:** Samla in baslinjedata och fokusera på de förhållanden som den nya insatsen är tänkt att påverka.
13. **Inför insatsen i en pilot** – säkerställ tillgång till handledning och stöd från organisationen.
14. **Återkoppla erfarenheter av implementeringspiloten** – helst genom systematisk uppföljning.
15. **Implementering i full skala.**

#### Lästips

*Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel*  
*Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för chefer i socialtjänsten*

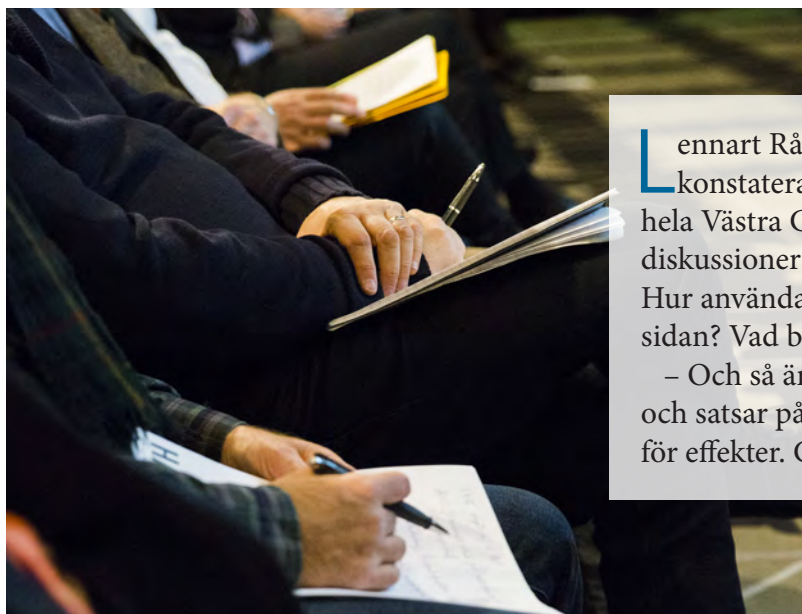
*Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg*

Skrifterna finns att beställa/ladda ner från  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Nils underströk att för att lyckas med implementeringsarbetet är det helt avgörande att ledningsfunktionen är med. Vidare krävs en samsyn i verksamheten om behovet av nya insatser, målet med implementeringen och en gemensam vilja att införa dem.

– Att gena här och trycka in insatser när medarbetare inte är med på tåget innebär att man får problem längre fram, varnade Nils.

Implementeringsarbetet kräver en kombination av flera strategier som involverar motivation, kompetens och organisatorisk förmåga. Ett råd är att börja där förutsättningarna är goda – där det finns ett stort intresse, tidigare goda erfarenheter eller välutvecklade rutiner. Man ska också räkna med att det kommer att krävas fortsatt metodutveckling genom handledning, fortbildning och tid för reflektion i teamet.



Lennart Rådenmark avrundade dagen med att konstatera att det pågår diskussioner som rör hela Västra Götaland, delregionala samtal och diskussioner i den verksamhet man befinner sig: Hur använda? Vad göra/inte göra? Vad ska läggas åt sidan? Vad bör studeras mer?  
– Och så är en genomgående lärdom att det vi gör och satsar på måste vi följa upp och se vad det får för effekter. Glöm inte det!

## Länkar

- CERA – Centrum för utbildning och forskning kring riskbruk, missbruk och beroende: [www.cera.gu.se](http://www.cera.gu.se)
- Länsstyrelsen Västra Götalands län: [www.lansstyrelsen.se/vastragotaland](http://www.lansstyrelsen.se/vastragotaland)
- Brukarrådet för missbruksfrågor Västra Götaland: [www.brukarstyrd.se](http://www.brukarstyrd.se)
- Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund: [www.borasregionen.se](http://www.borasregionen.se)
- Fyrbodals kommunalförbund: [www.fyrbodals.se](http://www.fyrbodals.se)
- Göteborgsregionens kommunalförbund: [www.grkom.se](http://www.grkom.se)
- Skaraborgs kommunalförbund: [www.skaraborg.se](http://www.skaraborg.se)

## Aktuellt!

Från molekylnivå till samhällsnytta. Dokumentation från konferensen *Aktuell forskning om alkohol och narkotika* den 8 oktober 2015:

[www.cera.gu.se/digitalAssets/1551/1551799\\_cera-konf-dokumentation.pdf](http://www.cera.gu.se/digitalAssets/1551/1551799_cera-konf-dokumentation.pdf)

