

# Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Metodbeskrivning

Bilaga



# Innehåll

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer.....	4
Varför vi tar fram nationella riktlinjer .....	4
Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde .....	4
Hur vi tar fram vetenskapliga underlag .....	6
Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder .....	11
Hur vi tar fram nationella indikatorer .....	13
Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning .....	14

# Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

## Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens målsättning med de nationella riktlinjerna är en god vård och omsorg på lika villkor. Riktlinjernas syfte är också att bidra till att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp för att på så sätt höja kvaliteten i socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. De nationella riktlinjerna ska även bidra till att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på områden, sociala insatser eller medicinska åtgärder där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare, socialtjänst-, tandvårds- samt hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågeställningar inom ett område. En nationell riktlinje ger rekommendationer om åtgärder på grupp-nivå. Riktlinjerna innehåller däremot inte rekommendationer om hur socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska organisera sig. Riktlinjerna kan dock vara ett stöd när exempelvis landstingen skapar vårdprogram eller när kommuner och landsting tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde.

Beslut om vilka riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram fattas av myndigheten. I enstaka fall ger regeringen uppdrag till myndigheten att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område.

## Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I inledningsfasen av arbetet med en riktlinje skapas en lista med tillstånd och åtgärder. Med tillstånd menar vi ett hälsotillstånd som en person kan ha i form av en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana. Ett tillstånd kan också vara risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar. Ett tillstånd kan även vara avsaknaden av en riskfaktor eller sjukdom.

Till varje tillstånd kopplar vi en eller flera åtgärder som är möjliga att utföra. Med åtgärder menar vi allt från en behandling eller insats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande åtgärder. Exempel på åtgärder är läkemedelsbehandling av olika slag, defibrillator (vid hjärtstopp), fluorlackning (vid risk för karies), dagverksamhet (vid demenssjukdom), kognitiv beteendeterapi (vid ångest) och kvalificerat rådgivande samtal (för att uppnå rökstopp).

Det finns många tillstånd och åtgärder som vi inte tar med, eftersom nationella riktlinjer fokuserar på de områden där det finns behov av vägledning.

## Hur vi avgränsat riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende

Totalt omfattar de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende 154 rekommendationer. Två nya rekommendationer, C39a och C45, har tillkommit 2019. Områden som ingår är bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, sociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och psykologisk och psykosocial behandling för ungdomar.

Avgränsningsarbetet inför revisionen 2015 av riktlinjen skedde bland annat i dialog med experter inom området, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården och Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor (KSAN), i form av en hearing som genomfördes inför revideringen. Under arbetets gång har projektledningen också haft en dialog med Socialstyrelsens brukarråd för missbruks- och beroendefrågor.

Sedan 2007 har Socialstyrelsen utvecklat metoden för att ta fram nationella riktlinjer. Det betyder bland annat ett standardiserat sätt att granska och bedöma det vetenskapliga underlaget, men också att prioriteringar har genomförts för första gången inom detta område. Det har medfört att de reviderade riktlinjerna främst inkluderar åtgärder som är möjliga att tydligt avgränsa och definiera, och där det finns flera relevanta alternativ som kan ställas mot varandra och prioriteras. Riktlinjerna inkluderar därmed inte åtgärder som rör styrformer eller hur vården ska organiseras, till exempel om den ska erbjudas i form av öppen eller sluten vård eller institutionsvård. Åtgärder som regleras i lagstiftning (som till exempel rör delaktighet och individanpassad information), och som därför inte lämpar sig för prioriteringar, ingår inte heller.

Tidig upptäckt och förebyggande ingår inte, men rekommendationer om metoder för att stödja personer att förändra ett riskbruk av alkohol ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor[1].

Riktlinjerna omfattar endast substansberoende, vilket innebär att exempelvis spelberoende inte ingår. Inte heller dopning ingår, eftersom det till stor del saknas vetenskapligt underlag om åtgärder inom området. Region Örebro län har dock regeringens uppdrag att fördjupa kunskapen om dopningsmissbruk och utveckla behandlingsformerna för personer som missbrukar dopningsmedel.

För hallucinogener (så kallade klubbdroger såsom GHB, LSD och ecstasy) saknas det vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet om behandlingsmetoder. Dessa substanser ingår därför inte i riktlinjerna. Riktlinjerna innehåller inte heller några rekommendationer om behandling av narkotikaorsakade toxiska psykostillstånd eller alkohollucinos, eftersom Socialstyrelsen bedömer att det inte finns några betydande praxisskillnader.

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

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

I de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjerna saknas viktiga perspektiv, till exempel kön, etnicitet, sociala förhållanden, missbrukets eller beroendets svårighetsgrad och förekomst av missbruk eller beroende av flera olika substanser samtidigt. Det innebär att riktlinjernas rekommendationer inte heller särskiljer olika tillstånd utifrån dessa perspektiv.

## Hur vi arbetar med att hålla riktlinjerna aktuella

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att se till att nationella riktlinjer är uppdaterade och aktuella. Den avgränsning som utfördes i samband med revideringen 2015 ligger till grund för översynsarbetet 2017 och 2019. Inga nya områden har tillkommit. De första riktlinjerna för missbruk och beroende publicerades 2007. Därefter utfördes en omfattande revidering, som publicerades 2015.

I översynen 2019 utfördes litteratursökningar på åtta tillstånds- och åtgärdspar inom läkemedelsområdet och en inom psykologisk och psykosocial behandling. Dessutom tillkom två nya tillstånds- och åtgärdsrader inom läkemedelsområdet.

## Hur vi tar fram vetenskapliga underlag

Socialstyrelsen anlitar vetenskapligt välmeriterade experter inom aktuellt riktlinjeområde för att granska vetenskapliga studier som ligger till grund för våra tillstånd och åtgärder. Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister gör experterna en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand söker experterna efter enskilda studier av god kvalitet.

De effekter av en åtgärd som vi vill utvärdera ska i första hand vara individnära. Exempel på sådana mått är förbättrad överlevnad, livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. För olika riktlinjer kan det dock finnas olika typer av effektmått som är viktiga att utvärdera.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Utifrån underlaget ska experterna kunna bedöma vilken effekt åtgärderna har på tillståndet och hur stark evidensen, eller den vetenskapliga grunden, är för effekten. Vi formulerar slutsatser om åtgärdens effekt på tillståndet samt anger med vilken evidensstyrka vi drar denna slutsats, exempelvis måttligt starkt vetenskapligt underlag (se tabell 1a). I det här skedet summerar vi alltså det rådande kunskapsläget men ger inte några rekommendationer.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans ”The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation”, [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)), som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyragradig skala – starkt, måttligt starkt, begränsat och otillräckligt vetenskapligt underlag.

Tabell 1b beskriver översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell åtgärd vid ett specifikt tillstånd.

### Tabell 1a. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka	Förklaring
Starkt vetenskapligt underlag (++++)	Vi bedömer det som mycket osannolikt att framtida forskning ändrar vår skattning av effekten.
Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++)	Vi bedömer det som sannolikt att framtida forskning ändrar vår skattning av effekten och även själva effektstorleken.
Begränsat vetenskapligt underlag (++)	Vi bedömer det som högst sannolikt att framtida forskning kommer att ändra vår skattning av effekten och även själva effektstorleken.
Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)	Skattningen av effekten är mycket osäker. Det vetenskapliga underlaget saknas eller är bristfälligt.

**Tabell 1b. Evidensgradering av studier enligt GRADE**

Graderingen utgår bland annat från studiedesign, studiekvalitet, överförbarhet och precisionen i effektmåttet

Evidensstyrka	Studiedesign	Sänker graderingen	Höjer graderingen för observationsstudier
Starkt vetenskapligt underlag (++++)	Randomiserade kontrollerade studier (utgår från ++++)	<b>Systematiska fel:</b> Allvarliga risker(-1) Mycket allvarliga risker (-2)	Stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer eller systematiska fel (+1)
Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++)		<b>Överförbarhet:</b> Brister (-1) Påtagliga brister (-2)	Mycket stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer eller systematiska fel (+2)
Begränsat vetenskapligt underlag (++)	Observationsstudier (utgår från ++)	<b>Samstämmighet:</b> Bekymmersam heterogenitet (-1)	Tydligt dosrespons-samband (högst +1)
Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)		<b>Precision:</b> Oprecisa data (-1)  <b>Publikations- och/eller rapporteringsbias:</b> Klar risk för bias (-1)	

## Hur vi tagit fram vetenskapligt underlag i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende

I arbetet med revideringen av riktlinjen 2015 deltog cirka 40 experter i arbetet med att ta fram det vetenskapliga underlaget. Experterna har arbetat i olika faktagrupper uppdelat på bedömningsinstrument, medicinska test, behandling, behandling för ungdomar, behandling vid samsjuklighet och sociala stödinsatser.

Det är främst åtgärdernas effekt på missbruket eller beroendet som utvärderats. Vanliga sätt att mäta detta i studierna har till exempel varit mängd alkohol som konsumerats under en viss tidsperiod, antal eller andel nyktra eller drogfria dagar (urinprov eller självskattning) och antal eller andel dagar med hög konsumtion.

Effekten på missbruket eller beroendet har även varit fokus för utvärderingen av åtgärderna som riktar sig till individer med samsjuklighet, det vill säga personer som uppfyller diagnostiska kriterier för både missbruk eller beroende och någon annan form av psykisk sjukdom. Åtgärder som normalt sett är inriktade på att behandla den psykiska sjukdomen, som till exempel antidepressiva läkemedel vid depression, har alltså främst utvärderats utifrån deras förmåga att påverka missbruket eller beroendet.

För de sociala stödinsatserna har de viktigaste effektmåtten bedömts vara de som åtgärden främst syftar till att påverka, till exempel effekten av bostad först på individens boendestabilitet eller effekten av al-anon-inspirerade stödprogram på anhörigas funktionsförmåga.

Granskningen av det vetenskapliga underlaget för åtgärderna som rör bedömningsinstrument har utförts enligt Socialstyrelsens metod för att granska



standardiserade bedömningsmetoder. Instrumenten har värderats utifrån teknisk kvalitet (reliabilitet, validitet och normdata) och användbarhet (om det till exempel finns en svensk manual med tydliga instruktioner för hur instrumentet ska användas). Mer information om hur granskningen går till finns att ladda ned på Socialstyrelsens webbplats, [www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguiden](http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguiden).

## När det saknas vetenskapligt underlag

Det finns ibland åtgärder där det saknas studier av tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet för att det ska vara möjligt att ge ett utlåtande om effekter, biverkningar eller oönskade effekter. Evidensstyrkan blir då omöjlig att gradera eller når inte över den lägsta nivån – otillräckligt vetenskapligt underlag. För att kunna vägleda hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och för att kunna rangordna åtgärderna, krävs ändå ett ställningstagande om en åtgärd rimligen kan anses medföra större nytta än olägenhet.

Socialstyrelsen använder en modell för att systematiskt samla in beprövad erfarenhet. Modellen går ut på att – utifrån ett så kallat konsensusförfarande – bedöma om det råder enighet om en åtgärds effekt. Genom ett anonymt förfarande via en webbaserad enkät får experter inom ett område (en så kallad konsensuspanel) på egen hand (och inte vid en gemensam samling) ta ställning till en åtgärds nytta utifrån sin beprövade erfarenhet. Konsensus har uppnåtts när minst 75 procent av panelen är samstämmiga i sina svar.

Konsensus lämpar sig dock inte för att bedöma nyttan av nya metoder eller åtgärder som kräver stora investeringar eller tar stora resurser i anspråk. Det lämpar sig inte heller när det finns starka motstående intressen eller åsikter inom professionen eller när det saknas erfarenhet av åtgärden i Sverige. Konsensusförfarandet kan dock vara lämpligt vid tillstånd där det finns få tänkbara åtgärder.

## Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende

I den aktuella riktlinjen har fem åtgärder bedömts som lämpliga för att genomgå ett konsensusförfarande. Två av åtgärderna gäller boendeinsatser vid missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika, två gäller psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av cannabis för vuxna respektive ungdomar och en gäller nedtrappning vid opioidanalgetikaberoende.

Socialstyrelsen tillfrågade de kontaktpersoner på länsnivå som utsetts för att organisera de regionala seminarierna att nominera personer med erfarenhet av följande åtgärder: personellt boendestöd, boendetrappa, haschavvänningsprogrammet (HAP) för vuxna och cannabisprogrammet för ungdomar.

Personer med klinisk erfarenhet av nedtrappning nominerades av kontaktpersonerna samt av Svensk förening för Beroendemedicin, Svenska Smärtläkarföreningen och Svenska Psykiatriska Föreningen.

## Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om åtgärdernas kostnadseffektivitet och vilken evidens som finns för det. Ett hälsoekonomiskt underlag tas främst fram för de åtgärder där Socialstyrelsen bedömer att kostnadseffektiviteten kommer att ha betydelse för prioriteringen.

Socialtjänsten använder inte uttrycket *hälsoekonomi* om de uträkningar man gör om en insats och dess kostnadseffektivitet, men vi har ändå valt att använda begreppet genomgående för alla våra riktlinjer.

Även de hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång av i första hand hälsoekonomiska utvärderingar inom riktlinjeområdet. De effektmått som vi helst använder för att värdera kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår. Inom tandvården kan man exempelvis se på antal kariesade och saknade tandtytor (så kallade DMS). Inom socialtjänsten används till exempel minskad hemlöshet, ökad livskvalitet och ökat deltagande i samhällslivet som effektmått.

I de fall där vi gör bedömningen att studien är av god kvalitet och relevant för svenska förhållanden anger vi att evidensen är god (tabell 2a). I de fall där vi gör bedömningen att studien är av god kvalitet men har vissa brister när det gäller relevans för svenska förhållanden redovisar vi det som viss evidens. När det saknas relevanta studier gör experterna ofta egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnadseffektiviteten klassificerar vi sedan enligt fyra kategorier eller som inte bedömbart när det saknas ett underlag för att beräkna den (tabell 2b).

### Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens klassas enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

Hälsoekonomisk evidens	Beskrivning
God	Studie av god kvalitet med säkra resultat.
Viss	Studie av godtagbar kvalitet.
Kalkylerad	Fördjupade kalkyler.
Skattad	Egen bedömning, framtagen i dialog med faktagruppens experter.

### Tabell 2b. Kostnadseffektivitet klassificerad efter kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller levnadsår

Klassificering av kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnet QALY eller levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnet QALY eller levnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per vunnet QALY eller levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller levnadsår.
Ej bedömd	Åtgärdens effekt har inte bedömts.

## Hur vi tagit fram det hälsoekonomiska underlaget i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende

De hälsoekonomiska bedömningarna i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende bygger främst på skattningar av kostnadseffektiviteten. En mer utförlig beskrivning finns i bilagan för det hälsoekonomiska underlaget som finns att hämta på [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer).

## Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder

Socialstyrelsen utformar ett förslag till rangordning där varje tillstånds- och åtgärdspar får en rekommendation efter angelägenhetsgrad baserad på en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, effekten av åtgärden, och dess evidens samt kostnadseffektiviteten. Inom socialtjänsten finns inget lagligt stöd för att prioritera utifrån svårighetsgraden, så därför vägs i stället de övriga komponenterna samman.

Rangordningen utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60), socialtjänstlagens bärande principer och de vetenskapliga underlagen. I arbetet finns representation från olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel läkare, socionomer, sjuksköterskor, psykologer och sjukgymnaster), aktuella vårdnivåer (primär- och närsjukvård, länssjukvård, regionsjukvård) eller olika verksamheter inom socialtjänsten. I arbetet finns även representation från olika delar av landet.

Åtgärderna rangordnas i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet. Siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta alternativt liten nytta i förhållande till kostnaden vid det aktuella tillståndet.

Varje riktlinjeområde rangordnas för sig, och man jämför de olika åtgärderna för ett tillstånd inom just det området. Siffran 5 betyder inte nödvändigtvis samma sak i demens- som i hjärtriktlinjerna. Inte heller ska en åtgärd som har fått siffran 1 i en riktlinje ställas mot en som fått siffran 3 i en annan. Däremot är ramarna för rangordningen densamma i alla riktlinjer:

- Åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan rangordnas mellan 1 och 10.
- Svåra hälsotillstånd och effektiva åtgärder rangordnas högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre effektiva åtgärder (ett tillståndets svårighetsgrad är dock ingen grund för rangordning inom socialtjänsten).
- Åtgärder med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden rangordnas högre än åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Åtgärder som kan betecknas som andrahandsval rangordnas lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre rangordningen blir beror på hur mycket sämre effekten eller kostnadseffektiviteten är.

Förutom rangordningssiffrorna kan tillstånds- och åtgärdspar bli klassificerade som så kallade *icke-göra*-rekommendationer eller *FoU*-rekommendationer. *Icke-göra* innebär att åtgärden ska utmönstras ur hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten för att

- det finns vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling)
- balansen mellan negativa och positiva effekter är påtagligt ogynnsam för individen
- fyndet av den diagnostiska åtgärden inte påverkar den fortsatta handläggningen.

FoU står för forskning och utveckling och innebär att åtgärden endast ska genomföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

- det saknas ett vetenskapligt underlag för effekten
- det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och ytterligare forskning kan tillföra ny kunskap.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område tittar vi särskilt igenom det vetenskapliga underlaget för de åtgärder som har FoU-rekommendationer för att se om ny kunskap tillkommit så att vi även kan rangordna dessa.

## Hur vi rangordnat tillstånd och åtgärder i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende

Som nämns ovan så är ett tillstånds svårighetsgrad ingen grund för rangordning inom socialtjänsten. Tillståndets svårighetsgrad har därför inte vägts in vid rangordningen av åtgärderna i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Rekrytering av representanter till prioriteringsarbetet har skett genom Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst (NSK och NSK-S) samt genom kontaktpersoner på läsnivå i frågor som rör kunskapsstyrning och kunskapsutveckling inom socialtjänsten.

Prioriteringsgruppen 2019 har bestått av 20 personer med bred kompetens och praktisk erfarenhet av missbruks- och beroendevård inom landstingens beroendevård, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänstens missbruks- och beroendevård. Gruppen har bland annat inkluderat socialchefer samt verksamhetschefer och enhetschefer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och 2 brukarrepresentanter. Yrkesgrupper som finns representerade är exempelvis läkare, psykologer, sjuksköterskor och socionomer.

För att nå konsensus i prioriteringsgruppen vid rangordningen av tillstånd och åtgärder har en modifierad Delphimetod använts. I korthet innebär metoden att kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen skickas ut till prioriteringsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare ger sedan förslag på rangordningssiffror eller rekommendationer om FoU eller icke-göra

för de aktuella tillstånds- och åtgärdsparerna. I enkäten finns även möjlighet att kommentera och motivera sitt förslag.

Resultaten och kommentarerna sammanställs och anonymiseras, och skickas därefter ut till gruppen tillsammans med en ny webbenkät. Deltagarna får därmed möjlighet att revidera sina tidigare svar utifrån övriga deltagares kommentarer och förslag till rangordning.

Vid efterföljande fysiska möten har prioriteringsgruppen utgått från resultatet av webbenkäten och efter en diskussion kommit fram till ett slutgiltigt förslag om rangordning som hela gruppen står bakom.

I översynen 2019 har prioriteringsgruppen tagit ställning till om ny vetenskap förändrar prioriteringen i sex tillstånds- och åtgärdsrader (C37, C38, C39a, C41, C43 och C44). Dessutom har gruppen tagit ställning och prioriterat på vetenskapliga underlag för två nya tillstånds- och åtgärdsrader (C39b och C45). Beskrivningarna av tillstånds- och åtgärdsraderna för C34, C35, C36, C40 och C42 har ändrats. P.g.a. detta har prioriteringsgruppen i översynen 2019 tagit ställning till om dessa förändringar motiverar ändrad prioritering.

## Hur vi tar fram nationella indikatorer

För varje riktlinje tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att mäta till exempel kvaliteten i vården eller för att följa upp att vården utför de åtgärder som riktlinjerna rekommenderar. En indikator kan vara andel personer med depression som får kognitiv beteendeterapi, andelen personer med psykisk funktionsnedsättning som är hemlösa, andelen rökare bland diabetespatienter, väntetid till kranskärlsröntgen vid stabil kärlkramp och 5-årsöverlevnad vid bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer.

En indikator ska

- ha vetenskaplig rimlighet (så kallad validitet), det vill säga bygga på en kunskapsbas (vetenskap eller beprövad erfarenhet) om vad som utmärker god vård och omsorg och att den verkligen mäter det den avser mäta
- vara relevant, det vill säga ha betydelse för områden där det finns problem, behövs förbättringar och där vård- och omsorgssystemet respektive socialtjänsten kan påverka det som indikatorn mäter
- vara mätbar, det vill säga vara beskriven så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt – exempelvis ska termer och begrepp vara tydligt definierade.

## Hur vi tagit fram indikatorer i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen har tagit fram 24 indikatorer för nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Det saknas i dag datakällor för att kontinuerligt kunna följa flera av de framtagna indikatorerna på nationell nivå.

Därför är många av indikatorerna så kallade utvecklingsindikatorer. Med utvecklingsindikator menas att det behövs ytterligare utvecklingsarbete för att det ska vara möjligt att följa upp indikatorn på nationell nivå.

Indikatorerna i *Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården* kompletterar indikatorerna i dessa riktlinjer och belyser ytterligare aspekter på god vård och omsorg. Det gäller framför allt de indikatorer som avser att visa på samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, tillgänglighet till vård och omsorg samt kompetensutveckling hos personalen. Några indikatorer från *Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården* finns också med bland indikatorerna inom ramen för riktlinjerna. De rör framför allt brukarinflytande och väntetider. Vissa sociala stödsatser som rekommenderas i riktlinjerna följs upp på verksamhetsnivå i öppna jämförelser, men ofta på mer övergripande nivå.

## Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning

Som ett stöd för styrningen och ledningen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten väljer Socialstyrelsen ut ett antal viktiga tillstånds- och åtgärdspar som vi, utöver att rangordna, skriver rekommendationer om. Dessa kallar vi centrala rekommendationer. Oftast gäller det åtgärder som vården och omsorgen inte utför i dag i tillräcklig utsträckning men borde utföra, och åtgärder som de utför i dag men inte borde utföra. Det ska alltså vara rekommendationer om åtgärder som kan komma att påverka praxis och påverka resursfördelningen inom området. De centrala rekommendationerna ska vara ett underlag när beslutsfattare som politiker och verksamhetschefer fattar beslut om exempelvis resursfördelning, vårdens och omsorgens organisation och kompetenshöjning.

Myndigheten beskriver även de ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som riktlinjen kan förväntas leda till i jämförelse med nuvarande praxis. Det är i första hand konsekvenserna av de centrala rekommendationerna som vi beskriver. Konsekvenserna ska främst baseras på de kostnader som beräknats för åtgärderna i de fall kostnadseffektanalyser finns gjorda. En annan viktig del av bedömningen är gapet mellan dagens praxis inom området och en rekommenderad åtgärd i den mån sådana uppgifter finns tillgängliga.

Ytterligare underlag är de analyser av rekommendationernas konsekvenser som regionerna själva gör som en del av förberedelserna och genomförandet av regionala seminarier. Dessa analyser är viktiga i det fortsatta arbetet fram till en slutlig version.

De centrala rekommendationerna presenteras i dokumentet *Stöd för styrning och ledning*. I *Stöd för styrning och ledning* ger Socialstyrelsen rekommendationer om åtgärder som hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården bör, kan eller i undantagsfall kan erbjuda. Formuleringarna *bör*, *kan* och *kan i undantagsfall* används med viss flexibilitet för rekommendationer med rangordning mellan 1 och 10. Det finns alltså inga exakta gränser i den 10-gradiga skalan för vad som är till exempel en *bör*- eller en *kan*-rekommendation. En åtgärd som fått prioritet 5 kan därmed vara antingen en

*bör*-rekommendation eller en *kan*-rekommendation. Varje prioritering bedöms utifrån sammanhanget samt de förutsättningar som gäller inom det aktuella riktlinjeområdet.

## Hur vi arbetat med stöd för styrning och ledning i riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende

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

Beskrivningen av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenser som riktlinjen kan förväntas leda till har försvårats av att det i stor utsträckning saknas data på nationell nivå om vilka åtgärder som utförs och i vilken utsträckning dessa utförs av hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten.

## Hur vi för en diskussion om riktlinjerna

När Socialstyrelsen gör en fullständig uppdatering av ett riktlinjeområde ges först en remissversion av riktlinjerna ut. Remissversionen diskuteras på regionala eller nationella seminarier för beslutsfattare. De gör bland annat en praxisbeskrivning och en konsekvensbeskrivning av vilka konsekvenser det skulle få i just deras region om de följer rekommendationerna i riktlinjerna.

När regionerna har genomfört seminarierna och Socialstyrelsen har tagit ställning till eventuella synpunkter ger vi ut en slutlig version av riktlinjerna. Vid de mindre omfattande årliga översynerna har vi valt att inte använda oss av ett remissförfarande. Istället strävar vi mot att ha en kontinuerlig dialog.

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer : remissversion : prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.