

Volym 2 av 2

Till läsaren

Missbruksutredningens slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen, ansvaret* (SOU 2011:35) består av två volymer.

Denna volym innehåller utredningens analys av olika relevanta förhållanden som ligger till grund för förslagen.

Volym 1 innehåller utredningens förslag inklusive författningsförslag, motiv, finansiering och genomförande, konsekvensanalys samt författningskommentarer. Därtill innehåller den regeringens direktiv samt uppgifter om vilka personer och organisationer som bistått i utredningsarbetet.

I det tidigare publicerade delbetänkandet *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6) finns vetenskapliga underlag för utredningens analys och förslag.

Gerhard Larsson
Särskild utredare

Hans Wiklund
Mikael Sandlund
Lars Grönwall

Innehåll

Volym 2 av 2

13	Missbrukets utbredning och konsekvenser i Sverige	507
13.1	Riskbruk, missbruk och beroende	507
13.1.1	Riskbruk	507
13.1.2	Missbruk och beroende	507
13.1.3	Epidemiologiska definitioner och tillämpningar	510
13.2	Alkohol	511
13.2.1	Total alkoholkonsumtion	511
13.2.2	Riskabel konsumtion	513
13.2.3	Missbruk och beroende	514
13.2.4	Skadeverkningar	514
13.3	Narkotika	517
13.3.1	Riskabel konsumtion	517
13.3.2	Missbruk och beroende	519
13.3.3	Skadeverkningar	520
13.4	Läkemedel	524
13.4.1	Hypnotika, sedativa och opioider	525
13.4.2	Riskabel konsumtion	525
13.4.3	Missbruk och beroende	527
13.4.4	Skadeverkningar	527
13.5	Dopningsmedel	528
13.5.1	Riskabel konsumtion	528
13.5.2	Missbruk och beroende	529
13.5.3	Skadeverkningar	530
13.6	Blandmissbruk	531

13.7	Samsjuklighet.....	532
13.8	Barn i familjer med missbruksproblem.....	533
13.9	Missbruk och beroende i andra länder.....	533
13.10	Sammanfattning och slutsatser.....	536
13.10.1	Missbrukets utbredning.....	536
13.10.2	Samsjuklighet.....	537
13.10.3	Kön, ålder och geografi.....	538
14	Statlig styrning och reglering	539
14.1	Lagstiftning, nationella riktlinjer, tillsyn.....	539
14.1.1	Lagstiftning.....	539
14.1.2	Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården.....	547
14.1.3	Tillsyn.....	548
14.2	Nationella politiska styrdokument.....	549
14.2.1	Alkoholpolitiken.....	549
14.2.2	Narkotikapolitiken.....	550
14.2.3	Samlad strategi för ANDT-området.....	551
14.2.4	Mål för dopningspolitiken.....	551
14.2.5	Regeringens åtgärdsprogram för ANDT-området...	551
14.2.6	Strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården.....	552
14.2.7	Nationell samordning.....	553
14.3	Internationellt samarbete, nationella åtaganden.....	555
14.3.1	EU:s alkoholstrategi.....	555
14.3.2	EU:s narkotikastrategi 2005–2012.....	556
14.3.3	WHO:s strategi för minskad skadlig alkoholkonsumtion.....	557
14.3.4	Aktuella frågor i FN.....	557
14.3.5	Internationellt arbete mot dopning.....	558
14.4	Finansiell styrning genom statsbidrag.....	558
14.4.1	Perioden 2005–2008.....	558
14.4.2	Perioden 2008–2010.....	560
14.4.3	Utvärderingar av statsbidragen.....	560

14.5	Sammanfattning och slutsatser	561
14.5.1	Lagstiftning, riktlinjer, tillsyn	561
14.5.2	Nationella och internationella politiska styrdokument.....	561
14.5.3	Finansiell styrning genom statsbidrag.....	562
15	Missbruks- och beroendevården	563
15.1	Från straff och kontroll till behandling och motivation	563
15.1.1	Alkoholistlagen och 1900-talets första hälft.....	563
15.1.2	Alkoholistvårdsutredningen och perioden 1948– 1964	565
15.1.3	Från Nykterhetsvårdsutredningen 1961 till socialtjänstlagen 1980	566
15.1.4	Tiden efter Socialtjänstlagens tillkomst	568
15.2	Missbruks- och beroendevårdens organisation.....	570
15.2.1	Missbruks- och beroendevården i fem län	570
15.2.2	Kommunernas missbruks- och beroendevård	571
15.2.3	Landtingens missbruks- och beroendevård	573
15.3	Öppen missbruks- och beroendevård.....	577
15.3.1	Stöd- och behandlingsenheter	578
15.3.2	Serviceenheter	581
15.3.3	Huvudmannaskap för den öppna vården	581
15.3.4	Klienter och patienter i öppen vård.....	582
15.4	Sluten missbruks- och beroendevård.....	584
15.4.1	Hem för vård eller boende	584
15.4.2	Familjehem.....	585
15.4.3	LVM-hem.....	586
15.4.4	Psykiatrisk sluten vård	586
15.4.5	Huvudmannaskap för den slutna vården.....	587
15.4.6	Klienter och patienter i sluten vård	588
15.5	Kostnader	590
15.5.1	Kommunernas kostnader	590
15.5.2	Landstingens kostnader.....	591
15.6	Samverkan.....	592
15.6.1	Samverkan mellan kommuner.....	592
15.6.2	Samverkan mellan kommun och landsting	594
15.6.3	Samverkansproblem.....	596

15.7	Sammanfattning och slutsatser.....	597
15.7.1	Från straff och kontroll till motivation och behandling	597
15.7.2	Från socialt problem till multifaktoriellt tillstånd	598
15.7.3	Mindre sluten och mer öppen vård.....	598
15.7.4	Mer medicinska insatser	599
15.7.5	Landstingens ansvar har ökat	599
15.7.6	Ökad specialisering	600
15.7.7	Ökat fokus på samverkan, men klen resultat.....	600
16	När frivilliga insatser inte räcker till.....	603
16.1	Tvångsvården i historisk belysning	603
16.1.1	Från alkoholistlag till LVM.....	603
16.1.2	Utvecklingen inom missbruksvården efter nya LVM.....	605
16.2	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM	607
16.2.1	Generalindikation och minst en specialindikation....	608
16.2.2	Ärendet utreds av socialnämnden	609
16.2.3	Vårdens inledning och innehåll.....	610
16.2.4	Vårdens upphörande och eftervård.....	611
16.2.5	Omedelbart omhändertagande.....	611
16.2.6	Särskilt om gravida kvinnor som missbrukar	611
16.3	Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT	612
16.3.1	Förutsättningar för sluten psykiatrisk tvångsvård....	612
16.3.2	Förutsättningar för öppen psykiatrisk tvångsvård....	614
16.4	Närliggande tvångslagstiftning.....	615
16.5	Tvångsvårdens legitimitet äventyras	615
16.5.1	Problem i gränssnittet mellan LVM och LPT	615
16.5.2	Brister i dagens tvångsvård	617
16.5.3	Ojämn användning av LVM över landet.....	618
16.5.4	Samsjukligas behov tillgodoses inte.....	619
16.5.5	Innehållet i LVM-vården har brister.....	621
16.5.6	Samspelet med fortsatta vården fungerar dåligt	621

16.6	Diskussionspromemorians tre modeller.....	622
16.6.1	Modell 1: Förstärkt vårdkedja.....	623
16.6.2	Modell 2: Öppen tvångsvård med särskilda villkor.....	624
16.6.3	Modell 3: LVM upphävs och LPT utvidgas	625
16.6.4	Remissinstansernas syn på modellförslagen	627
17	Vård och behandling inom Kriminalvården	629
17.1	Klienter med missbruk eller beroende.....	629
17.1.1	ASI-utredningar av klienter i kriminalvården	629
17.2	Kriminalvårdens ansvar för vård av missbruk och beroende	631
17.2.1	Normaliseringsprincipen.....	632
17.2.2	Vårdvistelse	633
17.2.3	Kontraktsvård	633
17.3	Organisation av vård- och behandlingsverksamheten	634
17.3.1	Regeringens särskilda narkotikasatsning.....	634
17.3.2	Behandlingsplatser, m.m.	636
17.4	Brotts- och missbruksförebyggande program	637
17.4.1	Nuvarande programutbud.....	638
17.4.2	Vård och behandling i anstalt.....	638
17.4.3	Vård och behandling i frivård	639
17.5	Utvärderingar av programmens effekt	640
17.5.1	Kriminalvårdens utvärderingar	640
17.5.2	Brås utvärdering av den särskilda narkotikasatsningen.....	641
17.5.3	Effekter av planerad behandling för kriminella personer.....	642
17.6	Kostnader för vård av missbruk och beroende	643
17.7	Samverkan med hälso- och sjukvård och socialtjänst	644
17.7.1	Samverkan – några exempel	644
17.7.2	Samverkansproblem.....	646
17.8	Sammanfattning och slutsatser	648

18	Omvårdnad av omhändertagna enligt LOB	651
18.1	Polisens ansvar och uppgifter	651
18.1.1	Omhändertagande enligt LOB.....	651
18.1.2	Omhändertagande enligt polislagen	653
18.2	Tidigare bedömningar och översyner av LOB	654
18.2.1	Fylleristrafutredningens förslag.....	654
18.2.2	Försöksverksamheter i samband med införande av LOB.....	654
18.2.3	Omhändertagande av berusade personer enligt LOB (Ds 2001:31)	656
18.2.4	Polisverksamhet i förändring – del 2 (SOU 2002:117)	656
18.2.5	Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården (ej publicerad departementspromemoria från år 2005)	657
18.3	Statistik om omhändertagande enligt LOB.....	658
19	Internationell utblick	661
19.1	Utgångspunkter.....	661
19.2	Norge	661
19.3	Danmark	663
19.4	Finland	664
19.5	Övriga länder	665
19.5.1	Frankrike	665
19.5.2	Nederländerna.....	666
19.5.3	Storbritannien	666
19.5.4	Tyskland	667
19.5.5	Kanada och Australien.....	667
19.6	Tvångsvård av personer med missbruk	668
19.6.1	Vanligt med tvångsvård	668
19.6.2	Straffrättslig tvångsvård.....	668
19.6.3	Civil tvångsvård.....	668

19.7	Internationella mönster och slutsatser	670
19.7.1	Samlat behandlingsansvar	670
19.7.2	Sjukvårdshuvudmannen ansvarar för behandling	670
19.7.3	Färre och större huvudmän	671
19.7.4	Mer medicinskt innehåll i vården	671
19.7.5	Vanligt med vårdgarantier	672
19.7.6	Mindre socialt tvång	673
19.7.7	Mer behandling inom kriminalvården	673
20	Tidig upptäckt och kort intervention vid riskbruk	675
20.1	Lagstiftning, riktlinjer och politiska styrdokument	675
20.1.1	Nuvarande lagstiftning	675
20.1.2	Nationella riktlinjer	675
20.1.3	Nationella och internationella politiska styrdokument	676
20.2	Insatser vid riskbruk av alkohol	677
20.2.1	Alkoholproblem på olika nivåer	677
20.2.2	Vården når endast 1 av 5 med beroende	678
20.2.3	Effektiv behandling	679
20.2.4	Screening som metod	680
20.2.5	Kort rådgivning	682
20.2.6	Från kort rådgivning till behandling	683
20.3	Arenor för tidig upptäckt och kort intervention	684
20.3.1	Primärvård	684
20.3.2	Mödra- och barnhälsovården	685
20.3.3	Elevhälsan och studenthälsan	686
20.3.4	Företagshälsovården	687
20.3.5	Den psykiatriska vården	688
20.3.6	Akutsjukvården	689
20.3.7	Övrig sjukvård	690
20.3.8	Självhjälp och Internet	690
20.3.9	Alkohol i trafiken	691
20.3.10	Barn och ungdomar	691
20.4	Insatser vid narkotikabruk	692
20.4.1	Narkotikamissbrukets utbredning	692
20.4.2	Screening för narkotikabruk	693
20.4.3	Motivationsinsatser för dem som identifieras	694
20.4.4	Att göra narkotikabehandling attraktiv	694

20.5	Sammanfattning och slutsatser.....	695
20.5.1	Lagstiftning, riktlinjer och politiska styrdokument.....	695
20.5.2	Kostnadseffektiv insats.....	695
20.5.3	Vården när en mindre del av målgruppen.....	695
21	Vård och behandling	697
21.1	Behandling	697
21.1.1	Läkemedelsbehandling.....	698
21.1.2	Psykosocial behandling.....	698
21.1.3	Kunskapsunderlag.....	698
21.2	Läkemedelsbehandling.....	699
21.2.1	Alkoholberoende	699
21.2.2	Opiatberoende	701
21.2.3	Övriga beroendetillstånd	702
21.3	Psykosocial behandling.....	703
21.3.1	Alkoholberoende	703
21.3.2	Narkotikaberoende.....	705
21.3.3	Barn och ungdomar med missbruk eller beroende	707
21.4	Sammanfattning och slutsatser.....	711
21.4.1	Läkemedelsbehandling.....	711
21.4.2	Psykosocial behandling.....	712
22	Boende, sysselsättning, ekonomiskt bistånd	715
22.1	Utgångspunkter.....	715
22.2	Boende för personer med missbruk eller beroende.....	716
22.2.1	Kommunens insatser	716
22.2.2	Hemlöshet	716
22.2.3	Evidens för olika boendelösningar.....	718
22.2.4	Boende vid missbruk – exempel från fem kommuner	722
22.3	Sysselsättning.....	728
22.3.1	Aktivitet och rehabilitering till arbete	728
22.3.2	Supported employment	729
22.3.3	Utredningens femlänskartläggning.....	730
22.3.4	Hearingar, besök och kontakter med brukare	731

22.4	Ekonomiskt bistånd.....	731
22.4.1	Kommunens insatser.....	731
22.4.2	Missbruk och ekonomiskt bistånd.....	732
22.4.3	Ekonomiskt bistånd kan inte villkoras med vård...	732
22.5	Sammanfattning och slutsatser	734
22.5.1	Boende	734
22.5.2	Sysselsättning	735
22.5.3	Ekonomiskt bistånd.....	735
23	Insatser för specifika målgrupper	737
23.1	Utgångspunkter	737
23.2	Barn och ungdomar med missbruksproblem	737
23.2.1	Missbruk bland unga.....	737
23.2.2	Kunskapsläget.....	739
23.2.3	Vårdens utformning.....	741
23.3	Gravida kvinnor med missbruk.....	743
23.3.1	Alkohol och andra droger som fosterskadande substanser	743
23.3.2	Förekomst av riskbruk och missbruk bland gravida.....	744
23.3.3	Screening av alkoholbruk och droganvändning hos gravida.....	746
23.3.4	Screening för graviditet bland kvinnor med missbruk	747
23.3.5	Intervention och behandling	747
23.3.6	Uppföljning av barnen	748
23.3.7	Vårdutbudet på MVC	749
23.3.8	Socialtjänsten.....	749
23.3.9	Tvångsvård enligt LVM	750
23.3.10	Specialiserad vård under graviditeten.....	751
23.3.11	Specialiserad vård efter förlossning.....	755
23.3.12	Kvalificerad uppföljning av barn	756
23.4	Personer med funktionsnedsättning.....	756
23.4.1	Förekomst av funktionsnedsättningar.....	756
23.4.2	Hörselnedsättning hos unga och alkohol.....	758
23.4.3	Vuxna med hörselnedsättning och dövhet	759

23.4.4	Behandlingshem för döva personer med missbruk i Malmö	760
23.4.5	Nationell kartläggning av vårdbehov hos döva och hörselskadade	761
23.4.6	Hörselnedsättning hos unga och cannabis	761
23.4.7	Ryggmärgsskada och missbruk	761
23.4.8	Intellektuell funktionsnedsättning	763
23.4.9	Autismspektrumstörningar	764
23.4.10	ADHD.....	765
23.5	Äldre personer och alkohol	765
23.5.1	Alkoholkonsumtion hos äldre i Sverige	765
23.5.2	Ökad känslighet för alkohol med stigande ålder	767
23.5.3	Positiva hälsoeffekter av alkohol.....	769
23.5.4	Behandling.....	770
23.6	Sammanfattning och slutsatser.....	770
23.6.1	Ungdomar och missbruk.....	770
23.6.2	Gravida kvinnor med riskbruk eller missbruk	771
23.6.3	Funktionsnedsättning och missbruk	772
23.6.4	Äldre och missbruk.....	773
24	Tillgänglighet, vårdgaranti och brukarinflytande	775
24.1	Bristande tillgänglighet	775
24.1.1	Öppna jämförelser 2009	776
24.1.2	Väntetidsdatabasen	776
24.1.3	Vårdbarometern 2009	778
24.1.4	Euro Health Consumer Index 2009	779
24.1.5	Europabarometern 2007	780
24.1.6	Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården 2010.....	780
24.2	Vårdgarantier	780
24.2.1	2010 års vårdgaranti	781
24.2.2	2005 års vårdgaranti	781
24.2.3	Förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa.....	782
24.2.4	Kömiljarden 2011	782
24.2.5	Tidigare vårdgarantier	783
24.2.6	Behandlingsgaranti inom socialtjänsten	784
24.2.7	Vårdgarantier i andra länder	785

24.2.8 Svagheter med vårdgarantier	787
24.3 Valfrihetssystem.....	788
24.3.1 Akut vård	788
24.3.2 Primärvård.....	788
24.3.3 Specialiserad vård.....	789
24.3.4 Lag om valfrihetssystem.....	789
24.4 Bemötande.....	790
24.4.1 Bemötandebegreppet.....	791
24.4.2 Behandlingsallians och delaktighet ger bättre resultat.....	792
24.4.3 Nuvarande lagstiftning.....	792
24.4.4 Öppna jämförelser 2010.....	793
24.4.5 Vårdbarometern 2009.....	794
24.4.6 Ärenden i patientnämnder om dåligt bemötande.....	794
24.5 Brukarinflytande	795
24.5.1 Argument för ökat brukarinflytande – tre perspektiv	795
24.5.2 Brukarinflytandets innebörd.....	797
24.5.3 Brukarinflytande på individuell nivå.....	799
24.5.4 Brukarinflytande på kollektiv nivå.....	801
24.5.5 Styrning för ökat brukarinflytande	802
24.6 Sammanfattning	804
24.6.1 Tillgänglighet	804
24.6.2 Bemötande	806
24.6.3 Brukarinflytande	806
25 Kommunernas och landstingens uppgifter och ansvarsproblem	809
25.1 Tidigare utredningar av uppgifter och ansvar.....	809
25.1.1 Socialberedningen.....	809
25.1.2 Psykiatriutredningen	810
25.1.3 Alkoholpolitiska kommissionen.....	810
25.1.4 LVM-utredningen.....	811
25.1.5 Vårdöverenskommelse om missbrukarvården.....	812
25.1.6 Nationell psykiatrisamordning	814

25.2	Vård- och stödprocessens centrala delar.....	815
25.3	Tidig upptäckt och kort intervention	816
25.3.1	Tidig upptäckt	816
25.3.2	Kort intervention och möjlighet att hänvisa	816
25.3.3	Nuvarande lagstiftning	817
25.3.4	Låg ambitionsnivå och andra hinder	817
25.4	Tillnyktringsverksamhet	819
25.4.1	Tillnyktring	819
25.4.2	Bristande tillgång	821
25.4.3	Otydligt ansvar.....	822
25.5	Abstinensvård.....	824
25.5.1	Från avgiftning till abstinensvård.....	824
25.5.2	Bristande tillgång	824
25.5.3	Tydligt ansvar, med vissa undantag	826
25.5.4	Konsekvenser för individen och vårdens effektivitet	827
25.6	Behandling och stöd.....	828
25.6.1	Behandling.....	829
25.6.2	Psykosocialt stöd	829
25.6.3	Delat och otydligt ansvar för behandling	830
25.6.4	Regionala variationer i ansvarsfördelning.....	833
25.6.5	Flertalet söker helst hjälp inom hälso- och sjukvården.....	834
25.6.6	Konsekvenser för individen och vårdens effektivitet	835
25.7	Utredning, bedömning, planering, uppföljning	836
25.7.1	Utredning och bedömning	836
25.7.2	Planering och uppföljning	836
25.7.3	Skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten	837
25.7.4	Problem med parallellt ansvar	838
25.8	Sammanfattning och slutsatser.....	840
25.8.1	Kända problem, tidigare åtgärder otillräckliga	840
25.8.2	Tidig upptäckt och kort intervention	841
25.8.3	Tillnyktringsverksamhet.....	841
25.8.4	Abstinensvård.....	842
25.8.5	Behandling och stöd	843

25.8.6 Utredning, bedömning, planering och uppföljning.....	843
25.8.7 Konsekvenser för individen och vårdens effektivitet.....	844
26 Ansvar för olika målgrupper.....	847
26.1 Olika målgrupper.....	847
26.2 Ansvar för behandling och stöd.....	847
26.3 Missbruk eller beroende av alkohol.....	848
26.4 Missbruk eller beroende av narkotika.....	849
26.5 Missbruk eller beroende av läkemedel.....	850
26.6 Missbruk eller beroende av dopningsmedel.....	851
26.7 Blandmissbruk.....	852
26.8 Samsjuklighet.....	853
26.9 Gravida kvinnor.....	854
26.10 Barn och ungdomar.....	855
26.11 Social problematik.....	856
26.12 Huvudmännens ansvar för olika målgrupper.....	858
26.12.1 Olika målgrupper.....	858
26.12.2 Kommunen huvudansvarig.....	861
26.12.3 Landstinget huvudansvarigt.....	862
26.13 Sammanfattning och slutsatser.....	863
26.13.1 Olika målgrupper, olika ansvar.....	863
26.13.2 Regionala variationer i ansvarsfördelningen.....	864
26.13.3 Förändrat ansvar – konsekvenser för olika målgrupper.....	865
27 Ideella sektorns roll och betydelse.....	869
27.1 Utgångspunkter.....	869
27.2 Kamratstöd.....	870
27.2.1 Anonyma Alkoholister.....	870

27.2.2	Kriminellas Revansch i Samhället.....	871
27.2.3	Länkrörelsen.....	871
27.2.4	Föräldraföreningen mot narkotika	872
27.2.5	Anonyma Narkomaner.....	872
27.2.6	Riksförbundet Attention.....	873
27.2.7	Riksförbundet för social och mental hälsa	873
27.3	Ideella organisationer som utförare	873
27.3.1	Frälsningsarmén	874
27.3.2	Convictus	875
27.3.3	Dianova Sverige.....	875
27.3.4	Hasselarörelsen	875
27.3.5	Hela Människan	876
27.3.6	LP-verksamheten	876
27.3.7	Stadsmissionen	876
27.4	Socialt företagande	877
27.4.1	Rainbow Sweden	878
27.5	Ideella sektorn som opinionsbildare	878
27.5.1	Anhöriga mot droger	878
27.5.2	Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte	879
27.5.3	FAS-föreningen.....	879
27.5.4	IOGT-NTO	879
27.5.5	Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor	880
27.5.6	Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende	880
27.5.7	Riksförbundet narkotikafritt samhälle	880
27.5.8	Svenska Brukarföreningen.....	881
27.5.9	Sveriges landsråd för alkohol- och narkotikafrågor.....	881
27.5.10	Verdandi	881
27.6	Sammanfattning och slutsatser.....	882
28	Arbetsmarknadspolitiska åtgärder, socialförsäkring och missbruk	883
28.1	Arbetsmarknadspolitiska åtgärder	883
28.1.1	Arbetslivsintroduktion	884

28.1.2	Arbetslivsinriktad rehabilitering.....	884
28.1.3	Jobb- och utvecklingsgarantin	885
28.1.4	Särskilt anställningsstöd	886
28.1.5	Nystartsjobb	887
28.1.6	Särskilt nystartsjobb	888
28.2	Särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.....	889
28.3	Socialförsäkringen.....	893
28.3.1	Några olika ersättningsformer – en översikt	894
28.3.2	Sjukpenninggrundande inkomst är en förutsättning för ersättning	895
28.3.3	Rätt till sjukpenning	896
28.3.4	Sjukpenning i förebyggande syfte	898
28.3.5	Rehabiliteringsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering	899
28.4	Sjukförsäkringen och personer med missbruk.....	900
28.4.1	Sjukpenning vid missbruks- och beroendevård	900
28.4.2	Högriskskydd	901
28.5	Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid skadligt bruk av droger.....	902
28.6	Sjukskrivning för alkohol och andra drogproblem i relation till behandling.....	903
29	Statistik och kvalitetsregister	907
29.1	Statistik om befolkningens alkohol- och droganvändning.....	907
29.1.1	Undersökningar och skattningar av missbrukets utbredning	908
29.1.2	Alkohol.....	911
29.1.3	Narkotika	913
29.1.4	Läkemedel	915
29.1.5	Dopningsmedel.....	916
29.1.6	Internationell jämförbarhet.....	916
29.2	Kvalitetsregister	919
29.2.1	Register för kvalitetsutveckling.....	919

29.2.2	Översyn av de nationella kvalitetsregistren.....	920
29.2.3	Nationell samordnare	921
29.2.4	Svenskt beroenderegister.....	921
29.2.5	Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende.....	922
29.2.6	Vissa andra register	923
29.3	Sammanfattning och slutsatser.....	923
29.3.1	Statistik om missbrukssituationen.....	923
29.3.2	Kvalitetsregister inom missbruksområdet.....	924
30	Kompetens och utbildning.....	925
30.1	Krav på rätt kompetens.....	925
30.2	Bristande kompetens.....	925
30.3	Personalens sammansättning och utbildning	926
30.3.1	Öppen vård.....	926
30.3.2	Sluten vård.....	927
30.4	Utbildning för baspersonal.....	929
30.5	Grundutbildning för centrala yrkesgrupper	931
30.6	Specialistutbildning	933
30.7	Fortbildning för yrkesverksamma.....	935
30.8	Legitimation och auktorisation	936
30.8.1	Legitimation	936
30.8.2	Auktorisation	937
30.9	Sammanfattning och slutsatser.....	938
30.9.1	Baspersonal.....	938
30.9.2	Grundutbildningar på högskolenivå	939
30.9.3	Yrkesspecifik specialistutbildning.....	939
30.9.4	Legitimation och auktorisation.....	940
31	Forskning och kunskapsspridning	941
31.1	Forskningspolitiska utgångspunkter.....	941
31.2	Tidigare utredningar m.m.	942

31.3	Forskningsfinansiering	944
31.4	Forskningsutförare	949
31.4.1	Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning	950
31.4.2	Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom missbruksvården	951
31.5	Kunskapsöversikter och kunskapsspridning	952
31.5.1	Socialstyrelsen	952
31.5.2	Statens beredning för medicinsk utvärdering	953
31.5.3	Folkhälsoinstitutet	953
31.5.4	Statliga punktinsatser	954
31.5.5	Kommunsektorn	954
31.5.6	Övriga organisationer	955
31.5.7	Tidskrifter	955
31.6	Forskningsfrågor i ett internationellt perspektiv	955
31.6.1	Nordiska samarbetet	956
31.6.2	EU-arbetet	957
31.6.3	FN-arbetet	959
31.7	Organisation för forskning och kunskapsspridning i andra länder	960
31.7.1	Australien	960
31.7.2	Danmark	961
31.7.3	Finland	961
31.7.4	Nederländerna	962
31.7.5	Norge	962
31.8	Kvalitet och utvecklingsområden	963
31.8.1	Vetenskapsrådets utvärdering av den kliniska forskningen	963
31.8.2	FAS utvärdering av forskningen om tvångsvård	964
31.8.3	Riksdagens rapport om forskningen inom socialtjänstens område	964
31.8.4	Regeringens åtgärdsplan 2009 för ANDT- området	965
31.8.5	Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner 2006–2010	965

31.9	Missbruk och beroende av läkemedel	966
31.10	Missbruk och beroende av dopningsmedel.....	967
31.11	Sammanfattning och slutsatser.....	968
31.11.1	Fragmenterad forskningsstruktur.....	968
31.11.2	Vikande kvalitet och bristområden.....	969
31.11.3	Läkemedel och dopningsmedel.....	969
	Referenser.....	971

Innehåll i volym 1

Nedanstående kapitel ingår i volym 1.

Sammanfattning

Författningsförslag

- 1 Uppdrag, arbetsprocess och inriktning
- 2 Tidig upptäckt och intervention
- 3 Tydligare ansvar för effektivare vård
- 4 Stärkt ställning för individen
- 5 Vårdens innehåll, boende och sysselsättning
- 6 Bättre kvalitet, kunskap och kompetens
- 7 Vård utan samtycke
- 8 Polisens och kriminalvårdens roll vid missbruk
- 9 Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken
och socialförsäkringen
- 10 Finansiering, genomförande, konsekvenser
- 11 Författningskommentar
- 12 Följändringar i andra författningar

Bilagor

13 Missbrukets utbredning och konsekvenser i Sverige

13.1 Riskbruk, missbruk och beroende

13.1.1 Riskbruk

Riskbruk är droganvändning som är eller kan bli skadlig, men där missbruk eller beroende i diagnostisk mening inte föreligger. Internationellt används termen "hazardous use", vilken WHO definerar enligt följande (WHO 1994):

... a pattern of substance use that increases the risk of harmful consequences for the user. Some would limit the consequences to physical and mental health (as in harmful use); some would also include social consequences. In contrast to harmful use, hazardous use refers to patterns of use that are of public health significance despite the absence of any current disorder in the individual user.

WHO:s beskrivning är inte begränsad till alkohol, utan kan tillämpas på olika psykoaktiva substanser. Riskabel konsumtion operationaliseras på olika sätt i olika länder och i olika undersökningar. I Sverige används riskabel konsumtion dock företrädesvis när det gäller alkohol.

13.1.2 Missbruk och beroende

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården konstateras att det finns ett antal olika förklaringsmodeller om bakomliggande orsaker till missbruk och beroende, till exempel psykologiska faktorer, fysiologisk sårbarhet och ärftlighet, tillgänglighet till droger och social situation. I linje med detta definieras i riktlinjerna missbruk och beroende som multifaktoriella tillstånd.

Missbruk och beroende kan bland annat betraktas utifrån ett socialt, medicinskt och juridiskt perspektiv.¹

Inom det sociala området saknas i socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) närmare definitioner av termerna missbruk och missbrukare.

Inom det medicinska området används diagnosklassifikationer i enlighet med de internationella diagnosystemen DSM-IV (APA 2000) och ICD-10 (Socialstyrelsen 1997).

Missbruk definieras enligt DSM-IV som ett maladaptivt bruk av psykoaktiva substanser som leder till funktionsnedsättningar eller lidande, utan att beroende föreligger. Skadligt bruk definieras enligt ICD-10 som ett substansbruk som kan ge fysiska skador, till exempel i form av leverinfektion vid intravenösa injektioner eller psykisk ohälsa, till exempel i form av depression i samband med hög alkoholkonsumtion.

Tabell 13.1 Missbruk och beroende enligt DSM-IV

Missbruk	Beroende
1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.	1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.	2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket.	3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.	4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
	5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
	6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
	7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

För att det ska vara ett missbruk enligt DSM-IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllt under en tolv månaders period. För

¹ I detta sammanhang bör noteras att det med problematisk användning av alkohol och andra droger avses en användning som är problematisk utifrån ett socialt, medicinskt och juridiskt perspektiv. Detta behöver inte nödvändigtvis överensstämma med hur en enskild individ uppfattar sin användning av psykoaktiva substanser.

beroende krävs att tre av de sju kriterierna är uppfyllda under en tolv månaders period.

Tabell 13.2 Beroende enligt ICD-10

-
1. Stark längtan efter drogen.
 2. Svårighet att kontrollera intaget.
 3. Fortsatt användning trots skadliga effekter.
 4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
 5. Ökad tolerans.
 6. Fysiska abstinenssymtom.
-

För beroende enligt ICD-10 krävs att minst tre av de sex kriterierna ska vara uppfyllda i princip vid en given tidpunkt. Det bör dock noteras att kriterierna 1, 2, 3 och 4 framstår som långsiktiga fenomen och inte engångsföreteelser, medan kriterium 5 är ett gradvist ökande fenomen där drogens farmakologiska verkningar avgör vilken tidsrymd som kan vara aktuell (år för alkohol, veckor för heroin, etc.) och att kriterium 6 bör ha hänt vid mer än ett tillfälle, det vill säga att individen återkommande har drabbats av abstinenssymtom.

I Sverige, liksom i övriga världen, används det av WHO sanktionerade ICD-systemet vid inrapportering av sjukdomar och andra tillstånd inom hälso- och sjukvården. DSM-IV används inom forskningen och psykiatrin. Det finns översättningslistor mellan DSM-systemets och ICD-systemets psykiatriska diagnoser. De två diagnostiska systemen är mycket lika när det gäller definitionen av beroende.

Det pågår en översyn av DSM vilken tyder på att diagnoserna missbruk och beroende kommer att slås samman till diagnosen substance use disorders (beroende).

Inom det juridiska området avses med missbruk illegal användning av droger. Avgörande för vad som är ett missbruk är följaktligen vilken droganvändning som lagstiftaren definierat som illegal.

Besläktad med den juridiska definitionen är definitioner av missbruk av läkemedel och dopningsmedel som likställer detta med felaktig användning av ordinerade läkemedel.

13.1.3 Epidemiologiska definitioner och tillämpningar

Ytterligare en komplikation är att de termer och begrepp som används i epidemiologiska sammanhang inte alltid korresponderar med ovan redovisade sociala, medicinska och juridiska definitioner. Olika undersökningar använder olika termer och begrepp för att beskriva problematisk användning av alkohol och andra droger (jfr kapitel 29).

Relationen mellan de epidemiologiska begreppen och diagnos-systemen framstår som särskilt problematisk. Diagnoserna missbruk och beroende kan inte ställas utslutande baserat på uppgifter om konsumtion. Flertalet epidemiologiska studier är begränsade till självrapporterad konsumtion. Detta innebär att kunskapen om förekomsten av diagnoserna missbruk och beroende i befolkningen är begränsade.

Utifrån ambitionen att beskriva förekomsten av olika grader av problematisk konsumtion i den svenska befolkningen har utredningen i tabell 13.3 försökt placera in definitionerna av problematisk konsumtion i de epidemiologiska undersökningarna efter WHO:s riskbruksbegrepp samt de diagnostiska begreppen missbruk (skadligt bruk) och beroende.

Tabell 13.3 Riskbruk, missbruk, beroende

	Riskbruk	Missbruk	Beroende
Alkohol			
– Riskbruk	Minst 14 respektive 9 glas i veckan eller 5 respektive 4 glas vid ett tillfälle för män respektive kvinnor		
– Storkonsumtion	Minst 30 eller 20 gram ren alkohol senaste 30 dagarna för män respektive kvinnor		
– Missbruk		Användning som negativt påverkar hälsa, socialt liv och arbete	

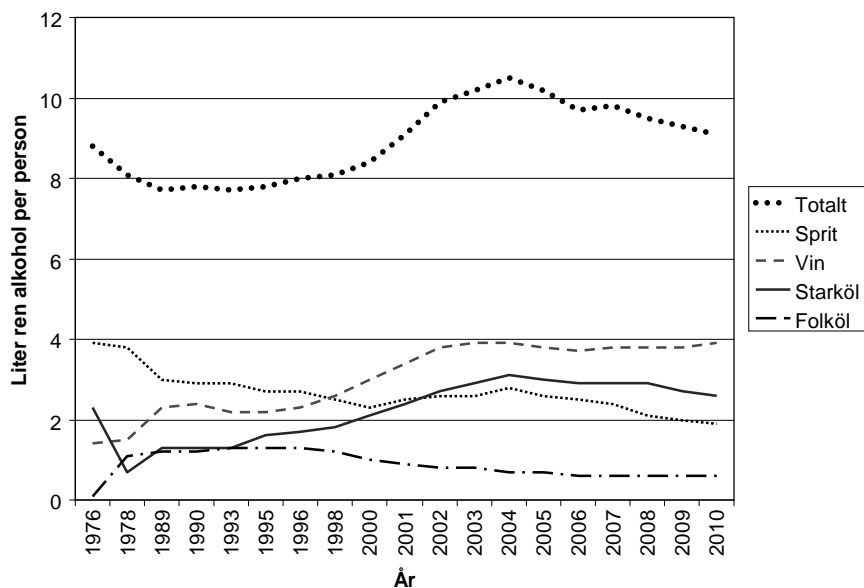
	Riskbruk	Missbruk	Beroende
– Tungt missbruk		Användning som negativt påverkar hälsa, socialt liv och arbete	Vård för diagnoser enligt ICD-10
Narkotika			
– Experimentell användning	Använt någon gång i livet Använt någon gång senaste 30 dagarna		
– Tungt missbruk		Intravenöst eller dagligt eller nästan dagligt bruk	Vård för diagnoser enligt ICD-10
Läkemedel			
– Riskbruk	Inte förskrivna användning		
– Missbruk		Användning som negativt påverkar hälsa, socialt liv och arbete	
– Beroende			Vård för diagnoser enligt ICD-10
Dopning			
– Experimentell användning	Använt någon gång i livet Använt någon gång senaste 30 dagarna		
– Frekvent användning		Använt hela eller flera kurer	

13.2 Alkohol

13.2.1 Total alkoholkonsumtion

Den totala årliga alkoholkonsumtionen i Sverige uppgick 2010 till 9,2 liter ren alkohol per person 15 år eller äldre. Sedan början av 1990-talet har konsumtionen ökat från 7,8 liter ren alkohol per invånare. Det motsvarar en ökning på knappt 20 procent. Sedan toppnoteringen 2004 på 10,1 liter har dock konsumtionen minskat med en procentenhet eller 10 procent (SoRAD 2010).

Figur 13.1 Konsumtion och försäljning av alkohol 1976–2010



Källa: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning.

Not: För 1976 har mellanöl inkluderats i starkölsförsäljningen.

År 2010 stod sprit för 21 procent, vin för 42 procent, starköl för 28 procent och folköl för 7 procent av den totala försäljningen i Sverige. Fördelningen mellan dryckesslagen har förändrats över tid. Fram till slutet av 1990-talet utgjorde sprit huvuddelen av den registrerade försäljningen. Men parallellt med att försäljningen av sprit minskade markant fram till 2000, och därefter varit relativt konstant, har försäljningen av vin och öl ökat.

Konsumtionen är ojämnt fördelad. En liten andel av konsumenterna står för en stor andel av den totala konsumtionen. Män konsumerar mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor. År 2010 var den självrapporterade konsumtionen, vilken är väsentligt lägre än den skattade totalkonsumtionen, 5 liter bland män och 2,3 liter bland kvinnor. Åldersmässigt är den totala konsumtionen störst i åldern 20–30 år bland män och i åldern 16–25 år bland kvinnor (ibid.).

I 2010 års drogvanundersökning riktad till elever i årskurs 9 (15–16 år) uppgår den totala konsumtionen bland pojkar till 4,2

och flickor 1,9 liter per person. För pojkar är det den lägsta nivån sedan 1989 och för flickor sedan 1996 (CAN 2010).

13.2.2 Riskabel konsumtion

Riskabel alkoholkonsumtion föreligger när konsumtionen sker i sådan mängd eller på sådant sätt att den medför hälsorisker. Det finns inte någon allmänt accepterad definition av riskabelt alkoholbruk.²

År 2010 hade 13 procent i befolkningen 16–84 år riskabel alkoholkonsumtion, enligt Folkhälsoinstitutets definition. Det motsvarar ungefär 1 000 000 personer. Mellan 2004 och 2010 har den riskabla alkoholkonsumtionens omfattning inte förändrats nämnvärt.

Tabell 13.4 Riskabel alkoholkonsumtion i befolkningen 2004 och 2010

	Andel 2004		Andel 2010	
	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
<i>Totalt</i>	18	10	16	10
<i>Ålder:</i>				
16–29	37	25	31	26
30–44	17	8	17	7
44–64	13	6	13	6
65–84	4	1	4	2
<i>Födelseland:</i>				
Sverige	18	10	18	11
Övriga Norden	27	12	16	7
Övriga Europa	10	3	7	5
Övriga världen	11	5	6	5

Källa: Folkhälsoinstitutet, Nationella folkhälsoenkäten 2007 och 2008.

Riskabla alkoholvanor är vanligare bland män än kvinnor i samtliga åldersgrupper. Både bland män och kvinnor är andelen med riskabel alkoholkonsumtion högst i gruppen 16–29 år, 31 respektive 26 procent.

²I följande avsnitt används den definition som Statens folkhälsoinstitut tillämpar i den nationella folkhälsoenkäten. Enligt denna definition föreligger riskbruk av alkohol om minst ett av två kriterier är uppfyllda: (i) konsumtionen överstiger 14 standardglas alkohol i veckan för män och 9 standardglas för kvinnor, samt (ii) om man dricker en större mängd alkohol vid ett tillfälle (5 eller fler standardglas för män och 4 eller fler standardglas för kvinnor).

Personer födda i Sverige och övriga Norden har i större utsträckning riskabla alkoholvanor än de som är födda i övriga Europa och övriga världen men bor i Sverige.

Det riskabla alkoholbrukets utbredning varierar också mellan olika delar av landet.

13.2.3 Missbruk och beroende

Uppgifterna om utbredningen av missbruk (skadligt bruk) och beroende av alkohol i Sverige är osäkra eftersom det inte har gjorts några fördjupade epidemiologiska studier med strukturerade intervjuer utifrån de vedertagna diagnossystemen.

Med anledning av bristen på uppgifter har utredningen skattat antalet personer med missbruk eller beroende. Enligt skattningen, vilken ingår i utredningens forskningsbilaga (kapitel 4), uppgår antalet personer med beroende i den svenska befolkningen över 18 år till totalt 330 000 (4,38 procent) och antalet med missbruk eller beroende till 780 000 (10,34 procent). Detta är i nivå med jämförbara länder såsom Norge och USA.

Utredningen har också uppdragit åt Socialstyrelsen att göra en registerbaserad skattning av antalet personer med så kallat tungt alkoholmissbruk (Socialstyrelsen 2010). Skattningen utgår från personer som vårdats i sluten vård eller specialiserad öppen vård med alkoholdiagnos enligt patientregistret, det vill säga den mest vårdkrävande gruppen.

Antalet personer med tungt missbruk uppgår enligt skattningen till totalt cirka 80 000 personer. Andelen män och kvinnor är 70 respektive 30 procent. Den senaste tioårsperioden har antalet personer med tungt alkoholmissbruk ökat med cirka 20 procent. Även andelen kvinnor har successivt ökat.

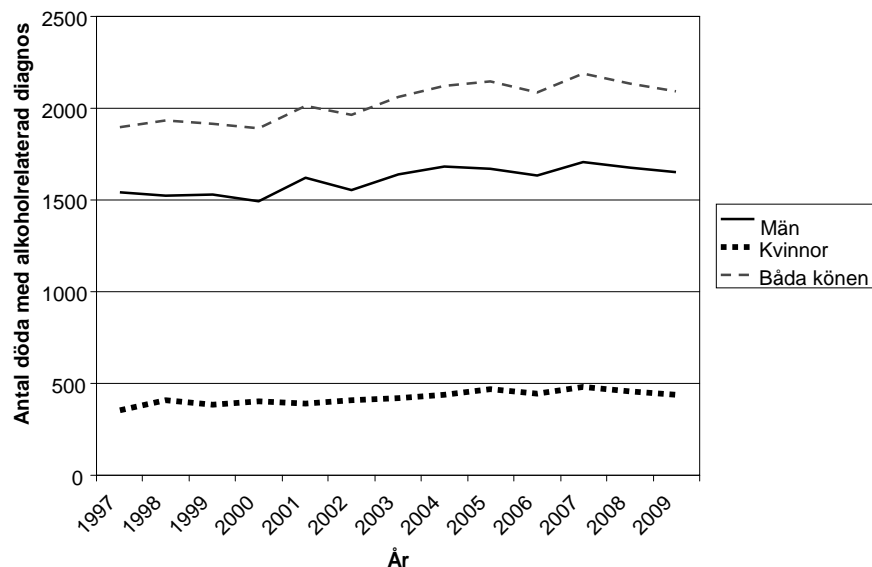
Resultaten visar också på stora regionala variationer. Antalet tunga alkoholmissbrukare per 100 000 invånare är dubbelt så stort i de län som har störst antal jämfört med de län som har minst antal.

13.2.4 Skadeverkningar

Alkohol kan relateras till ett antal sjukdomar och skador. Hög alkoholkonsumtion under lång tid kan leda till bland annat levercirros, bukspottkörtelinflammation, vissa cancerformer, hjärt-kärl-

sjukdomar samt neurologiska skador och demens. Akuta skador relaterade till hög konsumtion vid enskilda tillfällen är till exempel alkoholförgiftning och kroppsliga skador i samband med våld eller olycksfall. Därtill kan alkoholmissbruk ha negativa sociala effekter, bland annat i form av relations- och försörjningsproblem samt kriminalitet.

Figur 13.2 Alkoholrelaterad dödlighet (Alkoholindex) 1997–2009



Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Den alkoholrelaterade dödligheten kan följas med uppgifter från dödsorsaksregistret om antalet döda med alkoholrelaterad diagnos. År 2009 uppgick antalet alkoholrelaterade dödsfall till totalt knappt 2 100, varav cirka 1 650 män och 450 kvinnor.

Under perioden 1989–2009 har den alkoholrelaterade dödligheten successivt ökat, både bland män och kvinnor med cirka 15 procent. Den alkoholrelaterade dödligheten i dag är dock lägre än den hittills högsta noteringen från 1979 på cirka 2 300 dödsfall.

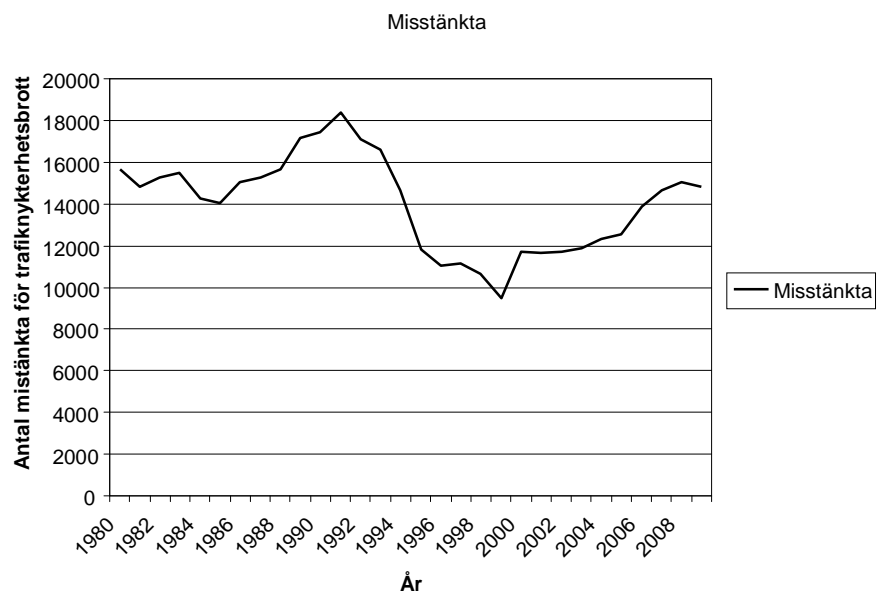
Åldersmässigt har den alkoholrelaterade dödligheten bland personer under 50 år halverats och i åldersgruppen 50–59 år minskat något. Bland personer äldre än 60 år har dödligheten däremot ökat.

Den alkoholrelaterade dödligheten varierar mellan olika delar av landet. År 2007 spände den mellan 17 och 26 dödsfall per 100 000 invånare (CAN 2010).

År 2008 vårdades drygt 100 män per 100 000 invånare och drygt 60 kvinnor per 100 000 invånare för alkoholförgiftning. Från slutet av 1990-talet till 2008 har det skett en påtaglig ökning av antalet personer som vårdas för alkoholförgiftning. Bland män har ökningen varit knappt 50 procent och bland kvinnor drygt 70 procent (Socialstyrelsen).

Alkoholkonsumtion har också negativa sociala konsekvenser i form av kriminalitet, bland annat rattfylleri- och våldsbrott. När det gäller våldsbrott visar en aktuell granskning att 7 av 10 gärningsmän varit berusade av alkohol vid misshandel mellan obekanta (BRÅ 2009).

Figur 13.3 Antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott



Källa: Brottsförebyggande rådet.

År 2009 uppgick antalet anmälda trafiknykterhetsbrott till totalt knappt 18 000. Från mitten av 1990-talet har det skett en viss ökning

av antalet anmälda brott. Dagens nivå är dock avsevärt lägre än den på 1980-talet och början av 1990-talet (se figur 13.3).

13.3 Narkotika

Med narkotika avses de medel som finns upptagna i Socialstyrelsens narkotikaförteckningar. Med narkotikamissbruk avses all icke-medicinsk användning av narkotiska preparat. Innehav och användning av narkotika är kriminaliserat. Vad som är kriminellt varierar dock mellan olika länder, även inom EU, till exempel när det gäller innehav och användning av cannabis.

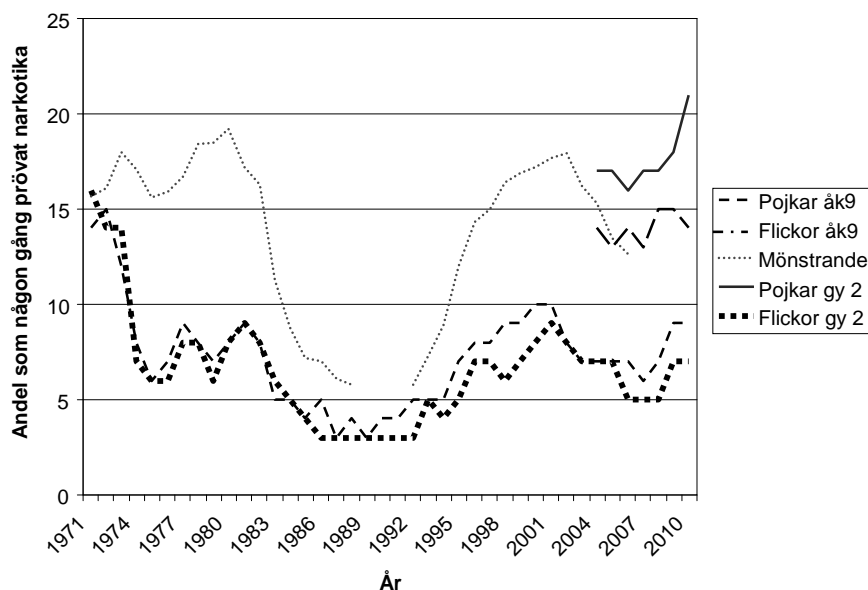
Narkotikan etablerades i Sverige vid mitten av 1960-talet varefter dess utbredning snabbt ökade fram till 1970-talet varefter situationen stabiliserades. Under 1990-talet ökade utbredningen av narkotikamissbruket på nytt, för att under början av 2000-talet återigen stabiliseras (jfr SOU 2004:3, s. 65).

Narkotikaanvändning kan omfatta allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbunden och långvarig konsumtion. I det följande beskrivs narkotikaanvändningen som riskabel konsumtion i meningen användning vid enstaka tillfällen samt missbruk eller beroende i meningen injektionsmissbruk vid minst ett tillfälle under det senaste året eller daglig eller nästan daglig användning av narkotika.

13.3.1 Riskabel konsumtion

De uppgifter som finns rörande befolkningens användning av narkotika över tid bygger i första hand på skolundersökningar. År 2010 uppgick andelen elever i årskurs 9 som någon gång använt narkotika till 9 procent bland pojkar och 7 procent bland flickor. Detta är lägre än i början av 2000-talet, men markant högre än på slutet av 1980-talet och början av 1990-talet.

Figur 13.4 Använt narkotika någon gång



Källa: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

I undersökningarna riktade till elever i andra året i gymnasieskolan (17–18 år) uppgav 2010 cirka 21 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna att de någon gång använt narkotika. Bland pojkar är detta den högsta noteringen sedan undersökningarna inleddes 2004. Bland flickor har nivån däremot varit i princip oförändrad.

Andelen som använt narkotika de senaste 30 dagarna uppgick i årskurs 9 i grundskolan till 3 procent bland pojkar och 2 procent bland flickor. Motsvarande andelar bland elever i andra året i gymnasieskolan var 5 respektive 2 procent.

Av en nyligen genomförd befolkningsundersökning riktad till 58 000 slumpvis utvalda personer mellan 15 och 64 år framgår att 23 procent av männen och 12 procent av kvinnorna någon gång använt narkotika. Det motsvarar cirka 600 000 män och 300 000 kvinnor. Andelen som använt narkotika under de senaste 30 dagarna uppgår till 2 procent bland män och 1 procent bland kvinnor. Det motsvarar totalt 77 000 personer, varav 53 000 män och 24 000 kvinnor (Folkhälsoinstitutet 2010).

Det är vanskligt att säga något om hur användningen av narkotika har förändrats över tid i befolkningen äldre än 18 år eftersom det saknas regelbundna undersökningar.

När det gäller olika narkotiska substanser kan konstateras att cirka 60 procent av dem som någon gång använt narkotika enbart använt cannabis medan mellan 5 och 10 procent enbart använt annan narkotika än cannabis.

Det geografiska mönster som framträder i undersökningarna är dock att narkotikaanvändningen är vanligast i storstadsområden och minst vanlig på mindre orter och i glesbygd.

13.3.2 Missbruk och beroende

Med tungt missbruk avses injektionsmissbruk vid minst ett tillfälle det senaste året eller dagligt eller så gott som dagligt bruk av narkotika. Olika skattningar har med delvis olika metoder genomförts 1979, 1987, 1998, 2003 och 2007. Den första genomfördes på initiativ av dåvarande Narkotikakommissionen, den så kallade UNO-undersökningen 1979. Undersökningar med liknande case-finding metodik genomfördes 1987 och 1998. Senare har enklare register-skattningar genomförts.

År 1998 skattades antalet personer med tungt narkotikamissbruk till totalt cirka 26 000 (mellan 24 500 och 28 500). Detta kan jämföras med 1992 års studie som skattade antalet till totalt cirka 19 000 (mellan 17 000 och 20 500) och 1979 års studie som skattade antalet till totalt 15 000 (mellan 13 500 och 16 500) (Ds S 1980:5, SOU 1987:22, Olsson m.fl. 2001, s. 23–30). Det innebär att antalet personer med tungt narkotikamissbruk ökade med drygt 25 procent mellan 1979 och 1987 och med drygt 35 procent mellan 1987 och 1998, vilket motsvarar en ökning om 2 procent per år under den förra perioden och 6 procent under den senare.

Enligt 2003 års skattning uppgick antalet personer med tungt narkotikamissbruk 1993 till cirka 26 000 och 2003 till 28 000, vilket motsvarar en ökning på 8 procent.

Enligt 2007 års skattning uppgick antalet personer med problematisk narkotikaanvändning eller tungt missbruk till totalt 29 500 (Socialstyrelsen 2009). Detta indikerar att antalet personer med tungt narkotikamissbruk mellan 2003 och 2007 har ökat med 3 500 personer eller drygt 13 procent.

Fördelningen mellan män och kvinnor var i princip densamma i de olika skattningarna, cirka tre fjärdedelar män och en fjärdedel kvinnor. Medelåldern bland personer med tungt narkotikamissbruk har ökat över tid, från 27 år 1979, till 32 år 1992, och till 35 år 1998.

Tungt missbruk av narkotika förekommer i hela landet, men är koncentrerat till större städer och i första hand till de tre storstadsregionerna. År 2003 skattades antalet personer med tungt narkotikamissbruk till cirka: 6 600 i Stockholms län, 5 000 i Västra Götalands län och 3 800 i Skåne län.

När det gäller användningen av olika narkotiska preparat visar 1998 års kartläggning att centralstimulantia, företrädesvis amfetamin, var huvuddrog i 32 procent av fallen. Näst vanligast var opiater, företrädesvis heroin, med en andel på 28 procent. Cannabis var huvuddrog för 8 procent av personerna med tungt missbruk. Över tid har opiater blivit mer vanligt som huvuddrog medan cannabis har blivit mindre vanligt (Olson m.fl. 2001, tabell 13).

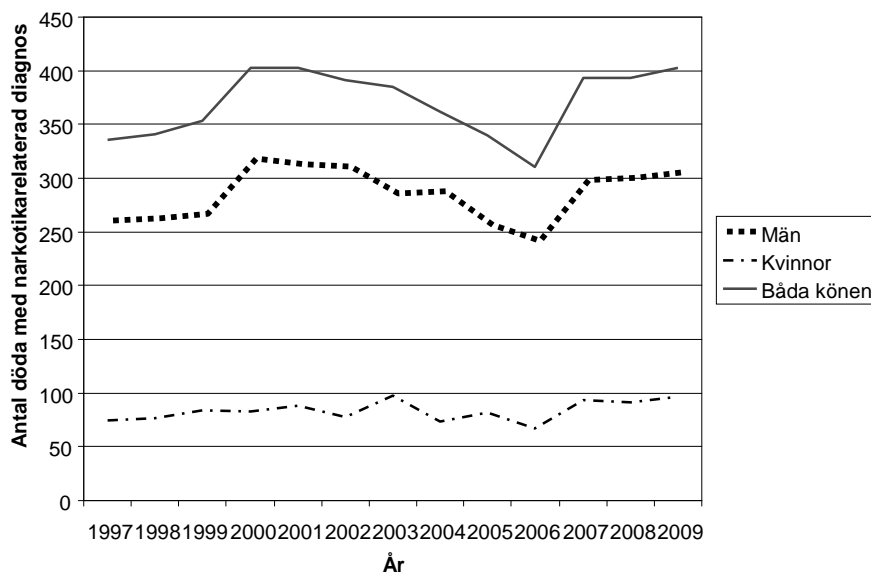
Utredningens prognos, vilken publicerats i kapitel 7 i forskningsbilagan förutspår en kraftig ökning av narkotikamissbruket.

13.3.3 Skadeverkningar

Narkotikaanvändning medför en allvarligt ökad risk för dödlighet till följd av narkotikaförgiftning (överdos), kroniska sjukdomar och kroppsliga skador.³ Nedan beskrivs utvecklingen dels av den narkotikarelaterade dödligheten samt av virusinfektioner med hiv samt hepatit B och C. Därtill finns sociala konsekvenser, inte minst i form av kriminalitet eftersom allt innehav och bruk av narkotika är illegalt.

³ Narkotikaanvändning har både individuella och sociala effekter. De individuella effekterna omfattar dels psykologiska effekter i form av bland annat personlighetsförändring och självstigma, dels medicinska eller biologiska effekter i form av bland annat akut risk för död i överdos, infektionssjukdomar (hiv, hepatit B och C etc.) och därmed förknippade komplikationer såsom levernekros/cirros, diverse bakterieinfektioner, mjukdelsinfektioner, stroke och annan hjärt-kärlsjukdom. De sociala effekterna omfattar bland annat kriminalitet, utsatthet, stigma och diskriminering, exponering för olyckor och brott samt hemlöshet och försörjningsproblem.

Figur 13.5 Narkotikarelaterad dödlighet (Narkotikaindex) 1997–2009



Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

År 2009 uppgick antalet döda med narkotikarelaterad diagnos enligt dödsorsaksregistret till drygt 400 personer. Av dessa var drygt 300 män och knappt 100 kvinnor. Antalet dödsfall 2009 är på den historiskt sett höga nivå som gällt under stora delar av 1990-talet. Dagens nivå är 15–20 procent högre än den var på 1990-talet. I jämförelse med övriga länder i Europa ligger Sverige nära genomsnittet.

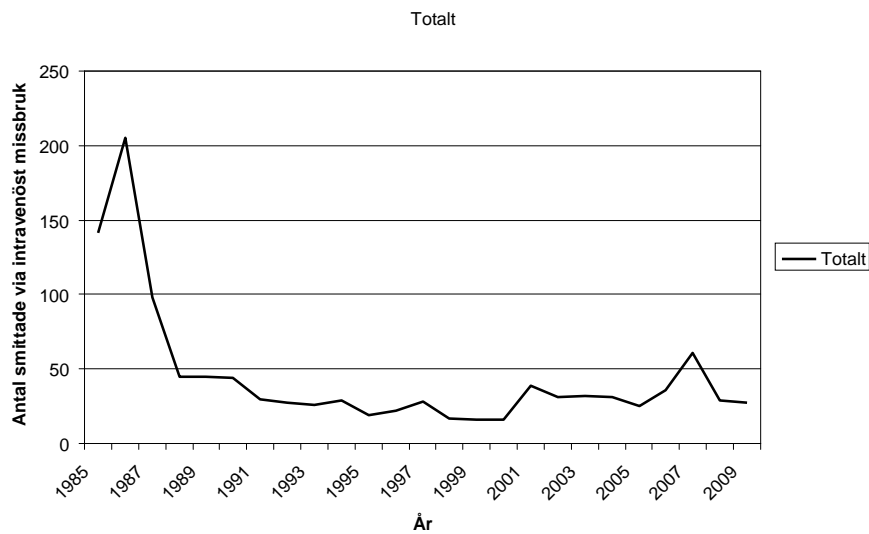
De regionala skillnaderna i narkotikarelaterad dödlighet är betydande. År 2009 varierade antalet dödsfall per 100 000 invånare mellan 8,8 och 2,4 mellan olika län.

År 2009 anmäldes totalt 486 fall av hivinfektion i Sverige, varav 27 hade smittats genom intravenöst missbruk. Sedan 1990 har antalet smittade genom intravenöst missbruk varit omkring 30 per år med några undantag, till exempel uppgick 2007 antalet fall till 61 (se figur 13.6).

Av de anmälda hiv-fallen 2008 var 12 män och 4 kvinnor. Aldermässigt var fallen fördelade enligt följande: 1 i åldersgruppen

25–29 år, 2 i åldersgruppen 30–39 år, 9 i åldersgruppen 40–49 år och 4 i åldersgruppen 50 år och äldre.

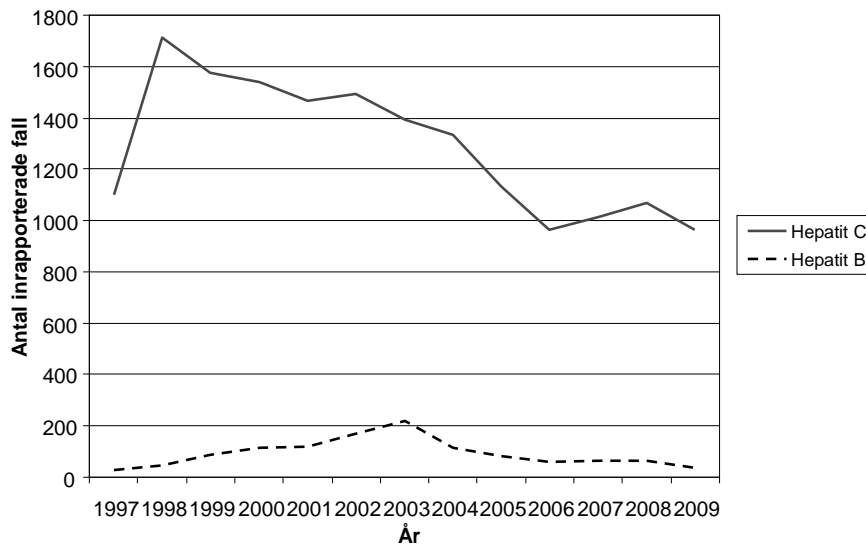
Figur 13.6 Fall av hiv intravenöst missbruk 1998–2009



Källa: Smittskyddsinstitutet.

År 2009 rapporterades 112 nya fall av hepatit B, varav 36 smittats genom intravenöst missbruk. Av dem som smittats genom intravenöst missbruk var 27 män och 9 kvinnor. Medianåldern var 33 år bland män och 26 år bland kvinnor. Alla utom ett fall smittades i Sverige.

Figur 13.7 Fall av hepatit B och C intravenöst missbruk 1997–2009

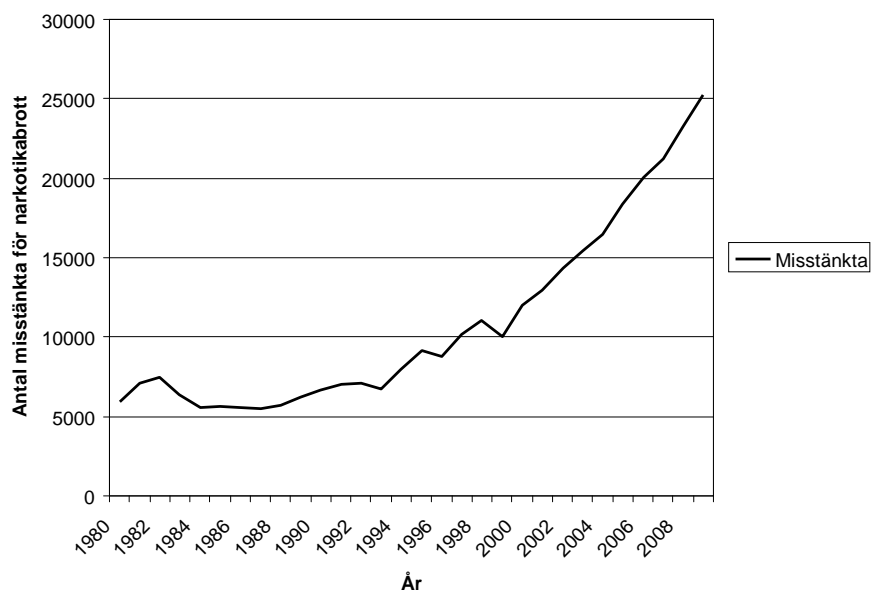


Källa: Smittskyddsinstitutet.

År 2009 anmäldes 2 215 fall av hepatit C, varav 963 smittats genom intravenöst missbruk. Antalet anmälda fall har minskat över tid. Av dem som smittades genom intravenöst missbruk 2009 var 679 män och 283 kvinnor.

Merparten av de anmälda fallen med hiv och hepatit B och C som smittats genom intravenöst missbruk återfinns i Stockholms, Skåne och Västra Götalands län.

Figur 13.8 Misstänkta för narkotikabrott 1980–2009



Källa: Rikspolisstyrelsen och Brottsförebyggande rådet.

År 2009 uppgick antalet personer som misstänkts för narkotikabrott till totalt 21 250. Antalet har ökat stadigt och påtagligt sedan mitten av 1990-talet.

13.4 Läkemedel

Uppgifterna är osäkra om problematisk läkemedelsanvändning i den svenska befolkningen. Av denna anledning har utredningen tagit fram nya uppgifter. Nedan beskrivs användningen av lugnande medel och sömnmedel (sedativa och hypnotika) samt smärtstillande medel (analgetika) utifrån tillgängliga registerdata och undersökningar.

13.4.1 Hypnotika, sedativa och opioider

Lugnande medel och sömnmedel (hypnotika och sedativa) som betecknas som narkotika innehåller bensodiazepiner eller substanser som är besläktade med dessa. Substanserna verkar på det centrala nervsystemet. I Sverige används ett tiotal bensodiazepiner, bland annat diazepam (Stesolid), flunitrazepam (Rohypnol), nitrazepam (Mogadon) och oxazepam (Sobril). Närbesläktade substanser är bland annat zopiklon (Imovane) och zolpidem (Stilnoct).

Smärtstillande medel (analgetika) som benämns narkotiska har det gemensamt att de antingen innehåller kemiska föreningar som ingår i opium (t.ex. morfin och kodein) eller syntetiska substanser som liknar dessa (t.ex. dextropropoxifen, petidin och ketobemidon). Substanserna har en dämpande effekt på det centrala nervsystemet och därigenom på olika former av smärta. Utöver smärtstillande effekter kan dessa substanser även ge ett rus. I Sverige säljs framför allt smärtstillande medel som innehåller kodein (t.ex. Citodon, Kodein och Treo Comp) och dextropropoxifen (t.ex. Dexofen, Distalgesic, Doleron och Doloxene).

År 2009 gjorde, enligt uppgifter från läkemedelsregistret, drygt 350 000 personer eller 4,8 procent över 18 år minst fyra uttag av hypnotika, sedativa eller opioider. Drygt 260 000 gjorde uttag av hypnotika eller sedativa och drygt 140 000 av opioider (exklusive buprenorfin och metadon). Jämfört med 2006 har antalet personer som gjort minst fyra uttag ökat från totalt 335 000 till 350 000. Uttagen av opioider har ökat mer än uttagen av hypnotika och sedativa.

13.4.2 Riskabel konsumtion

Av uppgifterna från läkemedelsregistret, vilka Läkemedelsverket tagit fram åt utredningen framgår att antalet personer som 2009 gjorde minst fyra uttag av hypnotika, sedativa eller opioider motsvarande en förbrukning av två eller fler normala dygnsdoser i genomsnitt per dag under ett år uppgick till totalt cirka 85 000 personer i befolkningen 18 år eller äldre.

Av en nationell enkätundersökning av narkotikaanvändningen i befolkningen 16 till 64 år framgår att andelen (antalet) personer som under den senaste månaden använt lugnande medel, sömn-

medel eller smärtstillande medel utan eller i strid med läkares ordination är 1,3 procent bland kvinnor (33 000) och 0,6 procent bland män (15 000). Tolvmånadersprevalensen är 2,9 procent (75 000) bland kvinnor och 1,9 procent (49 000) bland män. Livstidsprevalensen är 7,7 procent (200 000 personer) bland kvinnor och 4,4 procent (116 000) bland män.

Tabell 13.5 Inte förskrivna läkemedelsanvändning

	Kvinnor		Män	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Senaste månaden	33 000	1,3	15 000	0,6
Senaste året	75 000	2,9	49 000	1,9
Någon gång	200 000	7,7	116 000	4,4

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Av resultaten framgår också att cirka 2 300 (0,08 procent) kvinnor och 1 500 män (0,05 procent) i åldern 16–64 uppger att de använt sömnmedel eller lugnande medel utan eller i strid med läkares ordination minst fyra gånger per vecka under de senaste 30 dagarna.

Tabell 13.6 Inte förskrivna användning hypnotika och sedativa

	Kvinnor	Män
Max 1 gång per månad	1,17 %	0,52 %
2–4 gånger per månad	0,15 %	0,31 %
2–3 gånger per vecka	0,07 %	0,02 %
Minst 4 gånger per vecka	0,08 %	0,05 %

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Vidare framgår att cirka 1 500 kvinnor (0,05 procent) och 1 200 män (0,04 procent) i åldern 16–64 år uppger att de använt analgetika utan eller i strid med läkares ordination minst fyra gånger per vecka under de senaste 30 dagarna.

Tabell 13.7 Inte förskrivna användning analgetika

	Kvinnor	Män
Max 1 gång per månad	2,21 %	1,15 %
2–4 gånger per månad	0,18 %	0,30 %
2–3 gånger per vecka	0,16 %	0,34 %
Minst 4 gånger per vecka	0,05 %	0,04 %

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Personer med låg utbildning, sjuk- eller aktivitetsersättning, rökare och personer med riskabel alkoholkonsumtion använder i högre grad narkotikaklassade läkemedel utan ordination eller i högre dos eller oftare än vad som förskrivits (Folkhälsoinstitutet 2010).

13.4.3 Missbruk och beroende

Enligt en skattning baserad på DUDIT uppfyller 1,1 procent av den svenska befolkningen mellan 16 och 64 år eller 65 000 personer kriterierna för skadligt bruk eller beroende.⁴ (Folkhälsoinstitutet 2010).

I en skattning från 2006 beräknades andelen i befolkningen över 16 år som är fysiologiskt tillvanda 11 procent eller 92 000 och 18 procent eller 153 000 vara beroende (Folkhälsoinstitutet 2006, s. 20–24).

Utifrån uppgifter från patientregistret har utredningen skattat antalet personer som vårdas inom sjukvården för skadligt bruk eller beroende av hypnotika, sedativa och analgetika till totalt 13 000 i landet (se kapitel 12 i forskningsbilagan).

13.4.4 Skadeverkningar

Långvarig användning av narkotiska läkemedel kan ge upphov till en mängd allvarliga sjukdomssymtom, bland annat ångest, depression, sömnsvårigheter, nedsatt immunförsvar, ökad infektionskän-

⁴ DUDIT är ett formulär med 14 frågor som används för tidig upptäckt av problematisk användning av narkotika och läkemedel. Kriterierna innebär i korthet att personerna blir kraftigt påverkade av preparatet, att de har tagit preparatet och sedan låtit bli att göra någonting som man borde ha gjort minst en gång i månaden eller att de själva eller någon annan har blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) under det senaste året på grund av läkemedelsanvändning.

lighet, mag- och tarmbesvär, urinvägsbesvär, allmän eller kronisk trötthet, rygg- och nackbesvär, värk i muskler och leder samt hormonella förändringar (Folkhälsoinstitutet 2006).

År 2008 vårdades 2 977 personer för skadligt bruk eller beroende av hypnotika eller sedativa och 4 539 personer för skadligt bruk eller beroende av analgetika (inklusive personer i läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin). År 2006 uppgick antalet till 2 392 respektive 3 444. Det innebär en ökning för hypnotika och sedativa med 24 procent och för analgetika med 32 procent.

Antalet personer per 100 000 invånare som vårdas i slutenvård eller specialiserad öppen vård för missbruk (skadligt bruk) eller beroende hypnotika och sedativa varierar betydligt mellan olika delar av landet.

13.5 Dopningsmedel

Dopning avser otillåten hantering av sådana medel som omfattas av lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. De dopningsmedel som är förbjudna enligt lagen är syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska substanser som ökar produktion och frigörelse av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon. Dopningsbrott kan leda till fängelsestraff upp till fyra år.

Missbruk av dopningsmedel har sitt ursprung inom elitidrotten. Över tid har dock dopning spridit sig även till andra grupper, till exempel personer som använder dopningsmedel för att förverkliga kroppsliga estetiska ideal.

Det råder betydande osäkerhet om dopningens utbredning i Sverige. Utredningen har därför bland annat skattat antalet frekventa användare av dopningsmedel (se kapitel 13 i forskningsbilagan).

13.5.1 Riskabel konsumtion

Tillgängliga undersökningar indikerar att andelen unga och unga vuxna i Sverige som någon gång har använt dopningsmedel, företrädesvis anabola androgena steroider, uppgår till mellan 1 och 5 procent (CAN 2008, jfr Thiblin och Pettersson, 2005). Andelen i

befolkningen som helhet ligger i den nedre delen av intervallet, cirka 1 procent.

Under perioden 2004–2010 har mellan 0 och 1 procent av pojkar och flickorna i årskurs 9 respektive andra året i gymnasieskolan någon gång använt anabola androgena steroider (CAN 2010).

I internationell jämförelse framstår användningen av dopningsmedel i Sverige ha en utbredning som är i nivå med den som råder i flertalet länder i västra Europa, men mindre än i USA och länder i östra Europa (ibid.).

Uppgifter som utredningen inhämtat från Rättsmedicinalverket och Dopningslaboratoriet i Huddinge, som analyserat förekomsten av dopning bland personer misstänkta för narkotikabrott och trafikbrott samt i några fall slumpmässiga tester på arbetsplatser, kan tyda på att förekomsten av dopning är mer utbredd än vad som framkommer av tillgängliga undersökningar, företrädesvis skolundersökningarna.

I en studie från 2008 skattades antalet personer som någon gång har använt anabola androgena steroider till mellan 50 000 och 100 000, eller cirka 1 procent av Sveriges totala befolkning om drygt 9 miljoner invånare (Sjöqvist m.fl. 2008).

Användningen av dopningsmedel är starkt koncentrerad till yngre män i åldern 20–30 år. Detta bekräftas bland annat av statistik från Dopingjouren.

13.5.2 Missbruk och beroende

Antalet personer som har aktuell erfarenhet av användning av anabola androgena steroider har skattats till mellan 8 000 och 40 000 (Thiblin 2008).

Utredningen har skattat antalet frekventa användare av dopningsmedel i den svenska befolkningen till 10 000 personer (se kapitel 13 i forskningsbilagan).

Detta överensstämmer med en aktuell skattning av ettårsprevalensen för missbruk av dopningsmedel (Folkhälsoinstitutet 2009).

Även i anslutning till Narkotikautredningen bedömdes antalet så kallade frekventa användare av anabola androgena steroider uppgå till cirka 10 000 personer (SOU 2008:120, bilaga 5).

13.5.3 Skadeverkningar

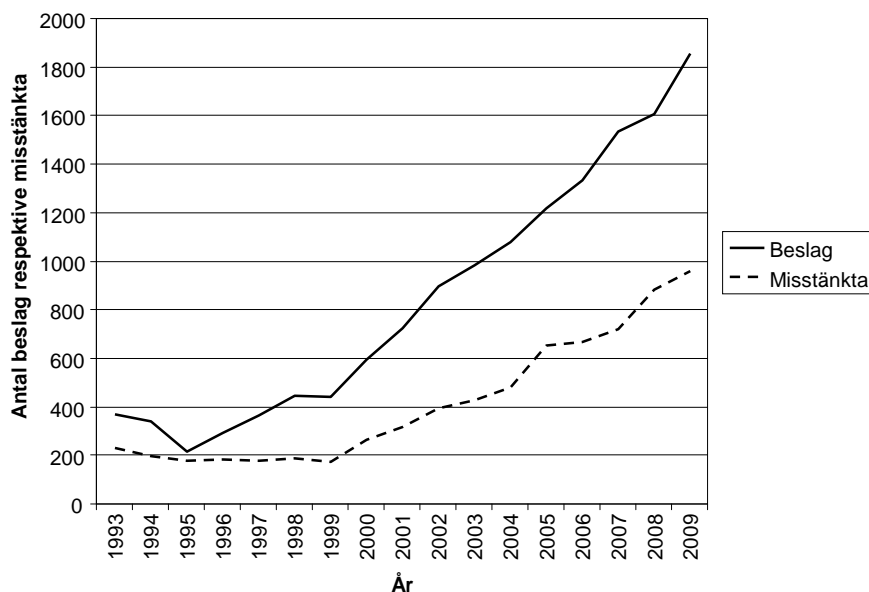
Missbruk av dopningsmedel medför en förhöjd risk för sjukdom och skador, men till skillnad från många andra läkemedel har dock inte anabola androgena steroider en dokumenterat akut giftighet vid överdosering. Utöver kroppsliga förändringar kan dopning medföra effekter i form av bland annat nedsatt fertilitet, ofördelaktig blodfetsprofil samt diverse hjärtrelaterade komplikationer. Vidare kan dopning medföra psykiska effekter i form av humör- och personlighetsförändringar, depressiva symptom och aggressivitet. Dessutom kan dopning ha sociala effekter, till exempel i form av kriminalitet och relationsproblem (jfr Folkhälsoinstitutet 2009).

Utredningen har låtit göra en rättskemisk undersökning av förekomst av dopningsmedel hos ett 100-tal personer vars död av rättsläkaren bedömts sannolikt vara orsakad av missbruk. Resultaten visar att 3 av 100 av de undersökta personerna hade använt dopningsmedel. Utifrån dessa resultat och tidigare forskning kan slutsatsen dras att ”våldsamt död” till följd av användning av dopningsmedel är förhållandevis ovanlig och att blandmissbruk som inkluderar dopningsmedel är relativt ovanligt (se kapitel 13 forskningsbilagan).

En nyligen genomförd utvärdering av patienter vid Resurscentrum för hormonmissbrukare i Göteborg visar på en kraftigt förhöjd dödlighet vid dopningsmedelsmissbruk. Sju av 102 män som besökt resurscentrum för vård och behandling under perioden 2000-2010 har avlidit jämfört med en förväntad dödlighet på 0,72, det vill säga tio gånger högre än förväntat (Thord Rosén, Dagens Medicin 2011).

Kriminalitet är en social konsekvens även av dopning. Under perioden 1993-2007 har antalet lagförda brott enligt lagen om förbud mot vissa dopningsmedel ökat (se figur 13.9).

Figur 13.9 Misstänkta för brott enligt lagen om dopningsmedel 1993–2009



Källa: Tullverket, Rikspolisstyrelsen och Brottsförebyggande rådet.

13.6 Blandmissbruk

Det är vanligt förekommande att personer med missbruk eller beroende använder flera olika substanser, till exempel att de använder flera olika narkotiska medel eller både narkotika och alkohol. Därtill kan missbruk av alkohol eller narkotika kombineras med olämpligt bruk av läkemedel eller dopningsmedel.

Många narkotikaanvändare har en hög alkoholkonsumtion. I 1998 års kartläggning av narkotikamissbrukets utbredning konstaterades att 42 procent av personerna som missbrukade narkotika samtidigt missbrukade alkohol. En något högre andel män än kvinnor hade problem med blandmissbruk i denna form, 43 respektive 38 procent (Olsson m.fl. 2001).

Av de drygt 900 personer som under 2008 tvångsvårdats enligt LVM framgår av intagningsintervjun i DOK att en dryg tredjedel dagligen har använt mer än en psykoaktiv substans. Cirka 25 procent har använt alkohol i kombination med narkotika och cirka 30 procent narkotika i kombination med läkemedel (Statens institutionsstyrelse 2009).

Bilden av att blandmissbruk är utbrett styrks också av den analys av ASI-dokumentation som utredningen låtit göra. Av klienterna har enligt nämnda studie cirka 70 procent problem med alkohol, 50 procent med narkotika och 25 procent problem med både alkohol och narkotika. En något större andel män än kvinnor har problem med både narkotika och alkohol (se kapitel 6 forskningsbilagan).

Även mellan användning av dopningsmedel och andra droger finns ett starkt samband. Undersökningar av personer som sökt vård för missbruk av dopningsmedel i Sverige har visat att upp till 95 procent av de sökande använt andra substanser tillsammans med anabola androgena steroider (Skårberg 2009). Andra studier, företrädesvis från andra länder, har visat att anabola androgena steroider i första hand kombineras med läkemedel (tillväxthormon, insulin, etc.) och i andra hand med narkotika (jfr Folkhälsoinstitutet 2009, s. 37).

13.7 Samsjuklighet

Utredningen har gått igenom forskning och andra uppgifter rörande förekomsten av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom (se kapitel 8 och 9 forskningsbilagan).

Mellan 30 och 50 procent av de personer som söker vård för missbruk eller beroende har också prevalens för psykisk sjukdom. Bland dem som söker vård för psykisk ohälsa har mellan 20 och 30 procent samtidigt missbruk eller beroende.

Mellan 30 och 70 procent av de personer som söker vård för missbruk eller beroende har samtidigt medicinska kroniska sjukdomar eller riskfaktorer. Mellan 5 och 10 procent av dem som söker somatisk vård har samtidigt missbruk eller beroende. Andelen varierar kraftigt mellan olika delar av den somatiska vården.

Inom tvångsvården enligt LVM har studier visat att cirka 60 procent av klienterna uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos (Gerdner och Fridell 2007). Av patienter vårdade enligt LPT eller LRV, som definitionsmässigt lider av allvarlig psykisk störning, hade vid en endagscensus 2008, nästan 50 procent kända problem med missbruk eller beroende och cirka 20 procent aktuella problem (Gerdner och Berglund 2009, s. 19).

Den analys av ASI-data som utredningen låtit göra visar att knappt 30 procent av missbruksklienterna, företrädesvis inom socialtjänsten, uppfyller kriterierna för svår psykisk störning (se kapitel 6 forskningsbilagan).

13.8 Barn i familjer med missbruksproblem

Uppgifterna om hur många barn som lever i familjer med missbruksproblem är osäkra. Av en aktuell kartläggning framgår att omkring 16 procent av papporna och 8 procent av mammorna har en riskabel alkoholkonsumtion. Detta innebär att cirka 380 000 barn lever i en familj med minst en förälder som har en riskabel konsumtion. Det går inte att bedöma antalet föräldrar med missbruk eller beroende. Cirka 25 000 föräldrar har vårdats inom hälso- och sjukvården för alkohol- eller narkotikadiagnos (Folkhälsoinstitutet 2008).

13.9 Missbruk och beroende i andra länder

Förekomsten av missbruk eller beroende av alkohol och andra droger och olika former av samsjuklighet i den allmänna befolkningen har studerats genom epidemiologiska studier utifrån strukturerade diagnostiska intervjuer med representativa urval av invånare.

Studier av detta slag har bland annat genomförts i Australien (NSMHWB, Teesson m.fl. 2000, Burns och Teesson 2002), Brasilien (SAO PAULO, Andrade m.fl. 2002), Kanada (MHSOHS, Ross 1995), Nederländerna (NEMESIS, Bijl m.fl. 1998, de Graaf m.fl. 2002), Norge (OSLO, Kringlen m.fl. 2001) och USA (ECA, Regier m.fl. 1990, NCS Kessler m.fl. 1997, NLAES, Grant 1995, NESARC, Grant m.fl. 2004, Stinson m.fl. 2005).

Någon motsvarande fördjupad epidemiologisk undersökning som är generaliserbar till befolkningsnivån har inte genomförts i Sverige.

Resultaten varierar mellan olika studier. Men andelen i befolkningen som uppfyllt kriterierna för missbruk eller beroende någon gång under livet (livstidsprevalensen) är drygt 20 procent och andelen som uppfyllt kriterierna under det senaste året (tolvmånadersprevalensen) är drygt 10 procent.

Tabell 13.8 Missbruk och beroende av alkohol och narkotika

Studie	Land	Alkohol			Droger			Blandmissbruk*
		Beroende	Skadligt bruk	Totalt	Beroende	Skadligt bruk	Totalt	
ECA	USA			(47,3)			(6,1)	(47,3)
NCS	USA				1,8 (7,5)		3,6 (11,9)	(32,0)
NLAES	USA				0,5 (2,9)		(5,9)	
NESARC	USA				0,6		2,0 (10,0)	33,1
MHSOHS	Kanada	2,9 (5,9)						(20,4)
NEMESIS	Nederländerna	3,7 (5,5)	4,6 (11,7)	8,3 (17,2)	0,8 (1,8)	0,5 (1,5)	1,3 (3,3)	
OSLO	Norge	6,6 (8,8)	4,0 (14,0)	10,6 (22,8)	0,6 (3,4)	0,2 (1,9)	0,9 (1,5)	
SAO PAULO	Brasilien	4,5 (5,5)			0,6 (1,1)			
NSMHWB	Australien	4,0			2,0		2,2	17,0

* Alkoholberoende i kombination med skadligt bruk eller beroende av droger.
No: Ett års prevalens (livstidsprevalens), procent av befolkningen.

Missbruk och beroende av alkohol är mest vanligt förekommande (Tabell 13.8). Tolvmånadersprevalensen uppgår till totalt cirka 10 procent. Omkring 4 procent av befolkningen uppfyller kriterierna för beroende.

Missbruk och beroende av andra droger är mindre vanligt förekommande. Tolvmånadersprevalensen uppgår till mellan 1 och 2 procent. Drygt 0,5 procent uppfyller kriterierna för beroende.

När det gäller läkemedel uppfyllde enligt NESARC-studien 0,22 procent kriterierna för beroende under det senaste året. Uppdelat per typ av läkemedel uppfyllde 0,07 procent kriterierna för beroende av sedativa läkemedel, 0,05 av lugnande läkemedel och 0,11 av opioidläkemedel (exklusive metadon) (Tabell 13.9).

Tabell 13.9 Missbruk och beroende av läkemedel

Studie	Land	Sedativa	Lugnande	Opioider*	Totalt
NCS	USA	0,05 (0,7)	0,10 (0,9)	0,20 (0,8)	0,40 (3,1)
NLAES	USA	(0,3)	(0,3)		(1,0)
NESARC	USA	0,07	0,05	0,11	0,23
NSMHWB	Australien			0,2	

* Exklusive metadon.

No: Ett års prevalens (livstidsprevalens), procent av befolkningen.

Blandmissbruk är relativt vanligt förekommande (Tabell 13.8). Av dem som någon gång under sin livstid uppfyllt kriterierna för alkoholberoende uppfyller mellan 20 och 50 procent även kriterierna för missbruk eller beroende av droger. Tolv månadersprevalensen för blandmissbruk i denna form uppgår till mellan 17 och 33 procent (Grant m.fl. 2004, Stinson m.fl. 2005, Teesson m.fl. 2000, Bruns och Teesson 2002). Det är betydligt vanligare att personer med missbruk eller beroende av droger samtidigt har missbruk eller beroende av alkohol än att personer med missbruk eller beroende av alkohol samtidigt har missbruk eller beroende av droger (Stinson m.fl. 2005).

De förhållandevis små skillnaderna mellan livstids- och tolv månadersprevalens indikerar att missbruks- och beroendetillstånd ofta har en mycket varaktig karaktär. Samtidigt har det visats att många personer över tid rör sig in och ut ur den grupp som uppfyller kriterierna för missbruk eller beroende (Blomqvist m.fl. 2002).

Samsjuklighet mellan missbruk och beroende och andra psykiatriska sjukdomstillstånd (depression, ångest, etc.) är också vanligt förekommande. Andelarna varierar betydligt mellan olika studier, vilket delvis förklaras av olikheter i metodik samt att olika studier screenar för olika samtidiga sjukdomstillstånd. Förekomsten av olika former av samsjuklighet är dock väsentligt lägre i den allmänna befolkningen jämfört med bland de individer som sökt vård och stöd för missbruk eller beroende.

Endast en liten andel av personerna med missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger söker vård och stöd (Andrade m.fl. 2002, Burns m.fl. 2002, Stinson m.fl. 2005, Teesson m.fl. 2000). Enligt NESARC-studien hade 16 procent av dem med missbruk eller beroende av droger, 6 procent av dem med missbruk eller beroende av alkohol och 22 procent av dem med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom sökt vård och stöd (Stinson m.fl. 2005).

Missbruk eller beroende är klart mer vanligt förekommande bland män än bland kvinnor medan flera andra psykiska sjukdomstillstånd är mer vanligt förekommande bland kvinnor än bland män. Arbetslöshet och arbetsoförmåga innebär en förhöjd risk för missbruk eller beroende. Missbruk eller beroende är mycket vanligt förekommande bland yngre personer, men minskar kraftigt med stigande ålder. Det senare kanske indikerar att hög alkoholkonsumtion bland unga bör betraktas som en del i en ungdomskultur

snarare än ett sjukdomstillstånd (Bijl m.fl. 1998, de Graaf m.fl. 2002, Kringlen m.fl. 2001). En alternativ förklaring är oklara diagnosbegrepp.

13.10 Sammanfattning och slutsatser

13.10.1 Missbrukets utbredning

Missbruket är ett stort och växande problem i Sverige. Alkohol är den vanligast använda potentiella missbrukssubstansen och står också för de största negativa konsekvenserna i form av dödlighet, sjukdom och skador relaterade till konsumtion av psykoaktiva substanser.

Antalet personer med riskabel alkoholkonsumtion uppgår enligt aktuella skattningar till cirka 1 000 000. Antalet personer med missbruk av alkohol uppgår enligt utredningens skattningar till cirka 330 000, och antalet med missbruk eller beroende av alkohol till cirka 780 000.

Tabell 13.10 Missbrukssituationen i Sverige

	Andel	Antal
Alkohol		
– Riskabel konsumtion		1 000 000
– Missbruk		780 000
– Beroende		330 000
Narkotika		
– Riskabel konsumtion (någon gång)		77 000
– Beroende (vårdade för narkotikadiagnos)		29 500
Läkemedel		
– Riskbruk (någon gång)		315 000
– Beroende		65 000
Dopningsmedel		
– Riskabel konsumtion (någon gång)	1 %	
– Missbruk och beroende (frekvent användning)		10 000
Blandmissbruk		
– Tungt narkotika och alkohol	40 %	
– Missbruksklienter med alkohol och narkotika (ASI)	25 %	

	Andel	Antal
Samsjuklighet		
– Missbruk (sökt vård) och psykisk sjukdom	30–50 %	
– Psykisk sjukdom (sökt vård) och missbruk	20–30 %	
– Missbruk (sökt vård) och somatisk sjukdom	30–70 %	
– Somatisk sjukdom och missbruk	5–10 %	

Narkotikamissbruket är mer begränsat, men i vissa former mycket allvarligt. Omkring 77 000 personer har en riskabel konsumtion. Antalet personer med tungt narkotikamissbruk har nyligen skattats till 29 500. Detta innebär att det skett en betydande ökning jämfört med tidigare skattningar. Narkotikans skadeverkningar har dock inte ökat i motsvarande omfattning.

Missbruk och beroende av läkemedel och dopningsmedel har tidigare inte uppmärksammats i någon större omfattning. Olämplig läkemedelsanvändning har dock en betydande utbredning. Cirka 315 000 har någon gång använt hypnotika, sedativa eller analgetika utan eller i strid med läkares ordination. Antalet personer med läkemedelsberoende har skattats till 65 000.

Dopningens utbredning framstår som förhållandevis begränsad. Upp till en 1 procent av befolkningen kan någon gång ha använt dopningsmedel. Antalet frekventa användare har utredningen skattat till cirka 10 000.

Blandmissbruk av flera olika psykoaktiva substanser är vanligt förekommande, i synnerhet bland personer med allvarligare former av missbruk och beroende.

Det kan konstateras att missbruk är ett stort och ökande problem. Missbrukssituationen har också förändrats från att först helt ha dominerats av alkohol och sedan länge ett betydande narkotikamissbruk genom att missbruk av läkemedel och dopningsmedel har tillkommit.

Den nya missbrukssituationen ställer krav på att utveckla vård för nya substansgrupper.

13.10.2 Samsjuklighet

Många personer med missbruksproblem lider av samsjuklighet. Mellan 30 och 50 procent av de som söker vård för missbruk eller beroende har prevalens för psykisk sjukdom. Mellan 20 och

30 procent av de som söker vård för psykisk ohälsa har samtidigt missbruk eller beroende. Mellan 30 och 70 procent av de som söker vård för missbruk eller beroende har somatiska problem. Mellan 5 och 10 procent av dem som söker somatisk vård har missbruk eller beroende.

Den utbredda samsjukligheten mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom ställer krav på att utveckla vård för samsjuklighet.

13.10.3 Kön, ålder och geografi

Riskbruk, missbruk och beroende är i högre grad ett problem bland män än bland kvinnor. Av dem med missbruk av alkohol eller narkotika är ungefär en tredjedel kvinnor och två tredjedelar män. Missbruk av läkemedel förefaller dock mer vanligt förekommande bland kvinnor medan missbruk av dopningsmedel i princip endast förekommer bland män.

Åldersmässigt är riskbruk av alkohol mest vanligt bland ungdomar och unga vuxna. Även experimentell användning av narkotika är mest utbredd bland unga. Medelåldern bland de som vårdats för alkoholdiagnos eller narkotikadiagnos var vid mitten av 2000-talet 51 respektive 35 år. Dopning är starkt koncentrerad till män mellan 20 och 30 år.

Psykoaktiva substanser används i hela landet, även om det finns variationer mellan landets olika delar. Alkoholproblem är vanliga i hela landet. Narkotikaproblem är koncentrerade till större städer och de tre storstadsregionerna i synnerhet. Detta gäller i första hand intravenöst missbruk. Även dopning är mer vanligt förekommande i tätbefolkade områden.

Skillnaderna i bruk och problem mellan män och kvinnor respektive olika åldersgrupper ställer krav på att anpassa vården för grupper med olika vårdbehov.

14 Statlig styrning och reglering

14.1 Lagstiftning, nationella riktlinjer, tillsyn

14.1.1 Lagstiftning

De flesta personer med missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger som erbjuds eller beviljas medicinska eller sociala insatser får dessa frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Både HSL och SoL är målinriktade ramlagar. Dessa lagar innehåller övergripande mål och ramar för verksamheten, men är inte detaljerade. Skälet för detta är bland annat att huvudmännen utifrån det kommunala självstyret ska ha en viss frihet att utforma insatserna utifrån lokala och regionala behov.

I vissa undantagsfall kan emellertid huvudmännen, det vill säga landstingen (regionerna) och kommunerna, även besluta om vård utan samtycke av personer med missbruk eller beroende. Detta regleras särskilt i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) respektive lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). LVM är ett komplement till SoL och LPT är ett komplement till HSL.

Nedan beskrivs kommunernas och landstingens uppgifter och ansvar enligt SoL och HSL, det vill säga för frivilliga vård-, behandlings- och stödinsatser som individen kan acceptera eller avböja. Tvångsvårdens reglering enligt LVM och LPT redovisas i kapitel 16.

Kommunens och landstingets ansvar

Kommunen har enligt 1 och 2 §§ SoL ansvaret för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta

ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Undantag från vistelsekommunens ansvar i förhållande till andra kommuner finns i vissa särskilda situationer. Kommunens uppgifter inom missbruksvården fullgörs vanligen av socialnämnden.

Landstinget ska enligt 3 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. Men även kommunen har ett visst ansvar för hälso- och sjukvård, bland annat för personer som bor i särskilt boende och som deltar i dagverksamhet samt för hemsjukvården om det finns en sådan överenskommelse med landstinget. Av 18 § framgår att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar dock inte omfattar sådan vård som meddelas av läkare. Den hälso- och sjukvård som är speciellt inriktad på missbruk och beroende bedrivs vanligtvis vid landstingets psykiatiska kliniker, ibland finns särskilda beroendekliniker.

Landstingens och kommunernas befogenheter och uppgifter inom vård- och omsorgsområdet kan genom uttryckligt lagstöd överlåtas mellan de två huvudmännen. Ett landsting eller en kommun får även sluta avtal med någon annan om att utföra vissa uppgifter. Landstingen är också skyldiga att organisera primärvården så att invånarna i landstingen fritt kan välja utförare. Detta framgår av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Även kommunerna kan tillämpa LOV inom socialtjänstens område, men detta är i dag frivilligt.

Ytterligare möjligheter att överlåta ansvaret för olika uppgifter framgår av lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra landstingets respektive kommunens uppgifter, även inom de områden som regleras av tvångslagstiftning. I förarbetena påpekas att lämpliga områden för samverkan genom gemensam nämnd kan vara verksamheter som gäller särskilt utsatta grupper, exempelvis personer med missbruk eller beroende (prop. 2002/03:20 s. 31). Det är dock än så länge ovanligt med gemensamma nämnder inom missbruks- och beroendområdet.

Huvudmännens skyldigheter gentemot individen

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Landstinget ska som nämnts ovan erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Kommunen har vissa begränsade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Huvudmännen ska dessutom enligt 3 b § och 18 b § HSL erbjuda invånarna bland annat habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Kraven på god hälso- och sjukvård innebär enligt 2 a § HSL bland annat att vården ska vara av god kvalitet, att den ska ha en god hygienisk standard samt att den ska tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården ska vidare så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. För att kunna erbjuda vård av god kvalitet måste vårdgivarna även uppfylla övriga krav som ställs på vården i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Socialtjänsten ska enligt 1 kap. 1 § SoL på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Den ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på människors självbestämmande och integritet. Även socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för personer med missbruksproblem. Ansvaret omfattar både förebyggande och individuella insatser. Det förebyggande ansvaret innebär enligt 3 kap. 7 § SoL bland annat att socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. För den som redan har hamnat i ett missbruk, har socialnämnden enligt 5 kap. 9 § SoL en skyldighet att aktivt verka för att den enskilde får den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samråd med den enskilde planera hjälpen och vården och bevaka att planen

fullföljs. Socialtjänstens ansvar är inte kopplat till att missbruket ska ha en viss omfattning eller varaktighet. Det finns ingen enhetlig definition av missbruk inom området, varken i SoL eller i dess förarbeten. Det är således upp till varje kommun att tolka begreppet.

Bedömning av individens behov av insatser

I 2 a § HSL sägs att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Efter den medicinska bedömningen ska insatser erbjudas utifrån en fastställd prioriteringsordning med fyra grupper. I den första prioriteringsgruppen ingår bland annat vård av livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar. I den andra gruppen ingår prevention, rehabilitering och habilitering. Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar ingår i grupp tre medan den sista gruppen omfattar vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Personer med missbruk eller beroende tillhör inte explicit någon prioriterad grupp. Deras vårdbehov kan, som för personer med andra sjukdomar och skador, variera över tid, vilket innebär att de under olika stadier kan hamna i olika prioriteringsgrupper. Exempel på insatser som en person med missbruk eller beroende kan få inom hälso- och sjukvården är abstinensvård, somatisk vård, psykiatrisk vård samt läkemedelsassisterad behandling.

En person med missbruk eller beroende har inte någon uttrycklig rätt till hälso- och sjukvårdsinsatser i den mening att insatserna är juridiskt framtvångbara. I stället har sjukvårdshuvudmännen och personalen vissa skyldigheter enligt HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659). Möjlighet att överklaga till domstol finns endast för vissa beslut om tvångsvård. Valet av insats ska bestämmas i samråd med den enskilde. I vissa fall har den enskilde rätt till förnyad medicinsk bedömning (second opinion). När det finns flera behandlingsalternativ som uppfyller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten enligt 3 a § HSL erbjudas möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar om det med hänsyn till bland annat kostnaderna framstår som befogat.

Inom socialtjänstens område gäller enligt 4 kap. 1 § SoL att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning (försörjnings-

stöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Detta innebär att den enskilde har uttalade rättigheter och att beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § kan överklagas till de allmänna förvaltningsdomstolarna. Socialnämnden får enligt 4 kap. 2 § SoL också ge bistånd utöver vad som följer av ovanstående bestämmelse, till exempel rådgivning. Sådana beslut kan dock inte överklagas.

Rätten till bistånd utgår från den enskildes behov och förutsätter i allmänhet att den enskilde vänder sig till socialnämnden med en ansökan, varefter nämnden utreder hjälpbehovet. Nämnden är enligt 11 kap. 1 § SoL emellertid skyldig att utreda ett hjälpbehov även utan en ansökan, om nämnden får kännedom om att det kan bli aktuellt att vidta åtgärder.

Försörjningsstöd lämnas enligt 4 kap. 3 § SoL för skäliga kostnader för exempelvis boende, livsmedel, kläder och skor. Denna del av biståndet beräknas enligt en riksnorm. Begreppet livsföring i övrigt avser alla de olika behov som den enskilde kan ha för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå och som inte omfattas av försörjningsstödet. För personer med missbruk kan det handla om vård- och behandlingsinsatser i öppen eller sluten vård, till exempel i form av rådgivning eller vistelse vid behandlingshem. Även inom socialtjänsten ska valet av insats bestämmas i samråd med den enskilde. Socialnämnden ska beakta den enskildes önskemål om insats men också göra en avvägning av insatsens lämplighet samt kostnaden för den önskade insatsen i jämförelse med andra insatser.

Tillgänglighet

Inom hälso- och sjukvården har det inte funnits lagreglering om vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har träffat frivilliga överenskommelser om längsta godtagbara väntetider, så kallade vårdgarantier.

Våren 2010 beslutade emellertid riksdagen i enlighet med regeringens proposition (2009/10:67) *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* att

den nationella vårdgarantin ska regleras i lag från och med den 1 juli 2010.

Beslutet innebär att vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti), besöka den specialiserade vården (besöksgaranti) samt erhålla planerad vård (behandlingsgaranti). Landstinget ska vidare se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne kan få vård hos annan vårdgivare om tidsgränserna inte uppfylls beträffande besöks- och behandlingsgarantierna för planerad vård inom hemlandstinget.

Tidsgränserna för vårdgarantins olika delar regleras dock inte i HSL, utan genom förordning (2010:349) om vårdgaranti.

Enligt 11 kap. 1 § SoL ska socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning om vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Det finns inte några reglerade vård- eller behandlingsgarantier utöver bestämmelserna om bistånd.

Om en kommun inte inom skälig tid tillhandhåller bistånd som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden eller domstol, ska kommunen enligt 16 kap. 6 a § SoL åläggas att betala en särskild avgift. Vad som är skälig tid framgår av praxis. Motsvarande bestämmelser finns beträffande beslutade insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Individens möjlighet att välja utförare

Det finns inte något i lagstiftningen som begränsar möjligheterna för patienten inom ett landsting att välja var han eller hon vill ha vård, oavsett om det avser primärvård eller specialiserad vård. Sjukvårdshuvudmannens egna regler om remisstvång kan emellertid begränsa den enskildes val.

Patienten har enligt 3 a § HSL inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om hemlandstinget kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Riksdagens beslut i enlighet med regeringens proposition (2009/10:67) *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning* innebär emellertid att landstinget från och med den

1 juli 2010 ska se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne ska kunna få vård hos annan vårdgivare om vårdgarantins tidsgränser inte uppfylls i hemlandstinget.

Inom socialtjänsten är det vistelsekommunen som ansvarar för insatsen enligt SoL. Den enskilde kan alltså inte ansöka om en insats hos annan kommun. Det finns dock undantag från vistelsekommunens ansvar i förhållande till andra kommuner om den enskilde exempelvis vistas på kriminalvårdsanstalt eller vårdas på sjukhus på initiativ av någon annan än vistelsekommunen.

Personalens kompetens och skyldigheter

Inom hälso- och sjukvårdens område finns ett krav enligt 2 e § HSL att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter framgår av patientsäkerhetslagen (2010:659).

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses bland annat den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården. För närvarande finns 21 legitimationsyrken. Exempel på legitimerade yrkesgrupper som kommer i kontakt med personer med missbruk eller beroende är läkare, psykolog, sjuksköterska, barnmorska och arbetsterapeut. Yrkesgrupper som inte är legitimerade men som räknas som hälso- och sjukvårdspersonal inom landstinget, är bland annat kurator (socioonom) och undersköterska (mentalskötare). En viktig skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal är att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär enligt patientsäkerhetslagen själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Kraven på personalen inom socialtjänsten regleras inte i någon särskild lag, utan framgår av SoL. Ett allmänt krav är att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vad som avses med lämplig utbildning och erfarenhet regleras dock inte närmare i lagen eller förarbetena. Det finns inte heller några särskilda bestämmelser om personalens skyldigheter, exempelvis om att tillämpa kunskapsbaserade metoder.

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning av ärenden som avser personer med funktionshinder, äldre samt barn och unga. För handläggning av ärenden som avser personer med missbruksproblem finns inga särskilda

kompetenskrav formulerade. Exempel på yrkesgrupper inom socialtjänstens område som arbetar med personer med missbruk eller beroende är socialsekreterare och behandlingsassistenter. Många socialsekreterare är utbildade socionomer, men det finns inget reglerat krav på en viss utbildning för att utföra sådana uppgifter.

Barnskyddsutredningen (dir. 2007:168) föreslog i betänkandet *Lag om stöd och skydd för barn och unga* (SOU 2009:68) att socio-nomexamen ska krävas för myndighetsutövande personal inom den sociala barn- och ungdomsvården.

Behörighetsutredningen (dir. 2009:25) prövade frågan om att införa kompetenskrav för personal inom socialtjänsten och legitimationskrav för kuratorer inom hälso- och sjukvården. I betänkandet *Behörighet och kompetens* (SOU 2010:65) föreslog utredningen att det ska ställas krav i lag på socionomexamen eller annan motsvarande examen för att utföra vissa uppgifter inom socialtjänsten. Vidare bedömde utredningen att inte några ytterligare grupper ska regleras inom hälso- och sjukvården utöver dagens 21 legitimationsyrken.

Dokumentation och sekretess

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen (2008:355) skyldig att föra patientjournal vid vård av patienter inom hälso- och sjukvårdens område. Personal inom socialtjänsten ska enligt bestämmelserna i 11 kap. 5 § SoL dokumentera handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling. Dokumentationsplikten inom både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område förutsätter individuella insatser.

Enligt bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL) är sekretess huvudregeln inom offentlig hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lagen omfattar både uppgiftslämnande till enskilda och mellan myndigheter. Sekretess gäller enligt 8 kap. 2 § OSL mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra.

I lagen finns flera sekretessbrytande bestämmelser, bland annat en uttrycklig uppgiftsskyldighet mellan myndigheter, vid misstanke om vissa brott och när det finns misstanke om att barn far illa. Ett vanligt undantag från sekretessen är att den enskilde själv efterger

sekretessen, helt eller delvis. Med den enskildes samtycke kan myndigheter utbyta sekretessbelagda uppgifter för att exempelvis åstadkomma ett bättre samarbete i ett individuellt ärende.

Mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns inte någon generell skyldighet att lämna uppgifter om enskildas personliga förhållanden. Däremot finns det i 25 kap. 12 § OSL en sekretessbrytande regel som innebär att sekretess inte hindrar att uppgift om enskild eller närstående till denne lämnas från hälso- och sjukvården till socialtjänsten, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Förutsättningar är att den enskilde inte har fyllt 18 år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller vårdas utan samtycke med stöd av LPT eller LRV. Detsamma gäller i fråga om utlämnande av uppgift om en gravid kvinna eller närstående till henne, om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Även personal som arbetar inom enskild (privat) hälso- och sjukvård och socialtjänst har tystnadsplikt och måste beakta sekretess. Detta regleras särskilt eftersom bestämmelserna i OSL inte gäller utanför den offentliga verksamheten.

14.1.2 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsen har givit ut nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007). Riktlinjerna gäller både medicinska och psykosociala insatser som ges inom landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst. Riktlinjerna omfattar insatser vid missbruk eller beroende av narkotika och alkohol, men inte läkemedel eller dopningsmedel. De omfattar också personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom samt gravida kvinnor med missbruksproblem. Riktlinjerna omfattar däremot inte andra målgrupper med specifika vårdbehov såsom barn och ungdomar samt kvinnor som varit utsatta för fysiskt våld eller sexuella övergrepp (jfr kapitel 23).

Det bör noteras att de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården är de första av Socialstyrelsens riktlinjer som gäller både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Riktlinjerna tydliggör dock inte kommunernas och landstingens ansvar för olika insatser eller olika målgrupper. Ansvaret måste sålunda tydliggöras

regionalt och lokalt i samband med implementeringen av riktlinjerna.

Staten har avsatt medel för att under perioden 2008–2010 implementera de nationella riktlinjerna. Som ett led i detta arbete har regeringen slutit en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL). Överenskommelsen innebär att regeringen finansierar ett projekt, benämnt Kunskap till praktik, som SKL driver (se SKL, Kunskap till praktik). Det övergripande syftet med överenskommelsen är att bygga upp det kvalificerade stöd som kommuner och landsting behöver för att utveckla sitt arbete i linje med de nationella riktlinjerna samt att skapa en organisatorisk struktur för erfarenhetsutbyte, främjande av samverkan mellan kommuner, landsting samt forskning och utveckling.

De delmål som SKL har formulerat för projektet är: att ha utvecklat vårdkedjan så att nödvändiga insatser är tillgängliga och kan erbjudas på lokal nivå; att ha tydliggjort ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och utveckla former för samverkan, samt; att ha personal med adekvat utbildning och aktuell kompetens för att fullgöra sina arbetsuppgifter i enlighet med de nationella riktlinjerna.

Enligt överenskommelserna, vilka sluts årsvis, har regeringen för perioden 2008–2010 avsatt cirka 85 miljoner kronor. Det är ännu för tidigt att bedöma effekterna av denna satsning. Det kan dock konstateras att hösten 2009 hade samtliga län slutit avtal med SKL om att delta i projektet.

14.1.3 Tillsyn

Socialstyrelsen utövar enligt 7 kap. patientsäkerhetslagen tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen samt över all hälso- och sjukvårdsverksamhet oavsett om den drivs i offentlig eller enskild (privat) regi. Tillsynen omfattar således den hälso- och sjukvårdsverksamhet som exempelvis bedrivs av landsting, kommun, statlig myndighet eller privat företag. Den enda hälso- och sjukvård som inte omfattas av tillsynen är den som bedrivs inom försvarsmakten.

Den statliga tillsynen över socialtjänsten överfördes den 1 januari 2010 från länsstyrelserna till Socialstyrelsen. Den är numera integrerad med tillsynen över hälso- och sjukvården, såväl organisatoriskt som operativt. Tillsynen omfattar också privat verksamhet inom socialtjänstens område.

Regeringen har beslutat (S2008/3958/ST) om en förstärkt tillsyn av missbruks- och beroendevården under perioden 2008–2010. Syftet med tillsynen, som genomförs av Socialstyrelsen tillsammans med länsstyrelserna, är att stärka skyddet för personer med missbruk eller beroende för att de ska få sina vårdbehov tillgodosedda samt att säkerställa att den enskilde är delaktig i planeringen. Länsstyrelserna ska bland annat granska ett urval av öppenvårdsverksamheter och samtliga hem för vård eller boende (HVB) som erbjuder frivillig institutionsvård, undersöka om det finns brister i samverkan inom och mellan kommuner eller mellan olika huvudmän, granska dokumentation och handläggning i samtliga kommuner, granska hur barns och andra närståendes situation uppmärksammas samt verka för en kunskapsbaserad vård i kommunerna i enlighet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Resultaten från tillsynen ska avrapporteras till regeringen under första halvåret 2011.

14.2 Nationella politiska styrdokument

Traditionellt har den svenska alkohol- och narkotikapolitiken i hög grad hanterats som två parallella spår. Under senare år har dock alkohol och narkotika tillsammans med dopningsmedel och tobak (ANDT) i allt högre grad integrerats som delområden inom ramen för folkhälsopolitiken.

På alkohol- och narkotikaområdet har riksdagen även antagit nationella handlingsplaner för perioden 2006–2010: Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador respektive Nationell handlingsplan mot narkotika. Syftet med planerna är att ange inriktningen för samhällets insatser inom det alkohol- och narkotikapolitiska området under den aktuella perioden (prop. 2005/06:30, s. 1).

14.2.1 Alkoholpolitiken

Sverige har traditionellt haft en omfattande och restriktiv alkoholpolitik med ambitiösa mål om att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Den befolkningsinriktade strategin har fokuserat på prevention bland annat genom reglering av alkoholkonsumtionen, höga alkoholskatter, statligt återförsäljningsmo-

nopol, begränsad privat import av alkohol från utlandet och kommunal kontroll av utskänkningen. I och med det svenska medlemskapet i EU 1995 minskade möjligheterna att bedriva denna typ av preventiv politik. Sedan mitten på 1990-talet har den svenska politiken följaktligen delvis ändrat inriktning. Den har dock fortfarande ett starkt fokus på förebyggande insatser.

År 2001 beslutade riksdagen om den första nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador i syfte att ange den strategiska inriktningen för samhällets insatser inom alkoholområdet under perioden 2002–2005 (prop. 2000/01:20). I handlingsplanen redovisades riktlinjerna för det alkoholpolitiska arbetet nationellt och internationellt för den kommande femårsperioden. Riksdagens beslut om handlingsplanen för 2006–2010 innebar inte någon förändring av riktlinjerna, men med vissa nya prioriteringar av insatser (prop. 2005/06:30).

14.2.2 Narkotikapolitiken

Den svenska narkotikapolitiken är restriktiv i den mening att användning av droger är illegal. År 1977 formulerades det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle, vilket fortfarande gäller (prop. 1977/78:105). Narkotikapolitiken vilar på tre ben: information och prevention, kontroll samt vård och behandling. Den svenska narkotikapolitiken har ännu i dag samma övergripande inriktning när det gäller mål och insatsområden.

Den jämförelsevis låga förekomsten av experimentell narkotikaanvändning och det låga antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika samt den låga incidensen indikerar att den svenska narkotikapolitiken har varit framgångsrik, även om det alltid är svårt att isolera och utvärdera effekterna av en nationell politik (Boekhout van Solinge 1997).

Riksdagen beslutade 2001 om en nationell handlingsplan mot narkotika i syfte att ange den strategiska inriktningen för samhällets insatser inom narkotikaområdet under perioden 2002–2005 (prop. 2001/02:91). Riksdagens beslut om handlingsplanen för 2006–2010 innebar inte någon förändring av den övergripande strategiska inriktningen för narkotikapolitiken (prop. 2005/06:30).

14.2.3 Samlad strategi för ANDT-området

Våren 2011 beslutade riksdagen om regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47). Syftet med strategin är att ange mål och inriktning samt samordna samhällets insatser inom ANDT-området under perioden 2011–2015.

Det övergripande målet för ANDT-politiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk.

Strategin innehåller sju långsiktiga mål för ANDT-arbetet. Målen gäller tillgångs- och tillgänglighetsbegränsande arbete, skydd av barn och ungdomar, förebyggande arbete, tidiga insatser, vård och behandling samt riktlinjer för samarbetet med andra länder inom EU och internationellt. Till de långsiktiga målen knyts nationellt prioriterade mål som ska uppnås under strategiperioden.

I strategin betonas också behovet av att förbättra samarbetet mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och organisationer.

14.2.4 Mål för dopningspolitiken

Det övergripande målet för dopningspolitiken, vilket slogs fast genom ett riksdagsbeslut 2003, är ett samhälle fritt från dopning (prop. 2002/03:35). Inom Regeringskansliet har en arbetsgrupp presenterat en handlingsplan mot dopning inom idrotten (Ds. 2002:4). Av handlingsplanen framgår att det övergripande målet bör vara att all idrottsverksamhet ska vara dopningsfri. Regeringen tillsatte 2009 en kommitté med uppdrag (dir. 2009:116) att lämna förslag om framtida organisation för antidopningsverksamheten. Utredningen redovisade sitt uppdrag i februari 2011 i betänkandet *Antidopning – En ny väg för arbetet mot doping* (SOU 2011:10).

14.2.5 Regeringens åtgärdsprogram för ANDT-området

Sedan 2009 har regeringen låtit utarbeta årliga åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT-området). Programmen ska beskriva de insatser som görs inom

olika politikområden som är av relevans för ANDT-området och redovisa regeringens prioriteringar.

Åtgärdsprogrammet för 2009 innehåller en bred beskrivning av insatser som görs inom olika politik- eller verksamhetsområden med relevans för alkohol, narkotika, dopning och tobak. Programmet innehåller inte mindre än 18 prioriterade områden: en modern och ändamålsenlig lagstiftning, förstärkt tillsyn på alkohol- och tobaksområdet, samverkan för effektiv brottsbekämpning, upprätthållande av detaljhandelsmonopolet, aktiv prispolitik till skydd för folkhälsan, användning av beprövade och utvärderade förebyggande metoder i reguljär verksamhet, information till prioriterade målgrupper, förebyggande insatser i skolan, fördjupad samverkan med den ideella sektorn, ökad kunskap om dopning, insatser mot alkohol och narkotika i trafiken, nationell strategi för missbruks- och beroendevården, insatser för barn i utsatta miljöer, förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården, hållbar struktur för nationellt, regionalt och lokalt utvecklingsarbete, forskning och kunskapsuppbyggnad, fortsatt restriktiv och folkhälsobaserad politik inom EU och globalt samt internationellt samarbete mot narkotika (Socialdepartementet 2009).

Åtgärdsprogrammet för 2010 utgår från den inriktning och de 18 prioriterade områden som lades fast i 2009 års program, men lyfter särskilt fram sju områden inom vilka samverkan och samordning ska fördjupas och förstärkas: insatser för barn och unga i riskzonen, främjande och förebyggande arbete i skolan, förebyggande och bekämpande av grov organiserad brottslighet, kunskap om dopning och GHB, alkohol och narkotika i trafiken, kunskap om marknadsföring av alkohol och tobak och försäljning av narkotika och dopningsmedel via Internet samt dialog för ökad samverkan och samordning (Socialdepartementet 2010).

14.2.6 Strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården

Regeringen beslutade våren 2008 om en strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården (Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2008-04-24, nr III:5). Syftet med strategin är att ge en samlad bild av regeringens insatser för att utveckla missbruks- och beroendevården, inriktningen på utvecklingsarbetet perioden 2008–2010 och insatser som ska genomföras under 2008.

Strategin sätter upp tre mål för utvecklingsarbetet: förbättrad kvalitet, ökad likvärdighet samt ökad tillgång till insatser för grupper som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Vidare konstateras att missbruks- och beroendevården ingår som en del i regeringens alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplaner (prop. 2005/06:30), vilka anger den övergripande inriktningen för samhällets insatser inom det alkohol- och narkotikapolitiska området under perioden 2006–2010. Strategin anger således hur de två handlingsplanernas mål och intentioner avseende missbruks- och beroendevården ska uppnås.

Insatser för att förbättra kvaliteten omfattar bland annat en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, valfrihetssystem inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt utveckling av statistik och kvalitetsindikatorer (s. 5–7). Insatser för ökad likvärdighet omfattar förstärkt och samordnad tillsyn av socialtjänst och hälso- och sjukvård samt en ny mer oberoende tillsynsorganisation (s. 8). Insatser för att öka tillgången till vård och stöd för grupper som har svårt att få sina behov tillgodosedda omfattar förstärkt stöd till barn i familjer med missbruksproblem, ökad kunskap om kvinnors specifika behov av vård och stöd, förbättrad vård för personer med opiatberoende och personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom, förebyggande av överkonsumtion och beroende av narkotikaklassade läkemedel, utvecklad samverkan mellan kriminalvård, psykiatri och socialtjänst, förstärkt vårdkedja för personer med missbruk eller beroende som tvångsvårdas enligt LVM samt bättre omvårdnad av personer som omhändertas enligt LOB (s. 9–15).

14.2.7 Nationell samordning

Mot bakgrund av att alkohol- och drogfrågornas hantering kräver insatser inom flera sektorer och politikområden föreligger ett betydande behov av samordning. Sedan den 1 januari 2008 finns en ny organisatorisk struktur för nationell samordning inom ANDT-området. Den består dels av ett externt rådgivande organ, dels av ett sekretariat med uppgift att samordna regeringskansliets arbete inom ANDT-området och dels av en interdepartemental arbets-

grupp med uppgift att utveckla styrningen av de statliga myndigheterna med uppdrag inom området.

ANDT-rådet

Rådet för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobaksfrågor (ANDT-rådet) är ett rådgivande organ till regeringen inom ANDT-området och informerar regeringen om bland annat forsknings- och utredningsresultat med relevans för politiken inom området. I rådet ingår representanter för berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och idéburna organisationer samt forskare. Ordförande för rådet är en statssekreterare vid Socialdepartementet.

ANDT-sekretariatet

Inom Regeringskansliet finns en samordningsfunktion med uppgift att koordinera regeringens insatser och effektivisera myndighetsstyrningen inom ANDT-området. Samordningsfunktionen består dels av ANDT-sekretariatet vid Socialdepartementet och dels av en arbetsgrupp under ledning av Socialdepartementet med representanter från samtliga berörda departement. Samordningsfunktionen inrättades i samband med att de båda kommittéerna Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika upphörde den 1 januari 2008.

ANDT-sekretariatet ska samordna Regeringskansliets samlade arbete om alkohol, narkotika, dopning och tobak. En huvuduppgift för sekretariatet är att sammanställa de årliga åtgärdsprogrammen som beskriver regeringens politik och prioriteringar inom ANDT-området. Utgångspunkten för åtgärdsprogrammen är de alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanerna (prop. 2005/06:30) samt målen för tobaksområdet (prop. 2002/03:35) (Socialdepartementet 2009). Sekretariatet ska även vara sekretariat för och bistå ANDT-rådet.

Interdepartemental arbetsgrupp

Den interdepartementala arbetsgruppen ska bidra till en mer effektiv och tydligare styrning av de statliga myndigheterna och deras insatser inom de sektorer som har central betydelse för ANDT-området. Gruppen består av representanter för berörda departement och samordnas av Socialdepartementet.

14.3 Internationellt samarbete, nationella åtaganden

Sverige deltar också i det internationella samarbetet inom alkohol- och drogområdet. Internationellt samarbete är angeläget eftersom den nationella missbrukssituationen påverkas av internationella förhållanden. Med deltagandet i det internationella samarbetet följer också vissa nationella åtaganden, bland annat insamling och rapportering av uppgifter om alkohol- och narkotikaanvändning samt vidtagna åtgärder på nationell nivå.

14.3.1 EU:s alkoholstrategi

EU:s första alkoholstrategi antogs 2006. Strategin ska stödja medlemsstaterna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadeverkningarna. Medlemsstaterna har också förbundit sig att vidta åtgärder för att genomföra strategin på nationell nivå. Strategin lyfter fram fem områden inom vilka gemenskapsåtgärder som kompletterar de nationella åtgärderna kan ge ett mervärde: skydd av ungdomar, barn och ofödda barn, förebyggande av alkoholrelaterade trafikolyckor, förebyggande av alkoholrelaterade problem bland vuxna och negativa effekter på arbetsplatsen, medvetandegörande om alkoholens konsekvenser genom information och utbildning samt utveckling av en gemensam kunskapsbas på EU-nivå (KOM (2006) 625).

I regeringens åtgärdsplan för 2009 framhålls vikten av att öka kunskapen om EU:s alkoholstrategi på nationell, regional och lokal nivå, bland annat om vilka åtaganden som följer av strategin och vilka insatser som kommer att krävas för dess genomförande, framför allt när det gäller den återrapportering som samtliga medlemsstater förbundit sig att göra. Mest angeläget anses det i åtgärdsplanen vara att skapa en effektiv struktur för den nationella datainsamling som krävs för att till EU:s och WHO:s gemensamma

databas årligen kunna redovisa uppgifter om konsumtion, skadeverkningar och policy i Sverige (Socialdepartementet 2009, s. 38).

14.3.2 EU:s narkotikastrategi 2005–2012

Europeiska rådet antog sin första narkotikaplan 1990 varefter flera revisioner har gjorts. Utgångspunkten för EU:s narkotikapolitik är att narkotikamissbruk representerar ett flerdimensionellt problem som kräver åtgärder inom flera olika samhällssektorer och politikområden i syfte att minska både utbudet och efterfrågan. De problem som är förknippade med narkotikamissbruk måste ses tillsammans med andra sociala problem, såsom arbetslöshet, fattigdom och hemlöshet.

EU:s narkotikastrategi för perioden 2005–2012 fokuserar på två policy-områden – minskad efterfrågan på och minskat utbud av droger – och två tvärgående teman – internationellt samarbete samt forskning, information och utvärdering (Europeiska rådet 2004 15074/04).

Narkotikastrategin har två övergripande mål:

- EU strävar efter att kunna bidra till att en hög nivå uppnås på hälsoskyddet, välbefinnandet och den sociala sammanhållningen genom att komplettera medlemsstaternas åtgärder för att förebygga och minska narkotikabruk, narkotikaberoende och narkotikarelaterade skador på individ och samhälle.
- EU och dess medlemsstater strävar efter en garanterat hög nivå av säkerhet för allmänheten genom åtgärder mot narkotikaframställning, gränsöverskridande narkotikahandel och avledning av prekursorer (ämnen som kan användas för att tillverka narkotika) och genom förstärkning av de förebyggande åtgärderna mot narkotikarelaterad brottslighet genom effektivt samarbete som bygger på en gemensam strategi (ibid. s. 5).

Strategin har kompletterats av två handlingsplaner med konkreta insatser och indikatorer för uppföljning. Den första handlingsplanen avsåg perioden 2005–2008, den andra avser perioden 2008–2012 (KOM (2008) 567/4).

EU inrättade 1994 ett särskilt center för narkotikaövervakning (ECNN) med uppgift att samla in och analysera information om

narkotika och narkotikaberoende i medlemsstaterna och ta fram tillförlitliga och jämförbara data om narkotikaproblemen inom EU (www.emcdda.europa.eu).

14.3.3 WHO:s strategi för minskad skadlig alkoholkonsumtion

WHO:s världshälsoförsamling antog i maj 2010 en global strategi om att minska skadligt bruk av alkohol (WHA 2010 A61/13). Strategin har fem mål:

- Ökad medvetenhet globalt om naturen och omfattningen av de hälsomässiga, sociala och ekonomiska problem som skadligt bruk av alkohol orsakar och ett stärkt åtagande av regeringar att agera för att begränsa skadligt bruk.
- Förstärkt kunskapsbas om omfattningen av och orsakerna till alkoholrelaterade skador och om effektiva insatser för att förhindra eller begränsa dessa skador.
- Ökat tekniskt stöd för och kapacitet hos medlemsstater att förhindra skadligt bruk av alkohol och att hantera missbruks- och beroendetillstånd och med dessa tillstånd förknippade hälsoproblem.
- Förstärkta partnerskap och förbättrad samordning mellan berörda parter och ökad mobilisering av nödvändiga resurser för lämpliga och samordnade insatser för att förebygga skadligt bruk av alkohol.
- Förbättrade system för övervakning och uppföljning på olika nivåer och mer effektiv spridning och tillämpning av information för utveckling av policy och utvärdering (WHO 2010).

14.3.4 Aktuella frågor i FN

År 1998 antogs vid ett särskilt möte om narkotika i FN:s generalförsamling en politisk deklARATION med ett ställningstagande för en fortsatt restriktiv inställning till all narkotikahantering i enlighet med vad som stipuleras i FN:s tre narkotikakonventioner. För första gången antogs också en deklARATION om åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika. I deklARATIONEN förbinder sig medlemsstaterna att satsa på program för att begränsa efterfrågan

på narkotika i respektive medlemsstat. Dessutom antogs fem olika handlingsplaner som bland annat rör den internationella narkotikakontrollen av syntetiska droger och prekursorer och rättsligt samarbete.

Under 2008 har delar av arbetet avrapporterats. Av rapporteringen kan slutsatsen dras att en del framsteg gjorts, även om målen är långt ifrån uppfyllda (jfr Socialdepartementet 2009, s. 40–41).

14.3.5 Internationellt arbete mot dopning

Sverige deltar genom Regeringskansliet och Riksidrottsförbundet aktivt i Europarådets arbete mot dopning inom ramen för Antidopningskonventionen från 1989 och ger ett årligt bidrag till World Anti Doping Agency (WADA) samt är anslutet till det mellanstatliga avtalet International Anti Doping Arrangement (IADA). Sverige var också det första landet som ratificerade den internationella antidopningskonventionen i United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (jfr Socialdepartementet 2009, s. 41).

14.4 Finansiell styrning genom statsbidrag

Utöver politiska styrdokument, lagstiftning, nationella riktlinjer och tillsyn har staten genom statsbidrag försökt utveckla kommunernas och landstingens verksamhet inom missbruks- och beroendevården.

14.4.1 Perioden 2005–2008

I budgetpropositionen 2005 (prop. 2004/05:1) initierade regeringen en satsning om totalt 820 miljoner kronor för att under perioden 2005–2008 utveckla missbruks- och beroendevården. Medel avsattes dels för att utveckla LVM-vården, dels för att utveckla innehållet i missbruks- och beroendevården i övrigt.

Vårdkedjeprojektet

Den del av satsningen som syftade till att utveckla LVM-vården utmynnade i det så kallade Vårdkedjeprojektet med Statens institutionsstyrelse som projektägare. Projektet syftade till att lösa problemet med bristande kontinuitet i tvångsvården. Det fokuserade sålunda endast på en liten del av missbruks- och beroendevården.

I utvärderingen av projektet konstateras att det inte går att dra några tydliga slutsatser om projektets effekter (Fält m.fl. 2007).

Vårdöverenskommelsen

Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (dir. 2004:164) hade i uppdrag att föreslå en överenskommelse mellan staten och kommunerna om användning av 350 miljoner kronor av det riktade statsbidraget för perioden 2005–2008. Av de allmänna överväganden som görs i betänkandet *Personer med tungt missbruk* (SOU2005:82) framgår att statsbidraget inte var ämnat att personal- och lokalmässigt stärka befintliga verksamheter, utan skulle användas för att utveckla och främja kunskap, metoder och samverkan (ibid., s. 49–53). Bidrag föreslogs utgå för tre ändamål: att inrätta specialiserade missbruks- och beroendevårdsenheter inom kommunernas socialtjänst eller genensam enhet för socialtjänsten och hälso- och sjukvården, att införa och tillämpa lokala behandlingsgarantier samt att införa, använda och följa upp individuella vårdplaner (ibid., s. 55–63).

I den utvärdering som gjorts av det riktade statsbidraget i vårdöverenskommelsen konstateras att det i många kommuner råder stor oklarhet om och för vilket ändamål bidrag erhållits och att många kommuner har genomfört projekt som inte ryms inom överenskommelsens tre utvecklingsområden. Bidragen har i många kommuner medverkat till att utveckla olika delar av missbruks- och beroendevården, men ofta på ett sätt som ligger relativt långt ifrån syftet med överenskommelsen (Kullberg m.fl. 2009, s. 117–121).

14.4.2 Perioden 2008–2010

Under perioden 2008–2010 har staten bland annat avsatt medel för att implementera de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården samt initierat en förstärkt tillsyn.

Kunskap till praktik

Som ett led i implementeringen av de nationella riktlinjerna har regeringen som ovan nämnts slutit en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den delrapport som levererats inom ramen från den utvärdering av projektet som Socialstyrelsen beställt, gör det inte möjligt att bedöma effekterna av satsningen (Holmberg och Fridell 2010). Det kan dock konstateras att samtliga län har slutit avtal med SKL om att delta i projektet (jfr avsnitt 14.1.2).

Förstärkt tillsyn

Regeringen har som ovan nämnts också beslutat om en förstärkt tillsyn av missbruks- och beroendevården. Resultaten från den förstärkta tillsynen ska rapporteras till regeringen i mars 2011 (jfr avsnitt 14.1.3).

14.4.3 Utvärderingar av statsbidragen

Statsbidragen har sedan 1980-talet varierat vad gäller inriktning och detaljeringsgrad. Utvärderingar har också rest mer generella frågor om möjligheten och lämpligheten att försöka styra missbruks- och beroendevården genom statsbidrag. Bidragen har kritiserats för att sakna precision och att de ofta blir en generell resursförstärkning till befintliga verksamheter snarare än att främja en specifik utveckling av nya metoder och verksamheter. Bidragen har också kritiserats för att vara för kortsiktiga med följderna av att många verksamheter som utvecklas med bidrag avvecklas efter några få år då bidraget upphör (Kullberg m.fl. 2009).

14.5 Sammanfattning och slutsatser

14.5.1 Lagstiftning, riktlinjer, tillsyn

Missbruks- och beroendevården regleras genom lagstiftningen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. HSL och SoL reglerar landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården och socialtjänsten på en mycket övergripande nivå och innehåller ytterst få bestämmelser som särskilt reglerar huvudmännens ansvar för och uppgifter inom missbruks- och beroendevården.

De nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården har bidragit till att tydliggöra och utveckla det kunskapsbaserade innehållet i missbruks- och beroendevården. De nationella riktlinjerna omfattar dock endast behandling av alkohol- och narkotika-problem, inte behandling av missbruk eller beroende av läkemedel och dopningsmedel. Vidare gäller de nationella riktlinjerna behandling av vuxna, inte barn och ungdomar med missbruk eller beroende. De nationella riktlinjerna ger inte heller någon formell vägledning om landstingens och kommunernas ansvar för olika insatser och olika målgrupper.

Tillsynen har förstärkts som ett led i ambitionen att utveckla missbruks- och beroendevården. Det saknas i dag definitiva resultat från den förstärkta tillsynen. Att Socialstyrelsen sedan den 1 januari 2010 har ansvar för tillsyn av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör dock underlätta tillsynen av missbruks- och beroendevården som omfattar både verksamheterna.

14.5.2 Nationella och internationella politiska styrdokument

I de nationella politiska styrdokumenterna inom ANDT-området ges vård och behandling begränsat utrymme jämfört med preventiva insatser. Framtagandet av en nationell strategi för missbruks- och beroendevården bör dock kunna bidra till en mer sammanhållen syn på de frågor som rör missbruks- och beroendevården. Den nationella samordningen inom ANDT-området har också utvecklats, både strategiskt och organisatoriskt. ANDT-rådet har dock endast en rådgivande roll och inte något mandat att styra kommunerna och landstingen. Utifrån ett missbruks- och beroendevårdsperspektiv framstår den nationella samordningen som förhållandevis svag.

Sverige deltar i internationellt samarbete kring alkohol och droger inom ramen för det nordiska samarbetet, EU och FN. Det internationella samarbetet medför vissa nationella åtaganden. I vissa avseenden verkar det finnas ett behov av att utveckla de nationella strukturerna och den nationella förmågan för att kunna uppfylla dessa åtaganden, bland annat när det gäller insamling och rapportering av data om alkohol- och drogkonsumtion, förekomst av missbruk och beroende samt missbruksrelaterade skadeverkningar.

14.5.3 Finansiell styrning genom statsbidrag

Staten har återkommande använt finansiell styrning i form av olika riktade statsbidrag, så kallade stimulansmedel, för att utveckla missbruks- och beroendevården i olika avseenden. Statsbidrag har bland annat utgått för kompetensutveckling av personalen inom missbruks- och beroendevården, fördjupad samverkan mellan kommuner och landsting samt utveckling av insatsutbudet för personer med missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger.

Utvärderingar av de olika statsbidragen indikerar dock att de sällan eller aldrig har haft avsedd effekt.

15 Missbruks- och beroendevården

15.1 Från straff och kontroll till behandling och motivation

Sverige har en lång tradition av statligt reglerad och med skatte-medel finansierad missbruks- och beroendevård. I det följande beskrivs vårdens utveckling bland annat med avseende på synen på missbruk och beroende, vårdens innehåll samt statens, kommunernas och landstingens ansvar.

15.1.1 Alkoholistlagen och 1900-talets första hälft

I slutet av 1800-talet och början av 1900-talet diskuterades i Sverige, i likhet med flera andra länder, behovet av en lagstiftning för att hantera alkoholproblemen i samhället. År 1913 fattade riksdagen beslut om lagen (1913:102) om behandling av alkoholister, vilken trädde ikraft 1916 i samband med öppnandet av Venngarns alkoholistanstalt. Den nya lagstiftningen innebar att missbruksproblem avskiljades från de lagstiftningar som reglerade lösdriveri och fattigdom. Men i likhet med dessa byggde den på ett moraliskt perspektiv. Individen ska försörja sig själv och sina närstående genom arbete. Genom att avvika från denna norm betraktades personer med missbruk som en fara eller olägenhet för samhället.

Kommunerna ansvarade för tillämpningen av lagstiftningen. I lagstiftningen förskrevs att det i varje kommun skulle finnas en nykterhetsnämnd. Om det inte inrättades någon sådan skulle uppgifterna utföras av fattigvårdsstyrelsen. Enligt lagstiftningen skulle nämnden vid kännedom om att en person var hemfallen åt alkoholmissbruk skyndsamt undersöka personens levnadsförhållanden. Nämnden kunde kalla en person till sig alternativt beordra personen ifråga att besöka en läkare för undersökning. Nämnden

kunde vidare ställa personer med missbruk under övervakning. Därutöver kunde nämnden ansöka hos länsstyrelsen om att personen skulle placeras på alkoholistanstalt. Tvångsvård vid alkoholistanstalt skulle endast tillgripas om andra hjälpåtgärder inte gav önskvärd effekt.

Lagstiftningen reviderades vid flera tillfällen, bland annat 1922, 1931 och 1938. Bakgrunden till revideringarna var en kritik av att samhällsskyddet givits företräde framför individskyddet i tillämpningen av 1913 års lagstiftning samt att lagstiftningen alltför starkt fokuserat på personer med missbruk i kombination med omfattande social problematik. Revideringarna innebar att lagstiftningens tillämpningsområde utvidgades. Nykterhetsnämndens skyldighet att ingripa begränsades inte längre till om en person var hemfallen åt missbruk, utan utvidgades till att även gälla om en person var farlig för sig själv eller för sin omgivning eller om personen vid upprepade tillfällen dömts för fylleri.

Parallellt med införandet av den nya lagstiftningen skedde en utbyggnad av det svenska anstaltsväsendet. Alkoholistvårdsanstalterna drevs ofta av diakonin eller av kristna nykterhetsorganisationer i samverkan med kommun och stat. Men trots utbyggnaden av anstalterna kom kommunerna initialt att använda möjligheten till tvångsvård på alkoholistanstalt endast i begränsad utsträckning. Kommunerna uppfattade vårdformen som kostsam. Mellan 1928 och 1938 ökades antalet anstalter från 10 till 15 och antalet vårdplatser från 334 till 997. Ändå var det bara 74 av landets kommuner som 1935 hade vidtagit åtgärder för att placera personer med missbruk på alkoholistvårdsanstalt.

Målgruppen för lagen var socialt marginaliserade personer med alkoholmissbruk. Den medgav tvångsvård om hjälpåtgärder av kontrollerande och övervakande karaktär inte gav resultat. Indragning av motboken var den vanligaste åtgärden. Disciplinär fostran på anstalt för att göra missbrukaren till en skötsam samhällsmedlem genom arbete och moralisk påverkan var den yttersta åtgärden. Vård på anstalt kunde erbjudas både som en frivillig insats och som ett administrativt frihetsberövande. Öppna hjälpåtgärder dominerade, men successivt ökade antalet intagna personer på anstalterna under den senare delen av 1930-talet.

15.1.2 Alkoholistsvårdsutredningen och perioden 1948–1964

År 1946 tillsattes Alkoholistsvårdsutredningen med uppdrag att göra en översyn av alkoholistsvårdslagstiftningen. Utredningen motiverades med att kommunerna inte hade varit tillräckligt aktiva samt att den gällande lagstiftningen varken hade skyddat samhället eller individen eftersom den inte tillräckligt beaktat behovet av medicinsk behandling. Bristerna skulle avhjälpas genom ett ökat statligt finansiellt ansvar, professionalisering av vården och större medicinska inslag i behandlingen.

Alkoholistsvårdsutredningen introducerade i sitt betänkande (SOU 1948:43) ett mer komplext medicinskt och socialt synsätt på missbruk. Vissa individer ansågs ha en fysiologisk eller psykologisk predisposition för att utveckla missbruk, den sociala miljön ansågs också påverka, och missbruk ansågs kunna leda till olika sjukdomstillstånd. Samtidigt lyfte utredningen fram missbrukets negativa inverkan på omgivningen och samhället som det huvudsakliga skälet för samhället att ingripa.

I linje med den modifierade synen på missbruk betonades behovet av utbildad personal och större medicinska inslag i vården. Insatserna skulle vara individuellt anpassade i form av så kallad summationsbehandling med somatiska, psykiatriska och sociala moment. Men samtidigt som behovet av en mer professionell vård framhölls, betonades behovet av insatser grundade på ett allmänt engagemang i missbruksfrågan. Utredningen befäste i denna mening den arbetsdelning mellan professionella och lekmannamässiga insatser som kännetecknat svensk missbruksvård alltsedan 1913 års lag om behandling av alkoholister.

Det nya synsättet på missbruk och vård och behandling kom dock inte att återspeglas i lagen (1954:579) om nykterhetsvård, men till viss del i vården. Kommunerna ansvarade genom nykterhetsnämnderna fortsatt för lagstiftningens tillämpning. Det blev dock för kommunerna obligatoriskt att inrätta en särskild nykterhetsnämnd. Det infördes inte någon medicinsk indikation och lagstiftningens målgrupp var personer med missbruk och social problematik. Insatserna skulle utgöras av behandling. Förebyggande och tidiga insatser gavs en mer framträdande plats jämfört med tidigare. Men de kontrollerande och repressiva inslagen kvarstod, ytterst i form av tvångsvård vid anstalt med arbetsdrift.

Mellan 1950 och 1960 nästan fördubblades nykterhetsnämndernas insatser för personer med missbruk. Trots lagstiftningens

ökade fokus på differentierade och öppna insatser hade slutet vård vid anstalter fortfarande en central roll. Inte heller skedde någon tydlig professionalisering av vården eller någon påtaglig förstärkning av inriktningen mot behandling.

Alkoholpoliklinikerna som etablerades från och med 1940-talet utgör till viss del ett undantag från detta generella mönster. Den första kliniken etablerades 1946 varefter antalet ökade snabbt. År 1956 fanns 29 polikliniker och 1966 fanns 97 stycken. Klinikerna erbjöd viss medicinsk behandling, bland annat läkemedelsbehandling med Antabus, och hade jämfört med andra verksamheter mer välutbildad personal samt riktade sig även till andra grupper än personer med missbruk och social problematik. De drevs ofta av kommuner, men även av landsting och privata organisationer. Klinikerna kom dock inte att spela den centrala roll i vården som det var tänkt. Många kliniker bedrevs med begränsade resurser.

15.1.3 Från Nykterhetsvårdsutredningen 1961 till socialtjänstlagen 1980

Under 1960-talet minskade successivt antalet ärenden hos nykterhetsnämnderna i kommunerna. Det gällde både hjälp- och tvångsåtgärder. Exempelvis minskade mellan 1968 och 1977 antalet tvångsvårdade personer per år från cirka 1 600 till 700. Med anledning av denna utveckling tillsattes först Nykterhetsvårdsutredningen 1961 och sedan Nykterhetsvårdsundersökningen 1964.

I betänkandet från 1964 års Nykterhetsvårdsundersökning (SOU 1967:36) kritiserades vården för personer med missbruk för att vara fortsatt ineffektiv, brista i kompetens och för att vara alltför ensidigt inriktad mot socialt och ekonomiskt utsatta grupper. Vidare kritiserades insatserna för att i alltför hög grad bestå av repressiv institutionsvård som mer hade karaktären av förvaring än behandling. Utredningen ifrågasatte också tvångsvård på sociala indikationer.

I synen på missbruk innebar utredningen ett skifte från det tidigare dominerande synsättet som fokuserade brister hos individen, till ett synsätt som fokuserade strukturella brister i samhället och psykologiska brister hos personen med missbruk samt brister i den sociala miljön. Den anlade också ett medicinskt perspektiv. Alkoholmissbruk beskrevs som ett sammansatt socialmedicinskt

problem som krävde ett helhetsperspektiv och möjligheten till insatser med motsvarande bredd. I utredningen framfördes också allmänhetens positiva syn på och förtroende för hälso- och sjukvården som en förebild för en framtida socialvård som utgick från en helhetssyn på de sociala problemen.

År 1967 tillsattes Socialutredningen. Den överlämnade principbetänkande 1974 (SOU 1974:39) och slutbetänkande 1977 (SOU 1977:40). Utredningens förslag innebar att socialvården skulle hantera såväl individens totala livssituation som de samhällsstrukturer som orsakar de sociala problemen, vara av servicekaraktär och bygga på frivillighet. När det gällde missbruk, vilket nu även inkluderade narkotikamissbruk, anlade utredningen en medicinsk syn och förespråkade behandling. Men utredningen valde att inte föreslå en medicinsk begreppsapparat i den sociala vårdlagstiftningen. Utredningen uttryckte också tveksamhet till tvångsvård på sociala grunder.

Parallellt med Socialutredningen erkändes alkoholmissbruk som en sjukdom inom socialförsäkringen. Enligt 1955 års sjukförsäkringslag kunde alkoholmissbruk berättiga till sjukpenning. År 1974 ändrades den allmänna försäkringslagen så att även personer med alkoholmissbruk intagna på anstalt för vård kunde erhålla sjukpenning. År 1977 ändrades även reglerna för förtidspensionering så att missbruk kunde utgöra grund för pension.

Socialtjänstlagen (1980:620) (SoL), som antogs 1980 och trädde i kraft 1982, utgår från en helhetssyn på de sociala problemen och hur de ska hanteras. Den bygger på frivillighet och på en närhetsprincip som innebär att insatser i första hand ska ske i olika former av öppen vård i medborgarnas närmiljö. Institutionsvård ska utgöra ett undantag. Socialtjänstens insatser ska inte bara avse tungt problembelastade individer, utan även vara förebyggande.

SoL är en ramlag som anger målen, men inte närmare preciserar insatserna. Över tid har dock lagstiftningen kompletterats med ett betydande antal bestämmelser som mer i detalj reglerar socialtjänstens uppgifter.

Socialtjänstens möjlighet att använda tvångsvård av missbrukare finns kvar, men i en särskild lagstiftning. Enligt lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) kan en person vårdas mot sitt samtycket om missbruket hotar personens eget eller andra personers liv och hälsa. Tillkomsten av LVM innebar att tillämpningsområdet för den sociala tvångsvårdslagstiftningen vidgades till att även omfatta personer med missbruk av narkotika. Tvångsvård

skulle tillgripas om en person till följd av fortgående missbruk av alkohol eller narkotika är i trängande behov av vård, det vill säga att personen till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller kan befaras skada sig själv.

SoL innebär sålunda ett starkare fokus på individens behov och behandling av personer med missbruk av alkohol eller andra droger, men i kombination med LVM behålls ett visst fokus på samhällsskydd.

Vårdansvaret decentraliserades i samband med SoL och LVM till kommunerna som genom socialnämnden ansvarade för tillämpningen av lagstiftningarna. I samband med lagstiftningarnas ikraftträdande övertog kommunerna och landstingen även ansvaret för de statliga nykterhetsvårdsanstalterna och bedrivandet av tvångsvård av personer med missbruk förbehölls det offentliga. Staten upphörde som vårdgivare, men förmedlade riktade statsbidrag till kommunerna. Från 1986 utgick inte längre statsbidragen till behandlingsenheter, utan kommunerna skulle upphandla den vård de bedömde kunde behövas för att möta vårdbehoven. Antalet institutioner med privata företag och ideella organisationer som huvudmän ökade.

Med SoL fortsatte och förstärktes utvecklingen av innehållet i vården från kontroll och arbetsdrift till behandling. Inom den öppna vården fortsatte utbyggnaden av enheter för rådgivning och psykosocialt stöd, men även viss (medicinsk) behandling. Det etablerades också miljöterapeutiskt inspirerade verksamheter för personer med missbruk och svår social problematik. Inom heldygnsvården skedde en gradvis utveckling från arbetsdrift i riktning mot miljöterapi och större inslag av gruppsamtal, delvis inspirerat av psykodynamisk teoribildning. Medlevarskap manifesterat som gemensamma aktiviteter för personal och klienter både rörande institutionens skötsel och behandlingsarbetet infördes i varierande omfattning. Takten i denna utveckling av innehållet i vården varierade dock mycket mellan olika institutioner.

15.1.4 Tiden efter Socialtjänstlagens tillkomst

Efter 1982 när SoL och LVM trädde ikraft har det inte skett några mer genomgripande förändringar av lagstiftningen avseende synen på missbrukets orsaker och konsekvenser eller lämpliga insatser. Med undantag för de utökade möjligheterna till tvångsvård enligt

LVM som motiverades med att alla missbrukare ska få del av en effektiv frivillig, vård har de lagändringar som beslutats varit av förtydligande och administrativ karaktär (SOU 1987/88:25).

År 1989 ersattes den ursprungliga LVM av en kraftigt reviderad lag. Det generella kriteriet för tvångsvård ändrades från att den enskilde ska vara i trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk till att den enskilde ska vara i behov av vård. Dessutom förlängdes tiden för tvångsvård från högst två till högst sex månader.

Att det inte har skett några större förändringar av lagstiftningen utesluter dock inte att det har skett en rad andra förändringar när det gäller organisationen och innehållet i vården av personer med missbruk samt olika intressenters syn på hur missbruk som problem ska åtgärdas.

År 1992 upphörde det riktade statsbidraget för missbruks- och beroendevård till kommunerna för att istället ingå i det generella statsbidraget. I den ekonomiska krissituationen som rådde prioriterades andra områden framför vården av personer med missbruk. Parallellt minskade också användningen av institutionsvård, inklusive tvångsvård. Den minskade användningen av sluten vård förklaras delvis av ekonomiska skäl och delvis av ny forskning som visat att öppen vård är minst lika effektiv som sluten vård.

År 1994 överfördes institutionerna för tvångsvård från landstingen och kommunerna till staten med motiveringen att det behövdes en förstärkt central planering.¹ Sedan 2004 har staten genom bidrag och subventioner försökt stimulera kommunerna att använda tvångsvård.

Under det senaste decenniet har det också införts förstärkta krav på att vård och stödinsatserna ska ha vetenskapligt dokumenterad effekt och ingå i en så kallad evidensbaserad praktik (Wigzell 1999, Socialstyrelsen 2000, SOU 2008:18). Den starkare fokuseringen på evidens återspeglas också i de för socialtjänsten och hälso- och sjukvården gemensamma nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007).

¹ Den så kallade anstaltsuveräniteten var en viktig bakgrund. Det var ibland omöjligt att placera en klient eftersom anstalterna ansåg att vederbörande inte passade in, eller att man inte hade plats. Statens Institutionsstyrelse tillkom för att sköta tvångsvården enligt LVM och LVU.

15.2 Missbruks- och beroendevårdens organisation

15.2.1 Missbruks- och beroendevården i fem län

Utredningen har låtit kartlägga hur landstingen och kommunerna har valt att organisera missbruks- och beroendevården i fem län: Jönköpings län, Västerbottens län, Uppsala län, Hallands län och Jämtlands län (Karlsson 2009).

Kartläggningen visar att det finns stora variationer inom landet när det gäller missbruks- och beroendevårdens organisation, ansvarsfördelning mellan landsting och kommun samt utbudet av olika vård- och stödinsatser för personer med missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger.

När det gäller landstingen har flertalet specialiserade enheter för missbruks- och beroendevård. Graden av specialisering varierar dock betydligt. Mest långtgående är specialiseringen i landsting som har inrättat särskilda beroendecentrum. I landsting med mindre långtgående specialisering finns enskilda specialiserade enheter för missbruks- och beroendevård. I något landsting saknades vid tidpunkten för kartläggningen helt specialiserad missbruks- och beroendevård.

Även när det gäller kommunerna finns stora variationer rörande hur missbruks- och beroendevården organiserats inom socialtjänsten. I befolkningsmässigt större kommuner är det vanligt förekommande med specialiserade enheter för missbruks- och beroendevård. I befolkningsmässigt mindre kommuner är specialisering mindre vanligt förekommande, vilket är naturligt mot bakgrund av att endast ett fåtal personer arbetar med missbruks- och beroendevård.

Utbudet av vård- och stödinsatser uppvisar också stora variationer mellan olika landsting och kommuner.

I vissa landsting erbjuds ett differentierat utbud av medicinska och psykosociala behandlingsinsatser, i andra landsting är behandlingen i princip begränsad till abstinensvård i slutenvård och behandling av personer med samtidig allvarlig psykisk sjukdom. I de senare fallen anser landstingen att vården av personer med missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger i princip är ett ansvar för kommunernas socialtjänst. För att en individ med missbruk eller beroende ska falla inom landstingets ansvar krävs i dessa fall att det föreligger ett ur medicinsk synpunkt behand-

lingskrävande abstinensstillstånd eller att det föreligger sam-
sjuklighet med psykisk sjukdom av allvarigare natur.

Större kommuner har ofta ett betydande utbud av vård- och
stödinsatser med tyngdpunkt på psykosocialt stöd, socialt stöd
(boende, sysselsättning och försörjning) samt viss behandling.
Medicinsk utredning och behandling erbjuds normalt endast i
begränsad omfattning, vilket är naturligt mot bakgrund av att
kommuner enligt gällande lagstiftning inte har mandat att anställa
läkare. Mindre kommuner har normalt ett mer begränsat utbud av
vård- och stödinsatser. Kommunerna förefaller också ha olika
vårdstrategier, till exempel varierar användningen av hem för vård
eller boende (HVB) och tvångsvård enligt LVM.

Både landstingen och kommunerna anser att samverkan är
mycket viktigt för att kunna erbjuda en fullgod missbruks- och
beroendevård med ett diversifierat utbud av kunskapsbaserade
vård- och stödinsatser. Samverkan mellan landsting och kommuner
förekommer också på de flesta håll. Förutsättningarna och for-
merna för samverkan varierar dock som en följd av att olika lands-
ting och kommuner tenderar att tolka sitt ansvar för missbruks-
och beroendevården olika. Det som på vissa håll anses vara ett
ansvar för landstinget, anses på andra håll vara ett ansvar för kom-
munen. I första hand förefaller samverkan mellan landsting och
kommun gälla system eller rutiner för förmedling av personer som
behöver medicinsk behandling från socialtjänsten till hälso- och
sjukvården respektive förmedling av personer som behöver socialt
stöd från hälso- och sjukvården till socialtjänsten. Att kommuner
och landsting har samlokaliserade eller genensamma verksamheter
förekommer, men framstår totalt sett som relativt ovanligt.
Samverkan mellan olika kommuner förekommer mer sällan. Ett
återkommande mönster är dock att mindre kommuner försöker
breda sitt utbud av vård och stöd genom att samverka med en
näraliggande större kommun.

15.2.2 Kommunernas missbruks- och beroendevård

Missbruks- och beroendevården utgör en del av kommunernas
individ- och familjeomsorg, vilken tillsammans med omsorgen om
äldre och personer med funktionsnedsättningar tillhör social-
tjänstens kärnverksamheter. Organisationen av missbruks- och

beroendevården påverkas sålunda av den kommunala förvaltningens och socialtjänstens organisation som helhet.

Övergripande organisation

I tabellen nedan redovisas andelen kommuner som uppger att de har respektive inte har en specialiserad enhet som ansvarar för missbruks- och beroendevården inom socialtjänsten (Socialstyrelsen 2003, s. 14–16).

Tabell 15.1 Specialiserad missbruks- och beroendevård i kommunerna

Organisation	Andel kommuner med specialiserad organisation	
	>40 000 invånare	<40 000 invånare
Specialiserad enhet	65	41
Specialiserad enhet och annan organisation	16	14
Integrerad organisation	14	41
Annan organisation	5	5

Källa: Socialstyrelsen 2003.

Av tabellen framgår att 65 procent av de större kommunerna har en specialiserad enhet för missbruks- och beroendevård och 16 procent har både en specialiserad enhet och annan organisation. I 14 procent av kommunerna saknas specialiserad organisation.

Bland de större kommuner som har en specialiserad enhet varierar antalet tjänster vid denna enhet från 1 till 61. De stora skillnaderna avspeglar rimligen variationer i missbrukssituation och vårdbehov, lokala politiska prioriteringar eller landstingens tolkning av sitt ansvar för vård och behandling av personer med missbruk eller beroende. Totalt uppgår personalen vid de större kommunernas specialiserade enheter till drygt 1 400 årsarbetskrafter (ibid., s. 15).

Av de mindre kommunerna har 41 procent en specialiserad enhet för missbruks- och beroendevård. En lika stor andel har valt att integrera missbruks- och beroendevården i annan biståndsbedömning. Bland de mindre kommuner som har en specialiserad enhet varierar antalet årsarbetskrafter mellan 1 och 12. År 2003 uppgick i hela riket personalen vid kommunernas specialiserade enheter till totalt cirka 1 750 årsarbetskrafter (ibid., s. 15).

15.2.3 Landtingens missbruks- och beroendevård

Inom landstingen har missbruks- och beroendevården normalt sin organisatoriska hemvist inom den psykiatriska vården. Organisationen av missbruks- och beroendevården påverkas av hur landstinget valt att organisera hälso- och sjukvården inklusive den psykiatriska vården som helhet.

I åtta landsting finns en särskild förvaltning för den psykiatriska vården och i lika många landsting ingår den psykiatriska vården i en gemensam förvaltning med annan verksamhet. I fyra landsting ingår den psykiatriska vården i en förvaltning för specialiserad sjukvård och i ett landsting ingår den psykiatriska vården i en förvaltning för närsjukvård utifrån en geografisk indelning. Bilden kompliceras av att det i vissa landsting används olika organisationsmodeller i olika delar av landstinget. (SKL 2010, s. 18–23).

Nedan redovisas två nationella kartläggningar av landstingens missbruks- och beroendevård. Dels en kartläggning av missbruks- och beroendevårdens organisation på övergripande nivå inkluderade både den öppna och slutna vården (Socialstyrelsen 2003). Dels en kartläggning av landstingens organisation av den slutna psykiatriska vården (SKL 2010).

Övergripande organisation

I tabellen nedan redovisas antalet landsting som har respektive inte har en specialiserad enhet med ansvar för missbruks- och beroendevården inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2003, s. 16–19).

Tabell 15.2 Specialiserad missbruks- och beroendevård i landstingen

Landsting	Specialiserad enhet	Integrerad verksamhet	Annan organisation
Stockholm	X		
Uppsala	X		
Sörmland	X		
Östergötland	X	X	
Jönköping	X		
Kronoberg	X		
Kalmar	X		
Blekinge		X	

Landsting	Specialiserad enhet	Integrerad verksamhet	Annan organisation
Skåne	X	X	
Halland		X	
Västra Götaland	X		
Värmland	X		
Örebro	X		
Västmanland	X		
Dalarna	X		
Gävleborg		X	
Västernorrland		X	
Jämtland		X	X
Västerbotten	X		
Norrbottn	X		
	13	7	1

Källa: Socialstyrelsen (2003).

Av landstingen har 13 en specialiserad enhet för missbruks- och beroendevård i hela eller delar av landstinget. I sju landsting (hela eller delar) är missbruks- och beroendevården integrerad med annan psykiatrisk vård och i ett landsting finns en annan organisation (ibid., s. 17).

I de landsting som har en specialiserad enhet för missbruks- och beroendevård varierar antalet årsarbetskrafter från några enstaka till flera hundra. Störst personalresurser fanns 2003 vid de specialiserade enheterna i Stockholm följt av Örebro, Uppsala, Skåne och Västra Götaland. Minst personalresurser fanns vid de specialiserade enheterna i Kalmar, Värmland och Östergötland (ibid., s. 18–19).

Organisation av den slutna vården

Den kartläggning av den slutna psykiatriska vården som SKL nyligen genomfört bekräftar bilden av att landstingen har valt att organisera den slutna vården för personer med missbruk eller beroende på olika sätt (SKL 2010). I vissa landsting finns separata beroendekliniker. I andra landsting finns subspecialiserade avdelningar för missbruks- och beroendevård. I ytterligare andra landsting är missbruks- och beroendevården integrerad med den allmänna psykiatriska vården.

Tabell 15.3 Missbruks- och beroendevård inom psykiatrin

Landsting	Missbruks- och beroendevård
Stockholm	Eget verksamhetsområde. Stockholm 5 avdelningar med totalt 70 vpl. Maria Beroende AB 2 avdelningar med totalt 40 vpl.
Uppsala	Eget verksamhetsområde. Uppsala 2 avdelningar med totalt 14 vpl.
Sörmland	Eskilstuna 1 avdelning med 10 vpl. Nyköping 1 avdelning med 6 vpl.
Östergötland	Eget verksamhetsområde. Linköping-Norrköping 2 avdelningar med totalt 11 vpl.
Jönköping	Jönköping 1 avdelning med 16 vpl.
Kronoberg	Växjö 1 avdelning med 12 vpl samt gemensam akut- och beroendeavdelning med 6 vpl.
Kalmar	Kalmar 2 vikta vårdplatser.
Gotland	Visby 3 vikta vpl.
Blekinge	Karlskrona 1 avdelning med 6 vpl.
Skåne	Malmö eget verksamhetsområde och 3 avdelningar med totalt 35 vpl samt TNE med 3 vpl. Lund 6 vikta vpl. Helsingborg 1 avdelning med 14 vpl.
Halland	Halmstad 4 vikta vpl.
Västra Götaland	Göteborg eget verksamhetsområde och 6 avdelningar med totalt 61 vpl. Kungälv 1 avdelning med 10 vpl. Trollhättan 1 avdelning med 14 vpl. Skövde 1 avdelning med 16 vpl. Borås 1 avdelning med 16 vpl.
Värmland	Kristinehamn 1 avdelning med 14 vpl.
Örebro	Eget verksamhetsområde. Örebro 1 avdelning med 17 vpl. samt TNE.
Västmanland	Västerås 1 avdelning med 8 vpl.
Dalarna	Falun 1 avdelning med 17 vpl.
Gävleborg	Ingen idag. Köper vid behov vård motsvarande 2 vpl från Dalarna.
Västernorrland	Sundsvall 7 vpl kopplade till akutavdelning samt TNE med 4 vpl. Kramfors 2 vpl.
Jämtland	Ingen idag. Beslut har fattats om tillskapa 6 vpl samt TNE med 4 vpl i Östersund.
Västerbotten	Umeå 1 avdelning med 10 vpl. Skellefteå 4 vpl.
Norrbottn	Luleå-Boden 1 avdelning med 12 vpl samt TNE med 4 vpl.

Källa: SKL 2010.

I kartläggningen konstateras att få verksamhetsområden inom den psykiatriska vården varierar så kraftigt resursmässigt och organisatoriskt mellan olika landsting som den slutna missbruks- och beroendevården.

Trenden är att allt fler landsting väljer att inrätta särskilda specialiserade enheter för missbruks- och beroendevård. Längst har specialiseringen gått i de landsting som inrättat särskilda beroendecentrum. Nedan beskrivs kortfattat Beroendecentrum Stockholm och Beroendecentrum Örebro.

Beroendecentrum Stockholm

Beroendecentrum Stockholm samlar landstingets specialiserade missbruks- och beroendevård och är en resurs för hela länet med 1,9 miljoner invånare varav 1,5 miljoner är över 15 år. Utöver verksamheten vid Beroendecentrum Stockholm som drivs i landstingets regi upphandlas specialiserad missbruks- och beroendevård från det privata vårdföretaget Capio Maria.

Beroendecentrum Stockholms verksamhet omfattar kvalificerad lokal öppen vård, akutvård, slutenvård och högspecialiserade program för vissa grupper (bland annat ungdomar, gravida kvinnor, opiatberoende, personer med läkemedelsberoende och hemlösa). Den lokala öppna vården bedrivs integrerat med socialtjänst och i samverkan med allmänpsykiatri och annan lokal hälso- och sjukvård, främst primärvård. Vid Beroendecentrum Stockholm bedrivs också forsknings- och utvecklingsverksamhet av relevans för verksamheten.

Beroendecentrum Stockholm utgör en egen förvaltning inom psykiatridivisionen och verksamheten är organiserad i 9 sektioner och 77 enheter. Det finns tre sektioner för öppen vård med olika geografiska upptagningsområden, en sektion för akut slutenvård, en sektion för akut vård, en sektion för vård av unga (Maria Ungdom), en sektion för läkemedelsassisterad behandling, en sektion för läkemedelsberoende samt en sektion med mottagningar för olika målgrupper. Verksamheten leds av en verksamhetschef, sektionerna av sektionschefer och enheterna av chefssjuksköterska, enhetschef, funktionschef eller motsvarande.

Budgeten uppgick 2009 till totalt 555 miljoner kronor och personalen till totalt 680 årsarbetskrafter. Av årsarbetskrafterna var 200 sjuksköterskor, 155 skötare, 84 läkare, 76 administratörer,

59 chefer, 37 medicinska sekreterare, 34 psykologer, 6 kuratorer, 1 arbetsterapeut samt 28 övriga.

År 2008 behandlades vid Beroendecentrum Stockholm totalt cirka 22 000 patienter. Av patienterna var 33 procent kvinnor och 67 procent män. Antalet besök i öppen vård uppgick 2008 till cirka 240 000, varav 13 000 besök i akutvård. Antalet vård dygn i slutenvård uppgick till cirka 22 500.

Beroendecentrum Örebro

Beroendecentrum Örebro bildades 1999 i syfte att utgöra en samlad resurs för landstingets missbruks- och beroendevård. Verksamheten omfattar öppen och slutenvård för abstinensbehandling, psykiatrisk utredning och behandling samt tillnyktringsverksamhet.

Verksamheten vid Beroendecentrum Örebro är organiserad i ett tiotal enheter: vårdavdelning, tillnyktringsenhet, allmänmottagning, neuropsykiatrisk mottagning, trafikmedicinsk mottagning, opiatmottagning, kvinnomottagning och ungdomsmottagning. Därtill finns en psykoterapi- och psykologgrupp samt ett så kallat case-management team.

Budgeten uppgick 2009 till drygt 66 miljoner kronor och personalen till totalt 99 årsarbetskrafter. Av personalen var 28 skötare, 26 sjuksköterskor, 10 läkare, 8 socionomer, 7 chefer, 7 administratörer, 6 psykologer, 2 arbetsterapeuter och 5 övriga.

År 2009 behandlades totalt cirka 2 400 patienter. Antalet besök i öppen vård uppgick till totalt 31 000, inklusive besöken vid tillnyktringsenheten. Antalet inskrivningar i slutenvård uppgick till knappt 900 inklusive patienter inskrivna enligt LPT. Av de inskrivna i slutenvård var 74 procent män och 26 procent kvinnor.

15.3 Öppen missbruks- och beroendevård

Med öppen vård avses i princip all vård som inte är heldygnsvård, det vill säga som inte är institutionsvård inom socialtjänsten eller slutenvård eller hemsjukvård inom hälso- och sjukvården.

Inom hälso- och sjukvårdens område omfattar öppen vård, bland annat rådgivning och läkemedelsbehandling vid psykiatrisk mottagning, beroendemottagning eller vårdcentral.

Inom socialtjänstens område omfattar öppen vård normalt insatser som ges efter biståndsbeslut, till exempel rådgivning och stöd vid rådgivningsbyrå eller missbruksenhet. Men det förekommer också att kommuner erbjuder insatser utan individuell behovsprövning, så kallade serviceverksamhet, vanligen i form av rådgivning.

Det har skett en kraftig utbyggnad av den öppna missbruks- och beroendevården. Denna utveckling inleddes med etableringen av alkoholpolikliniker under 1940-talet och fortsatte sedan fram till 1990-talet, bland annat med rådgivningsbyråer för personer med alkohol- och drogproblem, dagcentraler för social samvaro och enheter för mer kvalificerad behandling. Från och med 1990-talet har antalet enheter för öppen vård varit relativt konstant. Men utvecklingen mot en mer differentierad och kvalificerad behandling har fortsatt.

15.3.1 Stöd- och behandlingsenheter

Tillgängliga undersökningar om den öppna missbruks- och beroendevården har delvis olika utgångspunkter och definitioner (Socialstyrelsen 1994, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008). I Socialstyrelsens senaste nationella kartläggning av den öppna missbruks- och beroendevården kategoriseras verksamheterna som stöd-enheter och behandlingsenheter (Socialstyrelsen 2008).² I tabellen redovisas antalet enheter för öppen missbruks- och beroendevård under 1990- och 2000-talet.

² Indelningen i behandlings- respektive stödenheter följer de definitionerna av behandling och stöd i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007).

Tabell 15.4 Antal enheter för öppen missbruks- och beroendevård

År	1991	1994	1996	1999	2001	2003	2007
Behandlingsenheter	310 ^a	188	362	309	319	337	294
Stödenheter	-	79 ^b	542 ^c	-	-	-	230 ^d

Källa: Socialstyrelsen 2008.

a Endast behandlingsenheter för personer med missbruk eller beroende av alkohol.

b Sociala stöd- och omvårdnadsenheter.

c Enheter för arbetsträning, dagcentraler, stöd- och omvårdnad.

d Samtliga öppna enheter exklusive behandlingsenheter.

Merparten av den öppna missbruks- och beroendevården återfinns i storstadsregioner och andra befolkningsmässigt stora kommuner. Omvänt har befolkningsmässigt små kommuner en förhållandevis låg andel enheter. I tabellen redovisas enheternas fördelning efter kommunstorlek.

Tabell 15.5 Vårdenheternas fördelning efter kommunstorlek

Antal invånare	Antal kommuner och stadsdelar	Andel stödenheter	Andel behandlingsenheter
< 15 000	143	18	16
15 000–30 000	66	20	16
30 000–70 000	53	20	19
> 70 000	25	17	27
Göteborg, Stockholm, Malmö	45	25	22
Totalt	332	100	100

Källa: Socialstyrelsen 2008.

Även ur ett länsperspektiv finns en koncentration av missbruks- och beroendevård till storstadsregionerna. I tabellen redovisas dels det faktiska antalet stöd- och behandlingsenheter per län, dels det förväntade antalet enheter utifrån befolkningens storlek.

Tabell 15.6 Vårdenheternas fördelning per län

Län	Invånare	Stödenheter		Behandlingsenheter	
		Faktiskt antal	Förväntat antal	Faktiskt antal	Förväntat antal
Stockholm	1 918 000	31	35	67	62
Uppsala	319 000	2	6	3	10
Södermanland	263 000	8	5	10	8
Östergötland	417 000	4	8	10	13
Jönköping	331 000	12	6	15	11
Kronoberg	179 000	3	3	7	6
Kalmar	233 000	8	4	6	8
Gotland	57 000	0	1	0	2
Blekinge	151 000	1	3	8	5
Skåne	1 184 000	22	21	36	38
Halland	288 000	6	5	7	9
Västra Götaland	1 538 000	22	28	50	50
Värmland	273 000	5	5	13	9
Örebro	275 000	6	5	11	9
Västmanland	248 000	6	5	10	8
Dalarna	275 000	7	5	8	9
Gävleborg	275 000	9	5	11	9
Västernorrland	244 000	2	4	5	8
Jämtland	127 000	2	2	3	4
Västerbotten	257 000	7	5	7	8
Norrbottn	251 000	3	4	6	8
Totalt		166	166	294	294

Källa: Socialstyrelsen.

Stödenheterna är koncentrerade till storstadslänen (Skåne, Stockholm, Västra Götaland), vilka har 47 procent av stödenheterna. Om det faktiska antalet stödenheter relateras till befolkningens storlek har dock storstadsregionerna något färre enheter än vad som kan förväntas. Andra län som har färre stödenheter än förväntat utifrån befolkningens storlek är bland annat Uppsala, Kronoberg, Gotland, Blekinge, Västernorrland, Jämtland och Norrbotten. Omvänt har Södermanland, Jönköping, Kalmar, Gävleborg och Västerbotten fler stödenheter än förväntat.

Behandlingsenheterna är än mer koncentrerade till storstadslänen, vilka har 51 procent av det totala antalet behandlingsenheter.

I proportion till befolkningsunderlaget är fördelningen av enheter per län generellt sett förhållandevis jämn. Några län har dock något färre enheter än förväntat, bland annat Uppsala, Gotland, Östergötland och Västernorrland. Omvänt har några län något fler behandlingsenheter än förväntat, bland annat Stockholm, Jönköping, Blekinge och Värmland.

15.3.2 Serviceenheter

Utöver de individuellt behovsprövade insatserna bedriver flera kommuner inom ramen för socialtjänsten alkohol- och drogrådgivning utan krav på behovsbedömning och registrering, så kallad serviceverksamhet. Omfattningen av denna verksamhet är oklar eftersom data till nationell statistik inte rapporteras, och den kan ofta ske mer eller mindre integrerat med socialtjänstens stöd- och behandlingsenheter för personer med missbruk eller beroende.

15.3.3 Huvudmannaskap för den öppna vården

Den senaste kartläggningen av den öppna missbruks- och beroendevården redovisar endast i mycket begränsad utsträckning uppgifter om stöd- och behandlingsenheternas huvudmannaskap. Det konstateras dock att i princip samtliga stödenheter drivs i offentlig regi, varav 88 procent av kommunen och resterande av landstinget. Vidare konstateras att 84 procent av behandlingsenheterna drivs i offentlig regi, varav en klart större andel av kommunen än av landstinget (Socialstyrelsen 2008, s. 21–22, Socialstyrelsen 2009, promemoria till utredningen).

Av 2007 års kartläggning av behandlingsenheter inom missbruks- och beroendevården, vilken redovisas i tabellen nedan, framgår när det gäller enheterna för öppen vård att 54 procent bedrivs av kommuner, 15 procent av landsting samt 12 procent av kommuner och landsting gemensamt. Vidare framgår att 14 procent bedrivs av privata företag, 4 procent av ideella organisationer och 1 procent i övriga former.

Kartläggningen hade ett ovanligt stort bortfall, varför resultaten generellt ska tolkas med försiktighet. Det finns dock ingen anledning att misstänka att proportionerna mellan olika huvudmän ska vara missvisande (Socialstyrelsen 2010, opublicerat material).

Detta styrks av att proportionerna i denna kartläggning liknar de i kartläggningarna av behandlingsenheter inom missbruks- och beroendevården som genomfördes 1999, 2001 och 2003 (Socialstyrelsen 2000, 2002, 2004).

Tabell 15.7 Huvudmannskap för den öppna vården

	Öppenvårdsenheter	
	Antal	Andel
Privat	46	14
Ideellt	13	4
Kommun	172	54
Landsting	48	15
Landsting och kommun	38	12
Övrigt	4	1
	321	100

Källa: Socialstyrelsen.

Not: Öppenvårdsenheter omfattar bland annat psykiatrisk öppenvård, öppenvårdenhet för missbruksbehandling och socialbyrå.

Innehållsligt tenderar kommunerna och landstingen att bedriva delvis olika former av öppen vård. Läkemedelsbehandling och medicinsk utredning och behandling ges i första hand inom hälso- och sjukvården och psykosocialt stöd ges i första hand inom socialtjänsten.

15.3.4 Klienter och patienter i öppen vård

Det saknas aktuella och säkra uppgifter om det totala antalet klienter och patienter som vårdats i öppen vård för olika missbruks- och beroendetillstånd. Det totala antalet klienter och patienter i öppen missbruks- och beroendevård skattades utifrån besöksstatistik 1991 till cirka 51 000 per år (Socialstyrelsen 1993) och 1994 till 48 000 per år (Socialstyrelsen 1994).

Vid en enskild mättag är givetvis antalet klienter och patienter väsentligt lägre. I de olika kartläggningarna av behandlingsenheter inom den öppna missbruks- och beroendevården uppgår det totala antalet klienter och patienter enligt uppgifter inhämtade från psykiatriska öppenvårdsenheter, öppenvårdsenheter för missbruksbehandling, privatläkarmottagning och vårdinstitution till mellan

15 100 och 18 100 en enskild dag (Socialstyrelsen 2000, 2002, 2004). Det faktiska antalet är dock högre eftersom kartläggningarna saknar uppgifter från cirka 20 procent av behandlingsenheterna. I 2007 års kartläggning av den öppna missbruks- och beroendevården skattas det totala antalet patienter och klienter vid behandlingsenheter till cirka 21 000 en enskild dag (Socialstyrelsen 2008, s. 35–36).

Kartläggningarna av den öppna missbruks- och beroendevården har normalt inte redovisat uppgifter om antalet patienter eller klienter i stödenheter. I den senaste kartläggningen avseende 2007 skattas dock det totala antalet patienter och klienter vid stödenheter inom den öppna missbruks- och beroendevården till 13 000 en enskild dag (Socialstyrelsen 2008, s. 36).

Det totala antalet patienter och klienter vid både stöd- och behandlingsenheter inom den öppna missbruks- och beroendevården skattas i 2007 års kartläggning till 34 000 en given dag.

Skattningen utgår i första hand från klienter inom socialtjänsten. År 2009 uppgick antalet vuxna med missbruksproblem med individuellt prövade insatser inom socialtjänsten till cirka 12 000 och antalet vuxna med missbruksproblem med stöd i boende till cirka 6 000. Därutöver bedriver kommunerna alkohol- och drogrådgivning vid så kallade serviceenheter som saknar system för registrering. Antalet personer som en given dag har kontakt med serviceenheter inom missbruks- och beroendevården har skattas till 3 600. De resterande antalet antogs i skattningen vara patienter inom landstingens missbruks- och beroendevård (ibid., s. 36–37).

Inom landstingens specialiserade öppna vård uppgick 2008 antalet patienter med alkoholdiagnos till cirka 16 800 och antalet vårdade för narkotikadiagnos till cirka 15 100. Uppgifter saknas om hur många patienter som söker kontakt med primärvården för missbruk eller beroende. Men antalet måste vara större eftersom primärvården i normalfallet är ingången för vidare behandling inom den specialiserade vården. Därutöver visar olika undersökningar av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom att en stor andel av patienterna inom den psykiatriska och somatiska vården har missbruk eller beroende av varierande svårighetsgrad.

15.4 Sluten missbruks- och beroendevård

Med sluten vård avses vård som sker efter inskrivning vid vårdenhet. Inom hälso- och sjukvården består den slutna vården i huvudsak av inskrivning vid vårdavdelningar på sjukhus. Denna form av sluten vård erbjuds i första hand personer med missbruk eller beroende i behov av behandling för komplicerade abstinens-tillstånd, specialiserad behandling för missbruk eller beroende, eller för samtidig allvarlig psykisk eller somatisk sjukdom. Inom socialtjänstens område benämns sluten vård ofta institutionsvård och består av individuellt behovsprövade insatser främst i form av hem för vård eller boende (HVB) och familjehem. Dessa former för sluten vård erbjuds i första hand för personer med missbruk eller beroende med omfattande och långvariga behov av omvårdnad och psykosocialt stöd.

Inom socialtjänsten har den slutna vården minskat över tid, både vården med och utan samtycke. Inom hälso- och sjukvården har antalet vårdplatser inom den slutna psykiatriska vården minskat kraftigt sedan mitten av 1900-talet, från drygt 7 000 till dagens knappt 4 500 vårdplatser. Men nu finns tendenser till att det totala vårdplatsantalet börjar stiga något.

15.4.1 Hem för vård eller boende

Hem för vård eller boende (HVB) avser enligt 3 kap. 1 § socialtjänstförordningen (SoF) hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård och behandling i förening med ett boende och bedrivs yrkesmässigt.

Det finns enligt tillgängliga registeruppgifter i dag cirka 400 HVB, varav knappt 300 uppgår att de tar emot personer med missbruk eller beroende (Socialstyrelsen, HVB-registret). Omkring 80 procent av verksamheterna bedrivs i privat regi och 20 procent i offentlig regi. Olika hem har olika inriktning. Vissa erbjuder vård eller boende för barn och ungdomar, andra för vuxna med missbruksproblem och ytterligare andra för andra målgrupper. År 2007 uppgick mediankostnaden för vistelse till 4 000 kronor per dygn (Socialstyrelsen 2008).

Den 1 november 2009 vårdades drygt 2 200 vuxna personer (21 år eller äldre) med missbruksproblem frivilligt på institutioner. Antalet vuxna personer i frivillig institutionsvård uppgick 2009 till

totalt cirka 7 500 personer, vilket är en minskning med 7 procent jämfört med 2008. Antalet vård dygn uppgick till totalt 864 525, vilket är en minskning med 9 procent jämfört med 2008. Vård dygna fördelades på cirka 11 400 inskrivningar, vilket är en minskning med cirka 5 procent jämfört med 2008. Den genomsnittliga vårdtiden per person var 115 dygn. Det genomsnittliga antalet vård dygn per inskrivning var 75 dygn, vilket är en minskning med fyra dygn jämfört med 2008 (Socialstyrelsen 2010, s. 29).

Kommunernas användning av HVB för vuxna personer med missbruk har minskat successivt över tid.

15.4.2 Familjehem

Familjehem är enligt 3 kap. 2 § SoF ett enskilt hem som på uppdrag av socialtjänsten tar emot barn för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt. Med förstärkt familjehemsvård avses familjehem som har tillgång till kompletterande stöd främst i form av tillgång till frekvent handledning, stöd dygnet runt, utbildning och avlastning. Med förstärkt familjehemsvård kan även avses att klienten erbjuds kompletterande stöd och behandling (jfr. SOU 2009:68, s. 400).

Det saknas säkra uppgifter om antalet familjehem i landet. Enligt uppgifter från början av 2000-talet fanns cirka 8 000 familjehem (Riksdagens revisorer 2001). Kommuner har i olika sammanhang rapporterat att det är svårt att rekrytera familjehem. År 2007 uppgick mediankostnaden för vistelse i familjehem till 900 kronor per dygn (Socialstyrelsen 2008).³

Den 1 november 2009 vistades 198 vuxna personer (21 år eller äldre) med missbruksproblem frivilligt i familjehem. Jämfört med föregående år är det en minskning med 10 procent. Det totala antalet vistelsedygn i familjehem uppgick 2009 till 73 100 dygn, vilket är en minskning med 12 procent jämfört med 2008. Antalet inskrivningar uppgick till 550, vilket är en minskning med 18 procent jämfört med 2008. Den genomsnittliga vårdtiden uppgick till 132 dygn, vilket är en ökning med 8 dagar jämfört med 2008 (Socialstyrelsen 2010, s. 29).

³ Vårdkostnaden för familjehemsvård inkluderar inte socialtjänstens personalkostnad, vilket innebär att den faktiska kostnaden är högre.

Den 1 november 2009 vistades 14 personer i familjehem enligt 27 § LVM, vilket är 10 personer mindre än 2008 (s. 29).

15.4.3 LVM-hem

Med LVM-hem avses hem för tvångsvård av personer med missbruksproblem enligt LVM. Statens institutionsstyrelse är huvudman för LVM-hemmen. LVM-hem kan även bedriva frivillig vård enligt SoL.

Det finns i dag elva LVH-hem med totalt cirka 300 vårdplatser. Antalet hem och vårdplatser har minskat påtagligt under senare år. LVM-vården finansieras genom en kommunal vårdavgift samt vissa statliga anslag och tidsbegränsade subventioner. Vårdavgiften är differentierad och uppgår till mellan 3 000 och 4 000 kronor per dygn (www.stat-inst.se).

Den 1 november 2009 tvångsvårdades cirka 260 personer i LVM-hem i åldern 18 år eller äldre. Under 2009 fattade förvaltningsrätterna totalt 1 330 beslut om insatser enligt LVM gällande drygt 800 personer, vilket är en minskning med 10 procent jämfört med 2008. Att antalet beslut överstiger antalet personer innebär att vissa personer varit föremål för tvångsvård mer än en gång under ett och samma år. För 235 personer gällde beslutet ett omedelbart omhändertagande och för 570 personer gällde beslutet både omedelbart omhändertagande och om beredande av vård eller endast beredande av vård (Socialstyrelsen 2010, s. 30–31).

15.4.4 Psykiatrisk sluten vård

Det finns ett betydande antal vårdavdelningar för psykiatrisk vård. År 2008 fanns cirka 250 enheter för allmänpsykiatri, 30 enheter för barn- och ungdomspsykiatri och 104 enheter för rättspsykiatri. Inom allmänpsykiatrin finns ett 40-tal enheter med särskilda vårdplatser för personer med missbruk eller beroende. Där särskilda enheter eller särskilda vårdplatser för personer med missbruk eller beroende saknas är missbruks- och beroendevården vanligen integrerad med allmänpsykiatrin. Flertalet landsting saknar permanenta lösningar inom barn- och ungdomspsykiatrin för vård och behandling av barn och unga med missbruk eller beroende. Samtliga vårdavdelningar för sluten psykiatrisk vård har landstinget som

huvudman (SKL 2010, s. 38–44, Socialstyrelsen 2010, opublicerade uppgifter).

År 2009 fanns totalt 3 244 vårdplatser för sluten allmänpsykiatrisk vård, varav cirka 470 särskilda vårdplatser för missbruks- och beroendevård. Därutöver fanns 1 113 vårdplatser för rättspsykiatrisk vård och 157 vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri. Totalt fanns sålunda vid kartläggningstillfället 4 514 vårdplatser för sluten psykiatrisk vård. Antalet vårdplatser för sluten psykiatrisk vård varierar mellan olika landsting, från 0,3 till 0,9 vårdplatser per 1 000 invånare (SKL 2010, s. 38–44).

I kartläggningen framförs flera tänkbara förklaringar till de stora variationerna i antalet vårdplatser för sluten psykiatrisk vård mellan olika landsting, bland annat om sluten vård säljs till eller köps av andra landsting, om beläggningsgraden är hög eller låg samt om samverkan fungerar dels mellan sluten och öppen vård inom hälso- och sjukvården och dels mellan landstinget och kommunen när det gäller boendelösningar och annat socialt stöd, främst för personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom.

Inom allmänpsykiatri uppgick antalet producerade vårddygn under det senaste året till totalt 1 165 774, varav 14 procent avsåg vård där missbruk eller beroende angivits som huvuddiagnos. Andelen av de producerande vårddygnen som avser vård och behandling av personer med missbruk eller beroende som angiven huvuddiagnos varierar mellan olika landsting, från 4 till 30 procent (ibid., s. 45–55).

Personalkostnaden per vårdplats och dygn i sluten psykiatrisk vård har för 2009 beräknats till cirka 3 350 kronor inom allmänpsykiatri, 3 450 inom rättspsykiatri och 6 300 inom barn- och ungdomspsykiatri. Till personalkostnaden, som är den stora kostnaden, kommer kostnader för lokaler och förvaltning. Produktionskostnaden varierar mycket mellan olika landsting (ibid., s. 81).

15.4.5 Huvudmannaskap för den slutna vården

Av 2007 års kartläggning av behandlingsenheter inom missbruks- och beroendevården framgår när det gäller enheterna för sluten vård att 18 procent bedrivs av kommuner, 15 procent av landsting och 1 procent av kommuner och landsting gemensamt. Vidare framgår att 42 procent bedrivs av privata företag, 18 procent av

ideella organisationer och 6 procent av staten (Socialstyrelsen 2010, opublicerat material).⁴

Proportionerna mellan olika huvudmän är i linje med resultaten från de kartläggningar av behandlingsenheter inom missbruks- och beroendevården som genomfördes 1999, 2001 och 2003 (Socialstyrelsen 2000, 2002, 2004).

Tabell 15.8 Huvudmannaskap för den slutna vården

	Slutenvårdsenheter	
	Antal	Andel
Privat	94	42
Ideellt	41	18
Kommun	40	18
Landsting	33	15
Landsting och kommun	2	1
Staten	13	6
Övrigt	-	-
	223	100

Källa: Socialstyrelsen 2010.

Not: Sluten vård omfattar vårdavdelning vid sjukhus, hem för vård eller boende och familjehem.

Vidare visar kartläggningen att olika huvudmän tenderar att bedriva olika former av öppen vård. Kommuner bedriver främst HVB och familjehem och landsting främst vårdavdelningar vid sjukhus. Privata företag och ideella organisationer bedriver i första hand HVB. Staten bedriver hem för tvångsvård enligt LVM.

15.4.6 Klienter och patienter i slutna vård

Det saknas säkra uppgifter om det totala antalet klienter och patienter som vårdats i slutna vård inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården för olika missbruks- och beroendetillstånd.

Inom socialtjänsten uppgick antalet inskrivna klienter den 1 november 2009 till 2 200 vid HVB, 200 vid familjehem och 260 vid LVM-hem. Totalt under hela året uppgick antalet inskrivna till 7 500 vid HVB, 550 vid familjehem och 800 vid LVM-hem.

⁴ Kartläggningen hade ett ovanligt stort bortfall, varför resultaten generellt ska tolkas med försiktighet. Det finns dock ingen anledning att misstänka att kartläggningen ska vara missvisande när det gäller proportionerna mellan olika huvudmän.

Sammantaget vårdades sålunda knappt 9 000 klienter i slutna vård inom socialtjänsten under 2008 (Socialstyrelsen 2010).

Inom hälso- och sjukvården uppgick 2008 antalet inskrivna i slutna vård för alkoholdiagnos till cirka 25 800 och antalet med narkotikadiagnos till cirka 10 100 (Socialstyrelsen, patientregistret).

Vidare framgår av 2009 års kartläggning av den slutna psykiatriska vården att totalt cirka 64 350 unika patienter vårdades i slutna psykiatrisk vård under 2008. (Enligt Socialstyrelsens patientregister uppgick antalet till cirka 56 250.) Av patienterna vårdades 79 procent enligt HSL, 19 procent enligt LPT och 2 procent enligt LRV. Inom allmänpsykiatrin uppgick andelen patienter med missbruks- eller beroendediagnos till knappt 30 procent av männen och 10 procent av kvinnorna vårdade enligt HSL och drygt 10 procent av männen och drygt 5 procent av kvinnorna vårdade enligt LPT. Inom rättspsykiatrin uppgick motsvarande andelar till drygt 5 procent av männen och 1 procent av kvinnorna vårdade enligt LRV. Det innebär att missbruks- och beroendediagnoser är vanligare inom den frivilliga vården. Inom tvångsvården enligt LPT och LRV är diagnoserna schizofreni och andra psykoser vanligast, men även missbruks- och beroendediagnoser är vanliga, i synnerhet inom vården enligt LPT (SKL 2010, s. 68–74).

Därutöver visar olika undersökningar av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom att en stor andel av patienterna inom den psykiatriska och somatiska vården för olika psykiska och somatiska sjukdomstillstånd samtidigt har missbruk eller beroende (se forskningsbilagan kapitel 8 och 9).

Summeras antalet klienter som efter individuell behovsprövning får slutna vård inom socialtjänsten med antalet patienter som i slutna vård med alkohol- eller narkotikadiagnos, uppgår antalet till cirka 45 000 per år.

En individ kan dock ha genomgått slutna vård både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, till exempel abstinensvård inom hälso- och sjukvården som en förberedelse för behandling vid HVB inom socialtjänsten. Detta indikerar att det unika antalet klienter och patienter understiger 45 000. Samtidigt är det sannolikt att ett inte obetydligt antal patienter med missbruk eller beroende vårdas i hälso- och sjukvården för annan diagnos. I sammanhanget bör också noteras att flertalet av de klienter och patienter som varit inskrivna i slutna vård också har haft kontakt med den öppna vården.

15.5 Kostnader

15.5.1 Kommunernas kostnader

Socialtjänstens totala kostnader för missbruks- och beroendevården uppgick 2009, enligt kommunernas räkenskapsammandrag, till totalt 5,5 miljarder kronor. De kostnader som redovisas är poster i budgeten som exklusivt avser insatser riktade till personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger (Socialstyrelsen 2010).

Kostnaderna för missbruks- och beroendevård har ökat över tid. År 1998 uppgick socialtjänstens kostnad till totalt 3,6 miljarder kronor, vilket innebär att kostnaden har ökat med 55 procent på tio år (Socialstyrelsen 2010). Denna ökning följde dock efter en kraftig minskning av resurserna under den ekonomiska krisen på 1990-talet (Stenius 2009, s. 155–157).

Enligt statistiken över kommunernas verksamhetskostnader har kostnaderna för missbruks- och beroendevård ökat relativt sett mindre än flera andra verksamhetsområden inom socialtjänsten.

Utöver de direkta kostnaderna för missbruks- och beroendevård har Socialstyrelsen skattat kommunernas övriga kostnader som är relaterade till missbruk. Dessa kostnader återfinns främst under posterna vård av barn och unga samt ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen 2010).

Tabell 15.9 Kommunernas kostnader relaterade till alkohol och droger

Verksamhet	Beräknade kostnader, mnkr
Socialtjänst	7 995
Missbruks- och beroendevård för vuxna	4 557
Vård av barn och unga	3 175
Ekonomiskt bistånd	263
Skolverksamhet	1 061
Utbildning i alkohol och andra droger	496
Elevvård	565
Räddningstjänst	1 010
Kommunen totalt	10 066

Källa: Socialstyrelsen 2010.

Kommunernas totala kostnader relaterade till alkohol och andra droger har skattats till cirka 10 miljarder kronor, varav cirka 8 miljarder avser socialtjänstens kostnader (Socialstyrelsen 2010).

Kostnaderna för missbruks- och beroendevård varierar mycket mellan olika kommuner. Det har konstaterats att de stora variationerna mellan olika kommuner inte kan förklaras av skillnader i lokal missbrukssituation och lokala vårdbehov, utan snarare av skillnader i lokala politiska prioriteringar.

15.5.2 Landstingens kostnader

Landstingen redovisar inte särskilt, i budget eller årsredovisning eller motsvarande, kostnaderna för missbruks- och beroendevården. Det innebär att det saknas uppgifter om kostnader motsvarande de som finns redovisade för kommunerna enligt kommunernas räkenskapsammandrag. Det är sålunda vanskligt att bedöma såväl landstingets kostnader för missbruks- och beroendevården i dag som hur landstingets kostnader har utvecklats över tid.

Landstingens totala kostnader för missbruks- och beroendevård har dock skattats utifrån antaganden om kostnader för olika typer av vård och antal personer med missbruk eller beroende som vårdas.

Tabell 15.10 Landstingens kostnader

Verksamhetsområde	Kostnader, mnkr
Specialiserad sluten vård	2 783
Specialiserad öppen vård	3 106
Tandvård	89
Övrigt	633
Totalt	6 611

Källa: Socialstyrelsen 2010.

Landstingens årliga kostnad uppgår enligt skattningen till 6,6 miljarder kronor, varav cirka 2,8 miljarder kronor avser specialiserad sluten vård och 3,1 miljarder kronor avser specialiserad öppen vård. Därutöver ingår kostnader för tandvård och kostnader för viss övrig verksamhet.

15.6 Samverkan

Kommunerna och landstingen har ett delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Samverkan mellan huvudmännen har i olika sammanhang lyfts fram som ett viktigt medel för att kunna erbjuda personer med missbruk eller beroende ett mer komplett och mer sammanhängande vård- och stöderbjudande.

Det har hävdats att samverkan har flera fördelar, bland annat att arbetet effektiviseras, problem upptäcks tidigare, hjälpinsatserna blir bättre, ökar kunskaperna bland de verksamma samt att arbetet underlättas och blir mindre ansträngande. Behovet av samverkan har särskilt betonats när det gäller individer med komplexa vårdbehov och behov av insatser från flera huvudmän, till exempel personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom.

Samverkan har också förts fram som ett sätt för befolkningsmässigt små kommuner med begränsade finansiella och kompetensmässiga resurser att kunna erbjuda en kvalificerad och differentierad missbruks- och beroendevård (SOU 2005:82, Socialstyrelsen 2007a, 2007b, 2008).

Landstingens och kommunernas befogenheter inom vård- och omsorgsområdet enligt HSL och SoL kan överlåtas mellan de två huvudmännen. Ett landsting eller en kommun får även sluta avtal med någon annan om att utföra vissa uppgifter. En ytterligare möjlighet till samverkan är att inrätta en gemensam nämnd inom missbruks- och beroendområdet enligt lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Samverkan mellan kommuner och landsting kan sålunda ske både på verksamhetsnivå och på politisk nivå.

15.6.1 Samverkan mellan kommuner

Tidigare studier har visat att befolkningsmässigt små kommuner har svårt att upprätthålla en differentierad och kvalificerad missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2003, s. 14–16, 25–28, Socialstyrelsen 2008, s. 22–24, SOU 2005:82). Samverkan med andra kommuner är en väg för att upprätthålla ett mer diversifierat utbud av kunskapsbaserade vård- och stödinsatser.

I Socialstyrelsens rapport *Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård* redovisas uppgifter om förekomsten av samverkan

mellan kommunerna. På en allmän fråga om de samverkar svarar det stora flertalet kommuner och stadsdelar att de samverkar. Andelen är något mindre i storstädernas stadsdelar och de allra minsta kommunerna med en befolkning som understiger 15 000 personer, men uppgår likväl till 90 procent.

Mindre vanligt är det med mer konkreta former för samverkan. Avtal som reglerar samverkan med andra huvudmän har mellan 60 och 80 procent av kommunerna med fler än 30 000 invånare och drygt 30 procent av kommunerna med färre än 30 000 invånare.

Ännu färre kommuner har skriftliga rutiner för överföring av information mellan olika huvudmän. I kommuner med fler än 30 000 invånare är andelen mellan 30 och 40 procent och i kommuner med färre än 30 000 invånare är andelen 15 till 25 procent (Socialstyrelsen 2008, s. 30–31).

Andelen kommuner och stadsdelar som samverkar med andra kommuner och stadsdelar om en gemensam enhet för missbruks- och beroendevård är cirka 60 procent i storstäderna, medan andelen i övriga kommungrupper är mellan 15 och 30 procent. Notabelt i detta sammanhang är att de minsta kommunerna, med en befolkning under 15 000 personer, samverkar i högre grad än kommuner med invånarantal mellan 15 000 och 70 000 invånare (ibid., s. 31–32).

Statsbidraget till missbruks- och beroendevården åren 2005 till 2008 hade bland annat som syfte att främja samverkan mellan kommuner. Enligt utvärderingen av statsbidraget uppger 19 procent av de kommuner som erhållit bidrag att de samverkar med andra kommuner eller kommundelar kring en gemensam enhet för missbruks- och beroendevård. Av de kommuner som inte erhållit bidrag är motsvarande andel 16 procent. Mellan 2006 och 2008 har inte andelen kommuner och kommundelar som samverkar kring en gemensam enhet förändrats nämnvärt.

Mot bakgrund av dessa resultat dras i utvärderingen slutsatsen att samverkan mellan kommuner kring gemensamma enheter för missbruks- och beroendevård endast sker i begränsad omfattning. I de fall samverkan kommit till stånd är det i första hand en befolkningsmässigt liten kommun som har anslutit sig till en befolkningsmässigt stor kommun. Ofta har samverkan inom missbruks- och beroendevården varit en utvidgning av samverkan inom andra områden. Vidare dras slutsatsen att statsbidraget förefaller ha haft en högst begränsad effekt när det gäller att främja samverkan mellan kommuner (Kullberg m.fl. 2010, s. 49–54).

15.6.2 Samverkan mellan kommun och landsting

Många med missbruk eller beroende behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det gäller bland annat personer med missbruk eller beroende i kombination med social problematik. Genom samverkan mellan kommun och landsting kan huvudmännen erbjuda ett mer diversifierat utbud och ett mer sammanhållet vård- och stöderbjudande.

Andelen kommuner och stadsdelar som uppger att de samverkar med landstingets specialiserade beroendevård om en öppenvårdsmottagning är högre i större kommuner. I kommungrupperna med fler än 30 000 invånare är andelen mellan 50 och 60 procent. I kommungrupperna med färre än 30 000 invånare är motsvarande andel mellan 15 och 20 procent (Socialstyrelsen 2008, s. 33).

Landstingen uppger i likhet med kommunerna ofta att de samverkar mer allmänt med andra huvudmän. Mindre vanligt är skriftliga avtal som reglerar samverkan och skriftliga rutiner för överföring av information mellan olika huvudmän. I 16 av 20 landsting driver dock landstinget öppen vård tillsammans med kommunal socialtjänst (Socialstyrelsen 2008, s. 51–52).

Tabell 15.11 Landstingens samverkan inom missbruksområdet

Samverkansform	Antal landsting	
	Ja	Nej
Samverkan med andra landsting, kriminalvård, etc.	17	3
Skriftliga avtal med andra huvudmän	15	2
Skriftliga rutiner för överföring av information	11	6
Öppenvårdsmottagning tillsammans med kommunal socialtjänst	16	4

Källa: Socialstyrelsen 2008.

Enligt utvärderingen av statsbidraget till missbruks- och beroendevården 2005–2008 uppger 81 procent av kommunerna som erhållit bidrag att de har någon form av samverkan med landstinget. Motsvarande andel för kommuner som inte erhållit bidrag är 83 procent. Av de kommuner som känner till att de erhållit bidrag för att inrätta en gemensam enhet för öppen vård med landstinget, har andelen som inte samarbetar med landstinget minskat från 52 till 24 procent mellan 2006 och 2008.

Mot bakgrund av detta dras slutsatsen att samverkan mellan kommuner och landsting har utvecklats positivt och att utveck-

lingen har varit till nytta för individen i behov av vård och stöd. Men samtidigt noteras att många kommuner redan innan tidpunkten för statsbidraget har samverkat eller haft för avsikt att utveckla samverkan med landstinget. Formerna för samverkan varierar också. I många fall handlar det om gemensam utbildning. Integrerade enheter för öppen vård är betydligt mindre vanligt (Kullberg m fl. 2009, s. 55–56).

Samverkan mellan kommuner och landsting kan ske på olika sätt, bland annat beroende på hur landstinget har valt att organisera missbruks- och beroendevården. Nedan beskrivs kortfattat två former för samverkan, dels ett exempel på samverkan mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården och dels ett exempel på samverkan mellan socialtjänsten och primärvården.

Maria ungdom, Stockholm

Maria ungdom är en landstingsenhet inom psykiatridivisionen i Stockholm som riktar sig till ungdomar med problem orsakade av missbruk (www.mariaungdom.nu). Insatserna omfattar medicinsk, psykiatrisk och psykologisk diagnostik och behandling. Verksamheten bedrivs i nära samarbete med alla kommuner i länet i syfte att erbjuda ungdomar medicinsk och social utredning och om så behövs fortsatt kontakt eller vård i hemkommunen. Maria ungdom bedriver också lokal missbruks- och beroendevård för ungdomar tillsammans med socialtjänsten i åtta kommuner vid s.k. Mini-Marior.

Specialiserad beroendevård i Gävleborg

I Gävleborgs län samverkar kommunernas socialtjänst och landstingets primärvård (www.regiongavleborg.se). I länet finns sex lokala beroendemottagningar som bemannas av både kommunen och landstinget och som var och en leds av en för kommunen och landstinget gemensam ledningsgrupp. Det finns formella avtal mellan landstinget och åtta av länets tio kommuner.

Inom landstinget har primärvården huvudansvaret för missbruks- och beroendevården. Landstinget har ansvar för de medicinska insatserna och läkare och sjuksköterskor för bland annat provtagning, abstinensvård och läkemedelsbehandling.

Kommunerna har ansvar för insatser av mer psykosocial karaktär. Flertalet kommuner i landstingsområdet erbjuder motive- rande och behandlande insatser individuellt och i grupp. Social- tjänstens myndighetsutövning är vanligtvis inte integrerad i de lokala mottagningarna för missbruks- och beroendevård.

Verksamheterna har öppen mottagning för enkel ingång och erbjuder utredning, bedömning, rådgivning, medicinsk och psyko- social behandling.

15.6.3 Samverkansproblem

I samband med utredningens olika kartläggningar, regionala hearingar, löpande möten med till utredningen knutna referens- grupper och besök vid olika enheter för missbruks- och beroende- vård runt om i landet, har det framkommit flera olika hinder för en framgångsrik samverkan dels mellan kommuner och dels mellan kommuner och landsting.

Det grundläggande hinder som de flesta lyfter fram är att kommunen och landstinget är två självständiga huvudmän med olika resurser och beslutsordningar och vars verksamhet regleras av två lagstiftningar av ramlagskaraktär. Detta förhållande leder inte sällan till förhandlingar eller tvister om de två huvudmännens ansvar. Konsekvensen av detta är ofta att tillgången och tillgäng- ligheten till insatser försämras och i värsta fall till att utbudet begränsas om huvudmännen inte kan komma överens i finan- sieringsfrågan.

Andra hinder för samverkan är att socialtjänsten och hälso- och sjukvården har olika professionell kultur och i vissa avseenden saknar gemensam terminologi. Olika krav på och system för dokumentation är ytterligare andra hinder. Det är också vanligt att sekretessreglerna förs fram som ett hinder för samverkan. Det framhålls även att det finns samordningsproblem inom en och samma huvudman, till exempel inom hälso- och sjukvården när det gäller vård och behandling för personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom.

I 2009 års kartläggning av den slutna psykiatriska vården konstateras att samverkan mellan den slutna vården och kommu- nerna fungerar mycket olika i olika landsting och kommuner. Olika landsting men också olika avdelningar inom en och samma klinik kan ha olika utvecklat och olika väl fungerande samarbete med

kommunerna och deras olika verksamheter. Enheter med personal med psykosocial kompetens, långa vårdtider och en stor andel patienter med funktionsnedsättning förefaller generellt ha ett bättre samarbete med kommunen. I vissa fall beror problemen på att det saknas etablerade former för samverkan och i andra fall på att kommunerna saknar nödvändiga resurser. Vidare konstateras att även samverkan mellan den slutna och öppna vården inom landstinget fungerar olika väl i olika landsting. En uppfattning är att det har blivit svårare att samverka i takt med att antalet privata utförare av vård och antalet enheter har ökat. Samarbetet mellan den slutna och öppna vården beskrivs också som resurskrävande. Problem uppstår ofta i samband med omorganisation av verksamheter (SKL 2010, s. 96–98).

Även i utvärderingen av statsbidraget till missbruks- och beroendevården 2005–2008 identifieras ett antal hinder för samverkan. Oenighet om finansieringen av verksamheter och insatser är en orsak till att det kan vara svårt att samarbeta. Andra orsaker är olikheter i organisation och ledning mellan kommun och landsting. Samverkan kompliceras också av att kommun och landsting inte sällan har olika syften och mål med samverkan. Det påpekas också att initiativ till samverkan ofta har stannat på personnivå och att nödvändiga organisatoriska och strukturella förutsättningar inte tillskapats (Kullberg m fl. 2009, s. 53–56).

Statens institutionsstyrelse har till utredningen påtalat svårigheten för klienter som tvångsvårdas enligt LVM att få tillgång till adekvat hälso- och sjukvård på grund av bristande samverkan med landstinget. Det gäller dels under vistelsen vid LVM-hemmet, dels vård och behandling efter utskrivning. Ibland brister även samverkan med kommunen rörande olika stödinsatser.

15.7 Sammanfattning och slutsatser

15.7.1 Från straff och kontroll till motivation och behandling

Den svenska lagstiftningen om vård av personer med missbruk har utvecklats från att betona samhällsskydd till individskydd. I vårdideologiska termer innebär detta att det har skett en förskjutning från att i äldre lagstiftning betona straff och kontroll till att i SoL och HSL betona behandling och motivation.

Det finns inte några skäl som talar för att förändra den nuvarande betoningen av motivation och behandling.

15.7.2 Från socialt problem till multifaktoriellt tillstånd

I vetenskapliga och yrkesmässiga sammanhang har synen på missbruk och beroende av alkohol och andra droger förändrats från att betraktas som moraliska och karaktärsmissigheter hos individen till att ses som multifaktoriella tillstånd orsakade av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Denna utveckling illustreras bland annat av att missbruk (skadligt bruk) och beroende ingår i de internationella diagnosystemen inom hälso- och sjukvården och den manifesteras av definitionen av missbruk och beroende i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.

Denna utveckling av synen på missbruk och beroende från sociala problem till multifaktoriella tillstånd avspeglas inte i den lagstiftning som i dag reglerar missbruks- och beroendevården.

15.7.3 Mindre sluten och mer öppen vård

Det har över tid skett en förskjutning från sluten till öppen vård. Kommunerna och landstingen har byggt ut den öppna vården. Samtidigt har användningen av HVB och familjehem minskat inom socialtjänsten och antalet platser för sluten vård och de genomsnittliga vårdtiderna minskat i den psykiatriska vården inom hälso- och sjukvården.

Det finns flera skäl som motiverar denna förskjutning från öppen till sluten vård. Den tillgängliga forskningen visar att behandling i öppen vård för många målgrupper ger lika bra eller bättre resultat jämfört med behandling i sluten vård. Öppen vård anses också vara mer kostnadseffektiv än sluten vård. Vidare anses öppen vård underlätta tillgången på vård för fler grupper, främst socialt etablerade personer med missbruk eller beroende. Dessutom anses öppen vård möjliggöra vård i individens närmiljö och underlätta upprätthållande av familjeliv, arbete, etc. under tiden för vård och behandling.

I internationell jämförelse används dock fortfarande mycket sluten vård i Sverige, främst inom socialtjänstens ansvarsområde.

15.7.4 Mer medicinska insatser

De medicinska inslagen i vården har ökat. Detta är en konsekvens av utvecklingen av nya former av missbruk och beroende som ställer ökade krav på medicinsk utredning och behandling, bland annat missbruk och beroende av läkemedel och dopningsmedel. Detta är också en konsekvens av att det har utvecklats nya läkemedelsbehandlingar för olika beroendetillstånd, bland annat för beroende av alkohol respektive opiater.

Psykosocial behandling har dock fortfarande en dominerade ställning. I internationell jämförelse framstår läkemedelsbehandling som en delvis underutnyttjad strategi i den svenska missbruks- och beroendevården.

15.7.5 Landstingens ansvar har ökat

Förskjutningen från att betrakta missbruk och beroende som sociala problem till att se dem som multifaktoriella tillstånd har i kombination med de ökade medicinska inslagen i vården i praktiken inneburit att landstingens ansvar för vård av personer med missbruk eller beroende har ökat.

Landstingen utför i dag centrala uppgifter i vård- och stödprocessen, bland annat abstinensvård, läkemedelsbehandling och annan medicinsk behandling av vissa missbruks- och beroendetillstånd, samt behandling av med missbruk eller beroende samtidiga psykiska och somatiska sjukdomstillstånd. I några landstingsområden, främst i storstadsregionerna, står landstingen i dag för huvuddelen av vården och behandlingen medan kommunerna i första hand står för psykosocialt stöd och andra sociala insatser.

I detta sammanhang ska noteras att lagstiftningen ger kommunerna och landstingen olika möjligheter att bedriva behandling. Endast landstinget får enligt HSL meddela vård av läkare, vilket innebär att endast landstinget kan erbjuda läkemedelsbehandling och viss annan medicinsk behandling.

Att landstinget står för en betydande del av missbruks- och beroendevården framgår också av att både kommunerna och landstingen har betydande kostnader, 10 respektive 6,6 miljarder kronor. I denna kostnadsuppgift ingår dock inte primärvårdens samt den specialiserade hälso- och sjukvårdens kostnader för vård

och behandling av patienter med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykiska eller somatiska sjukdomar.

15.7.6 Ökad specialisering

Ökad specialisering av vården anses ha flera fördelar. Det anses bidra till professionalisering, men också till att underlätta såväl planering av verksamheter som möjligheten för individer i behov av hjälp att söka vård och stöd. I linje med detta har staten genom bidrag försökt stimulera ökad specialisering inom missbruks- och beroendevården.

Det har också skett en ökad specialisering. Både kommuner och landsting har i allt högre grad inrättat särskilda enheter för vård, behandling och stöd av personer med missbruk eller beroende. Specialisering är vanlig i befolkningsmässigt stora kommuner. Av landstingen har allt fler inrättat särskilda enheter för missbruks- och beroendevård. Lägst har denna utveckling kommit i de landsting som har valt att inrättat särskilda centrum för missbruks- och beroendevård.

Inom många befolkningsmässigt små kommuner och vissa landsting saknas dock fortfarande specialiserade verksamheter.

15.7.7 Ökat fokus på samverkan, men klen resultat

Behovet av fördjupad samverkan mellan kommun och landsting har betonats sedan tillkomsten av SoL och HSL. Samverkan anses ha flera fördelar, bland annat att möjliggöra ett mer komplett utbud av insatser, inte minst i små kommuner. För bland annat personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom och personer med missbruk eller beroende i kombination med social problematik är det av största vikt att socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens olika insatser samordnas.

Staten har också vid upprepade tillfällen vidtagit åtgärder för att främja samverkan, främst genom olika statliga bidrag till kommuner och landsting, men också genom vissa förändringar av regelverket.

I generella termer är det i dag vanligt med samverkan mellan kommun och landsting. Det är dock mindre vanligt med mer

konkreta former för samverkan, till exempel avtal som reglerar samverkan, rutiner för överföring av information och integrerade verksamheter.

Men det finns också flera hinder för samverkan. Det grundläggande problemet är att det handlar om två självständiga huvudmän med olika uppdrag, beslutsordningar och finansiering och som regleras av olika lagstiftningar av ramlagskaraktär. Andra hinder är olika kulturer, avsaknad av gemensam terminologi och svårigheter att överföra information mellan huvudmännen.

Samverkan mellan kommun och landsting är nödvändig, men dagens samverkan har inte kunnat lösa problemen med bristande tillgänglighet till, samordning av och kontinuitet i vård- och stödprocessen.

16 När frivilliga insatser inte räcker till

16.1 Tvångsvården i historisk belysning

16.1.1 Från alkoholistlag till LVM

Det svenska samhället har genom tiderna försökt att främja nykterhet och bekämpa missbruk på olika sätt. Tyngdpunkten när det gäller olika tvångsformer låg länge på kriminalisering av missbruket och samhällsskydd. Som exempel kan nämnas att fylleriet kriminaliserades 1733 och avkriminaliserades så sent som 1977.

Lagligt reglerad tvångsvård infördes för första gången under 1850-talet och avsåg sinnessjuka. En särslagstiftning som enbart omfattade missbruk av alkohol infördes för första gången i augusti 1916 när 1913 års alkoholistlag trädde i kraft. Lagen betraktades visserligen som en vårdlag, men samtidigt var det tydligt att den alkoholism som ansågs utgöra ett problem var bland arbetarklassens familjefäder som genom sitt drickande ansågs förstöra inte bara för sig själva utan också för sin familj (Gustafsson 2001).

Alkoholislagen reviderades under 1932, dock utan några större praktiska skillnader. Under 1950-talet ersattes den av lagen av nykterhetsvårdslagen. De medicinska synpunkterna vid alkoholmissbruk ägnades större uppmärksamhet, men i praktiken var det inga större förändringar. Lagen gällde bara vid alkoholmissbruk, medan missbruk av narkotika behandlades inom hälso- och sjukvården utan särskild missbruksrelaterade lagreglering. Personer med narkotikamissbruk kunde tvångsvårdas enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), om de ansågs uppfylla de generella kriterierna för LSPV-vård.

Under andra hälften av 1960-talet växte kritiken mot nykterhetsvårdslagens repressiva karaktär och tvångsåtgärdernas utform-

ning. Alkoholismen betraktades också alltmer som en sjukdom. En utredning tillsattes – Socialutredningen – som fick i uppdrag att göra en allmän översyn och reformering av den sociala vårdlagstiftningen, inklusive tvångsinslagen i dåvarande barnvårds- och nykterhetsvårdslagen. Utredningen föreslog i sitt slutbetänkande att en ny socialtjänstlag (SoL) skulle ersätta nykterhetsvårdslagen, lagen om socialhjälp och barnvårdslagen (SOU 1977:40). När det gällde vuxna personer med missbruksproblem var utredningens huvudförslag att behövliga tvångsinsatser för den som missbrukade alkohol eller andra beroendeframkallande medel endast skulle ges inom hälso- och sjukvården och med stöd av LSPV. Utredningens minoritet ställde sig bakom ett alternativförslag, som innebar att tvångsvård skulle kunna genomföras med stöd av en särskild social tvångsvårdslagstiftning.

Remissinstanserna var i princip eniga om att tvångsinsatser var nödvändiga beträffande barn och unga, men frågan om tvångsvård för vuxna personer med missbruksproblem var omstridd. Regeringen anslöt sig dock till utredningens huvudförslag och föreslog i sin proposition att en ny socialtjänstlag skulle ersätta bland annat nykterhetsvårdslagen, lagen om socialhjälp och barnvårdslagen. Den nya socialtjänstlagen kompletterades med lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt vissa förändringar i LSPV (prop. 1979/80:1).

Riksdagen tillstyrkte förslaget om ny socialtjänstlag och LVU men avsåg förslaget om ändringar i LSPV. Socialutskottet ansåg det nödvändigt att frågan om vård utan samtycke av vuxna personer med missbruksproblem blev föremål för fortsatt utredning. Utskottet poängterade också vikten av en bred politisk samsyn i en sådan fråga som kunde innebära långtgående ingrepp i den enskildes frihet och integritet (bet. 1979/80:SoU44 s. 62). En kommitté – Socialberedningen – tillsattes därefter som fick i uppdrag att med förtur utarbeta ett lagförslag beträffande vården av vuxna med alkohol- och narkotikamissbruk. Beredningen överlämnade i januari 1981 ett förslag i sitt betänkande *LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall* (SOU 1981:7).

Ett år senare, den 1 januari 1982, trädde LVM (1981:1243) i kraft samtidigt med den nya socialtjänstlagen. Till skillnad från tidigare tvångslagar var LVM främst grundad i den enskildes behov av vård och omfattade även personer som missbrukade narkotika. Redan några år efter lagens införande uppstod en omfattande debatt om behovet av att hjälpa personer med injektionsmissbruk

bort från det aktiva missbruket. Debatten förstärktes av alarm om hiv/aids-epidemi bland de så kallade sprutnarkomanerna i Stockholm. Bland annat mot denna bakgrund reviderades LVM den 1 januari 1989 när nuvarande LVM (1988:870) trädde i kraft. Revideringen innebar bland annat att LVM blev obligatorisk, det vill säga socialnämnden ska ansöka om tvångsvård om lagens förutsättningar är uppfyllda, oavsett ekonomiska resurser (prop. 1987/88:147 s. 53).

LVM har under årens lopp ändrats ett antal gånger, bland annat på grund av två huvudmannaskapsförändringar under 1990-talet. Ändringarna innebar dels att socialnämnderna övertog ansvaret för utrednings- och ansökningsförfarande från länsstyrelserna, dels att Statens institutionsstyrelse tog över utförandet av vården från kommunerna. En viktig bakomliggande faktor för detta var de svårigheter att få vissa klienter placerade som ingen behandlingsinstitution enligt den rådande ordningen ansåg sig ha möjlighet ta hand om. Denna så kallade "anstaltssuveränitet", som framhölls som ett stort problem, upphörde i och med tillskapandet av Statens institutionsstyrelse, vars uppdrag entydigt skrevs fast till att vara att alltid placera de personer som skulle vårdas enligt LVM på någon av sina institutioner, eventuellt efter inledande av vården på sjukhus. Statens institutionsstyrelse gavs således ingen möjlighet att neka placering av en klient. Någon ytterligare mer genomgripande revidering av LVM har dock inte skett under de drygt 20 år som lagen har varit i kraft.

16.1.2 Utvecklingen inom missbruksvården efter nya LVM

Under hotet av en aidsepidemi bland personer med missbruk i mitten av 1980-talet skedde en kraftig utbyggnad och förstärkning av institutionsvården genom riktade statliga bidrag. Förstärkningen gällde både den frivilliga vården och tvångsvården. Kulmen nåddes under 1991 då antalet personer som vårdades i institutionsvård en viss mättdag uppgick till drygt 5 000, varav knappt 750 i tvångsvård. Efter det minskade antalet personer i institutionsvård successivt under 1990-talet och kommunerna satsade alltmer på vård i öppna former. Mest märkbar var minskningen inom tvångsvården där antalet personer minskade med två tredjedelar. LVM-ansökningarna minskade särskilt sedan kommunerna övertagit utredningsansvaret från länsstyrelserna 1994. Nedgången gällde framför

allt personer som missbrukade alkohol, medan andelen som missbrukade narkotika låg relativt konstant (SOU 2005:82 s. 81).

Parallellt med denna utveckling skedde en ökning av det så kallade tunga narkotikamissbruket. Uppgifter från olika håll pekade på att människor som hade hamnat i tungt missbruk inte fick den vård, omsorg och annat samhälleligt stöd som de behövde. Situationen var särskilt svår för människor med samtidiga missbruks- och psykiska problem. Mot denna bakgrund tillsatte regeringen år 2002 LVM-utredningen, som fick i uppdrag att bland annat analysera utvecklingen från institutionsvård till öppenvård och från tvångsvård till frivillig vård samt att bedöma hur denna utveckling påverkat de socialt mest utsatta personerna med missbruk. I uppdraget ingick inte att analysera de grundläggande förutsättningarna för att tvångsvård över huvud taget ska kunna komma i fråga.

LVM-utredningen konstaterade i sitt betänkande att kommunernas insatser på missbrukarvården inte svarade mot de behov som fanns (SOU 2004:3). Utvecklingen mot ökad öppenvård medförde enligt utredningen att en grupp av klienter, främst de med långvarigt missbruk, inte fick sina vårdbehov tillgodosedda. Utredningen pekade på betydelsen av långsiktighet, uthållighet och planering som avgörande förutsättningar för att lyckas med behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Kommunerna föreslogs få sänkta kostnader om de tog ett större ansvar för eftervården. Syftet var att ge den enskilde en mer sammanhängande vård efter LVM-vården.

LVM-utredningens förslag ledde till att regeringen initierade det så kallade "Vårdkedjeprojektet". Projektet, som påbörjades i april 2004 i Statens institutionsstyrelsens regi, hade syftet att stärka vårdkedjan i alla dess delar, både i LVM-vården och i eftervården i frivillig form som följde på tvångsvården. Fyra kommuner och tre LVM-hem ingick i projektet. Vårdkedjeprojektet innebar bland annat att den enskilde klienten, socialtjänsten, LVM-hemmet och en fristående samordnare efter noggrann utredning enades om en planering, för LVM-tiden och för eftervården. Den planerade vården var ett år, varav sex månader med stöd av LVM (inklusive vård med stöd av 27 § LVM) och sex månaders eftervård med stöd av SoL.

Innan Vårdkedjeprojektet hade avslutats och utvärderats beslutade regeringen om en ny satsning inom missbruksvården som fick namnet *Ett kontrakt för livet*. Satsningen var tänkt att pågå

under åren 2005–2007 men förlängdes i omgångar och gällde till och med utgången av 2009. Med satsningen följde ett riktat statsbidrag för att stimulera kommuner och andra aktörer att utveckla missbruksvården. Modellen med Ett kontrakt för livet innebar att särskilda medel avsattes för att förstärka vårdinnehållet, både under LVM-tiden och i eftervården. Klienten, socialtjänsten och Statens institutionsstyrelse skrev ett gemensamt kontrakt om hur vården skulle se ut. I utbyte mot garanterade eftervårdsinsatser fick kommunen rabatt på den vårdtid som klienten prövade i öppnare former inom ramen för LVM-vården.

16.2 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Som tidigare framgått är LVM ett komplement till SoL. Det innebär att frivilliga insatser är huvudregeln. En person med missbruksproblem som inte frivilligt vill genomgå vård och behandling för sitt missbruk, kan bli föremål för tvångsinsats enligt LVM om lagens förutsättningar är uppfyllda. Även en person som samtycker till frivillig vård kan beredas tvångsvård. Enligt 2 § LVM ska nämligen en person med missbruksproblem beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i lagen. Om den enskilde samtycker till vård som motsvarar hans eller hennes vårdbehov, är detta dock ett starkt skäl som talar emot tvångsvård. Finns det trots samtycke anledning att ifrågasätta att vården går att genomföra, ska socialnämnden göra en bedömning av om personen med missbruksproblem har tillräcklig vilja och rimlig förmåga att fullfölja behandlingen i frivillig form.

Tvångsvården ska enligt 3 § LVM syfta till att genom behövliga insatser motivera den enskilde så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Det innebär både ett långsiktigt mål, frihet från missbruk, och ett kortsiktigt, motivation till vård.

16.2.1 Generalindikation och minst en specialindikation

Förutsättningar för att vård enligt lagen ska komma i fråga regleras i 4 § LVM. Tvångsvård ska beslutas om den så kallade generalindikationen är uppfylld samt minst en av tre specialindikationer.

Generalindikationen innebär att någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk. Med ett fortgående missbruk av alkohol avses att missbruket ska ha en viss varaktighet. Det får alltså inte röra sig om en tillfällig överkonsumtion. Även missbruk som återkommer i perioder kan omfattas av lagen, om rekvisiten i övrigt är uppfyllda. Det krävs vidare att den enskilde till följd av sitt missbruk är i behov av vård för att komma ifrån detta och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt. Det ska föreligga en allvarlig missbruksbild som kräver snabba och kraftfulla insatser. Behovet av vård kan visa sig i form av ett akut behov av abstinensbehandling, men det behöver inte göra det. Alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde ska övervägas och befinnas otillräckliga innan kommunen tillgriper LVM-vård.

Specialindikationerna innebär att den enskilde till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara (hälsoindikation), löper en uppenbar risk för att förstöra sitt liv (social indikation) eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (skadeindikation). Minst en av dessa indikationer måste föreligga vid ansökan om vård enligt LVM.

Hälsoindikationen avser bland annat fall där det finns en medicinsk påvisbar hälsorisk eller när någon till följd av missbruket underlåter att äta eller utsätter sig för allvarlig yttre fara, exempelvis löper risk att förolyckas eller frysa ihjäl. Tanken med den sociala indikationen är att LVM ska kunna användas i ett skede när det ännu är möjligt att bryta en destruktiv utveckling, exempelvis för unga personer med missbruksproblem som ännu inte har några allvarliga medicinska skadeverkningar, men som på grund av missbruket riskerar att slås ut från utbildnings- och arbetsmarknad och att stängas ute från ett normalt boende.

Skadeindikationen avser två olika situationer. Den första situationen avser när en person med missbruksproblem kan befaras komma att allvarligt skada sig själv, exempelvis när det finns en risk för självmord. Den andra situationen avser när någon till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada någon när-

stående. Här avses inte bara fysisk skada utan även sådant psykiskt lidande som närstående kan utsättas för genom ett hotfullt, pockande eller hänsynslöst uppträdande, kan utgöra grund för ingripande.

16.2.2 Ärendet utreds av socialnämnden

Ett LVM-ärende initieras vanligen genom socialnämndens kännedom om och kontakter med den enskilde personen med missbruksproblem eller närståendes anmälan. Ärendet kan också initieras till följd av anmälningsskyldigheten i 6 § LVM. Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med personer med missbruksproblem är nämligen enligt denna bestämmelse skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM.

För läkare inom hälso- och sjukvården finns en begränsning i anmälningsskyldigheten, som innebär att läkaren ska göra anmälan endast om han eller hon bedömer att den enskilde inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. Anledningen till denna begränsning är att anmälningsplikten inte får medföra att den enskilde personen med missbruksproblem avhåller sig från att söka medicinsk, exempelvis psykiatrisk, vård.

Myndigheter som har anmälningsplikt har också en uppgiftsskyldighet, det vill säga personalen är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för en LVM-utredning. Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten i LVM-ärende bryter den sekretess som finns inom myndigheten enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Socialnämnden är enligt 7 § LVM skyldig att inleda utredning när den har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård enligt lagen. Om det inte är uppenbart obehövt, ska socialnämnden enligt 9 § LVM besluta om läkarundersökning av personen med missbruksproblem samt utse en läkare för undersökningen. Läkaren ska i intyget ange personens aktuella hälsotillstånd och allmänna behov av vård. Läkarintyget ska bifogas ansökan till förvaltningsrätten. Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av något annat skäl, får även förvaltningsrätten enligt 11 § LVM besluta om undersökning.

Anser socialnämnden efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, har nämnden enligt 11 § LVM skyldighet att ansöka om sådan vård hos förvaltningsrätten. Som tidigare framgått är nuvarande LVM obligatorisk, det vill säga socialnämnden ska ansöka om beredande av tvångsvård om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, oavsett till exempel ekonomiska resurser och andra förhållanden i kommunen. Det är domstolen som beslutar om beredande av vård enligt LVM. Den enskilde har rätt till offentligt biträde vid prövning av beredande av tvångsvård eller omedelbart omhändertagande.

16.2.3 Vårdens inledning och innehåll

Om förvaltningsrätten beslutar om vård enligt LVM, ska socialnämnden se till att vården verkställs. Tvångsvården verkställs på särskilda LVM-hem som Statens institutionsstyrelse driver.

Vården kan enligt 24 § LVM inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt. Bakgrunden till denna bestämmelse är att den som ska beredas vård med stöd av LVM ofta är i dålig fysisk och psykisk kondition. Han eller hon är många gånger i behov av abstinensvård och behöver medicinsk hjälp för att lindra abstinensbesvär och minska risken för komplikationer. Den enskilde får inte behandlas mot sin vilja eller kvarhållas i behandlingssyfte. Hans eller hennes önskemål att avstå från behandling och vistelse på sjukhus ska alltid respekteras om inte förutsättningar för medicinsk tvångsvård enligt LPT föreligger.

Som tidigare framgått är huvudsyftet med vården att avbryta missbruket och att genom behövliga insatser motivera till fortsatt frivillig vård samt en mer långsiktig rehabilitering. I förarbetena betonas att även behandlingsinsatser kan komma i fråga. Förutom behandlingsinsatser mot själva missbruket kan vården också handla om åtgärder som tar sikte på den enskildes livssituation i stort, som arbete och bostad (prop. 2004/05:123 s. 35).

Enligt 27 § LVM ska Statens institutionsstyrelse, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne ska beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Målet är att en sådan placering ska ske inom tre månader. Socialnämnden ska se till att sådan vård ordnas. Innan vård i annan form påbörjas ska socialnämnden enligt 28 § LVM, i

samråd med den intagne och Statens institutionsstyrelse, upprätta en plan för den fortsatta vården.

16.2.4 Vårdens upphörande och eftervård

Tvångsvården enligt LVM ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader. Statens institutionsstyrelse beslutar om intagning i, och om utskrivning från, ett LVM-hem (20, 25 §§ LVM). I praktiken är det oftast föreståndaren för LVM-hemmet som fattar ett sådant beslut.

Socialnämnden ska enligt 30 § LVM aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk. I cirka 80 procent av fallen avslutas LVM-vård via ett överförande av den intagne till vård enligt 27 §, det vill säga utanför den låsta institutionens ram.

16.2.5 Omedelbart omhändertagande

Enligt 13 § LVM får socialnämnden besluta att en person med missbruksproblem omedelbart ska omhändertas om det är sannolikt att han eller hon kan beredas vård med stöd av LVM. Det krävs dessutom att rättsens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att personen kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att person till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Beslutet om omhändertagandet ska underställas prövning av förvaltningsrätten som senast inom fyra dagar (max en vecka i särskilda fall), har att fastställa eller upphäva beslutet. Socialnämnden ska därefter inom en vecka komma in med en ansökan om beredande av vård.

16.2.6 Särskilt om gravida kvinnor som missbrukar

I hela landet tvångsomhändertas enligt LVM årligen cirka 20 gravida kvinnor och cirka 200 kvinnor i fertil ålder. Enligt gällande bestämmelser kan LVM inte tillämpas enbart till skydd för fostret. Endast om skyddsintresset för både modern och fostret samman-

faller kan LVM bli tillämplig. Regeringen har i en departementspromemoria, som har remissbehandlats, föreslagit att LVM ska tillföras ytterligare en specialindikation, som innebär att en gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång om hon på grund av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel utsätter fostret för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket. När det gäller vårdtidens längd i dessa fall föreslås att den får pågå under hela den återstående graviditeten och längst till och med en månad efter barnets födelse. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

16.3 Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT

Möjligheten att ge tvångsvård i samband med psykisk sjukdom har funnits i svensk lagstiftning under en lång tid. En utgångspunkt för den nu gällande lagstiftningen på området är att samhället i vissa fall måste kunna ge sjukvård till en person trots att han eller hon motsätter sig det, om personen på grund av sitt psykiska tillstånd inte har förmåga att se till sitt eget bästa eller är farlig för sig själv eller andra.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) trädde i kraft den 1 januari 1992 och ersatte LSPV. I förarbetena poängterades att LPT var ett komplement till HSL och att bestämmelserna i HSL således gäller all vård och behandling under psykiatrisk vård. Syftet med de nya reglerna i LPT var att anpassa lagstiftningen på området till den utveckling mot starkt begränsad användning av tvångsvård som ägt rum inom psykiatri (prop. 1990/91:58 s. 3). Förutsättningarna för intagning i psykiatrisk tvångsvård är fortfarande i stort sett oförändrade, men den 1 september 2008 infördes en ny vårdform – öppen psykiatrisk tvångsvård. Det innebär att tvångsvård enligt LPT numera kan ges i både sluten och öppen form. Vården måste dock alltid inledas på sjukhus.

16.3.1 Förutsättningar för sluten psykiatrisk tvångsvård

Enligt 3 § LPT måste tre förutsättningar vara uppfyllda samtidigt för att sluten psykiatrisk tvångsvård ska få ges. För det första krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. För det andra krävs att patienten på grund av sitt tillstånd och sina personliga

förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård). Vid bedömningen av patientens vårdbehov ska också beaktas om han eller hon till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. För det tredje krävs slutligen att patienten motsätter sig sjukhusvården, eller att det till följd av hans eller hennes psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med erforderligt samtycke.

Ett beslut om intagning på sjukvårdsinrättning får enligt 4 § LPT inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) först har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning som utförs av en legitimerad läkare. Om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut om sådant omhändertagande får fattas endast av läkare i allmän tjänst eller av läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg.

Frågan om intagning för tvångsvård ska enligt 6 b § LPT avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar. Beslut i fråga om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får inte fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.

Tvångsvård som grundar sig på ett vårdintyg och en läkares intagningsbeslut får pågå i högst fyra veckor från dagen för beslutet om intagning. Bedöms det att en patient behöver ges vård utan samtycke under längre tid, ska chefsöverläkaren ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård. Om rätten bifaller ansökan får vården pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för intagning. Efter ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter utöver fyra månader. Medgivande får då lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från provningstillfället.

16.3.2 Förutsättningar för öppen psykiatrisk tvångsvård

Den öppna vårdformen innebär ingen ändring när det gäller förutsättningar för intagning i psykiatrisk tvångsvård, vilket innebär att tvångsvården alltid måste inledas på en sjukvårdsinrättning. Vårdformen är därefter avsedd att kunna anpassas till varje patients individuella behov och insatser och förutsätter ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Vårdformens syfte är att underlätta vården och omsorgen av personer med allvarliga psykiska störningar som inte kan skrivas ut från tvångsvård, men som inte heller behöver vara intagna på en sjukvårdsinrättning. Chefsöverläkaren kan ansöka hos förvaltningsrätten om att dessa patienter ska överföras till den öppna vårdformen. Till ansökan ska chefsöverläkaren bifoga en samordnad vårdplan som är justerad av landstinget och kommunen. Av vårdplanen ska det tydligt framgå hur den fortsatta vården ska bedrivas, hur de sociala och öppna psykiatriska insatserna ska utformas och vem som ansvarar för vad. Förvaltningsrätten kan sedan besluta om särskilda villkor som utgör en förutsättning för den öppna vårdformen. Villkoren kan exempelvis vara att patienten ska ta medicin, regelbundet besöka en öppenvårdsmottagning eller avhålla sig från missbruk. Rätten kan också delegera till chefsöverläkaren att bestämma villkoren.

Om en patient inte rättar sig efter de meddelade villkoren kan en återintagning ske. En helhetsbedömning krävs då i det enskilda fallet. Exempelvis måste den enskilde fortfarande lida av en allvarlig psykisk störning, det vill säga uppfylla generalindikationen. En ansökan om eller beslut om återintagning kan alltså inte baseras enbart på att patienten inte följer de villkor som har uppställts eller vara en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits.

Socialstyrelsen har i en uppföljning konstaterat att tendensen är att den nya öppna vårdformen används (Socialstyrelsen 2009). Under perioden 1 september 2008–14 april 2009 har 580 av totalt 1 048 länsrättsdomar gällt överföring till eller fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård.¹ Domstolarna avslår mycket sällan en ansökan om överföring till den öppna vårdformen eller en ansökan om fortsatt sådan vård. När en ansökan ändå avslås beror det på att det saknas en mellan landstinget och kommunen samordnad vårdplan för patienten. De villkor som patienterna måste följa är olika och verkar enligt Socialstyrelsen vara individuellt utformade. Det

¹ En patient kan ha flera domar. Länsrättsdomarna omfattar sammanlagt 942 patienter.

vanligaste villkoret är att patienten ska ta de läkemedel som har ordinerats.

16.4 Närliggande tvångslagstiftning

Annan lagstiftning om tvångsvård som berör människor med missbruks- eller beroendeproblem är lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Vård enligt LVU kan beredas den som är under 20 år. Enligt 3 § LVU ska vård enligt lagen beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Beslut om vård med stöd av lagen meddelas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden. Socialnämnden får också under vissa förutsättningar omhänderta den unge omedelbart om rättsens beslut om vård inte kan avvaktas. För vård av unga som på någon grund som anges i 3 § behöver stå under särskilt noggrann tillsyn finns det särskilda ungdomshem. Vården ska upphöra senast när den unge fyller 20 år.

LRV innehåller regler för den psykiatriska tvångsvården av lagöverträdare. Lagen gäller i första hand personer som ges psykiatrisk tvångsvård som brottspåföljd eller som är häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem. I lagen regleras bl.a. förutsättningarna för vård, hur vården ska utformas och var den ska bedrivas. Regleringen ansluter nära till den som gäller den psykiatriska tvångsvården i övrigt.

16.5 Tvångsvårdens legitimitet äventyras

16.5.1 Problem i gränssnittet mellan LVM och LPT

Tvångsvården enligt LVM omfattade under år 2008 cirka 2 procent av dem som vid en enda dag fick insatser för sitt missbruk genom socialtjänsten och knappt 9 procent av dem som var i socialtjänstens heldygnsvård. Den 1 november 2009 vårdades cirka 260 personer i LVM-hem. Personer med missbruk eller beroende får emellertid inte bara tvångsvård enligt LVM. De vårdas också i hög utsträckning inom den psykiatriska tvångsvården enligt LPT.

Det vanligaste är att missbruk eller beroende är sidodiagnos vid sidan av andra psykiska problem, men det förekommer också psykiatrisk tvångsvård med missbruksrelaterad huvuddiagnos.

Av Missbruksutredningens initierade kartläggning om tvångsvårdens effekt och kvalitet, framgår att antal intagna enligt LPT vid en enda dag – den 6 maj 2008 – var 1 548 personer. Av dessa hade 938 personer någon gång diagnostiserats med ett känt missbruk, varav 314 personer hade aktuellt missbruksproblem. Var tionde av dem som hade aktuellt missbruk (33 personer) hade missbruksrelaterad diagnos som huvuddiagnos vid intagningen enligt LPT (Gerdner och Berglund 2009). En jämförelse mellan intagna enligt LVM och LPT visar således att antalet tvångsvårdade personer med känt missbruksproblem under en dag enligt LPT är mer än tre gånger så många som de som under en dag vårdas enligt LVM. Vid begränsning till aktuellt missbruk är det fortfarande fler intagna enligt LPT än enligt LVM. En ytterligare begränsning till missbruksrelaterad huvuddiagnos medför visserligen färre personer men ändå så många som motsvarande 10 procent av antalet LVM-intagna.

Ovanstående siffror bygger på en endagsinventering som Socialstyrelsen har gjort. Studien har endast gjorts vid det tillfället och ingår inte i en årlig rapporteringsrutin, vilket medför att utvecklingstrender inte kan spåras (Socialstyrelsen 2008). Det saknas i dag systematisk sammanställning om dessa vårdinsatser. Det gäller såväl kartläggningar av vilka som vårdas, som studier eller rapporter om innehåll och utfall. Omfattningen av den psykiatriska tvångsvården av personer med missbruksproblem är alltså i huvudsak utforskat.

Även om endagsinventeringen rymmer betydande felkällor, och även om hänsyn tas till att samsjukligheten mellan beroendetillstånd och allvarlig psykisk störning är betydande, kan det enligt Missbruksutredningens bedömning vara påfallande många som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården som har missbruks- och beroendeproblem vid sidan av annan allvarlig psykiska störning. Det bör noteras att antal personer med missbruksproblem inom den psykiatriska tvångsvården blir ännu fler om även vård som ges enligt LRV beaktas.² Utredningens problemanalys har mot denna bakgrund rört sig i gränssnittet mellan den tvångsvård som ges med

² Antal personer med aktuellt missbruk är då drygt tre gånger så många inom den psykiatriska tvångsvården. 107 personer har missbruksrelaterad huvuddiagnos, vilket motsvarar cirka 40 procent av de LVM-intagna (Gerdner och Berglund 2009, s. 15 f.).

stöd av LVM och den som ges med stöd av LPT. Fokus är vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem.

16.5.2 Brister i dagens tvångsvård

Tvång innebär i sig att den enskildes självbestämmanderätt upphävs och att hans eller hennes autonomi starkt inskränks. Tvångsinsatsen kan dock motiveras om den faktiskt kan bidra till individens tillfrisknande, eller bryta ett akut missbruk där erbjudna frivilliga insatser inte kan tas emot av den enskilde. Samtidigt måste självfallet målet med tvångsinsatsen vara ett minimum av integritetskränkning. Vården måste också utformas så att den under tiden kan kännas meningsfull för den enskilde. Utredningens bedömning är emellertid att dessa självklara utgångspunkter inte alltid är uppfyllda, även om utredningens allmänna uppfattning är att LVM-vården sedan förstatligandet, det vill säga tillkomsten av Statens institutionsstyrelse, kvalitativt utvecklats och underkastats en ökande vetenskaplig granskning, vilken i sig dels tydliggjort bestående brister, dels bidragit till en positiv utveckling. De identifierade kvarstående bristerna inom tvångsvården kan sammanfattas i följande teman:

1. Ojämn användning av LVM över landet medför rättsosäkerhet för den enskilde.
2. Samsjukligas behov tillgodoses inte inom vare sig LVM- eller LPT-vård.
3. Behandlingsinnehållet inom LVM-vården brister även för andra grupper.
4. Samspelet mellan tvångsvård och den fortsatta vården fungerar dåligt.

Dessa brister äventyrar enligt utredningens mening tvångsvårdens legitimitet och försvagar möjligheterna till rehabilitering. Bristerna utvecklas i det följande.

16.5.3 Ojämn användning av LVM över landet

Nuvarande LVM är obligatorisk sedan den 1 januari 1989. Det innebär att socialnämnden ska ansöka om beredande av tvångsvård om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, oavsett ekonomiska resurser. År 1991 var det knappt 750 personer som tvångsvårdades enligt LVM en viss mättag. Ansökningarna minskade därefter kraftigt. Regeringens satsningar inom missbruksvården under 2000-talet medförde visserligen att ansökningarna tillfälligt ökade över landet med 26 procent under åren 2005–2007 (dock från en lägre nivå), men utvecklingen har därefter inneburit en fortsatt minskning av ansökningarna. Som framgått visar den senaste mätningen från 2008 att det numera är cirka 260 personer som får tvångsvård enligt LVM en viss dag. Antalet sjönk ytterligare under 2009.

Statistik från Statens institutionsstyrelse visar vidare att det i dag finns mycket stora skillnader över landet när det gäller utnyttjande av LVM. Som exempel kan nämnas att Göteborg har nästan fyra gånger så många vård dygn per år och invånare som Malmö och Uppsala. Jämfört med Stockholm har Göteborg nästan tre gånger fler vård dygn per år och invånare. För andra större kommuner är skillnaden 1 till 3 (Varberg, Jönköping och Eskilstuna). Motsvarande skillnader, det vill säga 1 till 3 eller 4, finns även för andra jämförbara kommuner, både medelstora och små.

Det kan konstateras att förklaringen inte är så enkel som att kommuner med låg andel LVM-ansökningar har motsvarande hög grad av frivilliga insatser inom öppenvården. Utnyttjandet av tvångsvård enligt LVM mellan jämförbara kommuner borde därför rimligen inte variera så mycket som det gör i dag. Vid utredningens hearingar runt om i landet har framkommit flera skäl som möjliga förklaringar till den ojämna användningen. Ett skäl, som framför allt påpekas av de mindre kommunerna, är att tvångsvård enligt LVM är mycket dyr. För de minsta kommunerna kan en enda beviljad LVM-ansökan medföra att större delen av budgeten för missbruksvården tas i anspråk. Andra skäl som framförs är att tvångsvård inte anses som en tillräckligt kostnadseffektiv insats och att satsningar i stället görs på öppenvårdsinsatser i hemmiljön.

Åter andra kommuner framför att de inte tror på tvångsvård som en framkomlig väg för att motivera en person med missbruksproblem att få nödvändig vård. Utredningens analyser visar

också att ytterligare en förklaring kan vara att vissa landsting, exempelvis i Stockholm, i samverkan med kommunerna bygger ut beroendecentrumverksamheter, vilket kan medföra minskad efterfrågan på tvångsvård enligt LVM i länets kommuner.

Trots lagens obligatoriska utformning synes det alltså kunna vara ekonomiska skäl eller inställning till tvångsvård som avgör om en person ska beredas tvångsvård enligt lagen. En person med missbruksproblem måste således inte bara uppfylla kriterierna för LVM utan också bo i ”rätt” kommun för att få tvångsvård. Företrädare för olika brukarorganisationer har i kontakterna med Missbruksutredningen uttryckt frustration över denna ojämna tillämpning. På vissa håll i landet anser exempelvis närstående att de måste ”tjata” sig till LVM-vård för att rädda livet på en person med allvarliga missbruksproblem. På andra håll klagas det över att LVM tillämpas alltför ofta utan att rimliga erbjudande om frivillig vård först presenterats för den enskilde. Den ojämna användningen av LVM över landet medför enligt Missbruksutredningens mening en rättsosäkerhet för den enskilde.

16.5.4 Samsjukligas behov tillgodoses inte

Personer med allvarligt missbruk har inte sällan samsjuklighet, det vill säga vid sidan av missbruket finns även en psykisk sjukdom. Missbruksutredningen har initierat en översyn av förekomsten av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom, personlighetsstörning och missbruk eller beroende. Av översynen, som omfattar genomgång av forskning och utvärderingar, framgår sammanfattningsvis att cirka 30–50 procent av alla som söker för missbruk eller beroende också har en aktuell psykisk sjukdom, som behöver identifieras, bedömas och eventuellt behandlas av psykiatriskt kunniga personer. Av de personer som söker vård för psykisk ohälsa har cirka 20–30 procent samtidigt ett missbruks- eller beroendetillstånd, vilket kräver kompetens i handläggning och behandling (Öjehagen 2009). Även Missbruksutredningens initierade kartläggning om tvångsvårdens effekt och kvalitet bekräftar att många personer med missbruk eller beroende också har en psykisk sjukdom. Bland annat framgår av olika studier att mellan 40 och 60 procent av de LVM-intagna tidigare har vårdats inom psykiatrin. Trots detta är de sällan psykiatriskt utredda – vare sig inom psykiatrin eller inom LVM-vården (Gerdner och Berglund 2009, s. 19).

Konsekvensen av att många personer med missbruk har samsjuklighet, innebär inte bara att man inom LVM-vården möter personer med annan psykisk sjukdom. Även inom den psykiatriska tvångsvården finns det ett stort antal personer som kombinerat med sin psykiska sjukdom har ett missbruk eller beroende. Det finns med andra ord en omfattande psykiatrisk samsjuklighet bland personer som tvångsintagits för sitt missbruk eller beroende, oavsett vilken tvångslag som tillämpas. Det kan enligt Missbruksutredningen tyda på att målgrupperna för LVM och LPT delvis sammanfaller.

Inom Statens institutionsstyrelse har de senaste åren ett utvecklingsarbete vidtagits som har förbättrat utredningsmöjligheterna inom det sociala området. Däremot finns det fortfarande brister när det gäller tillgången till medicinska/psykiatriska utredningar. Utan sådana utredningar är det enligt Missbruksutredningens bedömning svårt att få till stånd ett ändamålsenligt och strukturerat behandlingsinnehåll för den enskilde både under LVM-vården och inte minst under den fortsatta vården. Detta ska ses mot bakgrund av de slutsatser som framgår av Missbruksutredningens översyn av tvångsvårdens effekt och kvalitet, nämligen att strukturerade modeller för utredning, behovsbedömning och psykiatrisk eller psykologisk utredning tycks förbättra utfall vid tvångsvård på grund av missbruk (Gerdner och Berglund 2009, s. 57). På LVM-hemmen ges i dag vissa frivilliga psykiatriska behandlingsinsatser. I detta sammanhang bör påpekas att det finns lagliga begränsningar var psykiatrisk tvångsvård får bedrivas. Enligt 15 § LPT ska vård enligt lagen ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting.

Inom psykiatrin finns bristande kunskap om beroendevård – och ibland kanske intresse – att behandla personer med missbruksproblematik. Inom den psykiatriska vården finns dessutom en genomgående brist på systematiska diagnostiska utredningar (Gerdner och Berglund 2009, s. 20).

Trots hög förekomst av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende, är det således utredningens bedömning att dessa personer alltför sällan får sina behov tillgodosedda vare sig inom LVM-vården eller inom LPT-vården. Trots att de nationella riktlinjerna anger att insatserna för samsjukliga ska ges i samordnade former, sker detta alltför sällan inom tvångsvården.

16.5.5 Innehållet i LVM-vården har brister

Enligt uppgifter från Statens institutionsstyrelse har utvecklingen inom LVM-vården gått mot att klienter i allt högre grad är sjukdomsbelastade, inte bara psykiatriskt utan också somatiskt, med allt större behov av medicinska insatser. LVM-hemmens organisation har fått anpassas till att få klienterna i sådant medicinskt skick att motivationsarbetet kan påbörjas. Det finns problem för intagna att få hälso- och sjukvårdsinsatser från landstingen, exempelvis abstinensvård, under sin LVM-vistelse. Bristande tillgång på hälso- och sjukvårdsinsatser har tvingat Statens institutionsstyrelse att bygga upp en del egna sjukvårdsresurser.

Ett annat problem som har samband med behandlingsinnehållet är tillgången till behandling vid opiatberoende under LVM-vården. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter får sådan underhållsbehandling inte inledas om någon är intagen under LVM. Vårdplanering får dock inledas (SOSFS 2009:27). Missbruksutredningen anser att denna begränsning är svår att förstå med tanke på att detta är en evidensbaserad behandling för personer med opiatberoende. LVM-vård kan för dessa personer vara direkt livsfarlig om de efter tvångsvården återfaller i missbruk och då tar sin vanliga dos, vilket i dessa fall innebär en överdos, eftersom toleransen för opiater sjunker tämligen snabbt.

16.5.6 Samspelet med fortsatta vården fungerar dåligt

Enligt 30 § LVM ska kommunerna aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk. Tidigare erfarenheter visar emellertid att det finns brister i den fortsatta vården och att tvångsinsatsen ofta inte fungerar som en del i en sammanhållen vårdkedja. Åttio procent av LVM-klienterna skrivs ut med stöd av 27 §, vilket bör ge möjligheter till en smidigare övergång mellan institutionsbaserad tvångsvård och frivillig vård. Denna, således ofta tillämpade möjlighet, synes dock inte helt fylla behoven i detta avseende. Regeringens satsningar på missbruksvården under 2000-talet syftade bland annat till att förstärka vårdkedjan i alla dess delar, både i LVM-vården och i den fortsatta vård i frivillig form som ska följa

på tvångsvården. Satsningarna gjordes inom ramen för två projekt; Vårdkedjeprojektet och Ett Kontrakt för livet.

Båda dessa projekt har utvärderats och uppvisar positiva behandlingsresultat, dock med viss reservation för att utvärderingarna bygger på lågt deltagande (Gerdner och Berglund 2009). Projektet hade sammantaget 26 procent nyktra/missbruksfria under uppföljningsperioden (sex månader) jämfört med 9 procent i kontrollgrupperna. I sammanhanget kan också nämnas att ett ESS-projekt (Eftervårds-Samordnare-Studie) bekräftar den fortsatta vårdens positiva effekter på behandlingsresultatet. Visserligen deltog endast 38 personer i denna studie, varav 35 kunde följas upp, men studien är samtidigt den enda randomiserade kontrollerade studie som har gjorts rörande effekterna av eftervård inom LVM-området (Gerdner och Berglund 2009).

Att använda tvångsåtgärder mot någon är ett kraftigt intrång i den enskildes integritet. Ett beslut om ingripande måste därför föregås av noggranna överväganden och vården planeras så att tvångsinsatsen blir en del i en sammanhållen vårdkedja. För en framgångsrik behandling krävs inte bara behandlingsinsatser under LVM-vården, utan också en långsiktig och välplanerad fortsatt vård efter institutionsvården. De positiva behandlingsresultaten av ovanstående projekt och studie bekräftar enligt Missbruksutredningens mening vikten av att alla som underkastas tvångsvård ska erbjudas adekvat och för individen acceptabel fortsatt vård. Om inte LVM-vården följs upp med fortsatta insatser, kan det leda till att både ingripandet i sig och de utförda dyra vårdinsatserna blir av tveksamt värde. Den integritetskränkning som insatsen innebär uppvägs i dessa fall inte av någon etisk vinst.

16.6 Diskussionspromemorians tre modeller

Missbruksutredningen presenterade i sin diskussionspromemoria tre olika modeller för den framtida utformningen av tvångsvården inom missbruks- och beroendevården. De redovisas här, utan inbördes prioritet men utifrån minst till mest ingripande förändring, med de motiv som angavs för dem. Remissinstansernas synpunkter i tvångsfrågan finns återgivna i avsnitt 16.6.4.

16.6.1 Modell 1: Förstärkt vårdkedja

LVM skulle finnas kvar men justeras för att stärka individens ställning och få till stånd en effektivare vårdkedja. Specialindikationerna (skadeindikation) skulle ändras så att LVM endast skulle kunna ges till skydd för den enskilde med missbruksproblem. Han eller hon skulle få en uttrycklig rätt till kvalificerad utredning, vård och behandling under tvångsvården. Rätten till stöd och behövliga insatser efter tvångsvården skulle förtydligas i LVM och SoL. Socialnämnden skulle besluta om utskrivning från LVM-vård för att förtydliga kommunens ansvar för den enskilde både under tvångsvården och efteråt.

Rekvisiten i övrigt för beredande av vård, vårdtidens längd, huvudmannaskap, domstolsprövning etc. skulle lämnas oförändrade.

Motiv för modell 1

Erfarenheterna visar att det i vissa fall är svårt att motivera personer med missbruk till vård och behandling under frivilliga former. En missbruksvård som bygger på total frivillighet eller begränsar tvångsinsatserna till akuta livräddningsaktioner kan på sikt leda till att människor med långvarigt men inte akut direkt livshotande missbruk och svag motivation till att ta emot vård riskerar att gå under.

Huvudsyftet med LVM är att avbryta det allvarliga missbruket och motivera till fortsatt frivillig vård samt en mer långsiktig rehabilitering. Motivationsarbetet i dessa fall kräver i regel långvariga insatser. Tvång behövs därför som en yttre ram under hela, eller åtminstone större delen av behandlingsförloppet, för att hålla den enskilde kvar när motivationen sviktar.

Enligt den av Missbruksutredningen initierade kartläggningen av tvångsvårdens effekt och kvalitet, ökar en tvångsinsats i början av vården förutsättningar för att vård ska ges och fullföljas. Ett beslut om tvångsvård kan också medföra att den fortsatta vården i större utsträckning fullföljs.

LVM borde mot den här bakgrunden vara kvar som ett komplement till de frivilliga insatser som kan beviljas enligt SoL och HSL. Vissa justeringar behövde dock göras inom dagens lagstiftning för att komma till rätta med de problem som

utredningen beskrivit. Det innebar dels att förbättra den enskilde individens ställning genom tillgång till behövliga vårdinsatser både under och efter tvångstiden, dels överbrygga övergången mellan tvångsinsatsen och frivilliga insatser.

16.6.2 Modell 2: Öppen tvångsvård med särskilda villkor

Nuvarande LVM borde anpassas till ökade möjligheter till öppen tvångsvård och med flexiblere vårdtider.

Vårdtiden på LVM-hem (sluten tvångsvård) skulle få pågå högst fyra veckor efter ansökan hos länsrätten. Socialnämnden skulle kunna ansöka om förlängning av vården, antingen som sluten tvångsvård eller som öppen tvångsvård med särskilda villkor. Till ansökan om öppen tvångsvård skulle fogas en samordnad vårdplan som görs i samråd med socialtjänsten, hälso- och sjukvården, den enskilde och i vissa fall den närstående.

Om den enskilde bryter mot de särskilda villkoren, kunde socialnämnden ansöka att den öppna tvångsvården ska fortsätta som sluten tvångsvård på ett LVM-hem om lagens förutsättningar fortfarande är uppfyllda. Socialnämnden skulle kontinuerligt pröva förutsättningar för tvångsvård och besluta om utskrivning när vårdens syfte är uppnått. Den sammanlagda vårdtiden fick inte överskrida sex månader.

Motiv för modell 2

Formen för vården och vårdtidens längd enligt LVM bör göras mer flexibla och individanpassade. En tvångsinsats i början av vården ökar förutsättningar för att vård ska ges och fullföljas. Däremot saknas evidens för att lång tvångsvård i sluten form ger bättre effekter än vård i öppnare former. En oroväckande trend är att LVM-vården i allt större utsträckning bedrivs på låsta avdelningar. Från att ha varit en verksamhet där låsta platser var undantag som endast användes vid särskilda behov, har vistelsen på låst avdelning numera blivit den dominerande formen för LVM-vården).

Utgångspunkten är att vårdtiderna som ges utan den enskildes samtycke ska hållas så korta som möjligt och tvångsvården ges i så öppna former som möjligt. Det självklara målet är ett minimum av integritetskränkning, även om det ligger i sakens natur att en

person känner sig kränkt av ett tvångsomhändertagande. Inom det psykiatriska tvångsområdet har det skett en anpassning av lagstiftningen till den utveckling mot starkt begränsad tvångsvård som ägt rum inom psykiatrin, åtminstone inom slutenvården. LPT har kompletterats med möjligheter till öppen psykiatrisk tvångsvård, vilket bland annat har medfört att den genomsnittliga vårdtiden på slutenvårdsavdelning har sjunkit. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen används öppenvårdsformen i stor utsträckning.

Mot denna bakgrund borde LVM reformeras med det psykiatriska tvångsområdet som förebild och en ny vårdform införs i LVM – Öppen tvångsvård. Avsikten var att den nya vårdformen skulle kunna omfatta de personer som behöver följa en viss behandling eller iakttä andra särskilda villkor för att kunna ges nödvändig vård för sitt missbruk. Syftet var att bättre kunna anpassa nivån på tvångsinsatser till varje enskild persons behov. Målsättningen var att den enskilde därmed inte skulle behöva riskera att utsättas för en större integritetskränkning än vad som är absolut nödvändigt för att kunna ge honom eller henne vård för sitt missbruk.

16.6.3 Modell 3: LVM upphävs och LPT utvidgas

LVM borde upphävas och den medicinska indikationen för vård enligt LPT – allvarlig psykisk störning – utvidgas till att omfatta allvarligare former av beroende av psykoaktiva substanser eller akut missbruk som behöver hävas.

Bestämmelserna i LPT skulle gälla i övrigt med krav på oundgängligt behov av slutenvård, beslut om intagning, vård i öppna former, tvångstider, utskrivning, prövning i domstol etc.

Motiv för modell 3

I Sverige har vi betraktat missbruk och beroende som huvudsakligen ett socialt problem, som socialtjänsten har ett särskilt ansvar för. Tvångsvård av vuxna personer med missbruksproblem ges inom det sociala området med stöd av LVM. Som framgått av utredningens internationella utblick innebär denna lösning att Sverige skiljer sig från exempelvis våra nordiska grannländer. Danmark och Finland har visserligen sådan lagstiftning inom

socialtjänsten men tillämpar den inte alls eller i begränsad omfattning. I Norge ligger tvångslagstiftningen helt inom Socialtjänstloven men själva vården utförs av hälso- och sjukvården.

Frågan om vuxna personer med missbruksproblem endast ska beredas tvångsvård inom det medicinska regelverket är inte ny i Sverige och framfördes redan av Socialutredningen under 1970-talet. Socialutredningens ursprungliga förslag var att en person som var beroende av alkohol eller narkotika under högst fyra veckor skulle kunna beredas vård med stöd av dåvarande LSPV (Ds S 1978:8). Tiden skulle möjliggöra avgiftning och psykiatrisk vård, men begränsas till att möta det akuta hjälpbehovet i situationer av allvarlig fara för liv och hälsa. Syftet med vårddagen var att försätta den enskilde i sådan fysisk och psykisk kondition att han eller hon kunde motiveras för fortsatt vård i frivilliga former. Även regeringen anslöt sig till Socialutredningens förslag. Socialutskottet avslög dock förslaget bland annat med hänvisning till att det krävdes en bred politisk samsyn i frågan.

Det är nu dags att ompröva frågan om hur personer med missbruk eller beroende ska beredas tvångsvård. Utvecklingen har enligt utredningen gått mot ett synsätt att missbruk av psykoaktiva substanser, som har lett till beroende, initialt kräver medicinska insatser som bör behandlas inom hälso- och sjukvårdens område, även om personen i fråga också kan ha behov av psykosociala insatser. Ett sådant synsätt innebär inte att man bortser från den sociala snedrekrytering som finns till gruppen av personer med missbruk eller beroende. Att sociala faktorer i kombination med biologiska bidrar till orsakerna, betyder dock inte att det bästa omhändertagandet av de uppstådda problemen är sociala insatser.

En renodling av motiven för tvångsvård till att vara för individens bästa skulle bland annat innebära att den medicinska indikationen förtydligades. Då borde också den organisation inom vars kompetensområde de medicinska bedömningarna görs, vara utförare och bedömare av denna typ av tvång. Att utföra vård under tvång är en grannliga uppgift som kräver specialkompetens. Det innebär fördelar om denna kompetens samlas inom en organisation och under en lagstiftning. Utredningens kartläggningar visar vidare att allt fler personer som vårdas med stöd av LVM har samsjuklighet i form av både missbruk och psykisk sjukdom. Deras totala vårdbehov tillgodoses inte inom dagens system.

Mot denna bakgrund borde LVM upphävas. En person som har allvarliga former av beroende av psykoaktiva substanser eller akut

missbruk som behöver hävas, skulle i stället under vissa förutsättningar kunna ges insatser utan samtycke med stöd av LPT.

16.6.4 Remissinstansernas syn på modellförslagen

Remissinstanserna har överlag anslutit sig till utredningens uppfattning att tiden är mogen för en förändring av tvångslagstiftningen men haft olika uppfattning om vilken väg man bör gå. Den största gruppen, 18 remissinstanser, tar inte ställning eller är tveksamma till val av modell vid vård och behandling under tvång. Av övriga instanser är det ungefär lika många som förespråkar modell 1 (11 instanser), modell 2 (11 instanser) eller modell 3 (9 instanser). En stor grupp instanser (14 instanser) föreslår en egen modell, vanligen en kombination mellan modell 1 och 2.

Företrädare för modell 1 är *Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse (SiS), Linköpings kommun, Ronneby kommun, Växjö kommun, Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Örebro län, Landstinget/Region Dalarna, Beroendecentrum Eskilstuna, Nämndemansgården* samt *Hassela solidaritet*. Som skäl anges att gällande LVM är ändamålsenlig och fungerar bra som ett komplement till socialtjänstlagen. Däremot råder stor samstämmighet kring förslagen att stärka den enskildes rätt till utredning, vård och behandling. Ett annat skäl för modellen är att modell 2 och modell 3 enligt instanserna inte tillgodoser vårdbehoven hos personer som i dag tvångsvårdas enligt LVM.

Botkyrka kommun, Göteborgs stad, Umeå kommun, Landstinget i Stockholms län, IOGT-NTO, LP-verksamheten, Länkens kamratförbund, Svenska narkomanvårdsförbundet, Verdandi, Föreningen Sveriges socialchefer samt *Attendo Individ och Familj* förespråkar modell 2. Genomgående motiv för denna modell är att LVM behövs men att den bör moderniseras så att vården och vårdtiden blir mer individanpassad. Det anses vidare positivt att pröva öppen tvångsvård med särskilda villkor. Några av remissinstanserna anser dock att den initiala vårdtiden på LVM-hemmet bör ökas till åtta veckor i stället för föreslagna fyra veckor.

Företrädare för modell 3 är *Kriminalvården, Malmö kommun, Landstinget i Uppsala län, Beroendecentrum Malmö, Svensk förening för beroendemedicin, Svensk förening för Allmänmedicin (SFAM), Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Psykologförbund* samt *Maria Beroendecentrum*. Som skäl åberopas bland annat att nuvarande

tvångsvård enligt LVM har uppenbara brister samt att LPT har en tydlighet i regelverket som innebär en stärkt rättssäkerhet för den enskilde. En annan fördel med modellen är att den bäst tillgodoser adekvat vård för den stora gruppen med samsjuklighet.

Av de remissinstanser som inte uttryckligen förespråkar någon viss modell kan nämnas *Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser* som förespråkar antingen modell 2 eller modell 3. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*, *Kumla kommun*, *Stockholms stad* samt *Landstinget i Norrbottens län* föreslår en kombination av modell 1 och modell 2. Även *Svensk socialmedicinsk förening* och *SAD* förespråkar en sådan kombination men med justeringar som innebär att inledande institutionsvården sätts till tre månader och att tvångsvården kan pågå längre än sex månader. *Västra Götalandsregionen* förordar som utgångspunkt modell 1 men med kombination från vissa fördelar i modell 2 och 3. *Rainbow Sweden* och *RFHL* är mycket kritiska till användandet av tvångsvård och anser att endast akuttvång ska kunna användas under max en månad. *FMN* anser att LVM ska vara kvar men att omprövning ska ske varje månad fram till sexmånadersperiodens slut. *RNS* förordar en kombination av frivillig vård och tvång under längst ett år. *Svenska brukarföreningen* är emot alla former av tvång.

Övriga instanser tar inte ställning eller bemöter inte modellerna. *Gävle kommun* och *Akademikerförbundet SSR* anser att en översyn av lagstiftningen är nödvändig. *Region Skåne* påpekar att val av tvångsmodell är beroende av vilken ansvarsmodell som väljs för vård och stöd. *SKTF* och *TCO* utesluter modell 3. *Beroendecentrum Stockholm* anser att förslaget att minska tiden på LVM-institutioner är en klar förbättring. *Beroendecentrum Örebro* känner tveksamhet att ansluta sig till en viss modell så länge det saknas faktaunderlag för effekterna av tvångsvård. *Sveriges läkarförbund* och *Psykiatrin i Västerbottens län* ser fördelar med modell 3 på sikt. Det råder delade meningar bland remissinstanserna om skadeindikationen (närståendeskyddet) bör avskaffas. En majoritet avstyrker dock förslaget eller förordar att det utreds vidare ur ett barnperspektiv.

I stort sett samtliga som yttrar sig över förslagen i modell 1 och 2 tillstyrker att socialnämnden beslutar om utskrivning från LVM-vård. Förslaget anses genomgående stärka och förtydliga socialnämndens ansvar. SiS påpekar att förslaget bör kompletteras med att socialnämnden ska höra institutionens uppfattning före beslut om utskrivning.

17 Vård och behandling inom Kriminalvården

17.1 Klienter med missbruk eller beroende

Mellan 60 och 70 procent av kriminalvårdens klienter har problem med missbruk eller beroende av narkotika eller andra droger. Varje dag finns det cirka 10 000 personer med missbruk eller beroende av narkotika vid anstalter och häkten samt i frivården. Till detta kommer personer med missbruk eller beroende av alkohol. När det gäller narkotika är missbruk eller beroende av amfetamin vanligast. Blandmissbruk är också mycket vanligt. Cirka 70 procent av klienterna med missbruk eller beroende av narkotika har någon gång injicerat drogen.

Nästan 40 procent av de intagna i kriminalvårdsanstalt är dömda för narkotikabrott. Andelen har ökat från knappt 30 procent under de senaste tio åren. De tunga narkotikamissbrukarna har ökat i antal, särskilt bland dem som döms till kortare fängelsestraff. Inom frivården har knappt 50 procent av alla som står under övervakning varit narkotikamissbrukare. Andelen har ökat från knappt 40 procent de senaste tio åren (KROD 2007).

Många av kriminalvårdens klienter har också någon annan psykisk sjukdom. Klienter som lider av personlighetsstörning och med utagerande beteende anses vara en av de mest svårhanterliga klientgrupperna inom kriminalvården.

17.1.1 ASI-utredningar av klienter i kriminalvården

I linje med målsättningen att identifiera och kartlägga klienter med missbruk eller beroende använder Kriminalvården utredningsinstrumentet ASI. Utredningen har tagit del av data från de cirka

10 800 utredningar som gjorts med ASI vid anstalter och häkten samt i frivård mellan 2003 och 2009.

Tabell 17.1 ASI-utredningar av klienter i kriminalvården

Bakgrund	Män	Kvinnor
Ålder (över 35 år)	36	50
Egen bostad	49	58
Högre utbildning	11	19
Arbetslöshet	34	37
Sjukdomsrelaterade ersättningar	14	23
Pension	10	16
Ekonomiskt bistånd	17	24
Olaglig verksamhet	28	15
Missbruk		
Tidig alkoholdebut (under 15 år)	35	47
Tidig narkotikadebut (under 15 år, heroin)	9	21
Injektionsmissbruk	46	52
Genomgått missbruksbehandling	19	27
Fysisk och psykisk sjuklighet		
Kroppsliga skador som påverkar livsföringen	44	56
Hepatit B	13	20
Hepatit C	31	43
Psykiska problem (måttliga eller påtagliga)	35	47
Allvarlig ångest	50	64
Självordsförsök	19	35
Utsatthet		
Utsatt för fysisk misshandel	42	67
Utsatt för psykisk misshandel	35	68
Utsatt för sexuell misshandel	4	37
Upplevt hjälpbehov		
Fysiska problem (mycket stort)	18	23
Psykiska problem (mycket stort)	21	30
Missbruk (måttligt eller stort)	83	80
Kriminalitet (måttligt eller stort)	67	65

Källa: Kriminalvården, promemoria av den 7 juni 2010.

Not: Tabellen bygger på de cirka 10 800 ASI-utredningar som gjorts i kriminalvården mellan 2003 och september 2009.

Generellt har många av klienterna i kriminalvården problem med bostad och försörjning. Män saknar i större utsträckning än kvinnor bostad och högre utbildning, medan kvinnor i större utsträckning är arbetslösa och beroende av bidrag och ersättningar för försörjningen. Män försörjer sig i högre grad genom olaglig verksamhet.

När det gäller missbruk har en större andel av kvinnorna än männen vid ung ålder börjat använda alkohol och narkotika. Injektionsmissbruk är något vanligare bland kvinnor än män. Det är också vanligare bland kvinnor än män att ha genomgått behandling mot missbruk eller beroende.

Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom är vanligt förekommande, bland både män och kvinnor. Fysisk sjuklighet i allmänhet och missbruksrelaterad hepatit B och C är mer frekvent förekommande bland kvinnor. Även psykisk sjuklighet är vanligare bland kvinnor.

Många klienter i kriminalvården har varit utsatta för olika typer av övergrepp. Kvinnor har dock i större utsträckning än män varit utsatta för fysisk, psykisk eller sexuell misshandel. Notabelt är att två av tre kvinnor har varit utsatta för fysisk eller psykisk misshandel.

Många klienter upplever också ett stort hjälpbehov. Mellan 20 och 30 procent av männen och kvinnorna upplever ett mycket stort behov av hjälp för att komma till rätta med fysiska och psykiska problem. Drygt 80 procent av männen och kvinnorna upplever ett mycket stort behov av hjälp för missbruks- och beroendeproblem. Motsvarande andel när det gäller kriminalitet är 65 procent.

17.2 Kriminalvårdens ansvar för vård av missbruk och beroende

Kriminalvården har som en central uppgift att vidta åtgärder för att klienter inte återfaller i brott och för att underlätta återanpassning i samhället. Missbruk är en av de vanligaste orsakerna till återfall i brott. Det är ansvaret för att förhindra återfall i brott som motiverar kriminalvårdens särskilda vård- och behandlingsinsatser för personer med missbruk eller beroende.

Kriminalvården har ansvar för vård och behandling i anstalt och under vårdvistelse i slutet av strafftiden samt vid skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan, så kallad kontraktsvård.

Ansvar för vård och behandling av intagna i anstalt följer dels av HSL och dels av fängelselagen (2010:610) som den 1 april 2011 ersatte lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt. Av HSL och fängelselagen framgår att kriminalvården har ett ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård för intagna. I den nya fängelselagen regleras kriminalvårdens vård- och behandlingsansvar när det gäller intagna med längre strafftider i 11 kap. om särskilda utslussningsåtgärder. För de 60 procent med kortare straff än sex månader är det dock inte aktuellt med utslussningsåtgärder. Vård- och behandlingsansvaret vid skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan följer av bestämmelser i brottsbalken.

17.2.1 Normaliseringsprincipen

Kriminalvårdens ansvar är att i samverkan med andra myndigheter aktivt verka för att den intagnes behov identifieras och så långt det är möjligt tillgodoses genom olika åtgärder. I ansvaret ingår att förmedla och stödja kontakter mellan de intagna och berörda myndigheter.

Kriminalvårdens ansvar begränsas av den så kallade normaliseringsprincipen. I proposition *Lagstiftning om kriminalvård i anstalt* (1974:20) formuleras denna princip. ”Kriminalvårdens klienter har otvivelaktigt samma rätt till samhällets stöd och hjälp som andra medborgare. Endast i de fall då den dömda omhändertagits på ett sådant sätt att det förhindrar andra myndigheters eller organs medverkan eller när stödinsatserna uteslutande har sin grund i kriminalvårdens rehabiliterande uppgift bör det vara motiverat att göra avsteg från denna princip.” I proposition *En ny fängelse- och häkteslagstiftning* (2009/10:135) sägs att normaliseringsprincipen även fortsättningsvis bör vara vägledande för ansvarsfördelningen mellan kriminalvården och andra myndigheter med ansvar för intagnas behov.

17.2.2 Vårdvistelse

Intagna vid anstalter kan i slutet av strafftiden slussas ut via särskilda åtgärder utanför anstalt för att underlätta återanpassning i samhället, så kallad vårdvistelse. Tidigare benämndes vårdvistelse placering enligt 34 § lagen om kriminalvård i anstalt. För personer med missbruk eller beroende kan det till exempel avse vård vid hem för vård eller boende (HVB) eller familjehem. Antalet vårdvистер och placeringar enligt 34 § har sedan 2003 varierat mellan 600 och 800 per år.

Den anstalt vid vilken klienten är intagen har tillsammans med frivården ansvar för utredning och planering av vårdvistelsen. I planeringen av vårdvistelsen är det viktigt med samarbete med socialtjänsten i klientens hemkommun. Socialtjänsten ska enligt Kriminalvårdens föreskrifter överta kostnadsansvaret vid tidpunkten för villkorlig frigivning. För att en placering ska kunna inledas under tiden vid anstalt krävs en ansvarsförbindelse att kommunen står för kostnaderna för vård och behandling efter frigivningen.

17.2.3 Kontraktsvård

Domstol kan enligt 28 kap. 6 § brottsbalken besluta om skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan, så kallad kontraktsvård. Det är en påföljd som utgör ett alternativ till fängelse och främst är avsedd för personer med missbruk eller beroende i situationer när det finns ett klart samband mellan missbruket eller beroendet och brottsligheten. Under de senaste åren har antalet kontraktsvårdsärenden uppgått till cirka 1 400 per år.

Vid kontraktsvård ska det upprättas ett kontrakt med föreslagen vårdgivare som reglerar behandlingens innehåll och tid och den misstänkte ska lämna samtycke till vården och behandlingen. Enligt kriminalvårdens föreskrifter ska kriminalvården, i de fall ett alternativt fängelsestraff är angivet i domen, bekosta vård och behandling fram till den tidpunkt som klienten skulle ha blivit villkorligt frigiven. Därefter ska kostnadsansvaret övergå till socialtjänsten. Vården och behandlingen ska planeras i samråd med socialtjänsten och det ska upprättas en förbindelse som reglerar

kommunens ansvar för vård och behandling efter den villkorliga frigivningen.

17.3 Organisation av vård- och behandlingsverksamheten

Kriminalvården har sedan 2002 genomfört betydande förändringar av organisationen för vård och behandling av personer med missbruk eller beroende i anstalt. Fokus har i första hand varit på personer med narkotikaproblem.

17.3.1 Regeringens särskilda narkotikasatsning

Regeringen beslutade 2002 om en särskild narkotikasatsning inom kriminalvården under perioden 2002–2005. Det övergripande målet med satsningen var att i större utsträckning behandla klienter med missbruk eller beroende av narkotika. År 2005 beslutade regeringen om att satsningen skulle fortsätta under perioden 2006–2010. Regeringen tilldelade Kriminalvården särskilda medel för detta för åren 2006–2008.

I den nationella handlingsplanen mot narkotika för perioden 2006–2010 gör regeringen följande bedömningar när det gäller den särskilda narkotikasatsningen inom Kriminalvården (prop. 2005/06:30, s. 108–121):

- **Identifiering och utredning:** Arbetet med att identifiera och utreda personer med missbruksproblem som kommer i kontakt med kriminalvården bör fortsätta. Den enskildes verkställighets- och behandlingsplanering bör tydligare spegla de hjälpbehov som framkommit i utredningen.
- **Differentiering:** Kriminalvården bör fortsätta att ha särskilda platser för personer med missbruk eller beroende av narkotika. Differentieringen av de särskilda platserna bör anpassas utifrån erfarenheterna från narkotikasatsningens första år. Personer som aldrig har varit i kontakt med narkotika måste skiljas från identifierade personer med missbruksproblem.
- **Motivation och behandling:** Kriminalvårdens insatser för att utveckla programverksamheten bör fortsätta. Åtgärderna för intagna med kort verkställighetstid bör utvecklas. Kriminal-

vården bör ytterligare utveckla användandet av positiva incitament till förändring för de klienter som omfattas av narkotikasatsningen.

- Säkerhet och kontroll: Metodutvecklingen bör fortsätta och kunskaperna öka för att förhindra införsel av narkotika i häkten och anstalter.
- Samverkan: Åtgärderna för att förbättra samverkan mellan kriminalvården och andra aktörer inom narkotikabekämpningen bör ytterligare intensifieras.
- Kompetensutveckling: Kriminalvården har utvecklat en god kompetens för arbetet med personer med missbruksproblem inom kriminalvården. Kriminalvården bör nu fokusera på att behålla kompetensen och säkerställa att kompetensen omsätts i verkligheten.

Mot bakgrund av det ursprungliga regeringsuppdraget formulerade Kriminalvården en handlingsplan för perioden 2002–2005 med olika åtgärdsområden och målsättningar (Kriminalvården 2008, s. 5–8):

- Identifiering och kartläggning av problem och vårdbehov: Uppsökande verksamhet och användning av utrednings- och bedömningsinstrumentet Addiction Severity Index (ASI).
- Differentiering av anstaltsplatser: Inrätta särskilda avdelningar för personer med missbruk eller beroende av narkotika.
- Motivation och behandling: Utveckla motiverande samtal och förhållningssätt och införa evidensbaserade behandlingsprogram.
- Säkerhet och kontroll: Förhindra införsel av narkotika och öka visitationer och kontroll i olika avseenden.
- Samverkan: Utveckla samarbetet inom kriminalvården mellan häkte, anstalt och frivård samt mellan kriminalvård och socialtjänst.
- Kompetensutveckling: Utbilda personal i motiverande samtal, kartläggningsmetoder och nationella program.

År 2006 kompletterades handlingsplanen för narkotikasatsningen bland annat med mål för utvecklingen av frivårdens arbete,

exempelvis rörande samverkan med kommunerna och socialtjänsten om utveckling av kontraktsvård, placering enligt 34 § lagen om kriminalvård i anstalt (vårdvistelse) samt gemensam individuell planering. År 2007 tillkom bland annat mål för utveckling av läkemedelsbehandling, exempelvis rörande samverkan med landstingen och hälso- och sjukvården om utveckling av kontraktsvård med läkemedelsbehandling.

Den strategiska inriktningen har legat fast i senare handlingsplaner. Målsättningen är fortfarande att förbättra omhändertagandet för den intagne efter den villkorliga frigivningen och därmed samverka med socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samlokaliserade mottagningar är ett mål, men konkret har endast en sådan mottagning kommit till stånd, nämligen Järntorgsmottagningen i Göteborg. Andra områden som fokuserats särskilt har bland annat varit vidareutveckling av identifiering och kartläggning samt programutbud.

17.3.2 Behandlingsplatser, m.m.

Kriminalvården inrättade under perioden 2002–2005, som ett led i differentieringen av anstaltsplasterna, tre typer av avdelningar med avsikten att personer med olika grad av motivation skulle placeras på olika avdelningar: särskilda motivationsavdelningar, motivationsavdelningar och behandlingsavdelningar. På behandlingsavdelningarna skulle redan motiverade personer med missbruk eller beroende placeras, kartläggas och erbjudas behandling. Behandlingsavdelningarna skulle utvecklas till miljöterapeutiska samhällen. På motivationsavdelningarna skulle personer med missbruk eller beroende oavsett uttalad motivation placeras, kartläggas och motiveras till vård och behandling. På de särskilda motivationsavdelningarna skulle omotiverade personer med missbruk eller beroende och personer som återfallit i missbruk placeras och motiveras för vidare motivationsarbete, vård och behandling på motivations- och behandlingsavdelningarna. Det inrättades dock inte några särskilda behandlingsanstalter. Nya tjänster inrättades också för att uppsöka personer med missbruk eller beroende i häkte, identifiera och kartlägga personer med missbruk eller beroende samt bedriva brotts- och missbruksförebyggande program. Dessutom genomfördes utbildningar för att utveckla personalens kompetens (jfr Brå 2008, s. 10, Kriminalvården 2008, s. 11–12).

År 2006 valde Kriminalvården att koncentrera behandlingsinsatserna. Det inrättades sex särskilda behandlingsanstalter vid vilka hela verksamheten och alla avdelningar skulle inriktas på personer med missbruk eller beroende och arbeta utifrån principerna om terapeutiska samhällen. Samtidigt avvecklades motivationsavdelningarna och ersattes av normalavdelningar. Men även om ambitionen var att alla avdelningar vid de särskilda behandlingsanstalterna skulle arbeta miljöterapeutiskt har det enligt utvärderingen internt levt kvar en struktur och ett arbetssätt som utgår ifrån en tänkt vårdkedja med motivationsavdelningar och behandlingsavdelningar. Därutöver finns behandlingsavdelningar för personer med missbruk eller beroende på 13 andra anstalter (Brå 2008, s. 10–11, Kriminalvården 2009, s. 5).

I dag finns totalt drygt 840 platser för behandling av personer med missbruk eller beroende. Av dessa finns drygt 440 vid särskilda behandlingsanstalterna i Högsbo, Gävle, Helsingborg, Sagsjön och Färingsö och cirka 400 vid behandlingsavdelningar på övriga anstalter. Anstalterna Fosie och Storboda har särskilda platser för läkemedelsassisterad behandling av personer med opiatberoende. På Norrtäljeanstalten har landstinget i samverkan med Kriminalvården bedrivit ett projekt där personer med ADHD erbjuds läkemedelsbehandling efter utredning. Anstalterna Storeboda och Färingsö bedriver från och med 2011 en försöksverksamhet i samverkan med Stockholms läns landsting inom vilken intagna med misstänkt ADHD utreds samt erbjuds läkemedelsbehandling med Concerta och fortsatt uppföljning och medicinering inom Frivården.

17.4 Brotts- och missbruksförebyggande program

Kriminalvården har som målsättning att bedriva brotts- och missbruksförebyggande program som har vetenskapligt dokumenterad effekt att minska återfall i brott. I dag erbjuder Kriminalvården ett antal olika program för personer med missbruk eller beroende i anstalt respektive frivård. I linje med myndighetens ambition att vården och behandlingen ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet är programmen godkända av Kriminalvårdens vetenskapliga råd.

Utgångspunkten för kriminalvårdens vård och behandling av personer med missbruk eller beroende är sålunda uppdraget att

minska återfallet i kriminalitet. Till viss del motsvarar programverksamheten inom kriminalvården den psykosociala behandlingen som bedrivs inom kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård, till exempel när det gäller tolvstegsbehandling.

17.4.1 Nuvarande programutbud

Kriminalvården erbjuder i dag ett drygt dussin brotts- och missbruksförebyggande program som är godkända av myndighetens vetenskapliga råd. För att ett program ska godkännas krävs: att dokument såsom teori-, program-, bedömnings- och utvärderings-, genomförande- samt programutbildningsmanualer utarbetats, att det finns en tydlig, vetenskapligt förankrad förklaringsmodell och att programmets fokus ligger på att minska dynamiska riskfaktorer för återfall i brott, att det säkerställs att programmet genomförs på rätt sätt, för rätt grupp av klienter och av kompetent personal och att insatserna dokumenteras för att möjliggöra uppföljning och kvalitetssäkring, samt att programmet fortlöpande utvärderas genom att klienter som deltagit i programmet följs upp med avseende på återfall i brott och jämförs med en kontrollgrupp som inte deltagit i programmet (Kriminalvården 2009, s. 6).

Av de brotts- och missbruksförebyggande programmen riktar sig fem särskilt till personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger: Våga välja, Program för att minska individuellt drogmissbruk (PRISM), 12-stegsprogrammet, Prime for Life och Återfallsprevention (www.kriminalvarden.se).

17.4.2 Vård och behandling i anstalt

År 2009 påbörjade totalt knappt 2 600 intagna i anstalt något av de särskilda brotts- och missbruksförebyggande programmen för personer med missbruk eller beroende, varav knappt 100 kvinnor och drygt 2 500 män. Antalet intagna som fullföljde något av de särskilda behandlingsprogrammen uppgick till totalt ca 2 400, varav knappt 80 kvinnor och drygt 2 300 män. Antalet intagna som deltar i program har påbörjat och fullföljt något program har ökat snabbt. Mellan 2007 och 2009 har antalet mer än fördubblats. Totalt är andelen av dem som påbörjar program som också fullföljer programmen cirka 90 procent i anstalt.

Tabell 17.2 Antal intagna i anstalt i program 2007–2009

Program	2007		2008		2009	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Antal klienter som påbörjat program						
Tolvsteg*	68	348	43	880	38	1040
PRISM	8	75	3	111	10	111
Prime for Life	1	214	3	644	10	820
Våga Välja	31	316	16	285	22	295
Återfallsprevention	0	58	7	145	17	210
Antal klienter som fullföljt program						
Tolvsteg*	51	183	43	728	30	915
PRISM	4	75	3	69	9	111
Prime for Life	1	183	3	557	5	744
Våga Välja	22	214	16	240	17	248
Återfallsprevention	0	49	6	118	17	183

Källa: Kriminalvården, www.kriminalvarden.se

Not: Det redovisade antalet är summan av de tre tolvstegsprogrammen introduktion, grund och förlängning.

17.4.3 Vård och behandling i frivård

År 2009 påbörjade totalt drygt 2 500 klienter i frivård något av de särskilda brotts- och missbruksförebyggande programmen för personer med missbruk eller beroende, varav knappt 300 kvinnor och drygt 2 200 män. Antalet klienter som fullföljde något av de särskilda programmen uppgick till totalt drygt 2 200, varav drygt 200 kvinnor och knappt 2 000 män. Antalet klienter som deltar i program, har påbörjat och fullföljt något program har ökat snabbt. Mellan 2007 och 2009 har antalet mer än fördubblats. Totalt är andelen av dem som påbörjar program som också fullföljer programmen cirka 80 procent i frivård.

Tabell 17.3 Antal klienter i frivård i program 2007–2009

Program	2007		2008		2009	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Antal klienter som påbörjat program						
PRISM	27	165	22	133	32	146
Prime for Life	75	775	173	1545	209	1926
Återfallsprevention	6	24	16	91	38	164
Totalt	108	964	211	1767	279	2236
Antal klienter som fullföljt program						
PRISM	10	66	9	81	19	87
Prime for Life	54	654	159	1366	166	1678
Återfallsprevention	3	8	3	44	27	133
Totalt	67	728	171	1491	212	1998

Källa: Kriminalvården, www.kriminalvarden.se

17.5 Utvärderingar av programmens effekt

17.5.1 Kriminalvårdens utvärderingar

Kriminalvården har utvärderat effekterna i termer av återfall i ny brottslighet av ett par av de återfallspreventiva programmen för personer med missbruk eller beroende (Kriminalvården 2008, 2009).

Våga Välja, som är ett program för personer med missbruk eller beroende av narkotika, utvärderades 2008. Utvärderingen omfattar 660 klienter i anstalt som deltagit i programmet under perioden 2002–2006 och en jämförbar kontrollgrupp om 4 965 personer. Resultaten visar att andelen som återfallit i brott efter 24 månader är 48 procent bland dem som deltagit i behandlingen och 55 procent bland dem i kontrollgruppen. Det innebär en skillnad på sju procentenheter. Skillnaden kan också uttryckas som att de som deltagit i behandling löper 13 procent lägre risk än de som inte deltagit att återfalla i brott (Kriminalvården 2008).

12-stepsprogrammet, som är ett program för personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika, utvärderades 2009. Utvärderingen omfattar 2 848 klienter i anstalt som deltagit i programmet under perioden 2003–2006 och en jämförbar kontrollgrupp om 7 962 personer. Resultaten visar att andelen som återfallit i brott var 45,8 procent bland dem som deltagit i programmet och 49,2 procent i kontrollgruppen. Det innebär en skillnad på drygt

tre procentenheter. Av dem som fullföljt behandlingen är andelen som återfallit i brott 42,3 procent och bland dem som avbrutit behandlingen 49,2 procent. Det innebär en skillnad mellan dem som fullföljt behandlingen och dem som avbrutit eller inte påbörjat behandlingen på knappt 7 procentenheter. Skillnaden kan också uttryckas som att de som deltagit i behandlingen löper 17 procent lägre risk än de som inte deltagit att återfall i brott (Kriminalvården 2009).

Utvärderingarna visar också att de brotts- och missbruksförebyggande programmen är samhällsekonomiskt lönsamma i den mening att de besparingar som följer av minskad kriminalitet överstiger Kriminalvårdens kostnader för behandlingen. För Våga välja uppgick under perioden 2002–2006 programkostnaderna till 31 miljoner kronor och besparingen som en följd av minskad kriminalitet till 80 miljoner kronor (Kriminalvården 2008a). För 12-stegsprogrammet uppgick för perioden 2003–2006 programkostnaderna till 22 miljoner kronor och besparingarna som en följd av minskad kriminalitet till 186 miljoner kronor (Kriminalvården 2009).

På Norrtäljeanstalten bedrevs mellan 2007 och 2009 Stockholms läns landsting och Karolinska institutet en undersökning där intagna med misstänkt ADHD utreddes och erbjöds läkemedelsbehandling. Verksamheten har utvärderats utifrån perspektiven samhällsekonomi och samverkan. Uppgifter finns ännu inte tillgängliga om effekt i termer av återfall i brottslighet. Enligt utvärderingen ger läkemedelsbehandling en stor prognostiserad samhällsekonomisk vinst och projektet beskrivs som ett mycket gott exempel på samverkan mellan kriminalvård och hälso- och sjukvård (Kriminalvården 2009).

17.5.2 Brås utvärdering av den särskilda narkotikasatsningen

Brottsförebyggande rådet har utvärderat Kriminalvårdens särskilda satsning för att bekämpa missbruket av narkotika bland intagna i anstalt under perioden 2002–2007 (Brå 2003, 2005, 2008).

I 2008 års utvärdering av Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsningen studeras en grupp på cirka 740 klienter inskrivna på behandlingsavdelning med en lika stor kontrollgrupp inskrivna som inte genomgått behandling. Uppföljning 12 månader efter utskrivning visar att 50 procent av dem i behandlingsgruppen och

58 procent i kontrollgruppen hade återfallit i kriminalitet. Skillnaden på åtta procentenheter är statistiskt säkerställd i den mening att skillnaden på åtta procentenheter med 95 procents säkerhet inte kan förklaras av slumpen.

När det gäller återfall i ny fängelsedom är andelen elva procentenheter lägre i behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Skillnaderna var större mellan kontrollgruppen och dem som fullföljt behandlingen än dem som avbrutit behandlingen. De observerade skillnaderna mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen gäller endast män. Kvinnor som genomgått behandling återfaller i lika hög grad som de i kontrollgruppen. Åldersmässigt var det endast bland personer över 30 år som behandlingen hade effekt.

En jämförelse mellan anstalter med olika utbud av brotts- och missbruksförebyggande program visar att intagna vid anstalter som har 12-stepsprogram har elva procent lägre återfall än kontrollgruppen medan intagna på anstalter med andra program har fem procent lägre återfall (Brå 2008). Troligen beror skillnaden på att klienterna på 12-stepsavdelningarna går direkt in i behandlingen, medan flera intagna på andra avdelningar inte hinner påbörja programmet före frigivning eftersom det inte sker ett löpande intag. Andra förklaringar är att olika program har olika effekt eller av att klienter som genomgår 12-stepsbehandling är mer motiverade att ta itu med sin problematik. Behandlingsresultaten i 2008 års utvärdering är totalt sett bättre än i de tidigare utvärderingarna (Brå 2003, 2005).

17.5.3 Effekter av planerad behandling för kriminella personer

I en nyligen publicerad forskningsartikel konstateras att trots att missbruk och psykiska besvär är mycket vanligt förekommande bland kriminella, saknas i hög grad utvärderingar av effekter av behandling som fokuserar på missbruk bland kriminella personer. Av studien, vilken analyserar effekter av behandling efter frigivning från anstalt, framgår att risken för återfall i brott är mindre bland kriminella personer med missbruk och psykiska besvär som deltar i planerad missbruks- och beroendevård. Resultaten indikerar att även ett relativt begränsat deltagande i missbruks- och beroendevård efter frigivning kan ha en stor effekt för personer med missbruk, antisocialt beteende och psykiska problem. I studien dras slutsatsen att missbruks- och beroendevård för kriminella personer

inte bara är viktig för att minska missbruksproblem utan även för att minska återfall i kriminalitet (Gumpert m.fl. 2010).

17.6 Kostnader för vård av missbruk och beroende

Kriminalvårdens kostnader för vård och behandling av personer med missbruk eller beroende redovisas inte särskilt. Utredningen har därför efterfrågat kostnadsuppgifter från Kriminalvården. Nedan redovisas myndighetens egna beräkningar av kostnaderna för vård och behandling av personer med missbruk eller beroende (Kriminalvården, promemoria av den 6 april 2010).

Det finns totalt cirka 800 behandlingsplatser för personer med missbruk eller beroende med en genomsnittlig kostnad per plats och dygn om 2 300 kronor. Den grundläggande kostnaden för kriminalvård för personer med missbruk eller beroende uppgår sålunda till cirka 670 miljoner kronor per år.

Klienter i anstalt och frivård erbjuds behandling av missbruk eller beroende inom ramen för det återfallspreventiva arbetet. Som tidigare framgått har Kriminalvården fem särskilda brotts- och missbruksförebyggande program (Våga välja, PRISM, Prime for Life, Återfallsprevention och 12-stegsprogrammet). Därutöver finns ett antal särskilda projekt (ITOK, uppsökare i häkte, etc.) för personer med missbruk eller beroende. Vidare finns inte obetydliga säkerhetskostnader, bland annat för testning och kontroll av användning av missbrukssubstanser. De direkta kostnaderna för vård och behandling av missbruk och beroende uppgår till cirka 140 miljoner kronor per år.

Därtill har Kriminalvården kostnader för hälso- och sjukvård som myndigheten bedriver i egen regi genom anställda sjuksköterskor och konsultläkare. Kriminalvården köper också vård och behandling från landstinget och andra huvudmän. Enligt Kriminalvårdens egna beräkningar uppgick myndighetens kostnader för den hälso- och sjukvård som myndigheten driver i egen regi till cirka 65 miljoner per år och för köp av annan vård och behandling, främst i form av hem för vård eller boende (HVB) och familjehem, till cirka 265 miljoner kronor per år.

17.7 Samverkan med hälso- och sjukvård och socialtjänst

Kriminalvården kan inte betraktas isolerat. Det återfallspreventiva arbete förutsätter nära samarbete med andra myndigheter och verksamheter, bland annat hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Effektiv vård och behandling av missbruk och beroende kräver samverkan mellan kriminalvården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Intagna vid anstalt har ett behov av hälso- och sjukvård. Personer med kontraktsvård och skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan har behov av insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Dessutom är det viktigt att med en fungerande övergång från vistelsen inom kriminalvården till livet i frihet när det gäller olika vård- och stödinsatser.

17.7.1 Samverkan – några exempel

Samverkan mellan kriminalvården och andra myndigheter och verksamheter har varit ett prioriterat utvecklingsområde i regeringens nationella handlingsplaner för alkohol och narkotika. Bakgrunden till detta är bedömningen att samverkan mellan exempelvis kriminalvården, hälso- och sjukvården och socialtjänsten kring personer med missbruk eller beroende har varit otillfredsställande.

Det saknas systematiskt insamlade nationella uppgifter om förekomsten av samverkan mellan kriminalvården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I Brottsförebyggande rådets kartläggning av frivården finns dock vissa uppgifter som ger en viss indikation om samverkan.

Tabell 17.4 Frivårdens samverkan med olika verksamheter

Samverkanspart	Viktigt	Fungerar
Socialtjänst	96	62
Beroendemottagning	92	63
Psykiatrisk vård	90	32
Arbetsförmedlingen	48	32
Ideella organisationer	32	26

Källa: Brottsförebyggande rådet 2010.

Av tabellen framgår att 90 procent eller fler av frivårdsinspektörerna anser att en samverkan med socialtjänst, beroendemottagning och psykiatrisk vård är viktig för planeringen av verkställigheten. Drygt 60 procent anser att samverkan fungerar med socialtjänst och beroendemottagning medan endast drygt 30 procent anser att samverkan fungerar med den psykiatriska vården. Mindre viktig anses samverkan vara med Arbetsförmedlingen och ideella organisationer.

Kriminalvården har också i återrapporteringen till regeringen och Justitiedepartementet rörande den särskilda narkotikasatsningen bedömt i vad mån målsättningen att utveckla samverkan med andra myndigheter och organ har uppnåtts. Av rapporteringen framgår att samverkan med socialtjänsten och hälso- och sjukvården generellt har utvecklats i positiv riktning, men att det finns stora variationer mellan kriminalvårdens olika regioner såväl när det gäller former för samverkan som hur väl samverkan fungerar. Det kvarstår dock betydande problem när det gäller samverkan med landstingen för att säkerställa att intagna på anstalt har likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård samt samverkan med kommunerna och socialtjänsten för att möjliggöra vårdvistelse och kontraktsvård (Kriminalvården 2009, s. 10–11).

Nedan beskrivs kortfattat dels ett exempel på samverkan mellan kriminalvården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården kring en öppenvårdsmottagning för personer med missbruk eller beroende av narkotika och dels ett exempel på samverkan mellan kriminalvården och hälso- och sjukvården kring läkemedelsbehandling av personer med opiatberoende.

Järntorgsmottagningen, Göteborg

Järntorgsmottagningen är en öppenvårdsmottagning med samlokalisering av kommunens socialtjänst, landstingets hälso- och sjukvård och Kriminalvårdens frivård och med uppdrag att stödja, motivera och behandla personer som söker hjälp för narkotikamissbruk. Mottagningen vänder sig till kvinnor och män över 20 år som har narkotikaproblem eller blandmissbruk eller samsjuklighet mellan narkotikamissbruk och psykisk sjukdom. Upptagningsområdet är Göteborgs kommun och dess kranskommuner (www.goteborg.se, www.sahlgrenska.se).

Mottagningen erbjuder insatser i form av utredning, medicinsk, psykosocial och psykoterapeutisk behandling, provtagning, information, rådgivning och anhörigstöd.

Patienten eller klienten bokar tid eller kommer till mottagningen under öppettiderna. Mottagningen är en del av beroendeklinikens narkomanvårdssektion. I sektionen finns en vårdkedja med öppenvård, slutenvård, ungdomsteam samt team för narkotikaberoende personer med svåra psykiska problem.

Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter, Stockholm

Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter (ITOK) är en av kriminalvården och Landstinget i Stockholms län gemensamt finansierad projektverksamhet för läkemedelsbehandling av opiatberoende klienter i kriminalvård. Kärnan i ITOK är ett multiprofessionellt team med personal från både kriminalvården och hälso- och sjukvården. Samverkan sker också med socialtjänsten i flera kommuner bland annat rörande sysselsättning och ekonomiskt bistånd. Teamets uppgift är att utreda, koordinera olika insatser med stöd av en individuell vårdplan, och inleda läkemedelsbehandling av opiatberoende. Avsikten är att klienterna sedan ska slussas vidare till lokala missbruks- och beroendemottagningar för fortsatt behandling och rehabilitering (Kriminalvården 2009).

17.7.2 Samverkansproblem

Brister i samverkan mellan kriminalvården, socialtjänsten och hälso- och sjukvården har identifierats i olika granskningar och utvärderingar. Kriminalvården har också till utredningen framfört uppfattningen att denna samverkan behöver fördjupas.

Riksrevisionens granskning av verkställighetsplaner för personer i anstalt

Riksrevisionen har i en nyligen genomförd granskning av verkställighetsplaner för personer i anstalt konstaterat att strukturer kring samverkan för kriminalvårdens klienter saknas. Riksrevi-

sionen menar att samverkansavtal behövs eftersom en avsaknad av samverkansavtal kan leda till att klienter med liknande behov av insatser behandlas olika beroende på hur samverkan fungerar på det frivårdskontor de tillhör (Riksrevisionen 2009).

Brottsförebyggande rådets kartläggning av frivården

Brottsförebyggande rådets kartläggning av frivården visar att samverkan med olika externa aktörer är organiserad på olika sätt på olika frivårdskontor och i olika regioner. En del frivårdskontor har upparbetade samverkansavtal med externa aktörer såsom socialtjänst och psykiatri. Andra kontor baserar främst sitt samarbete på individuella kontakter. Vidare framgår av kartläggningen att en stor andel frivårdsinspektörer tycker att det behövs fler samverkansavtal för att strukturera samarbetet med externa myndigheter. Samverkansavtalen bör då tydligt redogöra för vart man kan vända sig i vissa situationer och vem man ska vända sig till, i vilka former och under vilka omständigheter (Brå 2010).

Kriminalvårdens uppfattning

Kriminalvården har till utredningen och i andra sammanhang framfört uppfattningen att dagens delade ansvar och otydliga ansvarsfördelning mellan kommun och landsting för missbruks- och beroendevården utgör ett betydande problem.

Kriminalvården anser att samverkan med hälso- och sjukvården brister i viktiga avseenden. För personer med missbruk eller beroende eller personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom, anser Kriminalvården att det är svårt att få tillgång till landstingens psykiatriska vård. Samtidigt menar många landsting att klienternas psykiska problem orsakas av missbruk eller beroende och därför ska hanteras av kommunernas socialtjänst. Kriminalvården har som en konsekvens av detta tvingats bygga upp egen psykiatrisk sjukvårdskompetens för att tillgodose behovet av hälso- och sjukvård för denna målgrupp, trots att ansvaret enligt den så kallade normaliseringsprincipen delvis faller på landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. En annan konsekvens är att Kriminalvårdens klienter riskerar att drabbas i form av en sämre tillgång till vård och

behandling, till exempel när det gäller tillgången till abstinensvård samt viss medicinsk och psykosocial behandling i specialiserad vård.

Kriminalvården anser också att samverkan med socialtjänsten brister, om än inte i lika hög grad som samverkan med hälso- och sjukvården. Samverkan med socialtjänsten brister i första hand när intagna i anstalt i slutet av strafftiden överförs till hem för vård eller boende (HVB) eller till familjehem inom ramen för en vårdvistelse eller när det är aktuellt med kontraktsvård. Enligt Kriminalvården har vissa kommuner fattat beslut om att använda behandlingsmetoder och vårdtider som inte är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet när det gäller vård och behandling av missbruk och beroende. I vissa fall nekar kommuner helt klienter inom kriminalvården tillgång till vård och behandling. Konkreta problem är svårigheter att sluta samverkansavtal med kommuner rörande rutiner för val och finansiering av vård och behandling vid vårdvistelse och kontraktsvård.

Kommunernas uppfattning

Några kommuner har till utredningen framfört uppfattningen att de hem för vård eller boende (HVB) som kriminalvården upphandlat inte är samma HVB som kommunerna slutit avtal med. Detta kan innebära problem i samband med vårdvistelse vid den tidpunkt som vård- och finansieringsansvaret övergår från kriminalvården till kommunen. Från kommuner har också framförts att kriminalvårdens vårdideologi inte överensstämmer med kommunens, till exempel när det gäller synen på användning av slutna vård respektive öppna vård.

17.8 Sammanfattning och slutsatser

Kriminalvården utgör en viktig del i samhällets insatser för personer med missbruk eller beroende eftersom många av klienterna inom kriminalvården har alkohol- och drogproblem. Mellan 60 och 70 procent av kriminalvårdens klienter har problem med missbruk eller beroende. Vid en enskild dag finns cirka 10 000 personer med missbruk eller beroende vid kriminalvårdens anstalter och häkten och inom frivården. Det faktum att hantering och användning av

narkotika är kriminaliserad innebär att en mycket stor andel av dem som har problem med missbruk eller beroende av narkotika kommer att ha kontakt med kriminalvården vid ett eller flera tillfällen så länge som drogmissbruket fortgår.

Kriminalvården har ett lagstadgat ansvar för vård och behandling i syfte att förhindra att kriminalvårdens klienter återfaller i brottslighet. Det är ur detta uppdrag som kriminalvårdens ansvar för vård och behandling av missbruk eller beroende kan härledas. När det gäller personer med missbruk eller beroende omfattar ansvaret i huvudsak vård och behandling av intagna vid anstalt, under utslussning av intagna från anstalt (vårdvistelse), samt dömda till skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan (kontraktsvård).

Kriminalvårdens klienter ska, enligt den så kallade normaliseringsprincipen, ha samma rätt som andra medborgare till vård och stöd, exempelvis till insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården vid missbruk eller beroende. Det är endast i de fall när den dömda omhändertas på ett sådant sätt som förhindrar andra myndigheters och organs insatser som avsteg från normaliseringsprincipen kan motiveras. Det är uppenbart att kriminalvården å ena sidan och kommuner och landsting å den andra tenderar att tolka normaliseringsprincipen olika.

Kriminalvården har i linje med den av regeringen beslutade särskilda narkotikasatsningen differentierat anstalterna och avdelningarna och ökat antalet behandlingsplatser. I dag finns sex särskilda behandlingsanstalter med drygt 440 platser. Därtill finns cirka 400 behandlingsplatser vid övriga anstalter. Totalt finns i dag sålunda drygt 840 behandlingsplatser för personer med missbruk eller beroende vid kriminalvårdens olika anstalter.

Kriminalvården har också ökat utbudet av brotts- och missbruksförebyggande program för personer med missbruk eller beroende. Av det dryga dussin program kriminalvården erbjuder är fem särskilt riktade till personer med missbruk eller beroende. Av dessa erbjuds samtliga i anstalt och tre i frivård. Programmen är dock inte begränsade till personer med missbruk eller beroende av narkotika, utan flera program är öppna även för personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger. Antalet deltagare i programmen har ökat kraftigt sedan 2002.

Externa och interna utvärderingar av de brotts- och missbruksförebyggande programmen visar på positiva effekter i termer av att personer som fullföljt programmen i mindre utsträckning

återfaller i brottslighet. Programmen är också, enligt kriminalvårdens egna utvärderingar, samhällsekonomiskt lönsamma i den meningen att besparningen på grund av minskad kriminalitet överstiger kriminalvårdens kostnader för att genomföra programmen.

Samverkan mellan kriminalvård och socialtjänst och hälso- och sjukvård är nödvändig för verkningsfull och kostnadseffektiv vård och behandling av kriminalvårdsklienter med missbruk eller beroende. Generellt förefaller samverkan ha utvecklats positivt, men likväl kvarstår allvarliga brister som riskerar att drabba kriminalvårdsklienter i behov av hjälp för att hantera missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger. Intagna vid kriminalvårdens anstalter har i vissa delar av landet inte tillgång till en jämfört med andra medborgare likvärdig hälso- och sjukvård. Kriminalvården har också ibland svårt att komma överens med kommunernas socialtjänst, vilket riskera att leda till att vårdvinstelser eller kontraktsvård inte kommer till stånd.

18 Omvårdnad av omhändertagna enligt LOB

18.1 Polisens ansvar och uppgifter

En person som inte kan ta hand om sig själv på grund av berusning av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel och/eller utgör en fara för sig själv eller omgivningen kan uppfylla kriterier för att omhändertas enligt dels lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) och dels polislagen (1984:387). Om en person uppfyller förutsättningar för omhändertagande enligt båda lagarna, är det enligt 9 § andra stycket LOB den lagen som ska tillämpas. I detta sammanhang bortses från möjligheten att omhänderta en person enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

18.1.1 Omhändertagande enligt LOB

För omhändertagande enligt LOB gäller följande. En person som anträffas så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller för någon annan får omhändertas av en polisman. Den som anträffas där han eller hon eller någon annan har sin bostad får dock inte omhändertas (1 § LOB). Polisens befogenheter enligt LOB gäller också i vissa fall för ordningsvakter. Om en ordningsvakt har omhändertagit någon ska den omhändertagne skyndsamt överlämnas till närmaste polisman (10 § LOB).

Ett omhändertagande ska genomföras så att åtgärden inte orsakar den omhändertagne större olägenheter än vad som är oundviklig med hänsyn till åtgärdens syfte eller väcker onödig uppmärksamhet.

samhet (2 § LOB). Den omhändertagne ska så snart som möjligt underrättas om anledningen till omhändertagandet (7 § LOB).

Om det behövs ska den omhändertagne så snart som möjligt undersökas av läkare (3 § LOB). En omhändertagen person som inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning eller som kan frigges får hållas kvar och tas i förvar om det krävs med hänsyn till ordning och säkerhet. Det är också möjligt att förvara en person hos Kriminalvården (4 § LOB). Den som är omhändertagen ska fortlöpande ses till och om dennes tillstånd ger anledning till detta föras till sjukhus eller så ska läkare tillkallas så snart som möjligt (6 § LOB).

Polisman som har omhändertagit någon ska så skyndsamt som möjligt anmäla åtgärden till sin förman. Har omhändertagandet inte redan upphört ska förmannen omedelbart prova om åtgärden ska bestå (5 § LOB). Den omhändertagne ska frigges så snart det kan ske utan men för honom eller henne själv och det därmed inte längre finns anledning till omhändertagandet. Frigivandet ska alltid ske senast inom åtta timmar efter omhändertagandet, om det inte är uppenbart förenligt med den omhändertagnes eget intresse att få stanna kvar en kortare tid därutöver. Om den omhändertagne bedöms vara i behov av hjälp eller stöd från samhällets sida, ska polisen innan omhändertagandet upphör lämna råd och upplysningar och om möjligt samråda med andra samhällsorgan som har till uppgift att tillgodose sådant behov (7 § LOB).

Rikspolisstyrelsen har utfärdat närmare föreskrifter och allmänna råd om omhändertagande om berusade personer, dokumentation, förmansprovning på distans och om förvaring av personer i polisarrest. Av dessa föreskrifter och allmänna råd framgår bland annat att polismyndigheten bör underrätta socialnämnden i den omhändertagnes hemort genom att skicka en avskrift av protokollet till socialnämnden senast påföljande vardag (RPSFS 2000:57 och FAP 023-1). Detta gäller under förutsättning att den omhändertagnes identitet är fastställd.

Polismyndigheten ska vidare anmäla till Transportstyrelsen (tidigare Vägverket) när någon har omhändertagits enligt LOB. Ett omhändertagande kan enligt körkortsförordningen (1998:980) få konsekvenser både för den omhändertagnes körkortsinnehav och rätten att få eller behålla tillstånd att inneha och bruka vapen. Den omhändertagne har dock ingen skyldighet att uppge namn och adress utan kan förbli anonym under omhändertagandet eftersom han eller hon inte har begått någon kriminell handling. Det innebär

att någon rapportering då inte kan ske till socialnämnd eller Transportstyrelsen.

18.1.2 Omhändertagande enligt polislagen

För omhändertagande enligt polislagen gäller följande. En polisman får tillfälligt omhänderta en person som genom sitt uppträdande stör den allmänna ordningen eller utgör en omedelbar fara för allmänna ordningen eller för att avvärja en straffbelagd handling. Omhändertagande får dock bara ske om det är nödvändigt för att ordningen ska kunna upprätthållas och om det inte är tillräckligt att avvisa eller avlägsna personen (13 § polislagen).

Ett omhändertagande ska genomföras så att åtgärden inte väcker större olägenhet än som är oundviklig med hänsyn till åtgärdens syfte eller väcker onödig uppmärksamhet. Den omhändertagne får tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning och säkerhet. Den som är under femton år får dock inte tas i förvar (17 § polislagen).

Den som har omhändertagits ska underrättas om anledningen till omhändertagandet så snart som möjligt. Den polisman som har verkställt omhändertagandet ska så skyndsamt som möjligt anmäla åtgärden till sin förman. Har omhändertagandet inte redan upphört ska förmannen omedelbart pröva om det ska bestå. Innebär förmannens beslut att den som har omhändertagits ska hållas kvar eller har ingripandet avsett en person som kan antas vara under arton år, ska förmannen skyndsamt underrätta polismyndigheten om omhändertagandet och skälet till detta (15 § polislagen).

Den som har omhändertagits ska förhöras så snart som möjligt. Efter förhöret ska den omhändertagne frigges snarast möjligt. Den som är under arton år får dock hållas kvar för att genom polisens försorg skyndsamt kunna överlämnas till sina föräldrar, annan vårdnadshavare, en tjänsteman inom socialtjänsten eller någon annan lämplig vuxen. Ingen får hållas kvar längre än sex timmar. Om den omhändertagne bedöms vara i behov av hjälp eller stöd från samhällets sida ska polisen lämna råd och upplysningar och om möjligt samråda med andra samhällsorgan som har till uppgift att tillgodose sådant behov (16 § polislagen).

Polisen får under vissa förutsättningar kroppsvisitera den omhändertagne för att av säkerhetsskäl ta hand om vapen eller andra föremål eller för att identifiera den omhändertagne (19 § polis-

lagen). Vid alla omhändertaganden ska det föras protokoll som anger vem som har fattat beslutet om ingripandet och skälet till detta samt när beslutet har fattats. Vidare ska det anges vem eller vilka som har deltagit i ingripandet, vem eller vilka det har riktat sig mot och tidpunkten för åtgärden (27 § polislagen).

18.2 Tidigare bedömningar och översyner av LOB

18.2.1 Fylleristrafutredningens förslag

LOB trädde i kraft den 1 januari 1977 och ersatte tidigare bestämmelser i förordningen (1841:53) emot fylleri och dryckenskap. Samtidigt avskaffades bestämmelserna i brottsbalken om straffansvar för fylleri.

Till grund för införande av LOB låg Fylleristrafutredningens betänkande *Bot eller böter* (SOU 1968:55 och 56). Utredningen föreslog bland annat att förvaringen av omhändertagna i polisarrest skulle ersättas med akutvård i särskilda för ändamålet inrättade medicinska kliniker. Till dessa skulle knytas läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt företrädare för dåvarande nykterhetsnämnder. Sådana akutkliniker skulle inrättas på ett flertal orter i landet. Utredningen förordade att klinikerna skulle förläggas i anslutning till sjukhus. På mindre orter som inte hade tillräckligt underlag för inrättande av särskilda akutkliniker skulle omhändertagandet ordnas på annat sätt. Själva omhändertagandet skulle enligt utredningen även fortsättningsvis göras av polisen.

Fylleristrafutredningens förslag medförde inte en allmän övergång till klinikvård för akut berusade personer.

18.2.2 Försöksverksamheter i samband med införande av LOB

I samband med införandet av LOB inleddes två skilda försöksverksamheter rörande tillsyn och förvaring av omhändertagna. Det gällde dels en försöksverksamhet med tillnyktringsenheter på tio olika platser i landet som skulle svara för ett medicinskt och socialt omhändertagande av berusade personer och dels en försöksverksamhet med sjukvårdspersonal knuten till polisarresten vid Polismyndigheten i Trollhättan.

Försöksverksamheten med tillnyktringsenheter pågick under perioden 1977–1982 i Gällivare, Gävle, Göteborg, Karlstad, Landskrona,

Luleå, Malmö, Skövde, Solna och Stockholm. Verksamheten bedrevs på olika sätt och med varierande medverkan av läkare och sjuksköterska, liksom med varierande möjligheter för provtagning och tillgång till exempelvis medicinsk utrustning. Vissa tillnyktringsenheter var förlagda till sjukhus med respektive landsting som huvudman medan andra verksamheter låg utanför sjukvården med kommunalt huvudmannaskap. På vissa orter fanns ett formellt samarbete mellan kommun och landsting.

Försöksverksamheten med sjukvårdspersonal i anslutning till polisresten i Trollhättan pågick under januari–december 1981. Under försöksperioden gjordes 1 488 omhändertaganden enligt LOB. Av dessa kom 1 188 eller 80 procent i kontakt med sjukvårdspersonalen. Kontakten bestod främst i att personalen deltog i tillsynen. Medverkan i vård och upplysningsverksamhet fanns registrerat i betydligt mindre omfattning.

Båda försöksverksamheterna har utvärderats.¹ Utvärderingarna visade på positiva effekter genom att de intagna fick säkrare bedömningar och omvårdnad. Förvaring i polisrest kunde i flertalet fall ersättas med förvaring på tillnyktringsenhet. För cirka 15–20 procent av de omhändertagna visade det sig svårt att helt ersätta polisresten. Det handlade framför allt om berusade personer som i samband med omhändertagandet var våldsamma eller hotfulla. Försöksverksamheterna har dock inte medfört några lagförändringar, bland annat med hänvisning till att det skulle medföra mycket betydande kostnader att bygga upp tillnyktringsenheter i hela landet (prop. 1981/82:100). Under 1980-talet bedrevs andra försöksverksamheter i syfte att finna lämpliga former för omhändertagande av akut berusade personer. Några officiella utvärderingar av dessa verksamheter har inte gjorts.

Frågan om organisation och ansvar för tillnyktringsverksamhet har därefter diskuterats fortlöpande, dock utan att det har skett några lagändringar. Under 2000-talet har frågan utretts vid flera tillfällen, senast under 2005. Gemensamt för dessa överväganden och förslag har varit att huvudansvaret inte längre bör ligga på polisen. Olika lösningar har valts när det gäller vem som ska ha ansvaret. I det följande sammanfattas förslag från de tre senaste översyner samt reaktionerna från remissinstanserna.

¹ Utvärderingarna presenteras utförligt i departementspromemorian Omhändertagande av berusade personer enligt LOB (Ds 2001:31), kap. 6.3.

18.2.3 Omhändertagande av berusade personer enligt LOB (Ds 2001:31)

I departementspromemorian *Omhändertagande av berusade personer enligt LOB (Ds 2001:31)* konstaterade utredningen att starka skäl talade för att lägga ansvaret för tillnyktringen på kommunerna ensamma eller kommuner och landsting gemensamt. En utbyggnad av tillnyktringsenheter i kommuner och landsting ansågs på sikt vara en lämplig lösning för att föra över ansvaret för förvaring av omhändertagna från polisen till kommunerna. En sådan ordning skulle enligt utredningen medföra en kvalitetshöjning vid bedömningen av de omhändertagnas hälsotillstånd och en säkrare bedömning av exempelvis personer som är blandmissbrukare. Omhändertagandet skulle ske på ett mänskligare och mer humant sätt än vad det finns möjlighet att ge hos polisen och antalet dödsfall bland omhändertagna skulle förhoppningsvis minska.

Vid remissbehandlingen var majoriteten av remissinstanserna (56 procent) positivt inställda till utredningens förslag att överföra ansvaret för tillnyktring på kommunerna. De skäl som anfördes var framför allt ökad kvalitet och humanitära aspekter. Kommunerna var dock splittrade i frågan. De kommuner som redan hade sådan verksamhet och dessutom större befolkningsunderlag var mer positiva. Kommuner som hade mindre än 50 000 invånare och glesbygdskommuner var däremot negativa till förslaget och anförde främst kostnadsskäl. De flesta landsting var emot en överflyttning.

18.2.4 Polisverksamhet i förändring – del 2 (SOU 2002:117)

I Polisverksamhetsutredningens betänkande *Polisverksamhet i förändring – del 2 (SOU 2002:117)* föreslogs att polisens verksamhet skulle renodlas genom att socialtjänsten fick huvudansvaret för att se till att den omhändertagne får den vård och omsorg som han eller hon behöver. När det inte är aktuellt att överlämna den omhändertagne till sjukhus eller bostaden ska polisen överlämna den omhändertagne till socialnämnden i den kommun där omhändertagandet skett. Berusade personer som uppträder så våldsamt att de inte kan tas om hand inom socialtjänsten ska omhändertas enligt 13 § andra stycket polislagen och därefter tas i förvar enligt 17 § samma lag.

Vid remissbehandlingen var majoriteten (70 procent) tveksamma eller negativa till utredningens förslag. De huvudargument som angavs var svårigheter för små kommuner och glesbygdskommuner att driva en fungerande verksamhet dygnet runt för de få fall det kunde röra sig om. Kostnaderna befarades bli orimligt höga. Vidare anfördes bland annat att svårigheter skulle uppstå vid bedömning av vilka fall som på grund av risk för våld skulle hållas kvar av polisen, behovet av kvalificerad medicinsk bedömning samt de transportmässiga problem som kunde uppstå vid långa avstånd.

18.2.5 Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården (ej publicerad departementspromemoria från år 2005)

Utredningens uppdrag var att utreda de organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna vid ett eventuellt överförande av huvudansvaret för förvaringen av berusade personer enligt LOB från polisen till kommunerna. Förslagen i promemorian *Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården* var att ansvaret för tillnyktring skulle ligga på hälso- och sjukvården. Utredningen gick alltså utöver direktiven för sitt uppdrag.

Utredningen föreslog att hälso- och sjukvården skulle få huvudansvaret för tillnyktring i samband med omhändertagande enligt LOB. Som skäl angavs bland annat att tillnyktring är en kritisk fas som kräver medicinsk behandling, att de omhändertagna ofta har ytterligare medicinska och psykiska problem vid sidan av följderna av berusningen samt att blandmissbruk ökar. Enligt utredningens förslag ska polisen svara för gripande, transport och skyddsvisitering av den berusade personen medan hälso- och sjukvården svarar för provtagning, bedömning och övervakning under tillnyktring samt för att vid behov överföra personen till avgiftning eller remittera denne till annan vård. Socialtjänstens ansvar var att efter tillnyktring/avgiftning förmedla stöd och fortsatt hjälp vid behov samt utreda eventuellt behov av tvångsinsatser.

Omhändertagande föreslogs så långt som möjligt ske vid särskilda anpassade enheter för tillnyktring. De närmare formerna för hur landstingens medicinska ansvar för LOB-omhändertagna ska utformas och genomföras i praktiken borde enligt utredningen lösas lokalt i samverkan mellan den lokala polismyndigheten, hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst.

Promemorian har inte publicerats officiellt eller remissbehandlats.

18.3 Statistik om omhändertagande enligt LOB

Enligt statistik från Transportstyrelsen uppgår antalet omhändertaganden enligt LOB år 2009 till cirka 62 000. Den absoluta majoriteten av alla omhändertaganden (drygt 98 procent) avser alkoholberusning. Antalet unika personer som omhändertas under ett år har tidigare uppskattats till mellan 15 000 och 20 000 (Justitiedepartementet 2005).

Antalet omhändertaganden har ökat kraftigt jämfört med början av 2000-talet då antalet omhändertagande var cirka 48 000. Sett i ett längre perspektiv har dock antalet omhändertaganden minskat drastiskt de senaste 30 åren. Som exempel kan nämnas att antalet omhändertaganden i början av 1980-talet var cirka 125 000.

Omhändertagande av kvinnor/flickor har under 2000-talet ökat mycket kraftigt från cirka 4 700 år 2000 till cirka 8 300 år 2009. Ungdomar under 20 år svarar för 13,1 procent av samtliga omhändertaganden. Ju yngre de är, desto högre andel är kvinnor/flickor. Noterbart är att i åldersklassen upp till 14 år är flickor i majoritet (140 omhändertaganden jämfört med 121 omhändertaganden för pojkar).

Majoriteten av de omhändertagna, cirka 87 procent, tillbringar tiden under tillnyktring i polisarrest. Omkring 9 procent överförs av polisen till sjukhus, alkoholpoliklinik eller annan vårdinrättning. Resten, cirka 4 procent, körs antingen till bostad eller överlämnas till föräldrar eller annan anhörig. Detta gäller i stort sett bara ungdomar.

De senaste åren har antalet dödsfall i samband med omhändertagande uppgått i genomsnitt till cirka sex per år, varav tre avlider i arresten och övriga under transport till eller på sjukhus. Det finns dock inga uppgifter om vad som händer med den frisläppte efter omhändertagandet.

Antalet omhändertagna varierar stort mellan olika polisdistrikt. I vissa distrikt görs praktiskt taget inga omhändertaganden medan det i andra distrikt görs upp till 15 sådana per 1 000 invånare och år. Några återkommande förklaringar till dessa skillnader är resursbrist, olika tolkning av LOB samt polistäthet och patrulleringsmetodik. Merparten personer som omhändertas tas om hand från fredag eftermiddag till söndag morgon. Under förmiddagarna

måndag–torsdag görs mycket få omhändertagande. En viss årstidsvariation finns, antalet omhändertagande är högst under sommar-månaderna och lägst under den kalla årstiden (Justitiedepartementet 2005).

Det är i huvudsak två grupper av omhändertagna som kan urskiljas. Den ena är företrädesvis yngre, 15–30 år, som är berusade, uppträder störande eller våldsamt och tas om hand mellan 21.00 och 04.00 i samband med eller efter besök på ett utskänkningsställe. Blandmissbruk i form av alkohol och narkotika är vanligt i denna grupp. Den andra gruppen är företrädesvis något äldre män och kvinnor utan social förankring som antingen raglar omkring och skrävar eller sover på buss- eller tågstationer, tunnelbana eller portuppgång etc. Även i denna grupp är blandmissbruk vanligt i form av exempelvis cannabis och amfetamin eller bensodiazepinpreparat och andra läkemedel i kombination med alkohol. Därutöver finns det en och annan ”Svensson” som sparat ut efter en fest.

Enligt uppgifter från polisen meddelar polisen kommunens socialtjänst om omhändertagandet oavsett om tillnyktring skett i polisarrest eller vid tillnyktrings-/beroendeenhet. Detta gäller under förutsättning att den omhändertagne har kunnat identifieras. Av Transportstyrelsens statistik framgår att cirka 12 procent av det totala antalet omhändertagna är markerade som oidentifierade vid själva omhändertagandet. Enligt polisen är det dock vanligt att dessa personer uppger sin identitet efter tillnyktringen. I praktiken är det därför mycket få omhändertagna som är oidentifierade även efter tillnyktringen.

Vid den senaste översynen av LOB framkom att socialtjänsten regelmässigt skriftligen inbjuder den omhändertagne till ett samtal. I storstäderna är det ett fåtal som kommer till ett sådant samtal medan omkring hälften kommer i de mindre orterna. Är det frågan om upprepade omhändertaganden eller om den omhändertagne är under 18 år gör kommunerna i allmänhet större ansträngningar att etablera kontakt, men fortfarande inom frivillighetens ram (Justitiedepartementet 2005).

19 Internationell utblick

19.1 Utgångspunkter

Utredningen har låtit analysera missbruks- och beroendevården i ett antal länder. Danmark, Finland, Norge, Frankrike, Nederländerna, Tyskland, Storbritannien, Australien och Kanada har kartlagts utifrån tillgängliga dokument och forskning. Därtill har utredningen genomfört besök i Danmark, Norge, Frankrike, Nederländerna och Australien.

Nedan beskrivs kortfattat missbruks- och beroendevården i de länder utredningen kartlagt. Norge, Danmark och Finland beskrivs något utförligare eftersom både vårdbehov och vårdssystem påminner om de i Sverige. Tvångsvården ägnas särskild uppmärksamhet mot bakgrund av utredningens uppdrag att se över den svenska tvångsvårdslagstiftningen. Slutligen presenteras ett antal internationella trender och slutsatser av särskild relevans för utredningens förslag.

Utredningen har för avsikt att publicera en mer utförlig analys i en särskild rapport.

19.2 Norge

År 2002 övertog staten ansvaret för den specialiserade hälso- och sjukvården från fylkena. Verksamheten bedrivs genom fyra statliga regionala hälsoföretag.

Kommunerna har ansvar för socialtjänst, äldreomsorg, barnomsorg och skola. Kommunerna har även ansvar för primärvården eller husläkarsystemet, den så kallade fastlegeordningen. Av Norges 431 kommuner har hälften färre än 5 000 invånare och bara tolv fler än 50 000.

Rusreformen som genomfördes 2004 hanterade i första hand konsekvenserna för missbruks- och beroendevården av 2002 års hälso- och sjukvårdsreform.

Inledningsvis var förslaget att fylkenas missbruks- och beroendevård skulle delas enligt principen att verksamheter med hälso- och sjukvårdsinriktning skulle föras till de statliga hälsoföretagen och verksamheter med socialvårdsinriktning skulle föras till kommunerna. Men mot bakgrund av kritik att en sådan ansvarsfördelning skulle försvåra samverkan och helhetssyn, beslutade Stortinget i stället att all behandlingsverksamhet skulle överföras till de statliga hälsoföretagen som i samband med detta fick ett betydande resurstillskott. Detta innebär att staten har ett samlat behandlingsansvar i egenskap av huvudman för den specialiserade sjukvården.

Behandlingsverksamheten delades in i fyra nivåer: poliklinisk behandling (öppen vård), abstinensbehandling i slutenvård, kort institutionsbehandling (upp till 6 månader) och lång institutionsbehandling (mer än 6 månader).

Missbruks- och beroendevården ska enligt rusreformen bygga på "tverrfaglig specialiserad behandling". Den innebär att såväl medicinsk, psykologisk och psykosocial kompetens ska tas tillvara i utredningen och behandlingen samt att missbruks- och beroendevården ska samordnas med annan hälso- och sjukvård inklusive den psykiatriska vården.

Kommunen ska liksom tidigare bland annat svara för uppsökande och förebyggande arbete och hänvisa till den specialiserade sjukvården först när de egna insatserna inte räcker till, bistå den specialiserade sjukvården med behandlingsplanering, svara för insatser i avvaktan på att behandling kan starta samt ha ansvar för uppföljning före, under och efter behandlingen.

Även husläkare kan remittera personer med missbruk eller beroende till hälsoföretagens behandlingsinstitutioner. Det innebär att en klient inte längre är tvungen att vända sig till socialtjänsten för att få behandling för sitt missbruk eller beroende. Den hänvisande instansen (kommun eller husläkare) ska varslas inför alla utskrivningar.

Om en patient bedöms ha behov av behandling inom den planerade, specialiserade vården har han eller hon vissa rättigheter enligt patienträttighetslagen, närmare bestämt rätt till utredning om nödvändig hälso- och sjukvård på grund av missbruket eller beroendet inom 30 arbetsdagar, rätt till individuellt garanterad väntetid till behandlingen ska inledas, rätt att välja vårdgivare i hela Norge inom beslutad nivå och att få resa och uppehälle betald, rätt

till individuell plan, samt rätt till insyn i journaler och annan dokumentation.

Utvärderingar visar att personer med missbruk eller beroende får sina rättigheter som patienter tillgodosedda i den specialiserade sjukvården.

Balansen mellan abstinensvård å ena sidan och behandling å den andra har förbättrats och platserna för tvångsvård har ökat något. Däremot har resurserna för behandling i slutenvård inte minskat till förmån för behandling i öppen vård. Tillgången till somatisk vård har förbättrats för patientgruppen.

Väntetiderna från bedömning till att en behandling inleds har ökat såväl för poliklinisk behandling som för kort behandling på institution, men har minskat något för lång behandling på institution. Det kan också vara svårt att upprätthålla patientens motivation under väntetiden efter det att kommunen har remitterat eller hänvisat vidare, men den specialiserade sjukvården ännu inte har inlett utredning eller behandling.

Samarbetet mellan socialtjänsten och den specialiserad hälso- och sjukvården har förbättrats efter reformen.

Systemet med en indelning i fyra behandlingsnivåer bedöms ha försvårat en anpassning av insatserna till olika målgruppers behov, bland annat till behoven hos kvinnor och barn i familjer med missbruksproblem.

Kostnaderna för den tvärfackligt specialiserade behandlingen har ökat med 40 procent mellan 2004 och 2006. Resursökningen har främst använts för att anställa mer medicinsk personal och för att förstärka kapaciteten för slutenvård.

Kommunerna förefaller efter reformen inte minskat resurserna inom missbruksområdet, men däremot har de i högre grad riktats mot stödinsatser.

19.3 Danmark

Den region- och kommunreform, som trädde i kraft i januari 2007, innebar att de tidigare 271 kommunerna slogs samman till 98 och att de tidigare 14 amten ersattes av fem storregioner.

Staten lägger fast de överordnade ramarna, medan kommunerna ska tillgodose invånarnas behov inom ett flertal områden, bland annat socialtjänst. Regionerna har ansvar för sjukhusområden.

Kommunerna har ett samlat ansvar för all typ av rehabilitering så snart medborgaren inte är inneliggande på sjukhus.

Vård, behandling och stöd vid alkohol- och drogmissbruk, tandvård för psykiskt sjuka, socialpsykiatri och hemsjukvård är exempel på sådana uppgifter som är kommunens ansvar efter reformen.

Kommunerna har efter reformen ett samlat ansvar för både behandling och stöd för personer med missbruk eller beroende. Reformen innebar att kommunerna övertog viss missbruks- och beroendevård från de tidigare amten. Abstinensvård på sjukhus är kostnadsfri för kommunerna, men de ska betala så kallad eftervård på två till tre månader, vilken ofta ges vid privata institutioner (behandlingshem).

I samband med reformen ifrågasattes rimligheten i att samla ansvaret för vården av personer med narkotikamissbruk hos kommunerna. Bland yrkesverksamma är en vanlig uppfattning att denna vård borde vara ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen på regional nivå, eftersom den har betydande medicinska inslag och ofta bedrivs inom den specialiserade vården. Det har även noterats att små kommuner har svårt att möta grupper med särskilda behandlingsbehov genom en diversifierad vård.

I Danmark finns behandlingsgarantier för personer med missbruk av alkohol respektive narkotika. Båda garantierna stipulerar att behandling ska inledas inom 14 dagar efter att den enskilde sökt hjälp hos kommunen. Kommunen bedömer behandlingsbehovet. Klienten har rätt att fritt inom Danmark välja utförare av beslutad behandling.

Bakgrunden till införandet av vårdgarantin var att väntetiderna varierade oacceptabelt mycket mellan olika delar av landet. Det är inte reglerat vad garantin ska innehålla i detalj. Detta har föranlett en debatt om att garantins innehåll bör tydliggöras med avseende på utredning och bedömning samt vård, behandling och stöd.

19.4 Finland

I Finland ansvarar kommunen både för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Kommunerna bedriver ofta hälso- och sjukvården genom landskapsförbund (kommunalförbund).

Missbruks- och beroendevården har i huvudsak definierats som ett ansvar för kommunen i egenskap av huvudman för hälso- och

sjukvården. Annorlunda uttryckt innebär det att hälso- och sjukvården har ett ansvar för behandlingsinsatser och att socialtjänsten har ett ansvar för stödinsatser för personer med missbruk eller beroende.

Kommunerna har ansvar för att tillgodose invånarnas vårdbehov och finansiera vården. Cirka hälften av missbruks- och beroendevården bedrivs av kommunerna i egen regi, medan den resterande delen bedrivs av ideella organisationer och privata vårdgivare. Abstinensvård, rehabilitering och stödboende bedrivs av såväl kommuner som olika organisationer.

För närvarande pågår genomförandet av en omfattande reform, Mieli 2009, som syftar till att förstärka den finansiella basen för hälso- och sjukvården genom att reducera antalet kommuner från 348 till 67 och centralisera den specialiserade sjukvården till fem sjukvårdsdistrikt. När det gäller vård av personer med missbruk eller beroende är målet med reformen att närmare integrera öppenvårdspsykiatri med missbruks- och beroendevården på det lokala planet enligt devisen ”en dörr in”. I reformen betonas brukarmedverkan och samarbete med de icke-vinstdrivande aktörerna.

19.5 Övriga länder

19.5.1 Frankrike

I Frankrike har staten genom hälso- och sjukvården huvudansvaret för vård och behandling av missbruk och beroende. Vården och behandlingen är indelad i tre olika nivåer.

Allmän hälso- och sjukvård erbjuds på sjukhus som kan drivas i såväl offentlig som privat regi. Allmänläkare svarar normalt för det medicinska omhändertagandet. I Frankrike har allmänläkare befogenhet att skriva ut buprenorfin (Subutex och Suboxone) för läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende.

Den andra nivån är speciella beroendeenheter som har multiprofessionella team som kan hänvisa patienter till adekvat vård, såsom öppen vård eller abstinensvård. Både sjukhusen och de särskilda beroendeenheterna tillhandahåller abstinensvård.

Den tredje nivån består av universitetssjukhus som har en så kallad referensenhet med forskning och utvecklingsarbete som koordinerar arbetet mellan klinik och sjukhus.

Ett centralt statligt organ för sociala frågor finansierar sociala insatser och rehabilitering till personer med långvarigt missbruk och andra sociala problem. På många vårdinrättningar finns socialsekreterare anställda. Deras roll är bland annat att hjälpa den enskilde att ansöka om sociala insatser.

19.5.2 Nederländerna

I Nederländerna är ansvaret för att organisera, implementera och koordinera vården decentraliserat och ligger på regionala och lokala myndigheter eller vårdorganisationer. Men dessa har ett samordnat ansvar för både medicinsk (psykiatrisk) och psykosocial behandling. Det förekommer också att den organisation som ansvarar för behandlingen bistår den enskilde i samordningen av olika stödinsatser.

All behandling, inklusive abstinensvård och behandling i slutenvård, finansieras via ett privat försäkringssystem, som är skyldigt att acceptera samtliga invånare i ett visst område.

Kommunerna ansvarar för kostnaderna för vissa sociala insatser, såsom härbärgen, olika former av stödboenden och injektionsrum.

19.5.3 Storbritannien

I Storbritannien, närmare bestämt England, är det i dag fyra slags vårdgivare som erbjuder vård och behandling till personer med missbruk eller beroende.

Det statliga National Health Service bedriver specialistkliniker på sjukhus eller i öppen vård.

Frivilligorganisationer bedriver en rad olika slags verksamheter, alltifrån sprututbytesprogram till slutenvård.

Privata bolag och organisationer bedriver behandling där klienterna betalar själva.

Kriminalvården ger vård åt de intagna. Lokala NHS myndigheter är numera ansvariga för hälso- och sjukvården i fängelserna.

De fyra olika vårdgivarna har alla ett samlat ansvar för medicinsk och psykosocial behandling medan ansvaret för stödinsatser i hög grad faller på andra huvudmän.

Den nya regeringen har tillsatt en utredning med uppdrag att se över och föreslå förändringar av den nuvarande ordningen för missbruks- och beroendevård.

19.5.4 Tyskland

Ansvar för hälso- och sjukvården är uppdelat mellan den federala administrationen, som i första hand har ett lagstiftningsansvar, och de 16 delstaterna. De senare bestämmer själva hur långt deras ansvar sträcker sig för att exempelvis tillhandahålla öppen och slutenvård. Det finns som en konsekvens stora skillnader mellan delstaterna.

All medicinsk vård inklusive läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende finansieras av det statliga pensionsförsäkringssystemet. Syftet med insatserna är att rehabilitera den vård sökande tillbaka till arbete.

Om den enskilde inte omfattas av systemet kan han eller hon i stället få hjälp av socialtjänsten. Kommunerna ansvarar inte bara för sociala insatser utan betalar också för exempelvis behandling i slutenvård vid narkotikamissbruk om insatsen inte täcks av det statliga försäkringssystemet.

19.5.5 Kanada och Australien

Systemen i Kanada och Australien uppvisar betydande likheter i det avseende att det huvudsakliga ansvaret ligger på delstatsnivå och att behandling av missbruk och beroende är ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen.

I den närmare studerade australienska delstaten New South Wales är det delstaten som är sjukvårdshuvudman och därmed ansvarar för missbruks- och beroendevården. Finansieringen är i betydande utsträckning federal, men det federala ansvaret inskränker sig till att ange de övergripande politiska målen och fördela medlen till delstaten och kommunerna.

Delstatens ansvar som sjukvårdshuvudman omfattar alla delar i vård- och stödprocessen, såväl abstinensvård som mer långvariga behandlingsinsatser. Socialtjänstens uppgifter omfattar stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Dessa uppgifter är generella för socialvården och gäller för alla medborgare med behov av

insatser, utan särskild inriktning mot personer med missbruk eller beroende.

19.6 Tvångsvård av personer med missbruk

19.6.1 Vanligt med tvångsvård

Drygt 80 procent av världens länder har någon form av tvångsvård, även om det finns skillnader beträffande vilket samhällsorgan som har ansvaret samt tvångsvårdens mål, behandlingsinnehåll och vårdtid. Lagstiftningen varierar mellan straffrättsligt reglerad tvångsvård och civil tvångsvård.

19.6.2 Straffrättslig tvångsvård

Möjlighet att döma ut tvångsvård i stället för straff vid kriminalitet finns i knappt hälften av världens länder. När tvångsvården är placerad inom straffrätten är vanligen också bruk, missbruk och innehav för eget bruk kriminaliserat.

Den maximala vårdtiden varierar stort beroende på syftet med tvångsvården. Medianen för maximal tvångsvård inom straffrätten är tre år.

19.6.3 Civil tvångsvård

Den civila tvångsvården finns i drygt hälften av världens länder och är reglerad antingen genom psykiatrilagstiftning eller genom social- eller speciallagstiftning. Civil tvångsvård kan delas in i två huvudtyper utifrån vårdens mål och längd.

Den första huvudtypen är akut tvångsvård i syfte att hantera överdoser och ge abstinensvård samt i vissa fall något längre stabilisering efter missbruk, men inte att mer långsiktig rehabilitera. Denna typ av tvångsvård är oftast reglerad inom psykiatrilagstiftningen och maximala vårdtider varierar från åtta timmar till sex månader. Mediantiden är en månad.

Den andra huvudtypen är rehabiliterande tvångsvård. Denna typ av tvångsvård är främst reglerad genom social- eller speciallagstiftning men kan också regleras genom psykiatrilagstiftning.

Maximal vårdtid för denna typ varierar från en månad till tre år. Mediantiden är ett år.

Av de länder som utredningen har låtit studera närmare har majoriteten civil tvångsvård som regleras inom psykiatrilagstiftningen.

De nordiska länderna har möjlighet att tillämpa civil tvångsvård som regleras i sociallagstiftningen, men tillämpar i praktiken sällan möjligheten.

I Norge finns möjlighet i sociallagstiftningen att tvångsvårda personer med missbruk eller beroende samt gravida kvinnor med missbruk. Antalet som tvångsvårdas har under lång tid varit mycket begränsat. Det senaste året uppgick det totala antalet till cirka 130 personer.

I Danmark finns en lag från 2007 som gör det möjligt att tvångsvårda gravida kvinnor med missbruk. Kvinnorna måste dock samtycka till att inleda tvångsvård. Lagen har såvitt framkommit inte tillämpats.

I Finland finns en lag som medger tvångsvård på social grund. Enligt de uppgifter utredningen tagit del av tillämpas lagen endast på ett fåtal personer per år. Tvångsvårdtiden är cirka fem dagar men kan i vissa fall förlängas till 30 dagar.

Tvångsvård av personer med missbruk eller beroende på social grund, förekommer inte heller i någon större omfattning i de övriga länder som studerats.

Frankrike saknar exempelvis möjlighet att ge tvångsvård enbart med hänvisning till missbruk eller beroende. Motivation ses här som avgörande för en framgångsrik behandling. Däremot finns psykiatrisk tvångsvård.

I Australien (New South Wales) finns möjlighet till tvångsvård under kortare tid, cirka 7–14 dagar, för personer som har allvarliga missbruks- eller beroendeproblem och löper akut risk att skada sig själva. Tvångsvård kan däremot inte ske på social indikation.

Detta innebär att personer med missbruk eller beroende som är i behov av tvångsvård, till exempel i Norge, Danmark och Finland, istället vårdas inom den psykiatriska tvångsvården.

I flera av de studerade länderna, exempelvis Frankrike, Kanada och Australien, finns möjlighet att döma personer som begått brott till vård i stället för till fängelse. I Nederländerna har det införts en ny påföljd för personer med missbruk och som dömts för narkotikabrott minst tre gånger under de senaste fem åren. Den

innebär att de döms till två års behandling i missbruks- och beroendevård oavsett brottets straffvärde.

19.7 Internationella mönster och slutsatser

19.7.1 Samlat behandlingsansvar

Den vanliga ordningen som förekommer i princip i samtliga länder är att en huvudman har ett samlat ansvar för behandling i specialiserad vård av missbruk och beroende, det vill säga både för medicinsk och psykosocial behandling. Detta är till exempel fallet i Norge, Danmark och Finland.

Samtidigt är det mycket vanligt att en annan huvudman ansvarar för sociala stödinsatser. Detta är till exempel fallet i Norge, där kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ansvarar för stöd medan staten ansvarar för behandling.

Men det finns även exempel på att samma huvudman ansvarar både för behandling och stöd, till exempel i Finland, där kommunen är huvudman både för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Även i Danmark har kommunen ett samlat ansvar för behandling och stöd för personer med missbruk eller beroende. Missbruks- och beroendevården avviker dock från den normala ansvarsfördelningen mellan kommunerna och regionerna eftersom de senare har ansvaret för att behandla andra sjukdomstillstånd.

19.7.2 Sjukvårdshuvudmannen ansvarar för behandling

Den huvudman som har det samlade ansvaret för behandling av missbruk och beroende är vanligen sjukvårdshuvudmannen, till exempel i Norge, Finland, Frankrike, Storbritannien, Tyskland och Kanada. Det enda egentliga undantaget är Danmark, där ansvaret för behandling av missbruk och beroende har lagts på kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten. Behandling av andra sjukdomstillstånd är ett ansvar för regionerna.

I vissa länder är det staten som är sjukvårdshuvudman (Norge), i andra landstinget eller motsvarande (Danmark med undantag för behandling av missbruks- och beroendetillstånd), och i ytterligare andra kommunen (Finland). I Finland bedriver kommunerna vården i landskapsförbund.

19.7.3 Färre och större huvudmän

I många länder planeras eller har det genomförts reformer för att förstärka den finansiella basen för vården genom att reducera antalet huvudmän. Bakgrunden till detta är att befolkningsmässigt små kommuner inte kan finansiera en kvalificerad och diversifierad vård.

I både Danmark och Norge har det genomförts omfattande strukturreformer. I Norge övertog staten ansvaret för den specialiserade hälso- och sjukvården från regionerna. I Danmark har antalet kommuner och regioner reducerats kraftigt och staten har tagit ett större finansiellt ansvar för hälso- och sjukvården. I dag administreras hälso- och sjukvården av fem regioner medan staten står för huvuddelen av finansieringen. I Finland pågår, liksom i Sverige, reformer som syftar till att förstärka den finansiella basen för hälso- och sjukvården genom att reducera antalet huvudmän.

19.7.4 Mer medicinskt innehåll i vården

Missbruk och beroende har i allt högre grad kommit att betraktas som sjukdomar. Det har också under senare år utvecklats läkemedelsbehandling och andra medicinska insatser för allt fler beroendetillstånd.

I samtliga studerade länder ingår läkemedelsbehandling av alkoholberoende och läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende i standardutbudet. I några länder finns även så kallad heroinbehandling av opiatberoende (Danmark, Storbritannien och Tyskland).

I samtliga studerade länder finns också väl utbyggda program för sprututbytesverksamhet för injektionsmissbrukare. I flera länder finns även injektionsrum (Norge, Nederländerna, Tyskland, Australien och Kanada).

Vården har också reformerats för att bättre möta vårdbehoven hos personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom. Detta har skett genom att samla ansvaret för behandling av båda sjukdomstillstånden hos en huvudman (Norge, Danmark, Finland), vanligen hos sjukvårdshuvudmannen.

Denna utveckling har inneburit att flera länder vidtagit åtgärder för att stärka den medicinska kompetensen inom missbruks- och beroendevården.

Norge är det tydligaste exemplet på detta som 2004 genomförde den så kallade rusreformen, vilken innebar att ansvaret för planerad specialiserad behandling av missbruk och beroende samlades inom hälso- och sjukvården.

Danmark utgör i detta sammanhang ett undantag som samlat ansvaret för behandling hos kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten. En kritik som riktats mot den danska reformen är emellertid att kommunerna inte har resurser eller kompetens för att kunna erbjuda en kvalificerad och diversifierad vård. Inte minst gäller detta vården av personer med narkotikamissbruk, vilken har omfattande medicinska inslag.

19.7.5 Vanligt med vårdgarantier

I många länder har det införts vårdgarantier i syfte att förbättra tillgängligheten till vård, till exempel i Danmark, Norge, Finland och Storbritannien.

I Danmark finns en vårdgaranti för behandling av personer med narkotikamissbruk i lov om social service och en vårdgaranti om behandling av personer med alkoholmissbruk i sundhetsloven. Båda garantierna stipulerar att behandling ska inledas inom senast 14 dagar efter att den enskilde sökt hjälp hos kommunen.

I Norge finns en vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende eller annan psykisk sjukdom i lov om pasientrettigheter, vilken bland annat ger rätt till tvärprofessionell utredning och bedömning i den planerade, specialiserade vården inom 30 dagar från den dag remiss inkommit.

I Finland finns en vårdgaranti som reglerar väntetider till både primärvården och den planerade specialiserade vården. När det gäller den specialiserade vården ska vårdbehovet bedömas inom tre veckor och behandling därefter inledas inom rimlig tid och senast inom sex månader.

Det vanliga är att vårdgarantierna är reglerade i lagstiftning som specificerar såväl vad huvudmannen är skyldig att göra som inom vilken tidsrymd.

19.7.6 Mindre socialt tvång

De flesta länderna har lagstiftning för psykiatrisk tvångsvård som kan tillämpas på personer med missbruk eller beroende. I flera länder finns även möjlighet till tvångsvård av personer med missbruk eller beroende inom socialvårdslagstiftningen. Denna möjlighet finns till exempel i Danmark, Norge och Finland. I praktiken tillämpas dock denna möjlighet inte alls eller i mycket begränsad omfattning. Det innebär att tvångsvård av personer med missbruk eller beroende i första hand sker inom ramen för den psykiatriska tvångsvården.

Även vårdtiderna för tvångsvård är högst varierande. I länder som tillämpar psykiatrisk tvångsvård för personer med missbruk eller beroende är vårdtiderna normalt korta. Tvångsvårdens syftar i dessa fall endast till att hantera det mest akuta vårdbehovet. I länder som tillämpar social tvångsvård kan vårdtiderna vara väsentligt lägre. I dessa fall syftar tvångsvården inte endast till att hantera akuta vårdbehov, utan till att sörja för individens behandling för sitt långvariga tillstånd som för att kontrollera hotet mot samhället.

19.7.7 Mer behandling inom kriminalvården

Många personer med missbruk eller beroende finns inom kriminalvården. I samtliga länder finns en medvetenhet om vikten av att behandla missbruk för att förebygga återfall i brott. Denna medvetenhet har resulterat i att behandling av missbruk och beroende i allt högre grad har integrerats i kriminalvårdens återfallspreventiva arbete.

I flera länder har kriminalvården upprättat särskilda vårdenheter eller vårdplatser för klienter med missbruksproblem. Utbudet av behandlingsinsatser har också utvecklats, till exempel kan klienter ofta erbjudas psykosocial behandling och läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende. Nederländerna och Australien är exempel på detta.

Ytterligare en trend är att vård utgör ett alternativ till straff. Inte minst gäller detta mindre allvarliga narkotikabrott. I Australien kan till exempel innehav för eget bruk av cannabis avföras om personen deltar i rådgivning eller behandling. Vid allvarigare eller upprepad missbruksrelaterad brottslighet finns i vissa länder möjlighet att

genom beslut i så kallad drug court utdöma behandling istället för fängelsestraff.

20 Tidig upptäckt och kort intervention vid riskbruk

20.1 Lagstiftning, riktlinjer och politiska styrdokument

20.1.1 Nuvarande lagstiftning

Både kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården har ett lagreglerat ansvar för att arbeta med förebyggande insatser.

I 3 kap. 7 § socialtjänstlagen (SoL) sägs att socialtjänsten ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel och för att genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar och hjälpmöjligheter. Vidare föreskrivs i 5 kap. 1 § att socialtjänsten ska aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel, samt dopningsmedel.

I 2 c § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) sägs att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Vidare sägs att den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skada.

20.1.2 Nationella riktlinjer

Tidig upptäckt och kort intervention vid riskabla alkohol- och drogvänor beskrivs som en effektiv, men underutnyttjad, metod i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007).

Till grund för denna bedömning låg bland annat den kunskapsöversikt som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjort om behandling av alkohol- och narkotikaproblem. I kunskapsöversikten dras slutsatsen att kortvariga, förebyggande insatser mot alkoholkonsumtion inom hälso- och sjukvården har säkerställda effekter på minskad alkoholförbrukning upp till två år. Samtidigt konstaterades att de korta interventionerna inte görs i önskvärd utsträckning (SBU 2001).

Tidig upptäckt och kort intervention uppmärksammas också i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården som för närvarande är under färdigställande.

20.1.3 Nationella och internationella politiska styrdokument

Tidig identifikation och intervention vid riskabel konsumtion framhålls i olika svenska politiska styrdokument inom det alkohol- och narkotikapolitiska området. Det är fallet i den av regering och riksdag nyligen antagna ANDT-strategin för perioden 2011–2015 (prop. 2010/11:47). Det var också fallet i de föregående nationella handlingsplanerna för att förebygga alkoholskador respektive mot narkotika för perioden 2006–2010 (prop. 2005/06:30).

I utvärderingen av den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador konstateras att utvecklingen inom alkoholområdet varit positiv under de senaste åren, efter den initialt kraftiga ökningen av alkoholkonsumtionen och av de alkoholrelaterade skadorna efter EU-medlemskapet. Det identifieras ett antal områden som bör prioriteras och utvecklas. Förutom krav på en aktivare nationell alkoholpolitik och tillskapandet av regionala metodcentra för det förebyggande arbetet, nämns behovet av att vidga målgruppen för vård och behandling. Det bör utvecklas behandlingsmetoder av alkohol- och narkotikaproblem som kan tillämpas inom den allmänna hälso- och sjukvården, i första hand inom primärvården och företagshälsovården (Folkhälsoinstitutet 2010).

Även i internationella styrdokument inom det alkohol- och narkotikapolitiska området framhålls tidig identifikation och kort intervention som en effektiv strategi för att minska de alkohol- och drogrelaterade problemen i samhället, till exempel i EU:s alkoholstrategi från 2006, WHO:s strategi för att minska skadlig

alkoholkonsumtion från 2010 och EU:s narkotikastrategi för perioden 2005–2012 (jfr kapitel 14).

20.2 Insatser vid riskbruk av alkohol

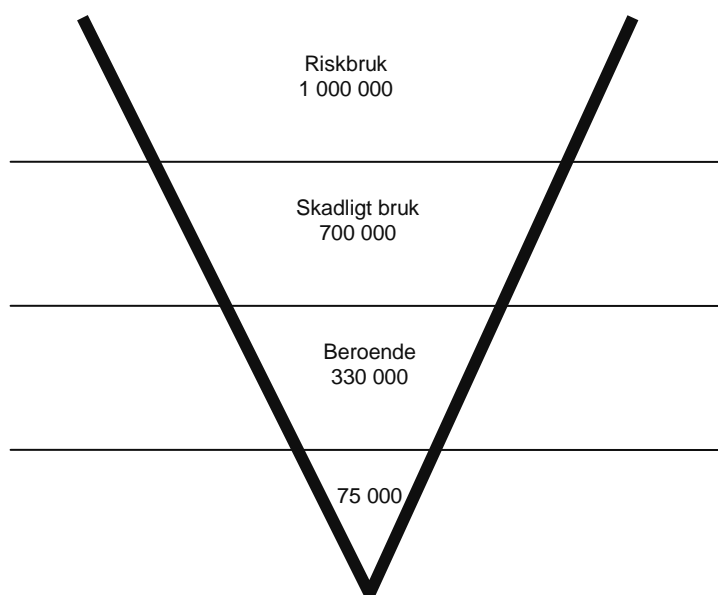
20.2.1 Alkoholproblem på olika nivåer

Det stora flertalet i den svenska befolkningen, omkring 6,5 miljoner, bedöms inte ha några alkoholproblem. Ungefär en miljon personer i Sverige, 19 procent av männen och 9 procent av kvinnorna över 18 år har en riskabel alkoholkonsumtion. Med detta menas att männen har en veckokonsumtion som överstiger 14 glas och kvinnorna 9 glas alternativt att männen dricker mer än fyra glas vid ett och samma tillfälle mer än en gång i månaden och kvinnorna mer än tre glas. De med riskabel konsumtion behöver inte uppfylla kriterierna för missbruk (skadligt bruk) eller beroende, men de löper förhöjd risk att utveckla dessa tillstånd. Hög alkoholkonsumtionen innebär också en ökad risk för ett stort antal sjukdomar, andra hälsoproblem och skador.

Uppskattningsvis hälften av personerna med riskbruk uppfyller kriterierna för missbruk eller skadligt bruk. Uppgifterna är osäkra eftersom någon nationell studie som beräknar antalet personer med skadligt bruk i Sverige inte har genomförts. Utifrån konsumtionsdata och internationella studier kan antalet personer med riskbruk eller skadligt bruk av alkohol beräknas uppgå till cirka 700 000 personer.

Antalet personer med alkoholberoende uppgår till cirka 330 000. Även när det gäller beroende är uppgifterna osäkra eftersom någon nationell studie som beräknar antalet personer med beroende i Sverige inte har genomförts. Bedömningen utgår från den skattning som utredningen låtit göra (se forskningsbilagan kapitel 3). Den är också i nivå med uppgifter från jämförbara länder.

Figur 20.1 Alkoholproblem på olika nivåer i Sverige



20.2.2 Vården når endast 1 av 5 med beroende

Utifrån uppgifter från socialtjänsten och hälso- och sjukvården bedöms omkring 75 000 personer ha varit i kontakt med kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård under det senaste året. Av de som varit i kontakt med vården bedöms cirka 70 procent vara män och 30 procent kvinnor.

Vidare kan konstateras att missbruks- och beroendevården i huvudsak når personer med sociala problem, till exempel problem med bostad eller försörjning. Socialt etablerade personer nås inte av missbruks- och beroendevården. Inte heller förefaller de i någon större utsträckning nås av den övriga hälso- och sjukvården.

Motsvarande situation återfinns i andra länder. Exempelvis bedöms i en aktuell undersökning från Storbritannien att endast 1 av 18 personer med alkoholberoende nås av behandling för sitt beroende (NHS Confederation 2010).

Detta är inte överraskande. Missbruks- eller beroendevården har i hög grad haft fokus på människor med sociala problem. I synnerhet har detta varit fallet i Sverige som ett resultat av att vården traditionellt varit organiserad med socialtjänsten som bas.

Men mönstret finns även i andra välfärdsstater. Även i de fall hälso- och sjukvården ansvarar för vården, har insatserna i huvudsak nått socialt utsatta personer.

Forskning om så kallad självläkning av alkoholproblem, det vill säga förbättrade alkoholvanor utan formell behandling, bekräftar att en endast en mindre andel av alla personer som en gång haft alkoholproblem löst dessa genom behandling. Enligt en svensk studie är det endast 6,5 procent som löst problemen genom behandling. Även bland personer som uppfyller de diagnostiska kriterierna för alkoholberoende är det mindre än 20 procent som genomgått behandling. Det är endast i gruppen med mycket uttalade beroendetillstånd, det vill säga som uppfyller minst fem av sex diagnoskriterier enligt ICD-10, som flertalet genomgått behandling (Blomqvist 2007).

I en intervjustudie av 367 socialt stabila män med alkoholproblem hade 70 procent aldrig tidigare genomgått behandling. Alkoholproblemen bedömdes vara lika omfattande i gruppen som inte fått behandling jämfört med de personer som haft någon form av öppen eller sluten vård. Förvärvsarbete och liten psykisk ohälsa minskar sannolikheten för att söka behandling (Berglund 2006).

20.2.3 Effektiv behandling

Forskningen visar att det finns flera olika effektiva insatser mot alkoholproblem. Utöver de olika behandlingar i specialiserad vård som har gott vetenskapligt stöd (Berglund 2003), finns även behandlingsprogram som kan genomföras av personal utan specialistkompetens inom beroendområdet (Sobell 1993, Andréasson 2002). Mest kostnadseffektivt är screening och kort rådgivning vid riskbruk (Babor 2007).

Det finns en omfattande forskning om effekter av screening och kort rådgivning vid alkoholproblem. Det vetenskapliga underlaget inkluderar ett 50-tal randomiserade kontrollerade studier runt om i världen samt ett antal metaanalyser och litteraturöversikter.

I en kunskapsöversikt som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomfört konstateras att få andra åtgärder inom hälso- och sjukvården är lika kostnadseffektiva med avseende på vunna levnadsår och minskad sjuklighet. Studier visar att av tio personer med riskbruk som uppmärksammas på samband mellan hälsan och alkoholvanorna, och som ges råd och motiveras till att

minska, kommer en att upphöra eller minska till en riskfri nivå. Det är att betrakta som mycket verksamt (SBU 2001).

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården rekommenderas att i första hand primärvården, företagshälsövården, akutmottagningarna och psykiatrin borde arbeta med tidig upptäckt och kort rådgivning (Socialstyrelsen 2007).

Forskningen inom området har i första hand genomförts inom hälso- och sjukvården. Men det finns goda skäl att anta att tidig upptäckt och kort intervention även är effektivt inom det sociala arbetet. Det finns också goda skäl att anta att tidig upptäckt och kort intervention även är effektivt när det gäller andra droger.

Internationell policyforskning visar att screening och kort rådgivning tillsammans med alkoholbeskattning och detaljhandelsmonopol utgör de mest effektiva strategierna för att reducera alkoholproblemen (Rehm 2008, Babor 2010).

20.2.4 Screening som metod

Med screening avses i Socialstyrelsens termbank ”systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa”. När det gäller personer med riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion är det visat att den ”kliniska blicken” inte är tillräcklig, varför screening är nödvändig för ett effektivt arbete.

Riskabel alkoholkonsumtion kan identifieras med laboratoriemetoder, frågeformulär och intervjufrågor.

De biologiska markörernas effektivitet varierar beroende på hur omfattande konsumtionen är. Laboratorieproverna ger säkrare utslag vid högre konsumtionsnivåer. Generellt har laboratorieprover ett begränsat värde i samband med screening. Förhöjda värden kan ha många orsaker och en hög alkoholkonsumtion ger inte nödvändigtvis utslag i patologiska provsvar. Däremot kan laborativärden vara av vikt i behandlingsarbetet, inte minst i återkopplingen till patienten.

Alcohol Use Disorder Identification (AUDIT) är ett vanligt screeningsinstrument utvecklat av WHO som också rekommenderas för tidig identifikation i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Babor et al. 1992, Saunders et al. 1992, Socialstyrelsen 2007). Formuläret består av tio frågor med tre till fem svarsalternativ. Formuläret har en maxpoäng på 40 och de

skärningspunkter som används som en indikation för en riskabel alkoholkonsumtion är sex poäng eller fler för kvinnor och åtta poäng eller fler för män (Babor et al. 2001, Bergman och Källmén 2000). De tre första frågorna, som belyser alkoholmönster och mängd, kan med fördel användas separat (Gual et al. 2002). Det förekommer också att endast fråga tre om berusning används för screening eftersom den har en hög känslighet för förekomst av riskbruk.

Det finns även ett annat vanligt förekommande frågeformulär med fyra frågor benämnt Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE) (Ewing 1984). Det identifierar dock i högre utsträckning tyngre problematik.

Att utföra generell screening oavsett kontakthanledning, till exempel i primärvården, reser ett antal frågor, bland annat om etik, om hur relationen till patienten påverkas och om tid tas från andra viktigare arbetsuppgifter (Hedberg et al. 2009, Wåhlin 2009, Sigurdsson et al. 2004, Beich et al. 2003). Intervjufrågor varierar i effektivitet, beroende på i vilket sammanhang frågorna ställs, och med vilken grad av förtroende som har etablerats mellan patienten och frågeställaren.

Patienterna själva är överlag positiva till att bli tillfrågade om sina levnadsvanor (Andréasson och Grafman 2002). Enligt SKL:s Vårdbarometer med ett underlag på drygt 44 000 telefonintervjuer uppger 90 procent att de ställer sig positiva till att vården tar upp livsstilsfrågor, men endast 30 procent av dem som besökt vården hade fått sådana frågor (avser vården i dess helhet). Fyra av tio av dem som fått råd uppgav att de hade förändrat sin livsstil (www.vardbarometern.nu).

Levnadsvanor bör vara naturliga att ta upp med patienter som till exempel har diffusa problem, en hög vårdkonsumtion och långvarig sjukskrivning. Vårdprogram och rutiner för när och på vilket sätt screening ska göras är viktiga för att arbetsmetoden ska fungera i praktiken.

Den screening som genomförs inom primärvården i dag är situationsanpassad, det vill säga att den sker när alkoholvanorna orsakar besöket. Detta innebär en betydande begränsning av den potential som finns för sekundärprevention inom primärvården.

20.2.5 Kort rådgivning

Identifikation bör alltid följas upp med intervention. Kort rådgivning är en samtalsmetodik som visat sig både verksam och kostnadseffektiv vid riskbruk eller skadlig alkoholkonsumtion (Chisholm et al. 2004). Det område som särskilt studerats är primärvården (Kaner et al. 2007, Bertholet et al. 2005). Kunskapsunderlaget om metodens effektivitet är mer begränsad inom andra vårdområden, exempelvis akutsjukvård, socialtjänst och kriminalvård (Nilsen et al. 2008).

Kort rådgivning är en patientcentrerad, icke-konfrontativ metod för att motivera och stärka en persons förmåga till förändring. Med ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt informeras patienten om kopplingen mellan alkoholvanor och aktuell kontakthantering, tillfrågas om sina funderingar utifrån det, och stötts till en förändring (Wählin, 2009). Målet är normalt att minska konsumtionen, inte avhållsamhet. Metodiken Feed-back, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy (FRAMES) kan användas för att strukturera samtalet. För att genomföra samtalen krävs grundläggande kunskap om alkohol och dess hälsoeffekter. Detta för att kunna svara på patientens frågor, men det behövs inte specialistkompetens inom beroendområdet (Andréasson et al. 2002).

I normalfallet behöver kort rådgivning inte ta lång tid. Några minuter kan vara tillräckligt i många fall. Ibland handlar det om några samtal, men om en patient behöver mer omfattande insatser bör det också finnas möjlighet till det. I detta sammanhang utgör motiverande samtal, med dess strategier för att utveckla ambivalens och stärka den egna motivationen, en fungerande samtalsmetod (Miller & Rollnick 2002). På www.somra.se, Samtal om riskbruk av alkohol, illustreras och lärs det ut hur metodiken kan användas i samtal om riskbruk. De motiverande samtalen kan också leda till att personen i fråga går vidare till behandling utifrån individuella behov.

Hälsoekonomisk forskning talar för att screening och kort rådgivning inom alkoholområdet är mycket kostnadseffektivt. Kanske är det den enskilt mest kostnadseffektiva åtgärd som förekommer inom det förebyggande området.

Det senare är slutsatsen från en systematisk litteraturöversikt som jämför 25 förebyggande åtgärder inom sjukvården. Kostnaden per vunnet livskvalitetsjusterat levnadsår (QALY) beräknades för

screening och kort rådgivning för alkoholproblem till \$1755, vilket är en mycket låg kostnad, och bland de lägsta bland de studerade åtgärderna (Solberg 2008).

I en fyraårsuppföljning av en randomiserad studie av kort rådgivning inom primärvård i USA, beräknades kostnaden för att genomföra det förebyggande programmet (sjukvårdens kostnader plus patientkostnaderna) till \$205 per patient. Besparingarna i sjukvården per patient i interventionsgruppen uppgick till \$712. De totala besparingarna uppgick till \$7985 per patient. För sjukvårdens del resulterade en investering på \$10 000 i denna form av alkoholprevention i en reduktion av den framtida sjukvårdskostnader med \$43 000. Räknas övriga samhällsekonomiska effekter in uppgår den totala samhällsekonomiska besparingen på investeringen till \$390 000 (Fleming 2002).

I en australiensisk studie beräknas kostnaderna och hälsovinsterna för ett program för kort rådgivning i primärvård tillämpade på det australiensiska Drink less programmet. Kostnaden för screening och rådgivning uppgick till mellan \$19,14 och \$21,50. Marginalkostnaden per vunnet levnadsår var \$1873 (Wutzke 2001).

I en holländsk primärvårdsstudie beräknades kostnaderna för screening och kort rådgivning per vunnen QALY till €5400 (Tariq 2009). Den högre kostnaden jämfört med andra studier beror på att effekten av interventionen var lika stor.

20.2.6 Från kort rådgivning till behandling

Det finns skäl för att samordna de förebyggande och behandlande insatserna inom detta område. I verkligheten finns det ofta ingen skarp gräns mellan riskbruk, skadligt bruk och beroende. Behandling för beroende kan i många fall förläggas till primärvården och företagshälsovården.

Vid systematisk screening för alkoholproblem kommer det inte bara att identifieras personer med riskbruk, utan även personer med beroende. Det är då naturligtvis en fördel att kunna erbjuda behandling inom samma mottagning.

Det finns en risk att en del patienter förloras vid remittering till specialiserad vård för behandling. För personen med beroende kan det vara mindre hotfullt att diskutera alkoholproblem med läkare, sjuksköterskor och kuratorer inom primärvården eller företagshälsovården. Det finns inom primärvården och företagshälsovården

också bättre förutsättningar att sätta in individens alkoholproblem i en bredare kontext av hälsa, familj och samhälle. Å andra sidan är det uppenbart svårare att bygga upp samma behandlingskompetens inom primärvården och företagshälsovården för handläggning av mer komplicerade beroendetillstånd. Detta förhållande är inte unikt för alkoholproblem, utan återfinns mer eller mindre inom alla specialitetsområden.

I de fall identifikation och intervention görs inom verksamheter utan tillgång till behandlingsresurser måste samarbetet utvecklas, så att överföringen till den lämpliga behandlande enheten sker utan att patienten tappas bort på vägen. Dessa samarbetsformer kan regleras genom lokala avtal.

20.3 Arenor för tidig upptäckt och kort intervention

20.3.1 Primärvård

Primärvården är den kanske viktigaste arenan för att tidigt identifiera och intervensera vid riskabel konsumtion. Omkring 40 procent av den vuxna befolkningen träffar sin husläkare varje år. Under en period om två eller tre år besöker 70–80 procent av befolkningen sin läkare. Flera vanliga anledningar till att söka vård är överrepresenterade bland personer med riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion, till exempel mag- och tarmbesvär, hypertoni, depression eller ångest, sömnproblem, diabetes, värkproblematik och olycksfall. I en studie inom primärvården i Västerbotten hade var tredje patient symtom på depression eller ångest eller riskbruk av alkohol (Nordström och Bodlund 2008).

Att systematiskt ta upp alkoholvanorna vid besök inom primärvården är viktigt för att förhindra utvecklingen av hälsomässiga eller sociala skador. I riskbruksprojektets utvärdering uppgav närmare 60 procent av allmän- och ST-läkarna att de alltid eller ofta diskuterar alkoholfrågor med sina patienter. Andra levnadsvanor som rökning, fysisk aktivitet, övervikt och stress diskuteras i högre utsträckning (Folkhälsoinstitutet 2009).

Distriktsköterskor träffar ett stort antal patienter i olika sammanhang. Hälsoundersökningar, uppföljning av diabetes och blodtryck, omläggning av sårskador är exempel på situationer när det kan vara lämpligt att fråga om alkoholvanor. Distriktsköterskorna var den grupp som under den treårsperiod som

utvärderades inom riskbruksprojektet hade störst ökning av andelen som alltid eller ofta diskuterar alkoholfrågor, från 28 procent till 51 procent (Folkhälsoinstitutet 2009).

Inom primärvården finns ytterligare yrkesgrupper som har goda möjligheter att tidigt identifiera och intervensera vid riskabel konsumtion, bland annat sjukgymnaster, dietister, kuratorer och psykologer.

Tydliga strukturer och rutiner formulerade i vårdprogram kan underlätta det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Ersättningssystemen anses enligt Sveriges läkarförbunds vårdvals-enkät inte premiera förebyggande arbete (www.lakarforbundet.se).

20.3.2 Mödra- och barnhälsovården

Mödrahälsovården (MVC) i Sverige har en närmast hundra-procentig täckning av gravida och barnmorskorna har länge haft till uppgift att ta upp frågan om alkohol. Samtalen har metodutvecklats inom ramen för riskbruksprojektet genom faktautbildning och en tydlig struktur, där samtalet utgår från alkoholvanor året innan graviditeten. En särskild guide för samtal om alkohol har tagits fram (www.fhi.se).

Barnmorskor finns även vid ungdomsmottagningar. I kontakter med unga kvinnor finns goda möjligheter att ta upp alkohol- och drogvänor. Många dricker som mest i yngre åldrar och det finns tydliga samband mellan alkohol och sexuell aktivitet. I en vänt-rumsstudie i Västerbotten hade två av tre unga kvinnor vid ungdomsmottagningarna en riskabel alkoholkonsumtion enligt AUDIT. Det fanns ett tydligt samband mellan berusning och könssjukdomar. Av dem med riskbruk uppgav 26 procent att de önskade minska sin konsumtion (Västerbottens läns landsting 2007).

Barnhälsovården (BVC) möter småbarnsföräldrar och arbetet bedrivs ur barnens perspektiv. Även om det förekommer att AUDIT används inom BVC är det primära inte att identifiera riskbruk hos föräldrar. Samtal om föräldrarnas alkoholvanor tas i första hand upp till diskussion ur barnets perspektiv. Material för föräldragrupper ”Tänk på i vilket sällskap du berusar dej” har tagits fram av Folkhälsoinstitutet för detta ändamål (www.fhi.se).

Svårigheten kan vara att nå de föräldrar som behöver detta bäst. Familjecentraler, med MVC, BVC och socialtjänst samlade under samma tak har här en fördel.

20.3.3 Elevhälsan och studenthälsan

Elevhälsan har en särskild möjlighet att i samtal med varje elev arbeta med levnadsvanor i en hälsofrämjande anda. Enligt skollagen ska elever erbjudas minst tre hälsobesök i grundskolan och minst ett besök i gymnasieskolan hos elevhälsan. Förutom att hitta oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälsoproblem, bör också tobak-, alkohol- och drogvanor uppmärksammas. Det finns en tydlig samvariation mellan hög alkoholkonsumtion och skolk (CAN 2009).

Det är vanligt att utgå från elevhälsoenkäter och arbete pågår vid Folkhälsoinstitutet att utveckla en gemensam nationell elevhälsoenkät. Folkhälsoinstitutet har också ett pågående regeringsuppdrag att intensifiera arbetet med att aktivt sprida metoder som i grund- och gymnasieskolan kan förebygga och reducera elevers bruk av alkohol, narkotika, dopningspreparat och tobak. Arbetet sker i samarbete med Skolverket, Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Brottsförebyggande rådet och andra aktörer och genomförs i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (www.fhi.se).

Möjligheten att avkräva elever urinprov vid misstanke om droganvändning är föremål för diskussion. Skolinspektionen anser att det inte finns något lagstöd för att genomföra påtvingade urinprovstagningar i den kommunala grund- eller gymnasieskolan. Men om det finns misstanke om att en elev missbrukar narkotika, ska föräldrar informeras och skolan ska skyndsamt utreda elevens behov av stöd i samarbete med expertis inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (www.skolinspektionen.se).

Polisen har dock möjlighet att kräva urinprov i samband med misstänkt narkotikabrott, vilket också används som en möjlighet att fånga upp ungdomar tidigt. I Stockholm har till exempel MUMIN blivit en reguljär verksamhet som i korthet innebär att ungdomar erbjuds vård vid Maria ungdom för sitt missbruk, i direkt anslutning till polisens ingripande. Liknande verksamheter finns också på andra håll i landet.

Studenthälsan möter en av de grupper i befolkningen som konsumerar mest alkohol och droger. Staten har enligt högskole-

förordningen (1993:100) genom högskolorna ett ansvar för att tillhandahålla studenthälsovård. Detta ansvar gäller särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenters fysiska och psykiska hälsa.

20.3.4 Företagshälsovården

Alkohol har en negativ inverkan på såväl den enskildes hälsa, arbetsmiljön som produktionen. Det finns goda skäl att i arbetslivet implementera metoder för att tidigt identifiera och intervensera vid missbruk (Hermansson 2005). För samhället kan tidiga insatser mot alkoholproblem på arbetsplatserna ha en positiv inverkan på det allmänna hälsoläget liksom sjukvårdskonsumtionen. För arbetsplatsen är motiven att riskabel alkoholkonsumtion ökar risken för ohälsa och frånvaro bland medarbetare, olyckor och arbetsrelaterade skador samt har en negativ effekt på arbetsmiljön i stort.

Arbetsplatsen är en arena där merparten av den vuxna befolkningen kan nås. Samtidigt finns det data som tyder på att förvärvsarbete minskar en persons benägenhet att söka behandling inom den traditionella vården. Detta förstärker motivet att mer aktivt nyttja arbetsplatsen som en arena för behandling.

Studier genomförda på svenska arbetsplatser har visat att det är möjligt att i samband med livsstilsundersökningar erbjuda anställda just alkoholscreening med rådgivning. Få anställda upplever metoden som inkräktande om den genomförs av företagshälsovården.

Riskbruksprojektets modell för screening och kort rådgivning inom företagshälsovården är enkel. Anställda erbjuds i samband med en livsstilsundersökning att kartlägga sina alkoholvanor, till exempel AUDIT och blodprov såsom CDT. Kort rådgivning erbjuds dem som har en riskabel alkoholkonsumtion. Rådgivningen behöver inte vara särskilt omfattande. Viktigt är dock att den genomförs på ett icke-konfronterande sätt. Den kliniska erfarenheten av modellen är att den leder till att företagshälsovården och arbetslivet gemensamt upptäcker medarbetare med mer omfattande alkoholproblem.

Arbetet med riskbruk är jämförelsevis väl utvecklat inom företagshälsovården och det har förbättrats. År 2005 rapporterade 34 procent av företagsläkarna och 45 procent av företagssköterskorna att de hade använt AUDIT under det senaste året. År

2008 hade andelarna ökat till 72 procent av företagsläkarna och 82 procent av företagssköterskorna (Folkhälsoinstitutet 2008).

Arbetsplatser med få anställda, företrädesvis privata företag, är inte alltid anslutna till någon företagshälsovård varför särskilda metoder behöver utvecklas för arbetstagare hos dessa arbetsgivare, till exempel genom webbaserade lösningar med såväl screening som rådgivning via nätet.

20.3.5 Den psykiatriska vården

Personer med psykisk sjukdom löper dubbelt så stor risk att utveckla ett skadligt bruk eller beroende som befolkningen i stort (Regier et al. 1990, Grant et al. 2004). Liknande samband finns även för missbruk eller beroende av narkotika.

Alkohol eller droger kan användas som ett medel för att hantera svåra livssituationer, för att kunna sova, för att stå ut med psykiska symtom, för att våga vara bland folk och liknande situationer. Ängest, depression och andra tillstånd kan också utlösas och förstärkas av alkohol- och droganvändningen. När alkoholproblem eller andra drogproblem och psykiatrisk problematik förekommer samtidigt säger befintlig kunskap att tillstånden ska behandlas samtidigt.

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården betonas att om socialtjänsten misstänker att en person med missbruk eller beroende har en samtidig psykisk störning, eller somatisk sjukdom, ska kontakt omedelbart tas med hälso- och sjukvården för bedömning. Samarbetet mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst måste vara smidigt för att patienten ska få samordnat och adekvat stöd.

Studier indikerar att cirka var fjärde patient som söker psykiatrisk öppenvård har ett samtidigt riskbruk av alkohol. Andelen är högre i de yngre åldersgrupperna, särskilt bland kvinnor. Drygt varannan ung kvinna har riskabla eller skadliga alkoholvanor. Unga kvinnor är också en grupp som söker psykiatrisk vård oftare än andra. Omvänt uppger drygt hälften av de med riskbruk i en primärvårdspopulation symtom på samtidig ångest eller depression (Västerbottens läns landsting 2005, 2006).

Det är dock inte alltid som riskabla alkoholvanor uppmärksammas inom den psykiatriska vården, även om det finns positiva resultat av kort rådgivning. I en studie från Lund och Uppsala

randomiserades patienter inom den psykiatriska öppenvården, som hade ett riskbruk enligt AUDIT, till två grupper. I den grupp som fick återkoppling med råd och ett samtal i motiverande anda hade nästan hälften reducerat sin konsumtion till låg risk efter sex månader, jämfört med cirka 30 procent av kontrollgruppen (Eberhard et al. 2009). Patienter med samsjuklighet, vilka fått ett motiverande samtal alternativt information, hade i en femårsuppföljning ett minskat vårdbehov mätt i antal vårddagar och antal vårdtillfällen jämfört med en kontrollgrupp (Hulse och Tait 2003). Korta interventioner har således god effekt, men det kan konstateras att möjligheten inte utnyttjas i den utsträckning som det är befogat.

Den psykiatriska vården har inte varit en prioriterad arena för riskbruksprojektet, men det finns lokala initiativ. Även inom detta område finns ett behov av kunskap, metodik och rutiner för att öka uppmärksamheten på eventuell alkohol- eller drogproblematik. Detta gäller också i hög grad barn- och ungdomspsykiatrin.

20.3.6 Akutsjukvården

Alkohol och särskilt berusningsdrickande kan ge upphov till olika former av traumatiska skador, vilka leder till behov av akutsjukvård. Fallolyckor, trafikolyckor, skador till följd av våld, alkoholförgiftning, överdoser, självmordsförsök är några tillstånd som föranleder besök i akutsjukvården.

I en genomgång av amerikanska studier fann forskarna att närmare var tredje patient som behandlats inom akutsjukvården och hälften av de med svåra skador i behov av intensiv- eller sjukhusvård screenade positivt för alkoholproblem (D'Onofrio och Degutis 2002). I jämförelse med primärvården hade patienterna inom akutsjukvården upp till tre gånger oftare erfarenhet av ett tyngre missbruk och fler negativa konsekvenser av bruket (Cherpitel 1999). Alkoholanamnes och kort rådgivning vid kontakt med akutmottagning har visat på positiva resultat (Monti et al. 1999).

20.3.7 Övrig sjukvård

Andra sjukhuskliniker har också möjlighet att utifrån patientens symtom eller sjukdomsbild ta upp alkoholvanorna med patienterna. Ortopedi, kardiologi, infektion, kvinnokliniken och mottagningen för sexuellt överförbara sjukdomar är mottagningar med en högre andel patienter med riskbruk enligt en enkätstudie i väntrummen vid sjukhusen i Västerbotten (Västerbottens läns landsting 2008).

20.3.8 Självhjälp och Internet

Forskningen visar att personer med låg eller måttlig grad av alkoholberoende har större nytta av självhjälpmanualer, än av terapeutledd behandling. Detta är känt sedan länge. Fem studier från 1980- och 1990-talet belägger detta (Miller 1980, 1981, Sanchez-Craig 1989, Harris 1990, Sanchez-Craig 1991).

Självhjälp kan ske via Internet. Det har också gjorts försök under senare år i Sverige. Mest känt är Alkoholhjälp (www.alkoholhjalpen.se) som är uppbyggd på kognitivt beteendeterapeutiska principer och har ett motiverande förhållningssätt. Under 2008 besöktes sidan av sammanlagt cirka 30 000 personer och 2009 av cirka 85 000 personer. På hemsidan är det delen "Hjälp dig själv" som är mest populär. Därefter kommer informationsfilmerna "Motivera dig", avsnitten till anhöriga samt de som riktar sig till kompisar. Detta kan förklaras av att marknadsföringen av sidan främst varit riktad till personer som vill ändra sin egen konsumtion.

Utvärderingen av Alkoholprofilen (www.alkoholprofilen.se), som är ett självtestprogram som lanserades av Alkoholkommittén och som nu drivs av Systembolaget, visade att den grupp som mer än andra gick in och testade sina alkoholvanor var personer med hög konsumtion i åldersgruppen 18 till 25 år.

Alkohollinjen öppnade i januari 2007 och drivs av Stockholms läns landsting. År 2009 mottogs 3 315 samtal, varav majoriteten hade eget behov av stöd. Av de som ringde var 42 procent kvinnor. Var tredje telefonsamtal var från en anhörig, företrädesvis kvinnor. Sammantaget inkom närmare 6 000 samtal, men begränsade öppettider och personalbrist medförde att alla inte kunde besvaras. Att problematiken var påtaglig bland de klienter som ringde återspeglas

i höga AUDIT-poäng. Medelvärde för männen var 23 och för kvinnor 22 poäng.

Självhjälpsprogram på nätet och hjälplinjer måste marknadsföras, även om det är väl känt att målgruppen är mycket intresserad av information.

20.3.9 Alkohol i trafiken

Trafiksäkerhetsarbetet bedrivs långsiktigt mot en nollvision om antalet dödade i trafiken. Ett led i detta arbete är att genomföra ett stort antal utandningsprov för att stävja rattfylleriet. Statistik från åren 1997–2006 visar på en relativt konstant andel på 15 procent av alkoholpåverkade motorfordonsförare inblandade i dödsolyckor (Vägverket 2008). Rattfylleri är i sig ett riskabelt alkoholbruk.

Projektet *Nationell samverkan mot alkohol och droger i trafiken* bedrivs enligt den så kallade Skellefteåmodellen, och syftar till att minska återfall i rattfylleri genom att i direkt anslutning till polisens ingripande erbjuda kontakt med kommunens socialtjänst eller landstingets hälso- och sjukvård. Av den utvärdering som genomförts framgår att cirka 20 procent av de tillfrågade accepterade erbjudandet om kontakt och cirka 40 procent av dessa genomgick efterföljande samtalsbehandling. Rutinerna kring drograttfylleri för narkotika- och tabletpåverkade personer bedöms dock kunna förbättras för att få genomslag i landet (Statens väg- och transportforskningsinstitut 2009).

20.3.10 Barn och ungdomar

Kartläggningar indikerar att vart femte barn lever i en familj där minst en förälder har ett riskbruk av alkohol. Det motsvarar cirka 380 000 barn. Omkring 25 000 barn i Sverige har en förälder som vårdats i slutenvård med en alkohol- eller narkotikadiagnos (Folkhälsoinstitutet 2008).

Att tidigt uppmärksamma de barn som växer upp i familjer med missbruk är av vikt då dessa barn, förutom den otrygghet och utsatthet det innebär, i sin tur också löper en ökad risk för att utveckla psykiska besvär eller beroendeproblematik. Riskbruk hos vårdnadshavare utgör även det en riskfaktor för negativa hälso-

effekter hos barnen, särskilt om det finns samtidiga mindre gynnsamma förhållanden i familjen.

Förskola och skola möter både barnen och föräldrarna och bör uppmärksamma om alkohol- eller drogproblematik förekommer i familjen. För att personal ska agera korrekt till stöd för barnet behövs bland annat tydliga och kända rutiner för kontakter med socialtjänst och anmälan om barn som far illa.

20.4 Insatser vid narkotikabruk

20.4.1 Narkotikamissbrukets utbredning

I juridisk mening är allt narkotikabruk ett missbruk, men i medicinsk mening uppfyller de flesta som använder narkotika inte kriterierna för skadligt bruk eller beroende. Detta innebär att det stora flertalet narkotikabrukare inte har något behandlingsbehov. Däremot innebär narkotikabruk per definition ett riskbruk, om inte annat finns en risk för juridiska konsekvenser. Därtill medför narkotikamissbruk en rad sociala och medicinska konsekvenser.

En aktuell befolkningsstudie visar att omkring 23 procent av männen och 12 procent av kvinnorna i befolkningen har använt narkotika någon gång i sitt liv. Detta motsvarar cirka 600 000 män och 300 000 kvinnor i åldrarna 15 till 64 år. De regelbundna användarna är mycket färre. Omkring 2 procent av männen och 1 procent av kvinnorna har använt narkotika de senaste 30 dagarna. Detta motsvarar cirka 53 000 män och 24 000 kvinnor. Antalet tunga (problematiska) narkotikamissbrukare har i en registerstudie skattas till 29 500 personer (Folkhälsoinstitutet 2010).

Narkotikabruk är vanligare i psykosocialt utsatta grupper. Sambanden går ofta, men inte alltid, i förväntad riktning, med ökande narkotikabruk vid ökande psykosocial problematik. Således ses mer narkotikabruk bland arbetslösa personer eller personer med ekonomiska problem, bland bostadslösa, bland personer med svaga sociala nätverk och med psykisk ohälsa. Däremot ses inga klara samband mellan utbildningsnivå eller inkomster och narkotikabruk. Narkotikabruk är vanligare i storstadsområden än i övriga landet. Sammantaget framstår narkotikabruket som diffust utspritt i befolkningen.

20.4.2 Screening för narkotikabruk

Många personer med narkotikabruk har inte någon kontakt med hälso- och sjukvården eller kriminalvården. Av den ovan nämnda befolkningsundersökningen framgår att endast 22 procent av männen och 14 procent av kvinnorna någon gång haft kontakt med hälso- och sjukvården samt 24 procent av männen och 9 procent av kvinnorna någon gång hade haft kontakt med polisen på grund av narkotikabruket.

För att nå riskbrukarna av narkotika kan screening och kort rådgivning bedrivas. Det kan framstå som utopiskt mot bakgrunden av svårigheterna att genomföra screening för alkoholproblem i Sverige.

Dock finns det positiva exempel. I Kanada inkluderades narkotikafrågor i ett datorstött livsstilstest för primärvården. Inga negativa reaktioner från patienter rapporterades (Skinner 1985).

Detta inspirerade STAD-projektet i Stockholm att översätta det kanadensiska testet till svenska 1996. Testet har sedan dess använts brett på många vårdcentraler i Sverige. I samarbete med Apoteksbolaget lades det också in på apotekens kunddatorer. Någon utvärdering av dessa initiativ har inte kommit till stånd, även om data har insamlats på flera håll. Dock noterades vid en granskning av apotekets databas 2002 att på ett år hade flera tusen personer beskrivit att de använt narkotika. Ingen av dessa rapporterade kritiska synpunkter trots att programmet gav möjlighet till detta.

Inom STAD-projektet utbildas också personal inom primärvården i narkotikafrågor i syfte att främja screening och kort rådgivning. Detta ledde till att fler frågor ställdes om narkotika, men däremot förmedlades inte så mycket rådgivning. Istället ökade hänvisningarna till de lokala beroendemottagningarna.

Senare har frågeformuläret Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) utvecklats, vilket enligt preliminära utvärderingar fungerar bra som screeningsinstrument. DUDIT motsvarar i princip AUDIT och kan alltså användas i brett i olika vårdssituationer, till exempel på vårdcentraler, socialkontor och häkten.

Det är sannolikt möjligt att ställa frågor om narkotika inom primärvården, åtminstone om detta görs på ett respektfullt sätt. Även inom andra organisationer, till exempel inom socialtjänsten, bör det gå att ställa frågor om narkotika av screeningskaraktär, men systematiska studier saknas. Socialtjänstens uppsökande arbete bland ungdomar kan lämpligen omfatta detta.

20.4.3 Motivationsinsatser för dem som identifieras

De personer med narkotikamissbruk som grips av polisen för innehav eller försäljning eller de som identifieras genom drogtester i trafiken eller i arbetslivet utgör en liten andel av alla brukare. Goda erfarenheter finns av att hänvisa dessa personer till rådgivande samtal. Detta gäller särskilt de personer som blir gripna eller identifierade för första gången. Det finns här en parallell till personer med hög konsumtion av alkohol som söker vård på akutmottagning till följd av en alkoholrelaterad skada. Forskning visar att dessa är mer benägna att ta till sig rådgivning.

Den första uppgiften för de yrkesverksamma i vården som tar emot dessa personer är att bedöma graden av beroende och motivation till förändring. Många av dessa personer har varken beroende eller skadligt bruk. Många saknar också motivation till förändring. Men det faktum att deras narkotikabruk medfört konsekvenser av juridiskt eller arbetsrättsligt slag kan vara motive-rande. I dessa situationer kan det vara lämpligt med samtal för att personen ska reflektera över narkotikabruket och dess upplevda fördelar och nackdelar. Samtalet bör kombineras med saklig information om effekter och risker med narkotikabruk. För att samtal ska vara meningsfulla måste en förtroendefull kontakt etableras mellan de yrkesverksamma och den vårdsökande.

20.4.4 Att göra narkotikabehandling attraktiv

Många personer som utvecklat narkotikaberoende vill bli fria från detta, men många undviker att söka vård och behandling. Vård-behovet varierar med drog. Fler klarar att leva med ett cannabis-beroende än med ett heroinberoende. Övriga droger faller någon-stans däremellan. Personer med narkotikamissbruk är till övervägande del amfetamin- eller heroinberoende. Men även bland dessa undviker många i det längsta kontakt med vården.

För att göra vården mer attraktiv kan det finnas skäl att pröva okonventionella grepp, till exempel Internet, självhjälp och telefon-hjälplinjer. Kanske kan det också vara lämpligt med mer problem-lösning och coachning och mindre traditionell behandling.

20.5 Sammanfattning och slutsatser

20.5.1 Lagstiftning, riktlinjer och politiska styrdokument

Både kommunen och landstinget har enligt SoL och HSL ett lagreglerat ansvar för att arbeta med förebyggande insatser. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården beskrivs tidig upptäckt och kort rådgivning som en effektiv åtgärd. Även inom de nationella och internationella styrdokumenterna inom det alkohol- och narkotikapolitiska området lyfts tidig identifikation och intervention fram.

Samtidigt visar olika uppföljningar av program och utvärderingar av vårdverksamheter att tidig upptäckt och intervention vid alkohol- och narkotikaproblem inte sker i den omfattning som är önskvärd.

20.5.2 Kostnadseffektiv insats

Forskningen visar att det finns flera effektiva insatser mot alkohol- och narkotikaproblem. Tidig upptäckt och kort rådgivning har dokumenterad effekt vid riskbruk av alkohol i primärvård, akutvård och psykiatrisk vård. I jämförelse med andra insatser framstår tidig upptäckt och kort intervention som en mycket kostnadseffektiv insats. Till en liten kostnad kan betydande hälsomässiga vinster göras.

Det finns goda skäl att anta att tidig identifikation och intervention med framgång kan bedrivas även inom andra verksamheter, till exempel inom socialtjänsten, mödra- och barnhälsovården, elevhälsan, studenthälsan samt företagshälsovården. Det finns också goda skäl att anta att arbetet med tidig identifikation och intervention även är effektivt vid missbruk av narkotika.

20.5.3 Vården når en mindre del av målgruppen

Ungefär en miljon personer i Sverige har en riskabel konsumtion av alkohol. Antalet med missbruk (skadligt bruk) eller beroende av alkohol har skattats till 700 000 respektive 330 000 personer. Cirka 75 000 personer har kontakt med kommunernas och landstingens missbruks- eller beroendevård.

Det finns enligt den aktuella skattningen 77 000 regelbundna användare av narkotika och 29 500 tunga (problematiska) missbrukare. Det finns en stor grupp personer med regelbundet bruk av narkotika som inte söker hjälp inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller kriminalvården.

Det är i huvudsak personer med beroende i kombination med sociala problem och mer komplexa vårdbehov som i dag nås av vården. Däremot når inte vården den stora gruppen socialt etablerade personer. Merparten av problemen och kostnaderna uppkommer i den grupp som inte har de svåraste beroendetillstånden. Detta talar för att bredda basen för behandling av missbruk och beroende.

För att vården ska nå och uppfattas som attraktiv av fler personer med riskabel alkohol- eller drogkonsumtion behöver arbetet med tidig identifikation och identifikation systematiseras och utvecklas.

Systematisk screening för riskbruk resulterar också i att ett antal personer med allvarigare missbruks- och beroendeproblem identifieras. Dessa personer måste erbjudas mer avancerad behandling. Detta kan endera ske inom ramen för den screenande verksamheten eller genom hänvisning till andra behandlingsverksamheter. Hänvisning förutsätter fungerande samverkan mellan den screenande och behandlande verksamheten.

Det finns också ett behov av att bättre anpassa behandlingsinsatserna till problemens omfattning. För personer med måttliga missbruksproblem är kort rådgivning ofta en tillräcklig och kostnadseffektiv insats. Många i denna grupp har också större nytta av självhjälpmanualer och Internetbaserade program än av traditionell terapeutledd behandling. Många personer med beroende finns i åldersgruppen 18 till 30 år. För denna åldersgrupp är vården särskilt illa rustad.

21 Vård och behandling

21.1 Behandling

Med behandling inom missbruks- och beroendevården avses systematiska och teoretiskt grundade metoder som används för att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk eller beroende, eller minska de negativa konsekvenserna av ett fortgående missbruk. Annorlunda uttryckt innebär det att en metod ska vara systematisk och teoretiskt grundad för att vara evidensbaserad.

För att en insats ska klassificeras som behandling ska närmare bestämt fyra kriterier uppfyllas: (i) metoden ska ha stöd i forskning (evidenskriteriet), (ii) avsikten ska vara att hjälpa individen att komma från missbruk eller beroende och inte återfalla (intentionskriteriet), (iii) utövare av behandlingen ska ha lämplig kompetens (kompetenskriteriet), samt (iv) praktiken ska utövas i en verksamhet som är anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter (kontextkriteriet).

Behandlingsinsatserna kan delas in i kategorierna medicinsk behandling, med eller utan läkemedelsbehandling, och psykosocial behandling. Grundkravet är att den generella behandlingsdefinitionens fyra kriterier är uppfyllda. Medicinsk behandling kan handla om psykiatriska insatser för personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom eller insatser för behandla kroppslig samsjuklighet till exempel hormonella reaktioner vid missbruk av dopningsmedel eller problematik med hjärta och kärl vid alkohol- eller narkotikamissbruk. Denna medicinska behandling behöver inte vara annorlunda än behandling för andra patienter med dessa psykiska eller somatiska tillstånd, men som inte har missbruksproblem. Däremot finns specifik läkemedelsbehandling för vissa beroendetillstånd. Nedan presenteras specifik läkemedelsbehandling samt psykosocial behandling som har vetenskapligt dokumenterad effekt för olika beroendetillstånd.

21.1.1 Läkemedelsbehandling

Med läkemedelsbehandling avses farmakologisk behandling som syftar till att underlätta abstinensfasen och minska risken för återfall i olämplig användning av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel och andra liknande medel. För behandling av alkoholberoende och opiatberoende finns specifika läkemedel. I övrigt används läkemedel i första hand för symtomatisk behandling.

21.1.2 Psykosocial behandling

Med psykosocial behandling avses kommunikationsbaserade behandlingsinsatser som riktar in sig gentemot den enskildes psykosociala livssituation, och främst syftar till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar, med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende.

På insatsnivå kan det handla om psykoterapier av olika slag som kan ges enskilt eller i grupp. Metoder som är framförallt omlärande eller utbildande (edukativa) ingår, liksom familjeterapi. Motiverande samtal är en samtalsmetodik som är användbar inom motivationsarbete och i samband med behandling. Motivationell behandling tillhör de psykosociala behandlingarna. Tolvstegsbehandling har en sammansatt karaktär med inslag av gruppsamtal och edukativa moment.

21.1.3 Kunskapsunderlag

Kapitlet utgör inte en systematisk kunskapsöversikt i formell mening. Uppdraget för att utföra sådana översikter åligger bland annat Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Avsnittet om läkemedelsbehandling bygger på den kunskapsöversikt som utredningen låt göra med hjälp av externa experter och som publicerats i kapitel 13 i forskningsbilagan *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6). Avsnittet om psykosocial behandling bygger på en ännu inte publicerad forskningsgenomgång som utförts av en av deltagarna i utredningens forskargrupp (Öjehagen 2011).

21.2 Läkemedelsbehandling

21.2.1 Alkoholberoende

Akamprosat, naltrexon och disulfiram

Det finns ett stort antal läkemedel som alltsedan 1950-talet har använts vid behandling av alkoholberoende. De tidigare läkemedlen var mindre specifikt inriktade på alkoholberoende jämfört med de som utvecklats under de senaste decennierna (SBU 2001). I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården konstateras att det finns evidens för läkemedelsbehandling av alkoholberoende (Socialstyrelsen 2007).

Akamprosat (Campral®) och naltrexon (Naltrexon®) har effekt, särskilt om läkemedelsbehandlingen kombineras med medicinsk rådgivning, stöd och noggranna medicinska uppföljningar. Behandling av personer med alkoholberoende bedrivs med fördel som en kombination av läkemedelsbehandling och samtidig psykosocial stödinsats eller psykosocial behandling. Disulfiram (Antabus®) har effekt när läkemedlet intas under överinseende av en annan person, företrädesvis en behandlare. Om behandlingen ger god effekt bör den, enligt de nationella riktlinjerna, pågå minst sex till tolv månader. Eftersom beroende kan vara ett livslångt tillstånd kan det också bli aktuellt med nya behandlingsperioder (Socialstyrelsen 2007).

I Läkemedelsverkets gällande behandlingsrekommendationer sägs att disulfiram, akamprosat och naltrexon alla har en plats i terapin. De har god säkerhetsprofil, saknar beroendepotential och har begränsade biverkningar. Vidare sägs att samtliga preparat kan användas vid behandling av alkoholberoende generellt inom hälso- och sjukvården i kombination med medicinsk rådgivning och stöd. Tillgång till specialistkompetens inom psykiatri och beroendevård är en fördel, men behandlingen kan även genomföras av allmänläkare inom primärvården (Läkemedelsverket 2007).

Användning av läkemedelsbehandling

Disulfiram har varit godkänt för behandling av alkoholberoende sedan länge. Akamprosat och naltrexon godkändes för behandling 1996 respektive 2000.

Förskrivningen av läkemedel mot alkoholberoende är begränsad i jämförelse med förskrivning av antidepressiv mediciner, trots att tillstånden är ungefär lika vanliga i befolkningen (Johnson et al. 2005, Mark et al. 2008). Detta är en internationell företeelse och förskrivningsmönstret är likartat i Sverige.

I Sverige har enligt utredningens skattningar cirka 330 000 personer alkoholberoende. Av 2009 års försäljningsstatistik framgår att knappt 19 000 personer hämtade ut minst en definierad daglig dygnsdos (DDD) under minst 90 dagar av något av de tre läkemedel som har evidens för behandling av alkoholberoende. Det innebär att en av sju personer med alkoholberoende behandlas med läkemedel.

Antabus som i första hand syftar till att minska risken för återfall utgjorde 76 procent medan de övriga läkemedlen som kan minska sug och konsumtion utgjorde 24 procent. Det ska också noteras att Antabus inte alltid förskrivs via recept utan förmedlas efter rekvisition till läkemedelsförråd, vilket kan innebära att antalet behandlade är något fler än vad som framgår av receptstatistiken. Det finns också stora skillnader mellan olika landsting, vilka inte endast kan avspegla skillnader i vårdbehov.

Att läkemedelsbehandling av alkoholberoende är en underutnyttjad behandlingsstrategi finner också stöd vid en jämförelse med förskrivningen av läkemedel mot depression. Drygt 612 000 personer hämtade 2009 ut något av preparaten godkända för depressionsbehandling motsvarande minst en DDD under minst 90 dagar. Visserligen har dessa läkemedel fler indikationer, men ångest- och depressionssjukdomarna är definitivt inte 32 gånger vanligare än alkoholberoende i befolkningen.

Även i relation till andelen patienter med alkoholberoende-diagnos enligt patientregistret är andelen som behandlas med läkemedel låg. År 2009 uppgick riksgenomsnittet till drygt 20 procent. Variationerna mellan olika landsting är dock betydande och i några landsting är andelen väsentligt lägre.

Det finns också uppgifter som indikerar att det finns en betydande efterfrågan på behandling av alkoholberoende, som vården idag inte möter. År 2004 och 2006 annonserade svenska forskare efter deltagare i studier om behandling av alkoholberoende. Vid båda tillfällena anmälde på kort tid många fler intresse än antalet platser i studien. Av 157 personer som screenades för alkoholberoende hade nästan 60 procent aldrig tidigare fått någon vård eller behandling för alkoholproblem.

21.2.2 Opiatberoende

Metadon och buprenorfin

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården omfattar inte läkemedelsbehandling av opiatberoende. År 2004 publicerade Socialstyrelsen en kunskapsöversikt avseende nämnda behandling. I kunskapsöversikten diskuteras tre olika typer av läkemedel: metadon (Metadon®), buprenorfin (Subutex® och Suboxone®) och Naltrexon (Revia®) (Socialstyrelsen 2004).

Metadon har mest omfattande vetenskaplig dokumentation. Medlet har god effekt när det gäller kvarstannande i behandling, minskat missbruk och förbättrad social funktion. Det har även en dokumenterad effekt när det gäller att minska dödligheten.

Buprenorfin har en mindre omfattande men samstämmig dokumentation. Effekterna motsvarar de för behandling med metadon. Medlet har även en attraktiv farmakologisk profil, eftersom dess partiella agonist-egenskaper begränsar risken för överdos och för att utveckla ett beroende.

Naltrexon har otydligare dokumentation. Även om positiva effekter beskrivits på kort sikt verkar få individer genomföra behandlingen. Medlet kan sannolikt få betydelse för patienter i en tidig fas av beroendet, eller för socialt stabila patienter där det finns hög grad av socialt tryck för att kvarstanna i behandlingen.

För både behandling med metadon och buprenorfin finns omfattande och mycket positiva erfarenheter av integrerade kombinationer av läkemedelsbehandling och psykosocial behandling.

År 2005 trädde Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende i kraft. Föreskrifterna reviderades 2009 (SOF 2009:27).

Användning av metadon och buprenorfin

Läkemedelsbehandling med metadon vid opiatberoende har bedrivits sedan 1960-talet. Sverige tillhör de länder som tidigt inledde behandling. Buprenorfin godkändes för behandling av opiatberoende 2000.

Det saknas rikstäckande statistik om hur många personer som genomgår läkemedelsassisterad behandling i Sverige. År 2009 hämtade enligt läkemedelsregistret drygt 4 600 personer ut recept på de tre aktuella preparaten motsvarande minst en DDD under

minst 90 dagar. Alla dessa personer behandlas inte för beroendetillstånd. Metadon används även för behandling av svåra smärttillstånd.

Programmen för läkemedelsassisterad behandling har byggts ut under senare år. Utredningen bedömer utifrån uppgifter om antalet uthämtade recept och antalet personer med tungt narkotikamissbruk att behandlingen har en täckningsgrad på mellan 30 och 40 procent av målgruppen i Sverige.

Detta är lägre än i många andra länder. I Danmark bedöms täckningsgraden vara cirka 60 procent och i Norge minst 50 procent. Finland har en täckningsgrad som ungefär motsvarar den som råder i Sverige. Uppgifterna bygger på skattningar, och har en inte obetydlig osäkerhet.

Andelen patienter med opiatdiagnos enligt patientregistret som gjort uttag av metadon eller buprenorfin under 2009 uppgår i riket som genomsnitt till cirka 40 procent. I flera landsting är andelen 10 procent eller lägre. Det är också sannolikt att diagnos inte ställts på ett betydande antal personer med pågående missbruk, varför behandlingens täckningsgrad i målgruppen är väsentligt lägre.

Tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling är begränsad. Enligt en aktuell kartläggning finns läkemedelsassisterad behandling i 19 av 21 landsting. Antalet landsting som erbjuder behandlingen har ökat under senare år. Även antalet registrerade verksamheter som ger behandlingen har ökat. I flera landsting är väntetiderna betydande för utredning och behandling (Sjölander och Johnson 2009).

21.2.3 Övriga beroendetillstånd

Kokain

Läkemedelsbehandling med disulfiram (Antabus®) har gynnsam effekt vid kokainberoende (Socialstyrelsen 2007).

Amfetamin och cannabis

Det finns inte några studier som kan demonstrera att något läkemedel är effektivt mot beroende av amfetamin eller cannabis (Socialstyrelsen 2007). Många patienter med missbruk och beroende har utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsätt-

ningar, till exempel ADHD, som i vissa fall kan behandlas med metylfenidat (Concerta®, Equazym®, Ritalin®) eller andra centralstimulerande läkemedel, inklusive medicinskt rent amfetamin eller dexamfetamin (Metamina®). Detta är ett område under utveckling och som fordrar ett högspecialiserat omhändertagande (se kapitel 11 i forskningsbilagan).

21.3 Psykosocial behandling

21.3.1 Alkoholberoende

Betydande forskning

Det finns fler än 200 randomiserade kontrollerade studier som utvärderat effekten av olika behandlingar vid alkoholberoende. De metoder som visat effekt har det gemensamt att de har en klar struktur och väldefinierade åtgärder. De är vanligen baserade på relativt detaljerade manualer. I effektstudierna jämförs dessa specifika metoder med så kallad ospecifik behandling, vilken sällan är lika manualiserad eller lika tydligt inriktad på missbruket eller beroendet. Generellt gäller att specifika metoder visar bättre effekter än ospecifika. Det är effekterna på alkoholvanor som mäts i alla studier, och som kan jämföras mellan studierna. Även resultatet att stanna kvar i behandling används som (indirekt) effektmått. Skillnaderna mellan de specifika metodernas effekter är vanligen små. En svaghet är att de flesta studier har relativt korta uppföljningstider (under eller omkring ett år), trots att alkoholberoende är ett långvarigt tillstånd.

Motivationsbehandlingar

Motivationsbehandling, till exempel motiverande samtal (<http://www.fhi.se/mi>), har som utgångspunkt den enskildes vilja att förändra beteendet kan variera från hög till låg. En annan utmaning är att bibehålla en positiv förändring. Om den enskilde återfaller i missbruksbeteende innebär det krav på att återigen skapa motivation att förändra, genomföra och behålla ett förändrat beteende. Interventionen anpassas till personens stadium av motivation. En tydligt formulerad målsättning med behandlingskontakten medverkar till att en behandlingsallians etableras, och till att den

enskilde stannar kvar i behandlingen. Motivationsinriktade samtal kan ges som enda behandling i form av 1–4 samtal eller som tillägg till annan behandling. Att lägga till motiverande samtal utöver övrig behandling ger bättre resultat. För patienter med begränsade alkoholproblem kan enstaka samtal i kombination med självhjälpsmaterial ge samma effekt som traditionell terapeutledd behandling.

Metoder för att förändra missbruksbeteendet

Metoder för att förändra missbruksbeteendet omfattar bredspektrumbehandling med kognitiv beteendeterapi (KBT), Community Reinforcement Approach (CRA), 12-stepsprogram och självkontrollträning. Jämförelser av dessa metoder visar att det inte finns en metod som har bättre effekt än de andra. Samtliga nämnda metoder har dock bättre effekt än så kallad ospecifik behandling.

KBT grundas i en kombination av inlärningsteori och beteendeterapi, och tyngdpunkten ligger vanligen på beteendeförändring. Träning i att hantera psykosociala påfrestningar, ofta med särskild träning av sociala färdigheter ingår. Att klienten lär sig identifiera risksituationer för problemdrickande och tränar strategier för att hantera dessa är andra centrala inslag. Även strategier för att hantera återfall kan inkluderas. Med bredspektrumbehandling menas olika kombinationer av insatser som dels inriktas mot beroendetillståndet i sig, dels mot en rad psykosociala problem som beroendetillståndet är sammankopplat med.

I CRA-behandling förstärks förändringen av ett visst beteende genom belöning och utebliven belöning. Lokalsamhället används för att belöna beteendeförändring. Sannolikheten för att patienten ska avstå från att dricka ökar om drickandet äventyrar andra källor till tillfredsställelse. Nykterhetsförstärkande faktorer söks i relationer till partner eller andra närstående, i arbetslivet, på fritiden, etc. CRA utgör ett behandlingsalternativ för personer med svåra beroendetillstånd.

I tolvstegsprogram är utgångspunkten för behandlingen synen på missbruket som en sjukdom. Tolvstegsprogram ges som specifik behandling och de studier som visat effekt inkluderar inte stöd enbart genom att personerna deltagit i AA-möten. Sammantaget visar tolvstegsprogram bättre resultat jämfört med ospecifik behandling. Jämfört med annan specifik behandling ses något högre andel nyktra.

Självkontrollträning är behandling som syftar till att ge patienten större kontroll över sin alkoholkonsumtion. Dels ingår träning i att identifiera, undvika eller bemästra risksituationer för problemdrickande, dels träning i att kontrollera intag. Ofta är målsättningen inte nykterhet, utan kontrollerat drickande. Målet är att hålla alkoholhalten i blodet under en viss gräns, främst genom att hålla nere konsumtionshastigheten. I huvudsak har patienter med relativt begränsade alkoholproblem deltagit i dessa studier. Självkontrollträning har i jämförelse med ingen behandling eller specifik behandling visat positiv effekt. Behandlingens omfattning hade här inte någon betydelse. Självstudier av utdelat studiematerial har visat sig ge samma effekt som terapeutledd behandling.

Behandling inriktad på partner eller anhöriga

Behandling som inriktas på att partner eller anhörig medverkar sker oftast med inslag av KBT. Parterapi visar bättre resultat än patienter med motsvarande behov som väntar på behandling och lika bra eller bättre resultat jämfört med individuell behandling. Att involvera anhöriga i patientens behandling ger positivt resultat för den närstående och det förefaller också möjligt att via intervention enbart riktad till partnern få effekter på klientens konsumtion.

21.3.2 Narkotikaberoende

Cannabis

Behandlingen ska vara individuellt anpassad och inriktad på omedelbar avhållsamhet. Den inriktas på bruket i sig, men samtidigt ges träning i psykologisk och social kompetens. Den så kallade Lundamodellen delas in i tre steg. Det första steget tar hänsyn både till de abstinenssymtom som följer då personen slutar använda cannabis och den eventuella kognitiva funktionsnedsättning (nedsatt minne, koncentration etc.) som kan finnas. I nästa steg, efter cirka 3 veckor av drogfrihet, kan olika känslor som oro, ensamhet och olust upplevas annorlunda och vara svåra att hantera. Täta samtal ges för att kompensera närminnesstörningen och för att upprätthålla motivationen till drogfrihet. I ett tredje steg ges vid behov stöd till familj och närstående. För personer som har mindre uttalade problem är behandlingen kort (tre till sex gånger) medan

ett längre behandlingsprogram (minimum 14 sessioner över 4 månader) används för dem som använt cannabis så gott som dagligen under de senaste 6 månaderna.

De psykosociala metoderna för behandling av alkoholberoende, främst KBT-metoder, har visat effekt även vid cannabisberoende. Det finns också särskilda haschavvänjningsprogram (HAP).

Hallucinogener

Bland de aktuella substanserna återfinns bland annat ecstasy, LSD, meskalin och psilocybin (ämne i svampar). Substanserna ger olika förändringar i stämningläget och varseblivningen. Det saknas forskning om behandling och rehabilitering av personer med missbruk eller beroende av hallucinogener.

Centralstimulantia

Amfetamin, amfetaminderivat, metamfetamin och metylfenidat har centralstimulerande verkan. Till denna grupp räknas också kokain och crack. Användarna eftersträvar känslor av upprymdhet, vitalitet, ökad vakenhet, stryka och självförtroende och upplever också initialt ökad sexuell lust. Omlärande och beteendeterapeutiska metoder, främst KBT, har visat effekt jämfört med kontrollgrupp, särskilt under de första 6 månaderna. Läkemedelsbehandling kombineras ofta med psykosociala behandlingsmetoder vid behandling av beroende av centralstimulantia.

Opiater och opioider

Opiater och opioider är starkt beroendeframkallande substanser. Till denna grupp hör heroin, morfin och kodein. Psykosocial behandling i kombination med läkemedel inom ramen för läkemedelsassisterad behandling är vanligast. Det finns några kontrollerade studier av psykosocial behandling i form av beteendeterapi, utan samtidigt farmakologiskt stöd, vilka visar viss effekt. Den dominerande kunskapsmassan rörande behandling av opiatberoende talar dock för läkemedelsassisterad behandling.

21.3.3 Barn och ungdomar med missbruk eller beroende

Vid behandling av ungdomar med missbruk eller beroende är psykosocial behandling absolut vanligast. Målet är vanligen att både minska missbruk och beteendeproblem såsom kriminalitet och skolproblem. Forskningen på området handlar vanligen om familjebaserade behandlingsinterventioner. Ännu är kunskapsläget något osäkert, eftersom många studier har brister i design och kvalitet. Det finns dock underlag för att bedöma vissa behandlingsmetoder som effektiva eller sannolikt effektiva.

Individuell kognitiv beteendeterapi

KBT för ungdomar fokuserar på samspelet mellan beteendemässiga, kognitiva, sociala och utvecklingsmässiga faktorer för att åstadkomma förändringar i individens beteende och i hans eller hennes uppfattningar. Målsättningen är att hjälpa individen att känna igen situationer som associeras med missbruk, undvika dessa situationer och hantera problem och beteenden i samband med sådana situationer.

I en jämförelse mellan sju behandlingsprogram för ungdomar med dubbeldiagnoser rankades Individual Cognitive Problem Solving (ICPS) som ett av de två mest effektiva programmen. ICPS visade effekter i form av minskat missbruk och psykiska symtom nio månader efter avslutad behandling.

Gruppterapi

Gruppbaseade interventioner har varit den vanligaste behandlingsformen vid missbruk i USA, särskilt för ungdomar. Exempel på vanliga gruppterapier är KBT-behandling, 12-stepsprogram och psykoedukation. Fördelarna är att det är kostnadseffektivt och praktiskt genomförbart i miljöer med begränsade resurser och möjligheter till mer omfattande individuell eller familjebaserad behandling, till exempel på institutioner.

Vissa specifika komponenter i gruppformatet kan underlätta positiv förändring, till dessa hör att utveckla sociala färdigheter och känslomässig reglering. Gruppformatet möjliggör rollspel som speglar ungdomarnas egna erfarenheter vilket tillåter dem att utveckla sociala färdigheter genom att träna på att hantera typiska

högrisksituationer. Behandling i grupp kan också verka mer attraktivt, mindre främmande och skrämmande än individuell terapi för ungdomar.

Tio av tretton studier visar i en systematisk kunskapsöversikt statistiskt signifikanta minskningar av missbruk hos ungdomar mellan 11 och 20 år. Brister i studierna gör det dock svårt att lägga samman effekterna. De terapiformer som är bäst utvärderade inkluderade utbildning om alkohol och droger och förväntningar på och konsekvenser av missbruk. Vidare betonas i behandlingen tilltron till den egna förmågan att klara en specifik uppgift med ett visst resultat. Dessa terapier inkluderade även träning av olika sociala färdigheter samt problemlösningsförmåga.

Familjebaserade interventioner

Familjebaserade program visar på bättre resultat än ospecifik behandling när gäller att engagera och bibehålla ungdomar i behandling. I jämförelse med andra interventioner ger de familjebaserade behandlingsmodellerna bättre och stabilare utfall med signifikanta minskningar av missbruk samt relaterade sociala problem.

Family Behavior Therapy

FBT är en familjebaserad beteendeterapi för ungdomar med syfte att reducera missbruk och andra problem, såsom psykiatriska symtom, bristande skolprestationer och dysfunktionella familjemönster. FBT finns etablerat på ett tiotal platser i USA. Behandlingen består av i genomsnitt 15 stycken 90 minuters sessioner i klinisk miljö under sex månader och upp till 20 hembaserade sessioner för särskilt svårbehandlade ungdomar. FBT fokuserar genomgående på att engagera och behålla familjen i behandling. Metoden består av flera olika interventioner, såsom förstärkning av beteenden som förknippas med nykterhet, färdighetsträning för att undvika individer och situationer som förknippas med missbruk och andra problembeteenden, samt träning på färdigheter som bidrar till upprättandet av sociala relationer och en fungerande skolgång.

I studier av FBT rapporteras signifikanta minskningar av narkotikamissbruk mellan för- och eftermätningar i förhållande till jämförelsegrupper. I en systematisk kunskapsöversikt av familjebaserade behandlingsmetoder för ungdomar med missbruk eller beroende konstateras att FBT inte fyller kriterierna för sannolikt effektiv intervention, men programmet bedöms vara lovande.

Multi systemisk Terapi (MST)

MST är en intensiv multidimensionell intervention för ungdomar mellan 10 och 17 år med beteendeproblem inklusive missbruk eller beroende. Behandlingen utförs i den naturliga miljön (hemmet, skolan, kamratkretsen eller närsamhället) och fokuserar risk- och skyddsfaktorer i dessa miljöer. Programmet genomförs under fyra månader med flera terapeutkontakter varje vecka och tillgång till stöd dygnet runt. MST är baserat på socioekologiska och familjesystemiska teorier och de tekniker som används utgår från strategisk och strukturell familjeterapi, beteendebaserad föräldraträning och kognitiv beteendeterapi. MST är en mycket vanlig behandling i USA och förekommer även i ytterligare nio länder, inklusive Sverige.

I en systematisk kunskapsöversikt av familjebaserade interventioner konstateras att MST genererar signifikanta minskningar av missbruk mellan för- och eftermätning, men att effekterna inte består över tid. Till följd av detta bedöms MST inte fylla kriterier för sannolikt effektiv intervention, men programmet bedöms som lovande.

I en jämförelse mellan sju behandlingsprogram för ungdomar med missbruk och samtidig psykisk störning konstateras att MST genererar stora effekter på beteendeproblematik, men små effekter på missbruk.

I en översikt av 46 evidensbaserade psykosociala interventioner för ungdomar med missbruk eller beroende konstateras att MST visar goda effekter gällande missbruk hos ungdomar, men att det saknas upprepningar på fler ställen av studier som rapporterar utfall av missbruk. MST bedöms i översikten som sannolikt effektiv intervention.

MST har utvärderats i en kontrollerad svensk studie där metoden jämförs med socialtjänstens traditionella insatser för ungdomar med beteendeproblem. Studien visar inte några statistiskt signifi-

kanta skillnader i utfall mellan grupperna och effektstorlekarna var genomgående små. Vad gäller riskfylld drogkonsumtion konstateras signifikanta, men små förbättringar, 24 månader efter behandlingsstart. Ingen behandlingseffekt kunde konstateras vad gäller riskfylld alkoholkonsumtion.

Användning av psykosocial behandling

Den senast genomförda nationella kartläggningen av den öppna missbruks- och beroendevården visar att psykosocial behandling är mycket vanliga vid behandlings- och stödenheter och att många olika psykosociala behandlingsmetoder används (Socialstyrelsen 2008).

Tabell 21.1 Behandlingsinsatser som ges inom den öppna vården, procent

Typ av insats	Stödenheter	Behandlingsenheter
Rådgivning	84	80
Motiverande samtal	88	68
Psykosocial behandling	51	48
Psykoterapi	9	19
Miljöterapi	17	14
Abstinensbehandling	17	28
Psykofarmakabehandling	13	33
Läkemedelsassisterad behandling	20	48
Återfallsprevention	57	75

Källa: Socialstyrelsen.

Flera av behandlingarna som används är dock inte evidensbaserade, bland annat akupunktur, psykodrama, gestaltterapi, konfrontativ intervention och transaktionsanalys. Naturligtvis måste även metoder som ännu inte erhållit tillräckligt empiriskt stöd för att klassas som evidensbaserade kunna provas i mindre skala, men det bör i så fall ske inom ramen för kontrollerad uppföljning och utvärdering. I samma rapport konstateras att systematisk uppföljning av resultat är ett bristområde inom den öppna missbruks- och beroendevården. Exempel finns även på att metoder som vid rigorös vetenskaplig utvärdering inte visat sig vara effektiva, ändå tillämpas i vården.

Utredningen har också i samband med studiebesök och hearingar uppmärksammat att utbudet av olika psykosociala behandlingsmetoder inte sällan är begränsat. På vissa håll tillhandahålls till exempel endast relativt omfattande 12-stegsprogram. Exempelvis finns det uppgifter om att mellan 80 och 90 procent av de hem för vård eller boende (HVB) som behandlar personer med missbruk eller beroende bedriver någon form av tolvstegsbehandling. I praktiken kan det innebära att tolvstegsbehandling är det enda tillgängliga alternativet för personer som söker behandling för alkoholberoende.

Metoden är rekommenderad i nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Forskningsdata talar dock för att kortvariga behandlingsinsatser är bäst för personer med måttliga beroendetillstånd och att långvariga behandlingar till och med kan vara kontraproduktiva (jfr kapitel 20). Detta sammanhänger med att det här handlar om en grupp människor som har en kortare problemhistoria, mindre alkoholskador och mer resurser än de grupper av personer med långvariga och uttalade problem som behandlingsorganisationen i allmänhet vänder sig till. Dessa personer känner inte igen sig i behandlarnas eller 12-stegsgruppernas beskrivningar, och uppfattas därmed ofta förneka problemen. Många av dem, men inte alla, kan återgå till ett socialt drickande, vilket beror på att deras beroende är begränsat, även om det uppfyller minst tre beroendekriterier enligt ICD eller DSM. Om behandlingsutbudet är begränsat till endast en eller ett fåtal metoder minskar möjligheten att ge adekvat behandling åt en stor del av målgruppen.

21.4 Sammanfattning och slutsatser

21.4.1 Läkemedelsbehandling

Det finns flera olika läkemedelsbehandlingar av alkoholberoende och opiatberoende med god evidens.

Tre läkemedel är godkända för behandling av alkoholberoende. Läkemedelsbehandling har förekommit sedan länge, främst med disulfiram. Akamprosot och naltrexon godkändes 1996 respektive 2000.

Användningen av läkemedel för att behandla alkoholberoende är begränsad i jämförelse med läkemedelsbehandling av andra vanligt

förekommande psykiatriska sjukdomstillstånd. Detta gäller såväl i Sverige som flera andra länder. Det finns också indikationer på att det finns en betydande efterfrågan på sådan behandling som den svenska missbruks- och beroendevården vården inte möter i dag.

Två läkemedel har god evidens och används för behandling av opiatberoende. Metadon har använts sedan 1960-talet medan buprenorfin godkändes 2000. Senare har även en kombination av buprenorfin och naloxon godkänts.

Användningen av metadon och buprenorfin för behandling av opiatberoende har ökat under senare år. Andelen av dem med opiatberoende som genomgår behandling är dock fortfarande jämförelsevis liten, mellan 30 och 40 procent. Behandlingens täckningsgrad är väsentligt större i flera andra länder, bland annat Danmark och Norge.

Detta indikerar att läkemedelsbehandling är en underutnyttjad behandlingsstrategi i den svenska missbruks- och beroendevården, och visar på behovet av att tillgängliggöra denna typ av behandling i hela landet.

21.4.2 Psykosocial behandling

Psykosocial behandling mot missbruk eller beroende är effektiv. Specifika metoder som fokuserar missbruksproblemet, är effektivare än ospecifika insatser. Den forskningsbaserade kunskapen om effekter är störst när det gäller alkoholberoende, medan det ännu saknas evidensbaserade metoder vid flera former av narkotikaberoende. Kunskapen behöver även kompletteras när det gäller behandling av ungdomar. Det bör också belysas om resultaten är lika giltiga för kvinnor som för män.

Psykosociala behandlingsmetoder är mycket vanligt förekommande inom den svenska missbruks- och beroendevården. Flera av de behandlingsinsatser som används saknar dock evidens. Samtidigt finns flera psykosociala behandlingsmetoder med god evidens som av oklara skäl används i mycket begränsad utsträckning eller inte alls. På flera håll är utbudet också begränsat till en eller några få behandlingar, vilka inte möter de specifika vårdbehoven hos olika grupper, till exempel den stora gruppen socialt etablerade personer med alkoholberoende.

Detta understryker vikten av att sprida kunskap om tillgängliga psykosociala behandlingsmetoder med god evidens för behandling

av missbruks- och beroendetillstånd samt utveckla nya behandlingsmetoder för beroendetillstånd för vilka det i dag saknas evidensbaserad psykosocial behandling.

22 Boende, sysselsättning, ekonomiskt bistånd

22.1 Utgångspunkter

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.

För människor med funktionsnedsättning ska socialnämnden verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av ett särskilt stöd (4 kap. 7 § SoL).

I 4 kap. 9 § SoL sägs dessutom att kommunen aktivt ska sörja för att den enskilde med missbruk får den hjälp och det stöd som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.

Enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har kommunen ett särskilt ansvar för stöd och service för vissa personer med funktionshinder, enligt lagens personkrets, vilket omfattar flera insatser bl.a. boendestöd och stöd i boendet samt meningsfull sysselsättning. Människor med missbruk eller beroende kan i vissa fall tillhöra denna grupp.

22.2 Boende för personer med missbruk eller beroende

22.2.1 Kommunens insatser

Kommunen kan tillgodose den enskildes behov av boende genom olika boendeinsatser, till exempel härbärke, hotell, jourlägenhet, korttidshem, kategoriboende, inackorderingshem, gruppboende, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet eller hyreslägenhet med socialtjänsten som kontraktssinnehavare.

Den 1 november 2009 hade drygt 6 200 vuxna med missbruksproblem bistånd som avsåg boende, vilket är en ökning med 5 procent jämfört med 2008. År 2009 omfattade bistånd för boende totalt cirka 1 990 000 boendedygn, vilket är en ökning med cirka 8 procent jämfört med 2008. Biståndet fördelades på cirka 14 700 inskrivningar, vilket är en minskning med 21 procent jämfört med 2008. Det genomsnittliga antalet dygn per inskrivning uppgick till 135, vilket är en ökning med 37 dygn jämfört med 2008 (Socialstyrelsen 2010).

22.2.2 Hemlöshet

Socialstyrelsens kartläggningar av hemlösheten

Socialstyrelsen genomförde 2005 en nationell kartläggning av hemlösheten i Sverige (Socialstyrelsen 2006). I kartläggningen betraktas personer som hemlösa om de befinner sig i någon av fyra olika situationer:

- Situation 1 gäller personer som är uteliggare eller hänvisade till akutboende och härbärke.
- Situation 2 beskriver personer som saknar bostad och som inom kort (tre månader) kommer att skrivas ut från någon form av institution, kriminalvården eller stödboende.
- Situation 3 beskriver motsvarande grupp men utan någon planerad utskrivning.
- Situation 4 gäller personer som ofrivilligt bor hos familj eller vänner.

År 2005 inrapporterades totalt cirka 17 800 personer som hemlösa under vecka 17 år. Knappt 3 600 personer eller 20 procent var i situation 1, varav 5 procent bodde utomhus på grund av sin hemlöshet. Nästan 2 000 eller 11 procent personer var i situation 2. Ungefär 6 400 eller 37 procent var i situation 3. Ytterligare 4 700 personer var i situation 4.

Av de hemlösa fanns 2 620 i Göteborg, vilket var det största antalet i förhållande till folkmängden, och 3 100 i Stockholm. Av landets kommuner rapporterade 86 procent att det fanns hemlösa personer. Hemlöshet är ett mindre problem i kommuner utan allmän bostadsbrist. Tre fjärdedelar av de hemlösa var män och en fjärdedel kvinnor. Drygt 60 procent hade missbruksproblem och 40 procent psykiska problem.

De personer som var hemlösa hade fått många insatser under det senaste året. Tre fjärdedelar har fått någon form av boendeinsats. Närmare hälften hade fått insatser mot missbruk och en dryg tredjedel mot psykiska problem. Drygt en tredjedel av personerna hade tagit del av insatser utan samtycke det senaste året, exempelvis kriminalvård eller andra former av tvångsvård.

Regeringens strategi mot hemlöshet

År 2007 presenterade regeringen en samlad strategi för arbetet mot hemlöshet, enligt Socialstyrelsens definition. I strategin formuleras fyra mål:

- Alla ska vara garanterade tak över huvudet och erbjudas fortsatta samordnade insatser utifrån individuella behov.
- Antalet kvinnor respektive män som är intagna eller inskrivna på kriminalvårdsanstalt, behandlingsenhet, har stödboende eller vistas på hem för vård eller boende (HVB) och inte har ordnad bostad inför utskrivning ska minska.
- Inträde på den ordinarie bostadsmarknaden ska underlättas för kvinnor respektive män som befinner sig i boendetrappor, träningslägenheter eller andra former av boenden som tillhandahålls av socialtjänsten eller andra aktörer.
- Antalet vräkningar ska minska och inga barn ska vräkas.

Socialstyrelsens forskningsöversikt och vägledning

Socialstyrelsen har sedan 2002 haft i uppdrag att utveckla metoder för att motverka hemlöshet.

Inom ramen för detta uppdrag har Socialstyrelsen i samråd med Boverket utarbetat en kunskapsöversikt av boendelösningar för hemlösa baserad på en systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar (Socialstyrelsen 2009). Denna översikt beskriver dock inte specifikt kunskapsläget för boendeinsatser för hemlösa personer med missbruk eller beroende.

Mot bakgrund av bland annat kunskapsöversikten har Socialstyrelsen utarbetat en vägledning om boendelösningar för hemlösa personer. Syftet med vägledningen är att ge stöd till yrkesverkssamma som arbetar med att utveckla boendeinsatser för hemlösa, företrädesvis inom socialtjänsten (Socialstyrelsen 2010).

22.2.3 Evidens för olika boendelösningar

Tre frågor i utredningens kunskapsöversikt

Utredningen har låtit Socialstyrelsen bedöma evidensen för olika boendelösningar för personer med missbruk eller beroende inom ramen för en pågående bredare systematisk kunskapsöversikt av boendelösningar för hemlösa (Rehman 2010). Svaren har sökts på följande frågor:

- Hur fungerar olika boendeinsatser oavsett stödinsatser, det vill säga en boendelösning med case management jämfört med case management utan boendelösning?
- Hur fungerar programmet Bostad först (Housing First) då det ställs mot de standardprogram som finns tillgängliga lokalt?
- Hur fungerar boendeprogram där deltagandet inte förutsätter nykterhet, drogfrihet eller deltagande i behandling jämfört med program där dessa villkor för programdeltagande finns?

De preliminära slutsatserna grundas på 16 originalutvärderingar av boendestöd speciellt riktade till personer med missbruksproblem. De flesta programmen har utvärderats i USA. Kraven på utvärderingarna var att det fanns en jämförelsegrupp, samt att resultat redovisades från uppföljningar efter minst 12 månader. Samtidigt

ska det noteras att det kan finnas annan relevant forskning om bostadslösningar som inte har utförts i form av randomiserade kontrollerade studier.

Ordnad bostad eller inte

Tre studier bidrar med material till denna frågeställning. Den första utvärderingen gjordes i Birmingham, Alabama (Kertesz et al. 2007). Den ena gruppen i utvärderingen fick stödinsatser, till exempel kuratorssamtal, psykoedukativa grupper, psykologisk evaluering, slumpvisa urintester, arbete med terapeutiska mål, eftervård, arbetsterapi, samt en av två boendelösningar – med respektive utan nykterhetskrav – som ordnats i förväg. Den andra gruppen fick samma stödinsatser, men inget annat. Efter 12 månader var det 12 procent fler bland dem som fått en i förväg ordnad bostad som fortfarande hade ett stabilt boende jämfört med kontrollgruppen. Resultatet är inte statistiskt säkerställt.

I den andra utvärderingen (Cheng et al. 2007) fick båda grupperna intensive case management (ICM) men endast för en grupp ordnades bostad inom ramen för programmet – ett boendeprogram för krigsveteraner. Även här talar resultaten för att en i förväg ordnad bostad bidrar till att boendet fortfarande är stabilt efter 12 månader. Skillnaden ligger inom den statistiska felmarginalen.

I den sista utvärderingen fick båda grupperna antingen ICM eller ordinarie CM (case management, främst en samordnarfunktion), men endast den ena gruppen fick ta del av det boendeprogram för fattiga i USA som kallas Section 8 voucher program (Hurlburt et al. 1996). Det senare är ett federalt system med subventionerat boende, vilket finns i olika former, till exempel i speciella offentliga bostadskomplex eller i viss mån fritt valda bostäder som är tillgängliga på öppna marknaden. Hela 27 procent fler i Section 8-gruppen hade stabilt boende jämfört med dem som inte fått Section 8 vouchers.

Även om det går att åstadkomma en hel del med enbart vård- och stödinsatser, till exempel ICM, tyder resultaten på att andelen med stabilt boende kan ökas om stödinsatserna integreras med boendeinsatser. Detta talar alltså för program som Bostad först (Housing first). De utvärderade programmen kan dock inte klassificeras som Bostad först. Inte något av programmen i den första utvärderingen inkluderar till exempel Assertive Community

Treatment (ACT) och boendeformerna i sin helhet präglas inte av den normalitet som krävs enligt Bostad först.

Bostad först

I två utvärderingar har boendeprogrammet Bostad först jämförts med flera lokalt tillgängliga standardprogram, vilka organiserats enligt vårdfilosofin continuum housing eller treatment first. Det senare motsvarar snarast en vårdkedjemodell och har vissa likheter med de boendelösningar som kommuner i Sverige vanligen tillhandahåller. Den första utvärderingen avser Bostad först i New York City (Tsemberis et al. 2004) och den andra gäller Bostad först i några av New Yorks förorter (Stefancic och Tsemberis 2007).

Resultaten i båda utvärderingarna är mycket positiva till fördel för Bostad först. Av dem som deltagit i Bostad först var de respektive andelarna i stabilt boende efter två år hela 47 respektive 36 procent större jämfört med dem som deltagit i standardprogrammen för boende för hemlösa med missbruksproblem. Dessa procentuella skillnader är med god marginal statistiskt säkraställda.

Valfrihet eller villkor i boendeprogram

Ett centralt inslag i boendeprogram är om deltagarna måste hålla sig drogfria och nyktra samt ta del av stödinsatser (låg grad av normalitet) eller om detta är valfritt (hög grad av normalitet). I varje utvärdering ställs ett boendeprogram där valfrihet betonas mot ett boendeprogram där villkor betonas, till exempel nykterhet och mottagande av stödinsatser. Resultaten är motstridiga och det finns inte någon för utvärderingarna genomsnittlig procentuell skillnad.

Ett program i Boston (Goldfinger et al. 1999) innebar att nykterhet och mottagandet av stödinsatser var valfritt i programmet Evolving Consumer Household (ECH). Detta program jämfördes med programmet Independent Living (IL) med obligatoriska inslag. Deltagarna i båda programmen fick ICM. Resultaten talar till förmån för valfrihet. Andelen med stabilt boende efter 18 månader var 9 procent fler för ECH jämfört med IL. Skillnaden är inom den statistiska felmarginalen.

En annan utvärdering jämför programmet Bostad först (Tsemberis et al. 2004) med flera program som bygger på filosofin continuum housing (CH), en vårdkedjemodell där boendet är kopplat till vård med krav på nykterhet, som är standardbehandling i New York City. Resultaten visar att 64 procent fler av dem som deltagit i Bostad först hade ett stabilt boende efter 12 månader jämfört med dem som fått CH. Detta extrema resultat är också statistiskt säkerställt med god marginal.

I en tredje utvärdering i Birmingham, Alabama ställdes Non-Abstinent Contingent Housing (NACH) utan krav på nykterhet mot Abstinent Contingent Housing (ACH) med krav på nykterhet (Kertesz 2007). I båda programmen fick deltagarna dagligt stöd, till exempel samtal med kurator, psykoedukativa grupper, psykologisk evaluering, slumpvisa urintester, arbete med terapeutiska mål, eftervård eller arbetsterapi. Av deltagarna i NACH hade 9 procent färre ett stabilt boende jämfört med ACH. Resultatet är inte statistiskt säkerställt.

I en fjärde utvärderingen i Washington DC ställdes Parallel Housing Services (PHS) mot Integrated Housing Services (IHS) (McHugo et al. 2004). PHS bygger på en valfrihetsfilosofi som mycket liknar Bostad först, medan IHS baseras på en villkorsbaserad filosofi nära vårdkedjemodellen. Av dem som fått PHS, utan krav på nykterhet, behandling, etc., hade 19 procent färre ett stabilt boende efter 12 månader jämfört med dem som fått IHS. Skillnaden är statistiskt säkerställd.

Det finns alltså exempel på diametralt motsatta resultat när program med valfrihet jämförs med program med villkor. Dessa motstridiga resultat kan eventuellt förklaras av att deltagarna i programmet varit ganska olika. I de fall där resultaten talar för villkor förefaller deltagarna ha omfattat fler svårt utsatta personer med tunga missbruksproblem, med grava psykiska funktionsnedsättningar samt med tydliga inslag av marginalisering beroende på kön (kvinnor) och etnicitet (afroamerikaner).

Andelen personer med svåra psykiska problem redovisas på delvis olika sätt i de skilda utvärderingarna, vilket medför jämförbarhetsproblem. Det förefaller dock som om andelen personer med svåra psykiska problem var mindre där programmet med betoning på valfrihet hade bättre resultat (New York City och Boston) jämfört med de två andra utvärderingarna (Washington DC och Birmingham) som talade för villkor.

Det finns liknande problem med jämförbarhet avseende missbrukets svårighetsgrad. Andelen personer med svåra alkohol- och drogproblem förefaller vara lägre i utvärderingarna i New York City och Boston jämfört med Birmingham och Washington DC. I de förra fallen talar resultaten för betoning av frivillighet och i de senare för betoning av villkor. I Birmingham-utvärderingen krävdes till exempel av samtliga deltagare att de var beroende av kokain för att få delta i programmet. I New York City var andelen som använt alkohol och droger intensivt mer än fyra gånger under de senaste 6 månaderna 20 respektive 28 procent (Padgett et al. 2006).

Ovanstående mönster kan alltså tyda på att valfrihet är mer problematisk ju större problemen är med droger, psykiskt funktionshinder och marginalisering. Eftersom det rör sig om data på aggregerad nivå är dock uppgifterna osäkra och det finns risk för felslut. Det går alltså inte att avgöra om det är just de drogberoende afroamerikanska kvinnorna med svåra psykiska problem som har svårt att behålla ett stabilt boende om nykterhet, vård och stöd med mera är valfritt. Fler studier krävs för att säkra slutsatser ska kunna dras.

22.2.4 Boende vid missbruk – exempel från fem kommuner

Utredningen har låtit kartlägga fem kommuner i Västra Götaland med avseende på arbetet med bostadsinsatser för hemlösa personer med personer med missbruk eller beroende. De fem kommunerna – Göteborg, Borås, Mölndal, Partille och Mellerud – representerar kommuner av olika storlek och struktur. Kartläggningen baseras på analys av dokument samt intervjuer med ansvariga tjänstemän (Jung 2010).

Göteborg representerar en storstad med omfattande hemlöshet. Borås är ett exempel på en befolkningsmässigt stor expansiv kommun med inte obetydlig hemlöshet. Mölndal och Partille är exempel på mellanstora expansiva kommuner med begränsad hemlöshet. Mellerud representerar en befolkningsmässigt liten kommun med god tillgång på bostäder och som i princip saknar hemlöshet.

Göteborg

Fram till början av 1980-talet bodde de hemlösa på härbärgen och ungtkarlshotell. Då påbörjades ett reformarbete av härbärgen och ungtkarlshotell, vilket resulterade i att ett så kallat alternativt boende (AltBo) skapades för hemlösa personer med missbruk och andra sociala problem. Ungtkarlshotellen och härbärgena lades ner. De nya boendeplatserna, som hade väsentligt bättre standard, jämförbara med stadens övriga bostadsbestånd, förlades ute i kommunens olika fyra regioner.

För merparten av bostäderna krävdes drogfrihet. Missbruk ledde dock inte automatiskt till utskrivning, men ofta till att de boende flyttades runt mellan olika enheter. Till det alternativa boendet är kopplat en tillnyktringsenhet vid vilken den boende kan tillnyktra vid återfall som alternativ till att förlora sin plats. Målet är att de flesta (utom de kvarboende) med tiden ska kunna få ett eget hyreskontrakt, då hyresskulder avbetalats eller i alla fall inte nya uppstått och missbruket var under kontroll. Detta mål har endast uppfyllts i begränsad utsträckning och genomströmningen inom AltBo har varit låg.

År 2010 fanns cirka 1 200 platser inom det kommunala sociala boendet och cirka 400 anställda. Utöver detta upphandlas cirka 500 boendeplatser företrädesvis hos Stadsmissionen, Frälsningsarmén och andra frivilliga organisationer. Merparten av platserna inom det sociala boendet används av personer med missbruk, ofta i kombination med psykiska problem av olika svårighetsgrad och andra sociala problem.

Kommunen har ett avtal med fastighetsägarna i Göteborg, både med de kommunala bostadsbolagen och med privata och kooperativa fastighetsägare om att de årligen ska ställa sammanlagt 300 platser till förfogande för personer som antingen funnits inom de sociala boendena och bedöms kunna klara eget boende eller till andra resurssvaga hushåll, som inte själva kan klara att skaffa bostad. Kommunen är formellt hyresgäst. Under 2009 förmedlades totalt 295 sociala andrahandskontrakt.

Kostnaderna för det sociala boendet utgör närmare 14 procent av stadsdelsnämndernas totala kostnader för individ- och familjeomsorg. Kostnaderna har ökat under en rad år. Mellan 2008 och 2009 ökade nettokostnaderna med 25 miljoner kronor. Samtidigt minskade kostnaden för institutionsvård med 7 miljoner kronor. Fler klienter får alltså insatser i form av boende, i kombination med

stöd, och färre vård på behandlingshem. Val av insatser styrs i hög grad av stadsdelarnas ekonomi. Boendeplatser är avsevärt billigare än platser på HVB med reservation för skillnader i behandlingsinnehåll.

Följande enheter finns inom kommunens social resursförvaltning:

- Akutboendeenheten är uppdelad i flera olika verksamheter riktade till hemlösa. Här finns tillnyktringsenhet, tillfällig övernattning, vårdcentral samt möjlighet att få hjälp att komma vidare till mer permanent boende i form av träningsboende. Här finns också uppsökarverksamhet med fältassistenter som arbetar uppsökande i miljöer där hemlösa finns.
- Tränings- och referensboende erbjuder självständiga boenden med motiverande och stödjande insatser som på sikt ska leda till ett boende med eget kontrakt. Det absolut största antalet platser, 600–650 platser, finns i denna kategori i form av insprängda lägenheter eller lägenheter i fastigheter som kommun äger eller hyr. Från dessa boenden går varje år 60–70 personer till boende med eget kontrakt.
- Boenden för personer med missbruk, allvarlig personlighetsstörning eller psykosjukdom. Undersköterskor och sjuksköterskor finns i personalen. Samverkan med psykiatrin sker utifrån varje persons kontakt inom psykiatrin, vilket gör att personalen får ha många olika kontakter inom sjukvården. Ibland fungerar den enskilda sjukvårdskontakten mycket bra, ibland mindre bra.
- Bergsjöhöjd har 129 platser för personer över 50 år, som under sitt liv haft ett långvarigt och omfattande missbruk. Det fungerar som särskilt boende (äldreboende) i en egen fastighet. Här finns på dagtid sjuksköterskor och kuratorer. Läkare besöker boendet varje vecka. Varje boende har hemtjänst, som på andra särskilda boenden. På Bergsjöhöjd råder inget allmänt krav på drogfrihet, men man strävar efter att minimera missbruket. I allmänna utrymmen får gästerna av hänsyn till andra inte dricka, men det är tillåtet att dricka på sitt rum.
- Långsiktigt boende (eller kvarboende) vänder sig till personer under 50 år i form av lägenhetsboende för personer med missbruk eller psykosocial problematik. Boendet syftar till att skapa

en så självständig och ordnad livssituation som möjligt och att minska missbruket.

- Familjeboende är lägenhetsboende för dem som har barn och en psykosocial- eller missbruksproblematik.
- Kvinnovårdskedja är boende och öppen verksamhet för kvinnor som har missbruksproblem och psykiska eller psykosociala problem.
- Motivationsenheten erbjuder boende med kompletterande utredning av behov och förutsättningar, motiverande stöd samt insatser mot missbruk.
- Huldass hus är en daglig mötesplats som erbjuder aktivitet och stöd till kvinnor som saknar fast boende.
- Boende för personer med opiatberoende och underhållsbehandling. Det har funnits svårigheter med boendet och en översyn av personalkompetens och eventuell flyttning ska ske.

Borås

Det pågår ett arbete med att utveckla ett mer aktivt och tidigare stöd till personer och familjer där hyresförhållandet inte fungerar, genom aktivt uppsökande och förebyggande stöd med hög tillgänglighet. Kommunen vill även vidareutveckla samverkansformer mellan socialtjänsten, kronofogdemyndigheten och hyresvärdar i kommunen. Målet är att öka antalet familjer och personer som kan behålla ett förstahandskontrakt och därmed minska antalet hemlösa. Det finns en prioriteringsordning med tre nivåer: först barnfamiljer, därefter unga och sist äldre prioriteras.

Motivationsenhet etablerades 2009 och är en del av vuxengruppens öppenvård inom individ- och familjeomsorgen (IFO). Motivationsenheten erbjuder drogfri vistelse dygnet runt efter beslut av ansvarig socialsekreterare inom vuxengruppen. Det finns åtta platser och både män och kvinnor är välkomna.

Boendet Göta 44 startade i startade 2009. Målgruppen är kvinnor och män som av olika anledningar har svårt att ordna ett boende. Ofta handlar det om att lösa akuta situationer. Missbruk i olika former förekommer i relativt stor omfattning inom målgruppen. Verksamheten har 17 platser fördelat på 5 jourplatser och

12 boendeplatser. I de tolv boendeplatserna har man ett eget rum. Krav på drogfrihet gäller.

Kommunen har också flera andra boenden för olika målgrupper: ett boende för samsjukliga med 15 platser som inte kräver drogfrihet samt ett boende med 35 platser för personer med pension som oftast också behöver hemsjukvård.

Det största antalet platser finns i enskilda lägenheter ute i det vanliga bostadsbeståndet. Staden har 170 övergångslägenheter med sociala kontrakt.

Den största problemet anses vara att möta behoven hos personer med samsjuklighet. För personer med missbruk eller psykisk ohälsa är det också viktigt att olika boendeformer kan kombineras med sysselsättning och behandling.

Möln dal

Socialtjänsten är organiserad i en arbets- och familjestödsförvaltning och en vård- och omsorgsförvaltning. För att få stöd i bostadssituationen från vård- och omsorgsförvaltningen, som i första hand vänder sig till äldre och personer med funktionsnedsättningar med olika insatser, krävs att personen inte har något pågående missbruk. De flesta personer med missbruksproblem har kontakt med arbets- och familjestödsförvaltningen och får vid behov boende inom denna förvaltning. De två förvaltningarna samarbetar när det finns en tydlig psykisk ohälsa i kombination med missbruket.

I Möln dal tillämpas en boendetrappa med fyra steg. Det första trappsteget är av tillfälligt boende, följt av omvårdnadsboende, därefter köpt referensboende med boendestöd och slutligen boende med eget kontrakt.

Kommunen har inte några egna platser för akuta situationer i tillfälliga boenden för personer, utan vänder sig till vandrarhem eller köper sådana platser av Göteborgs kommun eller frivilliga organisationer.

Tillfälligt boende beviljas oftast i en akut situation, till exempel vid vräkning, separation eller misshandel i hemmet och boendet kan bestå i plats på vandrarhem, skydd på kvinnojourplats eller tillsynsboende vid missbruk. I första hand försöker man förhindra vräkningar, särskilt av barnfamiljer. Ärenden som har till syfte att undanröja hyresskulder behandlas regelbundet av arbets- och

familjestödsnämnden. Däremot är det svårare för socialtjänsten att hantera situationer när en hyresgäst stör grannar på grund av missbruk eller psykisk ohälsa.

Kommunen har två hem för vård och boende (HVB) med sammanlagt 25 platser, riktade till olika grupper. Soltorp är helt drogfritt och har även en lägenhet för referensboende. Forsåkersgatan är ett boende, där det inte är tillåtet att dricka inom boendet, men personer som bor där mister inte sin plats om de skulle komma dit påverkade. Kommunen köper också sju platser i referensboende med tillsyn.

Kommunen har inte några egna platser för omvårdnadsboende om inte personen kan beredas plats inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet, vilket förutsätter att personen inte har något aktivt missbruk. Omvårdnadsplatser köps externt vid behov.

Det ses som problematiskt att alltfler är beroende av den sekundära hyresmarknaden. Kommunen har ett bra samarbete med det kommunala bostadsbolaget och det regionala bostadsbolaget och det finns ett avtal om att bolagen ska tillhandahålla ett visst antal lägenheter per år.

Partille

Socialtjänsten är organiserad i en social- och arbetsförvaltning och en vård- och omsorgsförvaltning. För stöd i bostadssituationen från vård- och omsorgsförvaltningen, vilken i första hand vänder sig till personer med funktionsnedsättningar av olika slag, krävs att en person inte har ett pågående missbruk. Socialtjänstens organisering kräver nära samverkan mellan de två förvaltningarna för personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom.

I Partille finns en boendesekreterare, som sköter diskussionerna med bostadsbolagen, arbetar vräkningsförebyggande och har en uppsökande och stödjande roll gentemot de av socialtjänstens boende som finns i lägenheter i det vanliga bostadsbeståndet. Kommunen förfogar över 32 lägenheter i fastigheter ägda av kommunen. I lägenheterna gäller i princip krav på drogfrihet eftersom kommunen saknar tillnyktringsverksamhet eller abstinensvård.

Kommunen saknar lågtröskelboende och kan alltså inte göra placeringar i kommunen i akuta situationer när en personen inte bedöms klara av att vara drogfri. I dessa fall köps platser på

akutboende i Göteborgs kommun. Kommunen saknar också lämpliga platser för personer med samsjuklighet. Vid behov köper kommunen sådana platser hos Stadsmissionen och Räddningsmissionen eller andra ideella organisationer.

Kvinnor och män med sociala problem eller missbruk, som vill vara sammanboende, kan inte erbjudas plats inom kommunen eftersom det saknas lämpliga boendelösningar. För kvinnor och familjer med barn finns två villor i kommunens regi. I första hand försöker man dock förhindra vräkningar av barnfamiljer.

Socialtjänsten har ett bra samarbete med det kommunala bostadsbolaget när det gäller att förhindra vräkningar samt när det gäller att lösa boende för personer som saknar eget kontrakt, men har klarat referensboende på ett bra sätt.

Kommunen planerar att starta ett så kallat lågtröskelboende, eventuellt kombinerat med tillnyktringsenhet, tillsammans med Lerums kommun.

Mellerud

Kommunen uppger att det för närvarande inte finns, och inte heller de senaste åren funnits, några hemlösa inom kommunen, och anser mot denna bakgrund att det inte finns något behov av stödboende.

Kommunen har ett varierat utbud av bostäder i tätorterna. Det finns hyreslägenheter hos det kommunala bostadsbolaget, vilket socialtjänsten har ett mycket bra samarbete med om bostäder behöver tas fram för enskilda personer. Det finns också ett privat bostadsföretag som hyr ut lägenheter utan att kräva inkomster eller referenser.

Om en person är i akut behov av bostad, vilket händer några gånger per år, löser kommunen detta genom att ta kontakt med en campingplats som har välutrustade och vinterbonade campingstugor.

22.3 Sysselsättning

22.3.1 Aktivitet och rehabilitering till arbete

Med sysselsättning avses inte i detta sammanhang i första hand arbete på den reguljära arbetsmarknaden, utan meningsfull sysselsättning eller aktivitet för personer som på grund av missbruk eller

beroende under en kortare eller längre period i livet inte klarar av ett reguljärt arbete eller ett arbete med arbetsmarknadspolitiskt stöd.

Kommunen ska enligt SoL medverka till att den enskilde, som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får en meningsfull sysselsättning. I denna krets kan personer med missbruk eller beroende ingå. För personkretsen inom LSS finns därtill reglerat ett särskilt ansvar att ordna daglig aktivitet, vilket ofta sker genom dagcenter, men även andra former används.

För personer med långvariga konsekvenser av psykisk sjukdom och personer med psykisk funktionsnedsättning anordnas i många kommuner sociala träffpunkter och sysselsättning. Dessa verksamheter är i varierande grad inriktade mot rehabilitering till arbete.

Det finns ett visst överlapp mellan kommuns aktivitetsåtgärder och de insatser som kommunen gör som arbetsgivare med hjälp av arbetsmarknadspolitiska åtgärder, till exempel genom offentligt skyddat arbete (OSA). De arbetsmarknadspolitiska åtgärderna avhandlas i kapitel 28.

22.3.2 Supported employment

I några kommuner bedrivs rehabilitering enligt den evidensbaserade metoden supported employment (SE). Metoden har i ett stort antal forskningsstudier visat sig vara överlägsen traditionell träningsbaserad arbetsrehabilitering utformad enligt en trappstegsmodell. SE innebär att personen direkt introduceras på arbetsplatsen.

Utgångspunkten för SE är den enskildes motivation och önskan att arbeta. Rehabiliteringen sker genom att en coach tillsammans med den enskilde väljer en bransch som matchar både intresse och kompetens. Därefter söks en arbetsgivare som är villig att ta emot personen. Coachen bistår med stöd, vid behov direkt på arbetsplatsen. Målet är att personen ska erbjudas anställning, eventuellt med lönebidrag. Stödet från coachen ska vid behov fortsätta även efter anställning. SE bedrivs ofta inom ramen för samordningsförbund mellan kommunen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och landstinget. De svenska försöken med SE har hittills vanligen exkluderat personer med missbruk eller beroende. Men mycket talar för att metoden är effektiv även för denna grupp.

22.3.3 Utredningens femlänskartläggning

Utredningens kartläggning av missbruks- och beroendevården i fem län visar att det finns stora variationer av vård- och stödinsatser mellan olika landsting och kommuner. Större kommuner har ofta ett diversifierat utbud av vård- och stödinsatser med tyngdpunkt på psykosocialt stöd och andra sociala insatser i form av bostad, sysselsättning och försörjning, men tillgängligheten kan vara ett problem. Omvänt gäller i befolkningsmässigt små kommuner att utbudet är begränsat, men att tillgängligheten till de insatser som finns kan vara förhållandevis god (Karlsson 2009).

När det gäller sysselsättning visar kartläggningen att samtliga kommuner tillhandahåller någon form av sysselsättning, med olika krav på arbetsinsats. I många fall kombineras arbetet och sysselsättningen med behandlingsinsatser. Vanliga arbeten är demontering av elmaskiner, flyttservice, posthantering, arbete i personalmatsal, etc. Noterbart är att organiserad samverkan mellan kommun och Arbetsförmedling för att ordna arbeten endast finns i ett fåtal kommuner.

För personer där missbruket lett till en mer omfattande funktionsnedsättning ordnas ofta sysselsättningar som mer betonar aktivitet och social samvaro än arbete. Hos de minsta kommunerna är det mer vanligt att man köper sysselsättningsplatser hos olika företag än att man ordnar arbete i den egna organisationen.

Det förefaller inte vara någon skillnad mellan stora och små kommuner när det gäller att ordna arbete och sysselsättning. De stora kommunerna erbjuder dock mer differentierade arbeten och sysselsättningar.

Totalt sett är sysselsättningsåtgärder ett bristområde. Många kommuner anser att de vidtar åtgärder för personer med pågående missbruk eller som till följd av missbruket inte klarar av ett reguljärt arbete. Problemen är enligt kommunerna större och mer påträngande för de klienter som rehabiliterats från sitt missbruk och som har en vilja att inleda rehabilitering tillbaka till den reguljära arbetsmarknaden (ibid.).

22.3.4 Hearingar, besök och kontakter med brukare

Att det råder brist på sysselsättning har bekräftats vid utredningens regionala hearingar och besök i olika kommuner och landsting samt inte minst vid utredningens kontakter med brukarorganisationer inom missbruksområdet.

Brist på sysselsättning är i många fall ett hinder för en lyckad behandling och återanpassning i samhället. Exempelvis anser ofta brukare att programmen för läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende saknar tillräckliga inslag av sysselsättning och annat stöd. Inaktivitet för en person med missbruksproblem är en av de vanligaste orsakerna till återfall i missbruk och brott. Det har varit en särskilt krävande uppgift för kommunerna att organisera meningsfull sysselsättning under de senaste åren på grund av ansträngda kommunala finanser och hög arbetslöshet.

22.4 Ekonomiskt bistånd

22.4.1 Kommunens insatser

Enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning eller livsföring i övrigt. Enligt andra stycket ska den enskilde genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Försörjningsstöd lämnas enligt 4 kap. 3 § SoL för skäliga kostnader dels för sådant som bör finnas i ett hushåll, exempelvis livsmedel, kläder och hygien (punkten 1), dels för boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring och fackföreningsavgift (punkten 2). Av andra stycket framgår att skäliga kostnader enligt punkten 1 beräknas enligt en så kallad riksnorm. Tillsammans med skäliga kostnader för vissa andra behov avgör riksnormen nivån på försörjningsstödet. Riksnormen år 2011 är 3 720 kronor för en ensamstående och 6 120 kronor för sambor. Finns det barn i familjen tillkommer ytterligare kostnader beroende på barnens antal och ålder. Om det i ett enskilt fall finns särskilda skäl kan kostnaderna som ingår i riksnormen beräknas till en högre eller lägre nivå.

22.4.2 Missbruk och ekonomiskt bistånd

Personer med missbruksproblem som inte kan försörja sig genom eget arbete och som inte heller är berättigade till ersättning från trygghetssystemen, kan söka ekonomiskt bistånd från socialtjänsten för sin försörjning.

År 2009 fick totalt 422 300 personer försörjningsstöd, vilket är en ökning med 10 procent jämfört med 2008. År 2009 uppgick de totala kostnaderna för ekonomiskt bistånd till 11 miljarder, vilket är en ökning med 17 procent jämfört med 2008.

Det saknas säkra uppgifter om hur stor andel av dem som beviljas försörjningsstöd som har missbruksproblem. I en lägesrapport från 2008 uppskattar Socialstyrelsen att ungefär en tredjedel av dem som får ekonomiskt bistånd har missbruksproblem. Socialstyrelsen hänvisar också till olika undersökningar som visar att andelen kan vara ännu större, upp till 60 procent. (Socialstyrelsen 2009). Om dessa bedömningar stämmer skulle det innebära att kommunerna gav ekonomiskt bistånd till personer med missbruksproblem om mellan 3 och 5 miljarder kronor per år.

22.4.3 Ekonomiskt bistånd kan inte villkoras med vård

I 4 kap. 4 § SoL anges att socialnämnden får begära att den som uppbär försörjningsstöd under viss tid ska delta i av nämnden anvisad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet om den enskilde inte har kunnat beredas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Detta gäller bland annat för den som inte har fyllt 25 år eller den som har fyllt 25 år men av särskilda skäl är i behov av kompetenshöjande insatser. Av 4 kap. 5 § SoL framgår att socialnämnden får vägra eller sätta ned fortsatt försörjningsstöd om den enskilde utan godtagbart skäl avböjer att delta i praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet som anvisats enligt 4 §. Detsamma gäller om han eller hon utan godtagbart skäl uteblir från praktiken eller den kompetenshöjande verksamheten. Den som är sjuk och därför arbetsförmögen ska i första hand söka sin försörjning från Försäkringskassan. Detta gäller även den som har ett missbruk.

Rätten till bistånd i form av försörjningsstöd förutsätter således att den enskilde inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt. Det innebär bland annat att en arbetslös biståndssökande som kan arbeta är skyldig att söka arbete. I

skyldigheten att söka arbete inbegrips i princip deltagande i den verksamhet som anordnas för arbetslösa inom ramen för arbetsmarknadspolitiken.

Bestämmelsen i 4 kap. 1 § SoL fick sin lydelse genom en språklig justering år 1998 av dåvarande 6 § socialtjänstlagen (1980:620). Syftet var att förtydliga den enskildes ansvar (prop. 1996/97:124 s. 75 och 168). Samtidigt infördes även som ett komplement till de reguljära systemen en möjlighet för socialnämnden att begära av vissa långvariga, i första hand yngre biståndstagare, att de under viss tid ska delta i praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet som nämnden anvisar. I förarbetena anförs att det inte är meningen att den aktuella bestämmelsen ska användas för personer som har problem av mer personlig natur, som exempelvis allvarliga missbruksproblem eller andra klart uttalade sociala problem. I dessa fall måste socialtjänsten först på annat lämpligt sätt hjälpa den enskilde med stöd eller andra vårdinsatser.

Socialutskottet (1996/97:SoU 18 s. 42) uttalade att utskottet inte delade inställningen i vissa motioner om att socialtjänstens rätt att ställa krav i samband med biståndsprövningen skulle omfatta krav på att exempelvis en person med missbruksproblem skulle delta i ett visst rehabiliteringsprogram, eller att införa lagregler som utöver befintliga bestämmelser i lagen vidgade socialtjänstens möjligheter att ställa krav på den enskilde när han eller hon ansökte om bistånd. Motionerna avstyrktes och riksdagen följde utskottet.

Regeringsrätten har i flera avgöranden funnit att varken lagtext eller förarbeten ger stöd för att till försörjningsstöd ställa upp villkor eller krav på att en person med missbruksproblem ska genomgå eller fullfölja viss planerad verksamhet (jfr bland annat RÅ83 2:70 och RÅ84 2:86).

I ett avgörande från 2009 (mål nr 6165-06) hade en person med missbruksproblem nekats försörjningsstöd av socialnämnden till bland annat kostnader för boende med motiveringen att han inte hade följt uppgjord planering. Enligt kammarrätten hade socialnämnden haft fog för att avslå ansökan eftersom en utbetalning av bistånd i det aktuella fallet skulle innebära att nämnden medverkade till den enskildes fortsatta missbruksproblem. Regeringsrätten ansåg dock att en sådan tolkning inte var i enlighet med lagtext och förarbeten. Domstolen uttalade bland annat att nämnden i första hand ska erbjuda den enskilde hjälp mot missbruket. Det kan inte uppställas villkor för en person med missbruksproblem att han eller hon ska delta i till exempel ett visst

rehabiliteringsprogram eftersom socialtjänstlagen inte ger utrymme att tillämpa sådan sanktion.

Socialtjänsten har sålunda inte rätt att vägra en person med missbruksproblem försörjningsstöd av det skälet att han eller hon inte vill godta, eller inte fullföljer, viss planering eller vissa insatser som har till huvudsakligt syfte att rehabilitera honom eller henne från missbruket.

22.5 Sammanfattning och slutsatser

22.5.1 Boende

Den internationella kunskapsöversikten visar att stödinsatser i form av intensive case management (ICM) kan bidra till ett stabilt boende för personer med missbruk eller beroende, även om dessa insatser inte är integrerade i specifika boendeprogram. Att i förväg ordna bostäder verkar förstärka de positiva effekterna av sådana stödinsatser. Programmet Bostad först har uppvisat exceptionellt positiva resultat, vilka bland annat skulle kunna förklaras av att bostad ordnas i förväg i kombination med Assertive Community Treatment (ACT). Resultaten är motsägelsefulla när det gäller valfrihet eller krav i boendeprogram. En möjlig förklaring till detta kan vara att utvärderingarnas deltagargrupper varit olika. När det finns en överrepresentation av afroamerikaner, kvinnor, personer med svår psykisk funktionsnedsättning samt tungt drogmissbruk, så verkar program med betoning av valfrihet avseende alkohol och droger samt mottagande av stödinsatser fungera sämre, jämfört med program där sådana obligatoriska inslag betonas. Utvärderingar av boendeprogram som avser särskilda grupper, som hemlösa och kvinnor med missbruk eller beroende, ungdomar eller personer tillhörande någon etnisk minoritet stod inte att finna, vilket påvisar omfattande fortsatta forskningsbehov.

Kommunerna lägger mycket arbete och resurser på boende för personer med missbruk eller beroende. Ofta finns samarbete med bostadsföretagen, men i befolkningsexpansiva områden är det svårt att tillgodose behovet av bostäder. Stöd i brukarens egen bostad via hemtjänst, boendestödjare etc. representerar en typ av insatser. Lågtröskelboenden och härbärgen med en viss tolerans för missbruk representerar en annan typ av insatser. Även strategier med träningslägenheter, övergångskontrakt, sociala kontrakt som steg

mot eget hyreskontrakt förefaller vara vanliga, det vill säga någon typ av boendetrappa. Vanliga strategier i Sverige förefaller således vara en mix av vårdkedjemodeller och boendetrappor. Systematisk kunskap om vilka modeller som används och skälen till dessa val saknas, vilket visar att det finns ett betydande forsknings- och kartläggningsbehov.

Även om det inte är möjligt att entydigt peka ut vilka inslag en evidensbaserad praktik på boendeområdet ska innehålla, ger forskningen i dag besked om att en stabil och permanent bostad, kompletterad med individuellt behovsanpassat stöd, är det bästa sättet att på sikt motverka hemlöshet. De allra flesta har möjlighet att behålla en permanent bostad, om socialt stöd ges i tillräcklig omfattning. Ibland är ett stabilt boende en förutsättning för att behandling, vård och stöd ska kunna genomföras och få effekter. Därmed bör tillgodoseendet av den enskildes behov av bostad betraktas som ett mål i sig i första hand, inte som ett medel för att uppnå avhållsamhet etc.

22.5.2 Sysselsättning

Meningsfull sysselsättning eller aktivitet framstår totalt sett som ett bristområde för personer med missbruk eller beroende. Detta är olyckligt eftersom sysselsättning är en viktig framgångsfaktor för att komma från ett missbruk, och omvänt eftersom brist på meningsfull sysselsättning är en vanlig orsak till återfall.

Kommunerna tillhandahåller också sysselsättning i egenskap av arbetsgivare genom olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder, både generella åtgärder och särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning. Av kapitel 28 framgår att de särskilda insatserna för personer med funktionsnedsättning över tid har minskat i omfattning och kommer allt färre personer med missbruk eller beroende till del.

22.5.3 Ekonomiskt bistånd

Personer med ekonomiskt bistånd förefaller ofta ha missbruksproblem. Uppgifterna är osäkra, men andelen med missbruk eller beroende uppgår enligt tillgängliga skattningar till mellan 30 och 60 procent. Det skulle betyda att kommunernas kostnader för

ekonomiskt bistånd för personer med missbruk eller beroende för närvarande uppgår till totalt mellan 4 och 6 miljarder kronor per år.

Kommunen har inte rätt att villkora ekonomiskt bistånd med att en person med missbruk eller beroende ska genomgå vård.

23 Insatser för specifika målgrupper

23.1 Utgångspunkter

Utredningen har ur ett missbruks- och beroendevårdsperspektiv låtit analysera vårdbehoven och vårdutbudet för ett antal olika målgrupper, bland annat barn och ungdomar, gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning, äldre, personer med läkemedelsberoende, personer med missbruk av dopningsmedel, kvinnor och män samt personer med utländsk bakgrund.

Nedan avhandlas målgrupperna barn och ungdomar, gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning samt äldre. Beskrivningarna bygger på underlagsrapporter (Jakobsson et al 2011, Magnusson et al. 2010, Berglund och Brunnberg 2010, Berglund 2010). För övriga målgrupper ingår de vetenskapliga underlagen i utredningens forskningsbilaga *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6).

23.2 Barn och ungdomar med missbruksproblem

23.2.1 Missbruk bland unga

Uppgifterna om missbruk bland unga är begränsade. Den viktigaste källan för att beskriva förekomsten av bruk och missbruk hos unga är drogvaneundersökningar i skolan. Detta innebär en felkälla eftersom ungdomar med problem har lägre närvaro i skolan jämfört med ungdomar utan problem (jfr kapitel 13).

De regelbundna skolundersökningar som görs i Sverige visar att totalkonsumtionen av alkohol har minskat under den senaste tioårsperioden. När det gäller alkohol uppger cirka 50 procent av skolungdomarna att de varit berusade någon gång. Skillnaderna mellan pojkar och flickor är måttliga. Att använda alkohol är

mindre vanligt bland svenska skolungdomar än bland skolungdomar i Europa (CAN 2010).

Ur ett europeiskt perspektiv har intensiv alkoholkonsumtion vid ett och samma tillfälle, så kallad binge drinking, under senare år identifierats som ett ökande problem bland unga. Detta har inneburit att länder som tidigare inte strikt reglerat tillgängligheten till alkohol med åldersgränser, etc. i ökande utsträckning börjat göra det.

I Sverige, Norge och Finland använder färre ungdomar alkohol jämfört med övriga Europa, men de som använder dricker oftare och i större mängder. Könsskillnaderna i Europa att pojkar dricker mer och oftare, är i Norden mindre uttalade. Alkoholförgiftning rapporteras i flera nordiska länder, däribland Sverige, förekomma oftare bland flickor än bland pojkar. Tidig alkoholdebut, före 14 års ålder, liksom missbruk hos föräldrarna utgör riskfaktorer för att senare under tonåren och i vuxenlivet utveckla missbruk.

I årskurs 2 i gymnasieskolan har 19 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna provat narkotika. Cannabis är den vanligaste substansen. De som provat narkotika är ofta också storkonsumenter av alkohol, och de har i högre utsträckning än andra kombinerat läkemedel med alkohol i berusningssyfte. Att använda narkotika är mindre vanligt bland svenska skolungdomar jämfört med skolungdomar i övriga Europa.

Samsjuklighet med psykisk sjukdom är extremt hög hos ungdomar med missbruk. De ungdomar som har en missbruks- eller beroendediagnos kan i upp till 90 procent av fallen ha en annan samtidig psykiatrisk diagnos (Tengström, 2006). De vanligaste psykiatriska diagnoserna är uppförandestörning (CD), trotsyndrom (ODD) och depression. Pojkar har mer utåtriktade symtom i form av trots och normbrytande beteende, medan flickorna har mer inåtvända symtom i form av nedstämdhet och ångest.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i form av ADHD förekommer hos 40 till 75 procent av ungdomarna med missbruk eller beroende (Wilens et al. 2003). Ungdomar med samsjuklighet har oftare ett allvarigare missbruk än ungdomar utan samtidig psykisk sjukdom. Risken för att de begår kriminella handlingar, eller får problem i skolan är också högre. Det finns starka samband mellan att som ung har haft uppförandestörning och missbruk eller beroende, och att som vuxen utveckla antisocial personlighetsstörning och allvarligt missbruk (Couwenbergh et al. 2006).

Vanligen uppträder den psykiska problematiken långt innan missbruket uppstår.

Uppgifterna om vårdbehov är mycket begränsade. De ungdomar som blir föremål för slutna vård på sjukhus med alkohol- eller drogrelaterad diagnos redovisas i patientregistret. Mellan 1999 och 2009 har den slutna vården ökat med drygt 30 procent. År 2009 vårdades knappt 3 000 personer i åldrarna mellan 10 och 19 år med alkohol- eller narkotikadiagnos. Könsfördelningen är i princip jämn. Stockholm har 472 vårdade individer per 100 000 invånare, vilket är dubbelt så många som riksgenomsnittet. Kronoberg har 73 vårdade per 100 000 invånare, vilket är lägst.

Tvångsvård enligt LVU föranleddes i cirka hälften av fallen av missbruk. År 2009 vårdades knappt 1 500 ungdomar med missbruk enligt LVU.

23.2.2 Kunskapsläget

Det aktuella kunskapsläget pekar entydigt mot att ungdomar med missbruksproblem inte kan ses som ”små vuxna”, och inte kan behandlas med samma metoder. Detta eftersom missbruksmönster, samsjuklighet, familjemönster, mottagligheten för social påverkan samt psykologiska och biologiska konsekvenser av missbruk och möjligheten att tillgodogöra sig behandling påtagligt skiljer sig mellan ungdomar och vuxna.

Effektiv behandling av ungdomar med sociala problem inklusive missbruk riktas mot att stärka skyddsfaktorer och minimera riskfaktorer inom olika områden. Dagens forskningsbaserade kunskap har identifierat riskgrupper för missbruk eller beroende bland ungdomar. Detta innebär att det är relevant att screena unga för missbruksrelaterad problematik. AUDIT och DUDIT fungerar även för unga. Ett antal instrument med forskningsstöd finns att tillgå för att utreda och bedöma behov hos unga med missbruk. The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) är ett exempel på en strukturerad problemfokuserad intervju. Resultaten kan tillsammans med information från närstående och skola utgöra en bra grund för behandlingsplanering.

Behandlingsforskningen rörande effekter av åtgärder på missbruket för unga med missbruk eller beroende är ännu relativt sett outvecklad. Antal kontrollerade studier av god kvalitet som inkluderar missbruk som utfallsmått och med tillräckliga gruppstorlekar

ökar dock, och de sammanställs i metaanalyser. Utifrån denna växande kunskapsmassa kan bland annat följande slutsatser dras.

Individuell kognitiv beteendeterapi (KBT) kan vara effektiv för att minska substansanvändning och relaterade problem, sannolikt särskilt för unga med psykiatrisk samsjuklighet.

Korttidsintervention samt motiverande samtal kan användas vid breda insatser i högriskgrupper, men också vara inslag i mer omfattande behandlingsprogram. Metoderna kan minska alkoholkonsumtionen hos unga. Effekten blir starkare om en förälder involveras i behandlingen.

Gruppterapi utgör den vanligaste interventionsmodellen för att minska missbruk hos unga. KBT i grupp, 12-stegprogram och psykoeduktion är vanliga gruppterapier. Det vetenskapliga stödet är relativt svagt, eftersom merparten av publicerade studier har metodologiska svagheter.

Familjeinterventioner utifrån multisystemisk ansats är de mest beforskade metoderna. Den teoretiska och metodiska bakgrunden kommer från bland annat systemisk teori, kognitiv beteendeterapi, utvecklingspsykologi och anknytningsteori.

Funktionell familjeterapi (FFT) är utvecklad för högriskungdomar med beteendestörningar, kriminellt beteende och missbruk. FFT används i Sverige, liksom i flera andra europeiska länder och i USA. Programmet består av 12 till 16 sessioner om cirka en timme vardera under några månader. Hemläxor som utformas individuellt är ett viktigt inslag. Behandlingen sker i de miljöer där den unge vistas. Bevisvärdet hos hittills sammanställda publicerade studier räcker inte för att bedöma metoden som sannolikt effektiv, men den bedöms som lovande respektive väletablerad.

Multidimensional Family Therapy (MDFT) är till för ungdomar med missbruk med eller utan psykiatrisk samsjuklighet. Terapeuterna arbetar dels med hela familjen tillsammans, dels individuellt med föräldrarna och den unge. MDFT har bedömts som sannolikt effektiv, och långtidsuppföljningar har påvisat kvarstående effekter på missbruket ett år efter avslutad behandling.

Utredningens kartläggning av området ungdomar och missbruk visar att nämnda program verkar tillämpas i varierande omfattning i Sverige, och att kunskapen om vilka program som är evidensbaserade förefaller låg bland de yrkesverksamma inom vården. Nationella riktlinjer saknas för vård av barn och ungdomar med missbruk.

23.2.3 Vårdens utformning

Socialtjänsten tar ett stort ansvar för vården av ungdomar med missbruk och man har ett omfattande uppdrag som innebär att förebygga, utreda samt ge insatser för barn och unga och deras familjer. Det särskilda, till målgruppen riktade uppdraget för kommunen som huvudman gäller utredning och behandling av unga med missbruksproblem.

Kommunerna organiserar insatser för barn och unga på olika sätt och variationen är stor. Åldersgränserna är i vissa fall 0–20 år, i andra upp till 24 eller 25 år eller verksamhet inriktat på ungdomsgruppen 15–25 år. I uppdragen ingår behandlingsinsatser i öppenvård, utslussnings- och eftervårdsinsatser efter institutionsplacering, olika former av insatser för boende, rådgivning, ungdomsmottagning samt placering av barn och unga upp till 20 år.

Socialtjänstens kostnader för institutionsvård för barn och ungdomar med missbruk är avsevärt högre än för de öppna insatserna. När det gäller vuxna personer med missbruk är förhållandet det omvända. Kostnaderna för institutionsvård är lägre än för de öppna insatserna.

Samarbete med landstingens specialiserade verksamheter finns ibland med i uppdragen för kommuner. I Stockholms län sker detta via integrerade beroendemottagningar och i form av så kallade mini-marior. Den unges ålder avgör vilken resurs som är aktuell. I Lund finns en rådgivningsbyrå i narkotikafrågor och en alkoholmottagning vars huvudsakliga uppdrag är att ge rådgivning och psykosocial behandling till ungdomar och unga vuxna upp till 25 år med missbruk eller beroende av alkohol.

Andelen unga med missbruk varierar med avseende på verksamheternas karaktär. Vid specialiserade beroendemottagningar har alla de sökande problem med missbruk. Inom socialtjänsternas utredningsenheter bedöms missbruk finnas med i mellan 10 och 50 procent av de aktuella ärendena. Samverkansavtal som reglerar utredning och behandling av målgruppen, bemanning av integrerade mottagningar, samt hur ansvar ska fördelas och samverkan organiseras, etc. finns på några platser, men inte över hela landet. Förutom gränsdragning mellan medicinska och psykosociala insatser reglerar avtalen på några håll även kostnadsdelningsfrågor och avrop av neuropsykiatriska utredningar. En brist som påtalas från den kommunala sidan är att det saknas abstinensvård för

ungdomar och att barn- och ungdomspsykiatri inte tar emot ungdomar med missbruk även när det föreligger psykisk ohälsa.

Barn- och ungdomspsykiatri inom landstinget ser inte missbruk som ett primärt ansvar. Det innebär att missbruk inom barn- och ungdomspsykiatri vanligen ses som en del i ett normbrytande beteende. Patienter med enbart missbruk respektive missbruk med underliggande psykiatrisk problematik riskerar att hamna mellan stolarna i de områden i Sverige där kliniker för ungdomar med missbruk saknas, det vill säga utanför storstadsområdena. Företrädare för brukare har återkommande hävdat att barn- och ungdomspsykiatri avvisar ungdomar med missbruk och kriminalitet. Orsaken kan vara en bristande tradition vad gäller diagnos (systematisk basutredning med screening) inom barn- och ungdomspsykiatri, vilket leder till bristfälliga utredningar och underlag för behandling. Barn- och ungdomspsykiatri har i dag på många håll tappat sin relation till barnmedicinen, och på så sätt fjärrat sig från akuta tillstånd där det behövs somatiska insatser, till exempel i samband med abstinensbehandling.

Bristen på samarbete med psykiatri, inte minst barn- och ungdomspsykiatri, är också ett problem för institutionsvården av ungdomar med psykisk sjuklighet i form av hem för vård eller boende (HVB) och tvångsvård enligt LVU. Erfarenheter från projektet Barntåget visar att socialtjänsten anser att barn- och ungdomspsykiatri överlämnar ansvaret till socialtjänsten, vilken i sin tur inte anser sig ha resurser eller kompetens.

Den nyligen genomförda kartläggningen av den psykiatriska heldygnsvården visar att antalet platser för ungdomar med psykiska besvär (inklusive missbruk) är mycket begränsat och ojämnt fördelat. Fem landsting saknar egna platser. Vårdplatserna har också minskat sedan mitten av 1990-talet. Under de senaste åren har antalet platser inte förändrats nämnvärt (SKL 2010).

Mindre kommuner har av naturliga skäl större problem med specialisering och ett mer begränsat utbud än större kommuner. Många ungdomar placeras av socialtjänsterna på LVU-hem. Bättre tillgång på kvalificerad utredning och behandling för missbruk skulle sannolikt kunna reducera användningen av tvångsvård.

Av besökarna på Maria ungdom i Stockholm har mellan 80 och 90 procent även en psykiatrisk diagnos samt mellan 60 och 70 procent föräldrar med en psykiatrisk diagnos. Detta indikerar att vissa grupper inte får tillgång till utredning, diagnos och behandling av missbruk.

Frånvaron av en sammanhållen vård- och stödprocess är också tydlig. Tillnyktring och abstinensvård, bedömning av vårdbehov och insatser sker hos olika verksamheter och huvudmän eller saknas helt.

23.3 Gravida kvinnor med missbruk

23.3.1 Alkohol och andra droger som fosterskadande substanser

Det är väl belagt att hög alkoholkonsumtion under graviditeten kan leda till skador på det ofödda barnet. Det bäst definierade tillståndet är fetalt alkoholsyndrom (FAS) som karakteriseras av specifika ansiktsdrag, tillväxthämning och skador på centrala nervsystemet. Senare tids forskning har visat att även barn utan de specifika ansiktsdragen kan ha allvarliga kognitiva och beteendemässiga skador, exempelvis hyperaktivitet, inlärningssvårigheter, brister i arbets- och närminne, språksvårigheter och svårigheter i socialt samspel, varför det mer övergripande begreppet Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) ofta används. Problemen kvarstår i vuxen ålder, däribland uttalade sociala svårigheter.

Internationellt varierar förekomsten av FAS vanligen mellan 1 och 5 per 1 000 levande födda. Förekomsten är högre i vissa utsatta grupper. I en svensk studie på 71 adopterade barn från Östeuropa hade 52 procent av barnen FASD, varav 30 procent hade det fullt utvecklade syndromet FAS (Landgren et al. 2010). Den generella förekomsten av FAS i Sverige har bedömts till 0,5 per 1 000 levande födda. Bedömningen bygger på uppgifter från 1980-talet. Mer aktuella uppgifter finns inte att tillgå.

Även måttliga mängder alkohol kan påverka graviditetsutfallet och skada fostret. Hur känsligt fostret är för alkohol beror inte bara på mängden konsumerad alkohol, utan det är också tidpunkten under fosterutvecklingen, genetisk sårbarhet och mammas ämnesomsättning som påverkar skaderisken. Någon helt säker nedre gräns för mängden alkohol går därför inte att ange. På gruppnivå har studier beskrivit en påverkan på graviditetsutfallet vid intag av cirka 12 gram alkohol, eller ett standardglas per dag, i tidig graviditet. En ökad risk för missfall, tillväxthämning och låg födelsevikt har beskrivits. Även konsumtionsmönstret har betydelse. Hög konsumtion vid ett tillfälle innebär troligen särskilda risker.

Effekten av illegala droger på fosterutvecklingen är komplex och precis som för alkohol har tidpunkten, dosen och vilken drog som används betydelse. Ofta används flera droger samtidigt, inte sällan tillsammans med alkohol, och även rökning är mycket vanligt förekommande. Detta gör det svårt att i kliniska studier avgöra den enskilda drogens effekt på barnet. Dessutom påverkar den psykosociala situationen graviditetsutfallet. Ökad risk för näringsbrist och infektioner, som hepatit C och hiv föreligger. Flera droger, såsom heroin, amfetamin, kokain och cannabis, kan ge minskad tillväxt hos barnet. För tidig förlossning förekommer vid missbruk av heroin och amfetamin. Abstinens hos den heroinberoende kvinnan leder även till abstinens hos det väntade barnet och kan även utvecklas hos barnet efter födelsen. Amfetamin påverkar inlärningsförmågan och flera studier har beskrivit uppmärksamhetsstörningar som vid ADHD hos barn som exponerats för kokain (Thompson et al. 2009, Wright och Walker 2001).

23.3.2 Förekomst av riskbruk och missbruk bland gravida

I amerikanska studier har förekomsten av alkoholkonsumtion under graviditet beräknats till mellan 15 och 20 procent (Bhuvanewar et al. 2007). De svenska studier som genomförts har visat på att andelen kvinnor som konsumerar alkohol under graviditeten troligen minskat under de senaste tio åren.

År 1999 intervjuades 1 101 gravida som gick på mödravård i Stockholm om sin alkoholkonsumtion. Intervjuerna skedde i slutet av graviditeten och 30 procent hade konsumerat alkohol under graviditeten och 6 procent hade druckit sådana mängder att risk fanns för påverkan på graviditetsutfallet. År 2004 upprepades studien enligt samma metodik och trots att fler kvinnor då hade riskfylld konsumtion året innan graviditeten, så hade endast 16 procent druckit under graviditeten. En förklaring kan vara att mödravården sedan 2004 mer aktivt informerar om riskerna med alkoholkonsumtion under graviditet (Göransson 2004, Göransson et al. 2003).

Studier från Linköping har visat på ännu lägre siffror. Cirka 6 procent av kvinnorna, vilka tillfrågades anonymt, uppgav att de konsumerade alkohol under graviditeten. Skillnaden mellan dessa studier och studierna i Stockholm kan ha flera förklaringar. En är att mödravårdens arbete givit resultat. Kvinnor i Stockholm har

även i högre grad än i andra delar av Sverige en riskfylld alkoholkonsumtion (Stenström 2009). Dessutom är Linköpingsstudierna och Stockholmsstudierna utförda med olika metodik (Nilsen et al. 2010, Nilsen et al. 2008).

Ytterligare en studie av gravida kvinnor från Stockholm har undersökt förekomst av alkoholberoende i gruppen, vilken uppenbarligen är låg, och ligger på mellan 0,3–1,4 procent (Magnusson et al. 2007).

Under den så kallade uppmärksamhetsveckan om alkohol 2008 i riskbruksprojektets regi, erbjöds gravida som kom till MVC att anonymt svara på en enkät om sina alkoholvanor under graviditeten. Antalet svar uppgick till 5 298. Resultaten visar att 8 procent druckit alkohol vid minst ett tillfälle sedan graviditeten blev känd och störst andel konsumenter återfanns bland dem som var 19 år eller yngre, samt hos dem som var 40 år eller äldre (Holmqvist 2009).

Under uppmärksamhetsveckan studerades även småbarnsföräldrars alkoholkonsumtion. Vid en förfrågan på BVC i Stockholm, tillfrågades de föräldrar som kom till BVC om de ville göra en AUDIT-skattning. Av de svarande var 77 procent kvinnor och 23 procent var män. En betydligt större andel av männen hade ett riskbruk jämfört med kvinnorna, 11,5 respektive 3,4 procent. Pappans eller partnerns alkoholkonsumtion har inte något självklart fokus på MVC. Det diskuteras huruvida detta ska ingå i MVC:s uppdrag. Former för hur BVC ska arbeta med föräldrars riskbruk har beskrivits inom riskbruksprojektet (Riskbruksprojektet 2010, Zimmer 2009).

Av de 40 842 graviditeterna i det nationella kvalitetsregistret för mödrhälsovården under perioden 1 januari till 1 november 2011 har 90 procent screenats med AUDIT. Av dessa hade 6,6 procent riskfylld alkoholkonsumtion, varav 1,1 procent över 10 poäng, som inom MVC är det gränsvärde som brukar leda till en fördjupad bedömning av alkoholvanorna. I landet noteras geografiska skillnader. I Jämtland har enligt screeningen nästan 13 procent ett riskbruk. En annan trolig förklaring är att barnmorskorna i dessa områden är välutbildade i metodiken.

Vad gäller drogmissbruk under graviditet är förekomsten mer osäker. Amerikanska studier visar varierande förekomst. En befolkningsstudie fann att 2,8 procent av de gravida kvinnorna missbrukade illegala droger. Resultaten är knappast överförbara till svenska förhållanden (Ebrahim & Gfroerer 2003).

I ett kliniskt material från Stockholm noterades att gravida med riskfylld alkoholkonsumtion före graviditeten och som under första trimestern utsatt fostret för riskfyllda alkoholnivåer, var de som i högst utsträckning även provat droger någon gång. De var också i denna grupp som det fanns kvinnor som uppgav att de använt illegala droger någon gång under graviditeten (Magnusson et al. 2005).

23.3.3 Screening av alkoholbruk och droganvändning hos gravida

Till MVC kommer i stort sett alla gravida kvinnor. I uppdraget för MVC ingår förebyggande psykosocialt arbete, däribland att arbeta med ohälsa relaterad till alkohol och droger (Socialstyrelsen 1997).

Eftersom flertalet av de kvinnor som kommer till MVC är alkoholkonsumenter (Göransson et al. 2003, Göransson et al. 2006, Magnusson et al. 2005, Nilsen et al. 2010) är det viktigt att vid inskrivningstillfället ställa öppna frågor om alkoholkonsumtion och droger. Målet med screening under graviditet är att tidigt identifiera kvinnor som dricker, för att stödja dem till en drogfri graviditet.

Ett antal svenska studier har undersökt screening för riskfylld alkoholkonsumtion under graviditet (Göransson et al. 2003, Göransson et al. 2006, Magnusson et al. 2005, Nilsen et al. 2010). En utökad screening med hjälp av frågeformulär kring alkoholvanor visade sig vara signifikant bättre för att identifiera gravida med riskfylld konsumtion, än de frågor kring alkoholkonsumtion som föreslås i mödrahälsovårdsjournalen. De formulär som provats i svenska studier är bland annat AUDIT och AUDIT-C. Det finns ett samband mellan riskfylld alkoholkonsumtion året innan graviditeten och konsumtion under graviditet (Göransson et al. 2003). Djupare anamnes eller annat screeningsinstrument krävs i de fall man önskar kartlägga alkoholkonsumtionen även under graviditeten.

Tidpunkten för intervjun är viktig. Med tanke på fostrets exponering för alkohol, och andra skadliga ämnen, är det väsentligt att identifiera riskfylld konsumtion så tidigt som möjligt. Därför har det utvecklats ett tidigt samtal, som helst ska ske inom en vecka vid kontakt med MVC. Samtalet bör vara kortare än 30 minuter

och fokusera alkohol, tobak, illegala droger och läkemedel (Carlen et al. 2009).

23.3.4 Screening för graviditet bland kvinnor med missbruk

Inom den landstingsdrivna specialiserade beroendevården i Stockholm finns det inte någon rutin för att screena kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem för graviditeter. Inom den slutna vården på Beroendecentrum Stockholm och på Capio Maria AB uppger man att enstaka gravida kvinnor vårdas varje år. På Spiralprojektet, Prostitutionsenheten i Stockholm tillfrågas samtliga kvinnor om graviditet.

Enligt en rundringning till ett antal landsting känner man i Karlstad, Luleå och Norrköping inte till att det finns någon rutin för att screena för graviditet om kvinnor med missbruk. I Göteborg och Stockholm används standardiserade instrument där det ingår en fråga om klienten är gravid.

I Malmö har Beroendecentrums akutmottagningar infört obligatoriska graviditetstest på kvinnor med missbruk eller beroende vid inläggning. Det erbjuds även provtagning för könssjukdomar och preventivmedel.

Kriminalvården har inte någon egen policy kring screening av graviditet hos klienter med missbruksproblem.

23.3.5 Intervention och behandling

För en grupp kvinnor som blivit gravida är troligen identifiering av problemet och information om alkohol och graviditet tillräckligt för nykterhet. Andra behöver ytterligare motivation och tätare kontakt med barnmorskan kan krävas (Carlen et al. 2009).

Hos gravida med bruk eller riskbruk av alkohol kan identifiering av alkoholvanor och information om alkohol och graviditet leda till minskat alkoholintag. Kvalificerad rådgivning förefaller inte ge någon ytterligare minskning av alkoholkonsumtionen enligt två randomiserade kontrollerade studier (Chang et al. 1999, 2005). Däremot förefaller kortare rådgivning med viss upprepning ha effekt på bruk eller riskbruk av alkohol hos gravida. I en studie fick interventionsgruppen rådgivning i 10–15 minuter med hjälp av en strukturerad manual, baserad på kognitiva tekniker. De screenades

också för aktuell alkoholkonsumtion cirka en gång i månaden, och fick rådgivning om de hade druckit alkohol. Kontrollgruppen fick inget utöver screening. Det var fem gånger mer troligt att de som fick rådgivning slutade dricka alkohol under graviditeten jämfört med de som enbart tillfrågades om sina alkoholvanor (O'Connor och Whaley 2007).

Vid behandling av kokainberoende kvinnor framkommer att kombinationen av beroendevård och mödravård minskar riskerna för komplikationer, jämfört med lite eller ingen vård (Socialstyrelsen 2006).

För opiatberoende gravida förefaller psykosocialt stöd tidigt under graviditeten förbättra möjligheterna för kvinnan och hennes familj att få en mer ordnad tillvaro. Arbetet bör bedrivas i multiprofessionella team för att erbjuda bästa möjliga vård. I det enskilda fallet kan opiaterna behöva trappas ut, men detta ska inte göras efter graviditetsvecka 32 eftersom abstinens ökar risken för för tidig födsel. Vid intravenöst opiatmissbruk råder det konsensus om att läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin bör erbjudas (Socialstyrelsen 2006, Winklbaaur et al. 2008). Detta grundar sig på att det fortsatta användandet av illegala droger och den livsstil det oftast medför innebär en större risk både för kvinnan och det väntade barnet än läkemedelsbehandlingen. Metadon används vanligen i dessa fall eftersom det finns en betydande erfarenhet. Nackdelen är att 60–80 procent av barnen efter födelsen utvecklar abstinens, som kan kräva behandling. Jämförande studier med buprenorfin talar möjligen för att det finns fördelar med detta preparat i form av att färre barn utvecklar abstinenssymtom (Kakko 2009).

23.3.6 Uppföljning av barnen

Uppföljning av barnen är viktigt för att kunna bedöma konsekvenserna av exponeringen för droger under fosterlivet. Då vissa skador av alkohol och andra droger blir tydliga först i skolåldern är upprepade kontroller över längre tid önskvärt. Beroende hos kvinnor åtföljs ofta av problem i form av samsjuklighet med annan psykisk sjukdom, relationsproblem och fysiskt och psykiskt våld. Detta innebär att kvinnan bör ha fortsatt stöd efter förlossningen. Studier har visat att många kvinnor återfaller månaderna efter att barnet fötts (Socialstyrelsen 2006, Winklbaaur et al. 2008).

23.3.7 Vårdutbudet på MVC

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården beskrivs översiktligt hur gravida med alkohol- eller drogrelaterade problem ska utredas och behandlas (Socialstyrelsen 2007). I riskbruksprojektets regi har omhändertagandet av gravida med bruk, riskbruk eller missbruk ytterligare strukturerats. En modell för arbetet har också utarbetats och beskrivits (Carlen et al. 2009).

Modellen innehåller ett tidigt samtal, med fokus på tobak, alkohol, droger och eventuell medicinering. Detta för att tidigt i graviditeten identifiera kvinnor som riskerar att genom substansintag påverka fostret, så att dessa kvinnor kan erbjudas adekvat information och stöd. Andra livsstilsfaktorer som motion och kost kan man avvakta med till ett senare besök på MVC eftersom detta inte är något omedelbart hot för fosterutvecklingen. Screening av kvinnans alkoholkonsumtion föreslås med hjälp av AUDIT och vid behov kan även fostrets exponering mätas med hjälp av Time Line Follow Back (TLFB) som är en metod för att kartlägga konsumtion bakåt i tiden.

I en enkätundersökning till ansvariga för MVC uppger samtliga att man har handlingsplaner för arbetet med riskbruk. Vid svårare problematik måste MVC söka hjälp utifrån, men vilken hjälp som är tillgänglig varierar såväl inom som mellan landstingen. I Stockholm, Malmö, Göteborg och Gävle finns specialistmödravård för gravida med missbruksproblem. På andra håll är kontakt med socialtjänsten sannolikt den vanligaste åtgärden.

23.3.8 Socialtjänsten

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården sägs att är av största vikt att alla de myndigheter som kommer i kontakt med gravida kvinnor är uppmärksamma på problematiken och enligt tidigare beskrivna metoder i betydlig högre utsträckning ställer frågor om livsstil, inklusive alkohol- och drogvänor. Detta innebär att socialtjänsten har en viktig roll att fylla, såväl när kvinnan själv tagit kontakt för någon form av insats som i myndighetsutövning inom andra områden. Socialtjänsten bör förmedla kontakt mellan den gravida kvinnan och MVC, om det inte redan

skett. Sekretessbestämmelserna ska inte utgöra ett hinder i detta sammanhang.

Den specialiserade vården inom landstinget för gravida med missbruksproblem rapporterar enhälligt att det finns stora skillnader i socialtjänstens utredning och bedömning av stöd till målgruppen. Skillnaderna rör sig om hur strukturerad bedömningen av behov är, och vid vilken tidpunkt insatser sätts in. Den specialiserade vården anser att insatser generellt sätts in allt för sent.

23.3.9 Tvångsvård enligt LVM

Socialtjänsten kan ansöka om vård enligt LVM. År 2006 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utreda i vilken utsträckning gravida kvinnor med missbruk får adekvat vård. Socialstyrelsen skulle också föreslå lämpliga åtgärder, däribland hur en indikation för tvångsvård skulle kunna utformas (Socialstyrelsen 2007).

Socialdepartementet publicerade en promemoria (Ds 2009:19) med ett förslag om att LVM ska ändras för att en gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång om hon på grund av fortgående missbruk av alkohol eller narkotika utsätter sitt ofödda barn för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket. Ärendet bereds inom regeringskansliet.

Ett problem med den nuvarande tolkningen av lagen är att praxis varierar. Ibland tolkar förvaltningsrätterna lagen så att den gravida kvinna som inte frivilligt söker vård ska omfattas, ibland inte (Carlsson 2010). Dessutom varierar socialtjänstens bedömning när vård enligt LVM ska initieras.

Det är ett fåtal kvinnor som har så allvarig beroendeproblematik att frivilliga insatser inte är möjliga i det akuta läget. I en sammanställning från Statens institutionsstyrelse bedöms att mellan 150 och 170 gravida kvinnor har varit inskrivna hos myndigheten för tvångsvård under perioden 2000–2009 (Statens institutionsstyrelse 2010).

23.3.10 Specialiserad vård under graviditeten

Högspecialiserad vård bedrivs i Gävle, Göteborg, Malmö och Stockholm. På de olika orterna har man valt skilda modeller för organisation, bemanning, vårdutbud och mål med verksamheten.

Likheterna mellan verksamheterna är att de arbetar med att den gravida kvinnan ska bli drogfri. Det erbjuds olika former av samtalsstöd samt provtagning. Man arbetar även med anknytning till fostret och förberedelse inför förlossningen. I Göteborg, Malmö och Stockholm finns föräldragrupper inom specialistvården för gravida kvinnor med missbruksproblem. Vårdkontakten är vanligtvis tät, men anpassas utifrån patientens behov.

MVC anses vara en viktig verksamhet för upptäckt av missbruk och beroende hos gravida kvinnor. Socialtjänsten och psykiatrin nämns som viktiga samverkansparter. Det råder enighet om vikten av att etablera kontakt med BVC.

Gävle – Familjesociala teamet

Målet för verksamheten är en drogfri graviditet samt att minimera fosterskador och abstinens hos barnet. Teamet är bemannat med barnmorskor och kurator, och har Gävle kommun som upptagningsområde. Målgruppen för verksamheten är gravida kvinnor med beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel, kvinnor med underhållsbehandling för opiatberoende, gravida som lever i en miljö med närhet till droger och kriminalitet samt gravida med en partner som har beroendeproblematik.

Finns det ett pågående missbruk hänvisas patienten till Gävle beroendemottagning för behandling. Teamet har en kontaktperson vid mottagningen som möjliggör en snabb handläggning. Mellan 2004 och 2006 skrevs 37 patienter in i projektet varav 6 avbröt kontakten. Av 29 inskrivna kvinnor hade 18 eget missbruk. Vidare hade 25 en partner med missbruk alternativt hade den biologiska fadern missbruk. De inskrivna patienterna hade främst ett avancerat narkotikamissbruk. Gruppen kvinnor med ett riskbruk av alkohol som fortsätter dricka under graviditeten har varit svår att nå. De kvinnor som aktualiserades hade redan någon form av kontakt med socialtjänst, psykiatri eller kriminalvård.

Efter förlossningen träffar teamet kvinnan eller paret två till tre gånger. Teamet ser det som önskvärt att det fanns ett motsvarande

team som tog över och hade kontakt med familjen under barnets första år. Inför framtiden är önskemålet att liknande verksamhet ska erbjudas även i övriga länet.

Göteborg – Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga

Verksamhetens syfte är att tillvarata det väntade eller nyfödda barnets rätt och möjlighet att inte utsättas för fara och komplikationer på grund av missbruk hos den gravida kvinnan, stödja kvinnan att komma från missbruk, samt verka för förbättrat omhändertagande av nyblivna mödrar med missbruk eller beroende och deras barn. Teamet består av barnmorska, sjuksköterska, socionom, undersköterska, gynekolog, barnläkare, psykiater och verksamhetschef och är en resursenhet i Primärvården Göteborg och Södra Bohuslän. Verksamheten bedrivs i nära samverkan med Beroendekliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Målgruppen är gravida kvinnor med aktuellt eller tidigare missbruk eller beroende (drogfria i mindre än två år) och deras barn som är inskrivna på MVC respektive BVC (Reuter 2010). Teamet har även en konsultfunktion gentemot personal inom MVC och BVC. År 2008 hade barnmorskorna kontakt med 64 gravida kvinnor, varav 47 följdes under hela graviditeten. Åtta kvinnor har fått missfall, och nio har valt att avbryta graviditeten. Huvuddrogen var i 16 fall alkohol, 23 fall narkotika och 4 fall läkemedel. Flera hade ett blandmissbruk. Svårast att motivera för behandling var kvinnor med läkemedelsmissbruk (Reuter 2009). Under 2010 har andel kvinnor med alkohol som huvuddrog ökat till nära hälften, vilket sannolikt beror på att MVC i högre utsträckning ställer frågor kring alkohol. Kvinnorna som varit i kontakt med mottagningen sedan starten 2007 har i flertalet fall bedömts vara drogfria under graviditet och spädbarnstid.

Vikten av en tidig strukturerad kartläggning betonas, utifrån att problembilden ofta är mycket komplex med blandmissbruk, beteendeproblem, psykisk ohälsa och socialt instabila förhållanden.

Teamet önskar utveckla stöd för hela familjen, även för partnern eftersom man under åren fått en ökad kunskap om männens betydelse för kvinnan och barnet. Det finns även ett behov att utveckla arbetet med de kvinnor som avböjer att bli inskrivna samt uppföljningen av barnen, exempelvis kan familjerna behöva spädbarnsverksamhet.

Malmö – Ambulatoriet

Målet är att motverka oönskade graviditeter, hitta tidiga graviditeter, ge stöd och hjälp till drogfrihet hos gravida kvinnor samt förhindra att barn föds med medicinska komplikationer till följd av moderns missbruk. Man vill också verka för samordning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, samt utbilda personal som träffar kvinnor med missbruksproblem (Cewers 2010, Källström et al. 2010).

Teamet är en arbetsgrupp mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten och består av barnmorska, kurator, läkare, psykolog, sjuksköterska, socionom och socialpedagog. Målgruppen för verksamheten är gravida kvinnor med missbruksproblem, före detta missbrukande kvinnor som varit drogfria i mindre än två år, och gravida kvinnor som lever med en partner med missbruks- eller beroendeproblem.

Ambulatoriet bedriver en utåtriktad verksamhet, exempelvis utbildning för socialsekreterare, besök på behandlingshem och häkte, i syfte att hitta tidiga graviditeter. Vid en konstaterad graviditet, om kvinnan bestämmer sig för att behålla barnet, görs akut avgiftning eftersom målet är omedelbar drogfrihet. År 2009 aktualiserades 40 kvinnor. Av dessa fullföljde 26 graviditeten, 12 avbröt och 2 fick missfall. Huvuddrogen var i 14 fall narkotika, 1 fall läkemedel och 4 fall alkohol. Fem hade ett utvecklat blandmissbruk. Övriga kvinnor var drogfria, men hade varit det i mindre än två år.

De flesta kvinnor som söker till Ambulatoriet har ett tungt narkotikaberoende och är redan kända. Ofta söker de tidigt i graviditeten. MVC nämns som viktigt för att upptäcka kvinnor, men även om AUDIT görs på alla kvinnor i graviditetsvecka 4 eller 5 söker en mindre andel kvinnor med alkoholproblem till Ambulatoriet. Samtliga kvinnor som har ett känt missbruk har identifierats före graviditetsvecka 10, vilket är en stor fördel eftersom barnet då inte utsatts för skadliga substanser under så lång tid och modern har tid välja huruvida hon vill genomföra eller avbryta graviditeten (Cewers 2010).

Stockholm – Familjesociala mottagningen och Capiro Maria

I Stockholm finns två verksamheter, Familjesociala mottagningen inom Beroendecentrum Stockholm samt Capiro Maria.

Målet för Familjesociala mottagningen är drogfri graviditet, förhindra skador hos det ofödda barnet samt stödja kvinnan till fortsatt drogfrihet. Uppdraget är specialistmödravård, bedömning, utredning och behandling av missbruk eller beroende och psykisk hälsa, föräldraförberedelse samt samordning av den specialiserade sjukvårdens, primärvårdens och socialtjänstens resurser.

Mottagningen är bemannad av barnmorskor, socionomer, psykiater, gynekolog och läkarsekreterare. Målgruppen är blivande föräldrar med missbruks- eller beroendeproblem. Kontakten avslutas två till tre månader efter förlossning. Mottagningen tar även emot konsultationer och ger preventivmedelsrådgivning. I syfte att följa upp barnen har mottagningen samarbete med barnläkare.

I en rapport (Hansagi och De Marinis 2006) beskrivs 47 patienter som haft kontakt med Familjesociala mottagningen mellan oktober 2004 och april 2005. Av dessa sökte 55 procent i graviditetsvecka 7 till 12, 30 procent i graviditetsvecka 13 till 24 och 15 procent i vecka 25 till 35. Hälften kom från mödrahälsovården, var fjärde från behandlingshem eller frivården, var femte sökte själv, och var tionde kom från socialtjänsten. Drygt hälften av kvinnorna använde både alkohol och narkotika, 28 procent enbart narkotika och 21 procent enbart alkohol. Två tredjedelar av kvinnorna var redan aktuella inom socialtjänsten. En tredjedel arbetade eller studerade. Man noterar att kvinnorna ofta har en svår uppväxt bakom sig.

På Capiro Maria Stockholm erbjuds beroendevård till gravida kvinnor eller kvinnor som planerar att bli gravida. Kvinnorna går kvar på sin MVC medan mottagningen tar hand om beroendevården. Mottagningen bemannas av en specialistbarnmorska.

Under två månader hösten 2010 hade mottagningen 18 nyanmälningar, varav 16 kom för ett nybesök. En majoritet av patienterna kommer från ett fåtal MVC. Uppskattningsvis missbrukar 80 procent av patienterna alkohol och 20 procent narkotika. En majoritet av patienterna är socialt etablerade i den meningen att de har arbete. Kontakten med Capiro Maria fortsätter i ett år efter att barnet är fött.

23.3.11 Specialiserad vård efter förlossning

Göteborg – Mödra-barnhälsovårdsteamet i Haga

Barnhälsovården har kontakt under barnets första tre till sex levnadsmånader, och som mest upp till två år. Detta sker i nära samverkan med BVC vid vilken formell inskrivning och kontakt sker. Även stöd och behandling för kvinnans beroendeproblematik erbjuds. Betoning ligger på täta kontakter, hembesök, stöd i föräldraskapet samt riktade läkarkontroller. Målet är ett erbjuda ett tidigt föräldrastöd och att tidigt upptäcka eventuella avvikelser i det späda barnets hälsa och utveckling. År 2009 tog teamet emot 41 nya barn. Barnen har hittills inga fastställda påvisbara skador på grund av moderns intag av substanser under graviditeten (Reuter 2009, 2010).

Malmö – Ambulatoriegruppen

I Malmö erbjuds samtliga kvinnor som varit i kontakt med Ambulatoriet under graviditeten uppföljning inom socialtjänstens regi under barnets första två år (Källström et al. 2010). Uppföljningen omfattar barn- och föräldragrupper, enskilda kontakter för kvinnorna och samverkan med andra verksamheter.

Stockholm – EWA mottagningen och Familjesociala mottagningen

EWA mottagningen inom Beroendecentrum Stockholm driver Familjeprogrammet som tar emot patienter från Familjesociala mottagningen. Kontakt etableras med kvinnan eller paret under graviditeten, ofta efter ett långt motivationsarbete. Majoriteten är kvinnor och familjer som inte är tungt psykosocialt belastade.

I Familjeprogrammet bedrivs samspelsbehandling enligt Marteo Meo metoden som är en form av handledning till vuxna där man använder videofilmning som verktyg i syfte att främja samspel och stärka anknytningen mellan föräldrar och barn. Behandlingen genomförs ofta under barnets första sex månader, med uppföljning efter tre respektive sex månader. Samtliga familjer erbjuds även systemisk familjeterapi, vilken syftar till att förbereda paret på att bli föräldrar och stärka parets relation eftersom de sällan haft en

drogfri relation innan barnet. Även enskilda kontakter förekommer inklusive återfallsprevention. Mottagningen har kontakt med ett 20-tal familjer. Familjesociala mottagningen har samarbete med barnläkare på Sachska Barnsjukhuset. Om föräldrar eller personal på mottagningen önskar uppföljning av barnen erbjuds kontakt.

På Capio Maria erbjuds kvinnorna gruppbehandling i ett år efter förlossning, med fokus på återfallsprevention.

23.3.12 Kvalificerad uppföljning av barn

WHO rekommenderar medlemsländerna att utveckla nationella strategier vad gäller prevention, identifikation och interventioner för individer och familjer med FASD (WHO 2010).

I dag erbjuds ett begränsat stöd efter förlossningen till de familjer som redan under graviditeten haft kontakt vid de specialiserade mödravårdscentralerna för missbruk i Stockholm, Göteborg och Malmö. Endast i Göteborg finns ett särskilt team med BVC-sköterska och barnläkare för uppföljning och utredning av barnen. För en god kvalitet i bedömningen av barnet krävs att barnläkaren som gör denna har kunskap om alkohol- och drogrelaterade skador.

I några andra länder finns exempel på verksamheter för uppföljning av barn till mödrar med missbruksproblem genom multiprofessionella team med psykiatriker, psykolog och socionom eller kurator, till exempel i Danmark.

23.4 Personer med funktionsnedsättning

23.4.1 Förekomst av funktionsnedsättningar

Med funktionshinder menas den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen och med begreppet funktionsnedsättning avses en förändring av funktionsförmåga.

I enkätundersökningen Liv & Hälsa från Örebro län besvarade skolungdomar i grundskolan och gymnasieskolan en fråga om funktionshinder i form av hörsel- och synnedsättning, rörelsehinder samt läs- och skrivsvårigheter. Mellan 14 och 18 procent av eleverna angav att de har minst ett funktionshinder.

I en efteranalys av nationella folkhälsoenkäter analyserades situationen för de svarande med funktionsnedsättningar. Enligt undersökningen har 23 procent i befolkningen 16–84 år eller 1,5 miljoner personer någon funktionsnedsättning. Funktionsnedsättning hade ett kraftigt samband med dålig hälsa. Män och kvinnor med funktionsnedsättning löper 8 respektive 13 gånger högre risk för ohälsa (Folkhälsoinstitutet 2008). I tabellen redovisas förekomsten av olika funktionsnedsättningar samt hälsoaspekter.

Tabell 23.1 Funktionsnedsättning och hälsa

	Hörsel	Syn	Rörelsehinder	Alla funktionsnedsatta	Hela befolkningen
16–64 år	9	4	4	19	-
65–84 år	17	5	23	40	-
16–84 år	10	4	8	23	-
Dålig hälsa	12	15	38	22	7
Dåligt psykiskt välbefinnande	27	23	39	31	18
Självordsförbruk	8	7	12	9	4
Tinnitus	35	22	24	28	18
Daglig rökning	17	17	22	18	15
Dagligt snus	13	12	10	13	11
Riskabla alkoholvanor	13	13	11	13	13
Riskabla spelvanor	6	7	9	7	4

Internationellt har flera studier rapporterat högre alkoholkonsumtion hos ungdomar med funktionsnedsättningar. Hogan m.fl. (2000) studerade 3 918 tonåringar varav 5,8 procent rapporterade någon form av funktionsnedsättning. De med funktionsnedsättning rapporterade oftare berusningsdrickande och tobaksrökning. Suris och Parera (2005) rapporterade att 665 av 6 592 eller 9,6 procent av spanska tonåringar hade någon form av funktionsnedsättning. Flickor men inte pojkar med funktionsnedsättning använde oftare narkotika och rökte tobak än jämnåriga utan funktionsnedsättning. Hollar (2005) fann att de med inlärningsproblem, emotionella funktionsnedsättningar och multipla funktionsnedsättningar

oftare rökte cannabis och rapporterade berusningsdrickande än dem med syn- och hörselproblem eller rörelsenedsättning.

23.4.2 Hörselnedsättning hos unga och alkohol

Hörselskadade ungdomar har i avsevärt högre grad än andra riskfylld alkoholkonsumtion. Var tredje flicka och pojke med hörselnedsättning kan klassas som riskkonsument. Bland de hörande rör det sig om 23 procent för flickorna och 18 procent för pojkarna. Fyra av tio hörselskadade pojkar berusar sig minst två gånger per månad jämfört med två av tio bland hörande. För flickornas del är skillnaden inte lika stor, 25 jämfört med 18 procent. Var tredje hörselskadad ungdom råkar genom sitt alkoholdrickande illa ut, vilket kan jämföras med 25 respektive 20 procent bland hörande flickor och pojkar. Det är mer än dubbelt så vanligt bland hörselskadade elever i gymnasieskolan att någon gång ha använt narkotika. Var fjärde pojke med hörselnedsättning och var tionde hörande pojke har använt narkotika. Bland flickor med hörselnedsättning har 18 procent använt narkotika, vilket är 10 procentenheter högre än bland hörande flickor. Riskabel alkoholkonsumtion bland personer med hörselnedsättning och funktionsnedsättning minskar med stigande ålder (Liv & Hälsa).

Litteraturen inom området alkohol- och drogproblem bland döva och hörselskadade i vuxen ålder är mycket begränsad.

Titus, Schiller och Guthman (2008) studerade situationen för amerikanska ungdomar med hörselnedsättning. Tre procent av 4 167 tonåringar rapporterade nedsatt hörsel. Mönstret för missbruket var likartat, men tonåringarna med hörselskada rapporterade ett svårare missbruk än de hörande ungdomarna. De hörselskadade ungdomarna debuterade i missbruk vid signifikant yngre ålder än de hörande ungdomarna. De med hörselnedsättning rapporterade högre frekvenser av psykiska påfrestningar och hade oftare varit utsatta för sexuella eller fysiska övergrepp. Depression, traumatisk stress, koncentrationsproblem och ADHD var vanligare. Det fanns signifikanta skillnader mellan hörselskadade och hörande när det gäller ångest och självmordstankar. De hörselskadade ungdomarna var också något äldre när de kom i behandling och då i ett allvarligare och mer framskridet stadium.

Situationen för ungdomar med hörselskada är mindre känd än för döva ungdomar (Titus et. al 2008). Det framhålls att hörsel-

skadade ungdomarna i den reguljära skolan ofta kan uppleva isolering och att deras önskan om att passa in med de hörande ungdomarna kan påverka ungdomarnas alkohol- och droganvändning. Detta överensstämmer med den tolkning som gjorts av förhållanden i Sverige som också visat på tidig sexuell debut (Brunnberg et al. 2009).

I USA precis som i Sverige, har hörselskadade ungdomarna begränsad tillgång till förebyggande insatser och anpassat informationsmaterial. Tidig och riskfylld alkoholanvändningen kan precis som tidig sexuell debut tolkas som en del i ungdomarnas kamp för att accepteras och bekräftas. De hörselskadade ungdomarna debuterar tidigare och kommer i behandling senare än de hörande ungdomarna (Titus et al. 2008).

23.4.3 Vuxna med hörselnedsättning och dövhet

Huvuddelen av studierna rapporterar de stora svårigheter som döva och hörselskadade individer har att få adekvat behandling för sitt beroende på grund av brist på tolkar samt bristande kunskaper hos behandlaren om specifika behov hos den döva eller hörselskadade individen (Guthmann och Sandberg 1998). Enstaka rapporter från specifika program, framför allt i USA, har publicerats (Guthmann och Blozis 2001).

Det saknas nästan helt beskrivningar av långtidsförloppet hos döva och hörselskadade personer med missbruk, liksom hur integreringen av individerna sker i döv- respektive hörselskade-kulturen. Inte heller finns en noggrannare analys av specifika karakteristika hos populationen när det gäller förväntningar, dryckesmönster och beroendesymptom. De flesta studierna är dessutom flera decennier gamla. Det finns några få studier av alkoholbehandling hos döva och hörselskadade missbrukare.

Moore och McAweeney (2006, 2007) rapporterade att 1,8 procent av personer som behandlats i New York State hade problem med hörseln. Typ av missbruk var likartad mellan de med respektive utan hörselnedsättning. Döva och hörselskadade var äldre när de kom i behandling, vilket kan förklaras av att fler äldre påverkas av sin hörselskada och därför rapporterar den vid behandlingen. Det kan också förklaras av att personer med en allvarlig hörselskada mer sällan identifieras som problemanvändare av alkohol och droger. Behandlingen vad gällde korttidsförloppet var

likartad mellan grupperna. Skillnaden som rapporterades i Titus m.fl. ungdomsstudie (2008) var också framförallt att de hörselskadade ungdomarna kom i behandling senare än hörande samtidigt som de precis som de svenska hörselskadade ungdomarna debuterar tidigt.

För hörselskadade, men kanske framförallt för döva, finns en kulturell och språklig barriär som påverkar möjligheten till studier, men också till intervention. Nya möjligheter finns i dag då både studier och intervention kan genomföras via nätet. Moore m.fl. (2009) har presenterat e-terapi som ett sätt att tackla barriärerna för behandling av döva individer med missbruksproblem. Dövsamhället är en av de grupper i USA där förebyggande insatser och behandling är minst tillgängliga. Det finns numera lovande försök att erbjuda behandling med e-terapi som kan vara kulturellt och språkligt anpassad. Webbaserade enkäter har genomförts i Sverige även på teckenspråk, men däremot har inte förebyggande insatser alternativt e-terapi som behandlingsform utvecklats (Brunnberg 2009).

Långtidsförloppet vid alkoholberoende hos döva och hörselskadade är i princip ett outforskat område.

23.4.4 Behandlingshem för döva personer med missbruk i Malmö

Under åren 1993–2004 fanns en teckenspråkig behandlingsavdelning med fyra platser på Avenboken – ett behandlingshem för vuxna med missbruksproblematik drivet av Malmö stad. Det lades ned på grund av brist på patienter.

Totalt behandlades på Avenboken 28 klienter. I genomsnitt var 3,4 platser belagda med döva eller hörselskadade personer, och den genomsnittliga vårdtiden var 7,5 månader. Åldern på de intagna var oftast 25–30 år. En tredjedel var kvinnor. Alla var teckenspråksberoende. En del uppfattade sig som döva och andra som hörselskadade. Alkoholproblem var vanligast men även missbruk av cannabis och amfetamin förekom.

23.4.5 Nationell kartläggning av vårdbehov hos döva och hörselskadade

År 2009 genomfördes en nationell kartläggning av omfattning och behov av vård och behandling av missbruk för personer med hörselnedsättning (Möller 2009). Sammanlagt identifierades 124 personer i målgruppen varav 85 var teckenspråkiga och 39 var hörselskadade som kommunicerade med talat språk med förstärkning.

Det konstaterades att målgruppen sannolikt är underskattad, särskilt gruppen som kommunicerar med talat språk med förstärkning. Sextiofem procent var över 20 år och cirka tjugo procent hade ytterligare funktionsnedsättningar. Omkring 60 procent var män och 40 procent kvinnor. Alkohol var den dominerande drogen. Narkotika förekom främst bland ungdomarna.

Kartläggningen resulterade i konstaterandet att personer med missbruk och hörselnedsättning har särskilda behov som varken Statens institutionsstyrelse eller den övriga slutna vården kan möta.

23.4.6 Hörselnedsättning hos unga och cannabis

Bland elever i årskurs 9 i grundskolan och andra året i gymnasieskolan är det dubbelt så vanligt bland hörselskadade flickor och pojkar att någon gång använt narkotika. Var fjärde pojke med hörselnedsättning och var tionde hörande pojke har använt narkotika. Bland flickor med hörselnedsättning har 18 procent använt narkotika, vilket är 10 procentenheter högre än bland hörande flickor.

23.4.7 Ryggmärgsskada och missbruk

Skador på ryggmärgen i rygg och nacke leder ofta till förlamning. Mellan 183 000 och 230 000 individer i USA har ryggmärgsskador varav 55 procent skadats i åldrarna 16–30 år och 82 procent är män. Orsaken var trafikolyckor i 39 procent av fallen, skottskador i 25 procent av fallen och fallskador i 22 procent av fallen. Alkohol- eller drogpåverkan förekom i 39–50 procent av skadetillfällena och många hade tidigare alkohol eller drogproblem (Bombardier och Rimmel 1998, Heinemann och Hawkins 1995).

Kolakowsky-Hayner m.fl. (1999, 2002) jämförde patienter med ryggmärgsskada och traumatisk hjärnskada vad gällde alkohol- och drogkonsumtion. De med ryggmärgsskada hade i 96 procent av fallen använt alkohol och droger före olyckstillfället jämfört med 81 procent av de med traumatisk hjärnskada. Motsvarande siffror för hög konsumtion av alkohol var 57 procent respektive 42 procent. Personer med ryggmärgsskada drack oftare dagligen än personer med traumatisk hjärnskada. Även droganvändningen skilde mellan grupperna. Skillnader förelåg också vad gällde konsumtion före och efter skadan. Författarna konkluderar att personer som dricker alkohol efter skadan ofta inte är sociala konsumenter. Antingen slutar individen dricka helt eller dricker alkohol regelbundet.

Heinemann m.fl. (1994) rapporterade att antalet patienter med alkoholmissbruk minskade från 55 procent till 20 procent 12 månader efter olyckan. Men ökad alkoholkonsumtion under rehabiliteringen kan vara ett problem. Ökad alkoholkonsumtion förekommer som ett sätt att minska smärta. Psykosociala problem som depression och minskad livskvalitet kan också bidra till ökad konsumtion (Young et al. 1995).

Seltz m.fl. (2004) studerade 14 enäggstvillingar där en hade ryggmärgsskada. Inga skillnader förelåg mellan enäggstvillingarnas alkohol- och drogvänor. Resultaten talar för att dryckesmönstret inte signifikant påverkas av skadan och att alkohol- och drogproblem därför kan föregå skadetillfället.

Tate m.fl. (2004) studerade 3041 individer med ryggmärgsskada i USA. Av dem hade 14 procent alkoholproblem och 11 procent rapporterade användning av illegala droger eller inte medicinsk användning av läkemedel. Dessa grupper var yngre, oftare män, ensamstående och lägre utbildade än de andra. Individer som använde alkohol utan problem hade den bästa yrkesanpassningen.

Bombardier m.fl. (2004) studerade om tidigare alkoholproblem hade samband med förloppet av rehabilitering. Sjuttiosju individer inkluderades i studien, varav 42 procent hade tetraplegi och 39 procent tidigare alkoholproblem. De med alkoholproblem hade ett signifikant sämre förlopp än övriga.

Det är ovanligt att rehabilitering som inleds på sjukhus inkluderar alkoholbehandling. Efter utskrivning från sjukhus kan patienten delta i traditionella behandlingsprogram för alkohol- och drogproblem. Det är viktigt att patienten stöds i att utveckla nya

intressen och färdigheter för att hantera de påfrestningar som anpassningen till livet med ryggmärgsskada innebär (Alston 1994).

Turner m.fl. (2003) studerade 218 patienter med ryggmärgsskador och traumatiska hjärnskador som deltog i ett sjukhusbaserat rehabiliteringsprogram. Medelåldern var 37 år och 84 procent var män. Fyra typer av alkoholbruk beskrevs utifrån en klusteranalys: högkonsumenter (21 procent), alkoholberoende i aktivt missbruk (18 procent), alkoholberoende under tillbakagång (15 procent) samt alkoholfria och normala alkoholkonsumenter eller nykterister (46 procent). Det konkluderas att en effektivare vård kan erbjudas genom målgruppspecifik behandling.

23.4.8 Intellectuell funktionsnedsättning

Omkring 2–3 procent av befolkningen uppfyller kriterierna för intellektuell funktionsnedsättning. Många individer med lätt till måttlig funktionsnedsättning fungerar i samhället och har tillgång till alkohol. Dessa konsumerar mindre alkohol än den allmänna befolkningen (DiNitto och Webb 1998). Litteraturen om alkoholproblem hos denna grupp antyder att en individ med intellektuell funktionsnedsättning dricker för att passa in i samhället. Olyckligtvis kan denna grupp lätt påverkas och utnyttjas för olika syften (Pack et al. 1998, Sobsey 1994).

Westermeyer m.fl. (1996) fann inga skillnader vad gäller psykologiska problem, familjerelationer, arbetssituation eller legala problem mellan patienter med eller utan intellektuell funktionsnedsättning som remitterats till beroendeklinik. Personer med funktionsnedsättning var överrepresenterade i programmet trots en senare alkoholdebut och kortare varaktighet av missbruket. Detta kan förklaras av att även små mängder alkohol kan nedsätta funktionsnivån i denna grupp.

Behandlingsprogram för individer med intellektuell funktionsnedsättning använder längre behandlingstider, mer stöd, styrning och beteendetechniker, samt mindre konfrontationer. Behandlingen är oftast individuell samt kunskapsinriktad med förenklingar och upprepningar av begrepp. Målen är konkreta med kortare tidsramar. Det sker även ett nära samarbete med andra familjemedlemmar (Campbell et al. 1994, Krishef och DiNitto 1981).

McGillicuddy och Blane (1999) utvecklade två behandlingsprogram för vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. Ett

fokuserade på självförtroendeträning och det andra på normativt beteende och rollmodeller. Båda interventionerna medförde ökade kunskaper och färdigheter, men förändrade inte attityder eller minskade missbruket. Detta kan delvis förklaras av att individer med intellektuella funktionsnedsättningar har svårt att generalisera träningserfarenheter till det dagliga livet.

23.4.9 Autismspektrumstörningar

Autismspektrumstörningar (ASD) är ett samlingsbegrepp för åtta olika diagnostiska kategorier i det internationella klassifikationssystemet ICD-10. Gemensamt för personer inom detta spektrum av neuropsykologiska funktionsnedsättningar är begränsningar inom förmågan till social interaktion, kommunikation och föreställningsförmåga. Aspergers syndrom, autism och atypisk autism räknas till denna grupp. Omkring 0,7 procent av alla i samhället har olika typer av autismspektrumstörningar (Frith 2003).

Hofvander och medarbetare (2009) rapporterade frekvensen alkohol- och drogdiagnoser hos 122 normalbegåvade individer med autismspektrumstörningar. Andelen personer med alkohol- eller drogdiagnos var vid autismstörningar 20 procent, Aspergers syndrom 6 procent och andra genomgripande störningar i utvecklingen 28 procent. De vanligaste missbrukssubstanserna var alkohol följt av cannabis och amfetamin. Författarna drog slutsatsen att alkohol- och drogrelaterade diagnoser inte var vanligare vid autismspektrumstörning än i den allmänna befolkningen.

Kunskapen är begränsad om missbruksproblem hos vuxna med ASD. En nyligen genomförd jämförande studie från två diagnostiska mottagningar i Amsterdam med 123 vuxna som sökte behandling har redovisats (Sizoo et al. 2010). Av dem hade 70 personer diagnostiserats med ASD och 53 med ADHD. Autismspektrumstörningarna bestod av 10 fall av autism, 31 fall av Aspergers syndrom och 29 fall av andra genomgripande störningar i utvecklingen. Förekomsten av beroendediagnos var signifikant högre i gruppen av patienter med ADHD (58 procent) jämfört med i gruppen med ASD (30 procent). I både grupperna ASD och ADHD hade de som utvecklade ett missbruk i ung ålder också börjat röka.

23.4.10 ADHD

ADHD är en av de vanligaste funktionsnedsättningarna och förekommer hos omkring 7,8 procent av barn i åldern 4–17 år och 4,4 procent av vuxna (Faraone och Biederman 2004, Kessler et al. 2006). ADHD utmärks av bristande uppmärksamhet och alltför hög, eller alltför låg aktivitet. Individer med ADHD har en ökad frekvens, i vissa fall dubblerad, både av beroendetillstånd och andra psykiska sjukdomar.

En systematisk översiktsartikel av god kvalitet (Kollins 2008) sammanfattar vetandet om ADHD och missbruk eller beroende. Där konstateras att de som behandlar patienter med ADHD har tillgång till effektiva metoder för att behandla de centrala symtomen vid ADHD samtidigt som de måste beakta risken för att patienten kan utveckla beroendesymtom. ADHD-medicin använt på ett korrekt sätt förefaller inte leda till missbruk. Det finns också vissa studier som tyder på att behandlingen kan minska risken för utvecklingen av beroendetillstånd (Biederman et al. 1999). Vid behandlingsstarten är det nödvändigt att bedöma vissa variabler som ålder och riskfaktorer för att utveckla beroende, till exempel uppförandestörning och bipolär sjukdom samt beroendesjukdom.

Individer med ADHD kräver ofta kontinuerlig behandling då det är kopplat till funktionsnedsättning i skolan, arbetet och privatlivet. Effekten av behandling med centralstimulerande läkemedel är väldokumenterad, och bör ges som en del av ett behandlingsprogram när pedagogiska och andra stödåtgärder visat sig otillräckliga.

23.5 Äldre personer och alkohol

23.5.1 Alkoholkonsumtion hos äldre i Sverige

Den svenska befolkningen blir allt äldre och konsumtionsmönstren har förändrats. Av 2009 års folkhälsorapport (Socialstyrelsen, 2009) framgår att pensionärer dricker betydligt mindre alkohol än yngre, men liksom i de övriga åldersgrupperna dricker män mer än kvinnor. Undersökningar av självskattad alkoholkonsumtion visar att de äldre männen konsumtion har ökat under senare år, medan kvinnornas inte har förändrats. Den självskattade alkoholkonsumtionen brukar dock vara lägre än den faktiska alkoholkonsumtionen, eftersom många underskattar sitt drickande.

Dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser har ökat stadigt bland både kvinnor och män i åldern 65–74 år sedan början av 1990-talet. Alkoholrelaterad dödlighet är också betydligt vanligare bland män. Något som talar för att riskkonsumtion blivit vanligare bland äldre är att antalet vårdade för alkoholförgiftning räknat per 100 000 ökat både bland kvinnor och män i Sverige, liksom även de alkoholrelaterade dödsfallen.

Den nationella folkhälsoenkäten visar på riskkonsumtion av alkohol i befolkningen. Beräkningarna är baserade på de tre första frågorna i AUDIT som rör konsumtionen (Folkhälsoinstitutet 2010). Män med en summa på 8–12 poäng räknas som riskkonsumenter av alkohol, för kvinnor används summan 6–12 poäng. Även frågan om berusningsdrickande är medtagen, så att de som varit berusade 2–3 gånger i månaden eller oftare inkluderas i gruppen som har riskabla alkoholvanor. Riskfylld alkoholkonsumtion föreligger hos 1–2 procent av kvinnorna och 4–6 procent av männen i åldersgruppen 65–84 år. Det föreligger inga säkra förändringar under åren 2004–2010. Tjugonio procent av kvinnorna och 16 procent av männen i denna åldersgrupp dricker ingen alkohol.

Monitorprojektet vid SoRAD följer kontinuerligt sedan år 2000 den svenska alkoholkonsumtionen med hjälp av månatliga telefonintervjuer med ett representativt urval av svensktalande personer i åldrarna 16–80 år. Den totala alkoholkonsumtionen har ökat något för män i åldern 65–80 år, medan kvinnornas konsumtion är oförändrad. Vin är vanligast följt av starksprit och starköl. En konsumtion av 4,2 liter ren alkohol per år motsvarar en flaska vin per vecka. Riskkonsumtion av alkohol definierades av SoRAD som mer än 9 standardglas alkohol (motsvarar 15 cl vin) per vecka för kvinnor och mer än 14 standardglas per vecka för män. Andelen riskkonsumenter bland kvinnor minskar efter 70 års ålder från 6–7 procent till 3–4 procent. För män sker minskningen efter 75 års ålder från 10–12 procent till 5–8 procent. Dessa siffror är betydligt högre än motsvarande siffror från den nationella folkhälsoenkäten, vilket beror på att olika beräkningsmetoder har använts.

Resultaten från Liv & Hälsa studien 2008 (Lindén-Boström et al. 2009) som genomfördes i fem län i Mellansverige, visar att alla alkoholvanemått, med undantag av frekvensen av alkoholkonsumtion, har högst värden mellan 18–25 års ålder och sedan sjunker successivt med stigande ålder. Antalet individer som dricker

alkohol minst två gånger per vecka ökar däremot långsamt under livet, för att nå en topp i åldern 60–64 år. Alla dessa resultat gäller både män och kvinnor. Med stigande ålder sjunker också antalet individer med riskkonsumtion. Det sker inte någon ökning i samband med pensioneringen, snarast tvärtom. I högre ålder är antalet icke-konsumenter betydligt fler bland kvinnor än bland män (55–64 år: 17 procent bland kvinnor respektive 9 procent bland män; 65–74 år: 28 respektive 15 procent och 75–84 år: 47 respektive 28 procent). En av förklaringarna till dessa könsskillnader är en återspeglning av alkoholvanorna från en annan tid, då många kvinnor hade en mycket låg alkoholkonsumtion under hela livet. Denna grupp har nu nått pensionsåldern. Männen alkoholvanor har ändrats betydligt mindre.

Bilden av pensionären med riskfylld alkoholkonsumtion är kanske inte den väntade. Den största skillnaden mellan pensionären och övriga är levnadsvanor med dagligt rökande eller snusande och fysisk inaktivitet. De mår psykiskt sämre, men rapporterar inte en sämre kroppslig hälsa. De har oftare en hög utbildning. Sociala faktorer betyder litet när det gäller riskfylld alkoholkonsumtion. Bostad, ensamboende och födelseland innebär ingen ökad risk, liksom inte heller faktorer som rör tillgången till socialt stöd. Kvinnor med riskkonsumtion rapporterar mer ekonomiska problem, vilket kanske är sekundärt till en omfattande alkoholkonsumtion.

Riskfylld alkoholkonsumtion är ingen sjukdom i sig. Det är först om den leder till alkoholberoende som vi talar om ett sjukdomstillstånd. I det officiella svenska diagnossystemet används WHO:s diagnosklassifikationer. Det övergripande kriteriet är att alkoholkonsumtion får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden, som tidigare haft en större betydelse. Detta gäller både fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen. Uppgifterna om förekomsten av beroende bland äldre i Sverige är osäkra. Uppgifter från USA visar att prevalensen av alkoholberoende är mycket låg efter 65 års ålder, under en procent (Grant et al. 2001).

23.5.2 Ökad känslighet för alkohol med stigande ålder

Med stigande ålder slutar många helt dricka alkohol. Orsaken kan vara kroppslig sjukdom som ger ökad känslighet för alkoholens effekter, eller en ökad känslighet för alkohol på grund av ålders-

processerna i sig (NIAAA, 1998). Beresford och Lucey (1995) har beskrivit de olika mekanismerna som kan förklara skillnaderna hos äldre individer jämfört med yngre vad gäller den ökade känsligheten för alkohol. Äldre får en högre alkoholkoncentration i blodet än yngre vid samma mängd alkohol. De är också mer påverkade vid samma dos alkohol. Funktionsförmågan är också mer nedsatt vid samma alkoholkoncentration.

I USA rekommenderas lägre gränser för riskfylld alkoholkonsumtion hos äldre jämfört med hos yngre. Mer än ett standardglas alkohol om dagen anges som riskgräns både för män och för kvinnor. I de flesta europeiska länderna används emellertid samma gränser för yngre och äldre individer, vilket innebär för män mer än två standardglas om dagen.

Få studier har följt personer i den allmänna befolkningen som utvecklat alkoholberoende och svåra alkoholproblem under mer än 60 år. Det är endast män som har studerats, vilket förklaras av att det tidigare var ovanligt att kvinnor utvecklade dessa tillstånd. Två av studierna har genomförts i USA och en i Lundby i Sverige. Resultaten är likartade med en livstidsrisk på 16–18 procent och med en frekvens av 14 procent som har ett kroniskt tillstånd, men med i regel långa missbruksfria perioder. Förloppet kan variera vad gäller längden av de missbruksfria perioderna, men i genomsnitt föreligger tre missbruksfria år för varje år med missbruk (Berglund 2001).

Många av dessa individer bygger upp olika skyddsnät för att undvika återfall. Viktigt har varit regelbundenhet på arbetet och i familjen. Pensioneringen innebär ofta att denna regelbundenhet bryts. Individen får plötsligt mycket tid över och risken för återfall ökar. Om personen söker behandling är det viktigt att hjälpa den enskilde att utveckla en ny regelbundenhet i livet. I regel har personen behandlats vid många tillfällen tidigare och har kunskaper om hur en bra behandling ska läggas upp. Prognosen är i regel god. Mängden alkohol per dag är lägre och missbruksperioderna kortare än de var 20–30 år tidigare. Huvudmotivet för att sluta dricka alkohol är att kroppen inte längre tål det.

Moos och medarbetare har genomfört omfattande analyser av förloppet under 20 år (Moos et al. 2009). Sannolikheten för riskfylld alkoholkonsumtion minskade under uppföljningsperioden. Men i åldern 75–85 år konsumerade 49 procent av männen och 27 procent av kvinnorna mer än 2 standardglas vid ett konsumtionstillfälle eller 7 standardglas per vecka. De män som konsu-

merat över risknivåerna hade oftare alkoholproblem än kvinnorna. Författarna menar att detta talar för att risknivåer i hög ålder ska vara desamma för män som för kvinnor. Även sambandet mellan alkoholkonsumtion och hälsa analyserades. Under 20-årsperioden minskade alkoholkonsumtionen, medan problem med hälsan ökade. Problem med hälsa, depression, medicinanvändning och akuta sjukdomstillstånd hade samband med ökad nykterhet. Däremot ökade alkoholkonsumtionen om alkohol användes för att minska smärta. Författarna påpekade att det var viktigt att identifiera smärtpatienter som använde alkohol som medicin för att hjälpa dem till mer adekvat smärtlindring.

Moos et al. (2010) har även analyserat sambandet mellan sociala och ekonomiska faktorer och riskkonsumtion av alkohol. Deltagande i sociala aktiviteter, umgänge med vänner med till alkohol positiva vanor, god relation till partner och god ekonomi samvarierade med en ökad risk för högkonsumtion. Individer som initialt hade fler vänner med positiva alkoholattityder, bättre ekonomiska resurser och använde alkohol för att slappna av löpte större risk att utveckla alkoholproblem under 20-årsperioden.

I en svensk studie (Hansson 1994) analyseras det sociala nätverket hos 500 män födda 1912 och undersökta 1980, då de var 68 år gamla. Fyrtiotvå av de 500 individerna (8,5 procent) hade en alkoholkonsumtion på 250 gram i veckan (21 standardglas per vecka). Män med riskkonsumtion av alkohol var jämfört med övriga män oftare ensamma utan partner. De hade ett svagare socialt nätverk, färre kontakter med vänner och släktingar, och de deltog mera sällan i sociala aktiviteter.

23.5.3 Positiva hälsoeffekter av alkohol

Små mängder alkohol hos äldre individer har i flera undersökningar haft samband med lägre frekvens av hjärtinfarkt, stroke, diabetes av typ 2 och demens (Ferreira & Weems, 2008). Andra sjukdomar ökar däremot även vid små mängder alkohol såsom skrumplever och bröstcancer. Ett genomgående fynd är att de som regelbundet konsumerat 1–2 standardglas alkohol per dag har en något lägre dödlighet än de som inte dricker alkohol alls, eller de som har en riskkonsumtion. De flesta studierna finner ingen skillnad mellan olika typer av alkohol. En konsumtionsmängd motsvarande 1–2

standardglas för män och något lägre för kvinnor tycks således inte innebära negativa hälsoeffekter för äldre individer.

De positiva effekterna av alkohol i låga till måttliga doser har ifrågasatts. Ett argument är att de som inte dricker alkohol ofta är alkoholberoende personer som slutat dricka alkohol, men som har sämre hälsa på grund av tidigare hög alkoholkonsumtion. Flera studier har dock funnit att de positiva effekterna kvarstår om alkoholberoende individer utesluts i analyserna. Slutsatserna från många av de nämnda studierna talar nog för att man bör dricka 1–2 glas vin i förebyggande syfte. Men det finns flera osäkerhetsfaktorer. Det finns alltid en risk att utveckla alkoholberoende vid ökad konsumtion. De redovisade resultaten är sambandsanalyser, där orsakssamband inte kan fastställas. Det går inte att utesluta andra bakomliggande faktorer, som kan förklara både en måttlig alkoholkonsumtion och lägre dödlighet i hjärtinfarkt, som till exempel bättre socialt nätverk med högre social aktivitet. Svenska läkare rekommenderar därför inte alkohol för att förebygga hjärtinfarkt.

23.5.4 Behandling

Prognosen för dem som debuterar sent med alkoholproblem är god. Deras psykiska problem är mindre svåra än bland dem som debuterar i tidig ålder. Behandlingsmetoderna är desamma som för andra personer med alkoholproblem. I USA finns särskilda behandlingsprogram för personer över 60 år. Detta har ännu inte slagit igenom i Sverige och i övriga Europa.

23.6 Sammanfattning och slutsatser

23.6.1 Ungdomar och missbruk

Ungdomar med missbruk har distinkt annorlunda vårdbehov än vuxna. De utvecklar snabbare än vuxna problem som ett resultat av alkohol- och droganvändning. Missbruk av alkohol och andra droger hos ungdomar förekommer ofta tillsammans med psykiska sjukdomar och problem, och kan vara del av ett normbrytande beteende. Vanligen söker inte unga personer vård för medicinska problem på grund av missbruket, eftersom sådana problem sällan hunnit uppstå. Däremot kan missbruket leda till både kort- och

långsiktigt negativa konsekvenser, till exempel när det gäller skolgång, kriminalitet och på andra socialt och utvecklingsmässigt sett viktiga områden.

Missbruks- och beroendevård för unga måste därför ha en annan uppläggning än vård för vuxna. Behovet av en allsidig utredning som identifierar psykiatrisk samsjuklighet, brister i hem- eller skolmiljön, inlärningssvårigheter, etc. är stort, liksom samordnade insatser inom dessa områden.

Det finns forskningsstöd för att ett antal familjebaserade psykosociala interventioner har effekt på missbruket. Användningen och kunskapen bland yrkesverksamma av de insatser som är kunskapsbaserade är begränsad i Sverige. Det saknas också nationella riktlinjer för vägledning av huvudmän och yrkesverksamma. Vidare är ansvaret för olika insatser ofta alltför tydligt, varför vård- och stödprocessen brister. Oproportionerligt mycket av resurserna förefaller satsas på institutionsvård för unga med missbruk. Barn- och ungdomspsykiatri identifierar allt för sällan missbruk hos patienterna, och betraktar normalt inte missbruk som ett primärt ansvar.

Vård och behandling för barn och ungdomar med missbruk är ett tydligt förbättringsområde. De stora bristerna är att insatserna är ojämnt spridda över landet, att de är av mycket skiftande karaktär och kvalitet, att de oftast saknar medicinsk eller barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens, att de brister i användning av evidensbaserade metoder samt att viktiga delar av vård- och stödprocessen saknas.

23.6.2 Gravida kvinnor med riskbruk eller missbruk

Att alkohol under graviditeten kan ge fosterskador är väl känt. Kännedomen om skador orsakade av andra droger är mer begränsad. Det råder osäkerhet om hur vanliga alkohol- och drogrelaterade skador är på svenskfödda barn. Trenden under den senaste 15-årsperioden är att alkoholkonsumtion under graviditet minskat. MVC har en central roll för att identifiera kvinnor som på grund av riskbruk riskerar skada det ofödda barnet. Detta arbete fungerar generellt väl och fler med riskbruk identifieras, men det finns fortfarande en viss förbättringspotential.

Den specialiserade mödravården rapporterar att de tar emot fler kvinnor med alkoholmissbruk än innan den förbättrade

screeningen infördes på MVC. Kvinnor med riskbruk av alkohol får till viss del stöd av barnmorskor på MVC.

För kvinnor med svårare missbruks- eller beroendeproblematik, finns specialiserade verksamheter inom hälso- och sjukvården i fyra landsting. I övriga Sverige åligger det socialtjänsten att ha handlingsplaner för gruppen. Det finns här ett betydande utvecklingsbehov. LVM används i svåra fall, men ofta sent i förloppet, och praxis varierar mellan olika kommuner när det gäller graviditet som orsak till vård. Uppföljning av barnen till gravida med missbruk eller beroende är mycket begränsat. Behovet av fler mottagningar och utvecklad uppföljning är uppenbart.

23.6.3 Funktionsnedsättning och missbruk

Funktionsnedsättning och missbruk är ett forskningsområde som försumrats under det senaste decenniet. Vissa studier visar att alkohol och droganvändning kan orsaka funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom. Studier av förekomst av missbruk av personer med funktionsnedsättning har sällan uppmärksammats i forskningen. Förekomst av missbruk kan variera mellan olika grupper av personer med funktionsnedsättning. Inga studier visar att det bland personer med funktionsnedsättning förekommer alkohol- och drogmissbruk mindre ofta än bland andra. Däremot finns det studier som visar att personer med funktionsnedsättningar får behandling senare.

I en svensk kartläggning konstateras att personer med funktionsnedsättning har särskilda vårdbehov vid intervention, vilka i dagsläget inte kan mötas vare sig inom den slutna eller öppna vården eller med insatser för närstående. Gruppen har också svårt att ta del av det ordinarie vårdutbudet på grund av funktionsnedsättningen.

Ungdomsperioden för individer med funktionsnedsättning innebär ofta riskbeteende med avseende på alkohol- och droganvändning. Förebyggande insatser riktade till ungdomar med funktionsnedsättning är mycket centrala, men har hittills till stor del saknats.

23.6.4 Äldre och missbruk

Den forskningsgenomgång utredningen låtit göra visar att det finns många riskkonsumenter bland äldre. Antalet riskkonsumenter kan också förväntas öka i framtiden. Det är därför angeläget att utveckla målgruppsanpassade preventiva strategier och insatser för att möta de äldre riskkonsumenterna i befolkningen.

Att konsumera alkohol är för många en del av det goda åldrandet. Antalet konsumtionstillfällen är också minst lika stort i högre som i lägre ålder, men intensivkonsumtionen minskar liksom antalet riskkonsumenter med stigande ålder. Låg till måttlig alkoholkonsumtion kan också ha vissa positiva effekter framför allt för hjärta och kärl. Men samtidigt föreligger en risk att utveckla alkoholproblem.

Åldrandet kan också innebära risker för att utveckla alkoholproblem, till exempel genom att tidigare rutiner från arbetslivet upphör i samband med pensionering. De flesta som utvecklar alkoholproblem som äldre kan tidigare i livet ha haft riskfylld alkoholkonsumtion eller alkoholberoende. En inte obetydlig grupp utvecklar dock alkoholproblem först i hög ålder. De senare lever i en alkoholpositiv miljö, använder ett undvikande sätt att hantera konflikter, och har ofta långvariga depressiva symtom. Det är därför viktigt att observera tidiga tecken på problem och förändra alkoholvanorna. Om behandling behövs används samma behandlingsmetodik som för yngre personer med alkoholproblem. Internationellt finns exempel på målgruppspecifika behandlingsprogram för äldre. Prognosen är i allmänhet god efter genomförd behandling.

24 Tillgänglighet, vårdgaranti och brukarinflytande

24.1 Bristande tillgänglighet

Tillgänglighet till hälso- och sjukvården har länge framhållits som ett betydande problem (Socialstyrelsen 2010, s. 99–100). Även tillgängligheten till socialtjänsten har kritiserats, bland annat när det gäller behandling för personer med missbruk eller beroende (SOU 2005:82). Det saknas dock specifika uppgifter om tillgängligheten till missbruks- och beroendevården.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) sägs att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälso-tillstånd. Vidare finns en allmän prioriteringsregel. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kraven på god kvalitet innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig.

Inom hälso- och sjukvården har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (tidigare Landstingsförbundet) sedan början på 1990-talet slutit överenskommelser om olika former av vårdgarantier i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Den 1 juli 2010 infördes bestämmelser om vårdgaranti i 3 g § HSL.

I 11 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) sägs att socialtjänsten utan dröjsmål ska inleda utredning. Det finns inte någon lagstadgad vårdgaranti motsvarande den inom hälso- och sjukvården. Däremot ska kommunen enligt 16 kap. 6 a § SoL åläggas att betala en särskild avgift om den inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd som någon är berättigad till enligt beslut av socialnämnd eller domstol.

Även inom socialtjänstens område har det vidtagits åtgärder för att förbättra tillgängligheten, bland annat att genom bidrag

stimulera kommunerna att införa garantier motsvarande dem inom hälso- och sjukvården.

24.1.1 Öppna jämförelser 2009

Socialstyrelsen har samlat in data om olika aspekter på kvalitet och tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården och redovisat dessa i öppna jämförelser. Jämförelserna av kommunerna och landstingen omfattar sju kvalitetsområden: insatser, tillgänglighet, samverkan, delaktighet, utredning, riktade stödformer och kompetens. Nedan redovisas resultaten från 2009 års öppna jämförelser när det gäller tillgänglighet (Socialstyrelsen 2010a, s. 20–21, 27–30).

Kvalitetsområdet tillgänglighet omfattar frågor om vård och stöd erbjuds inom rimlig tid, väntetider samt om hur lång tid det tar innan individuell vårdplan upprättas. De tider som avses är dels från det att den enskilde söker kontakt till det att han eller hon kontaktas och dels från det att kontakt etablerats till det att ett första personligt möte äger rum.

När det gäller socialtjänsten visar resultaten att tillgängligheten till vård och stöd för personer med missbruk eller beroende varken är bra eller dålig. Kvalitetsomdömet ligger mellan 3 och 4 på den femgradiga skalan. Skillnaderna mellan olika kommuner är jämförelsevis begränsad.

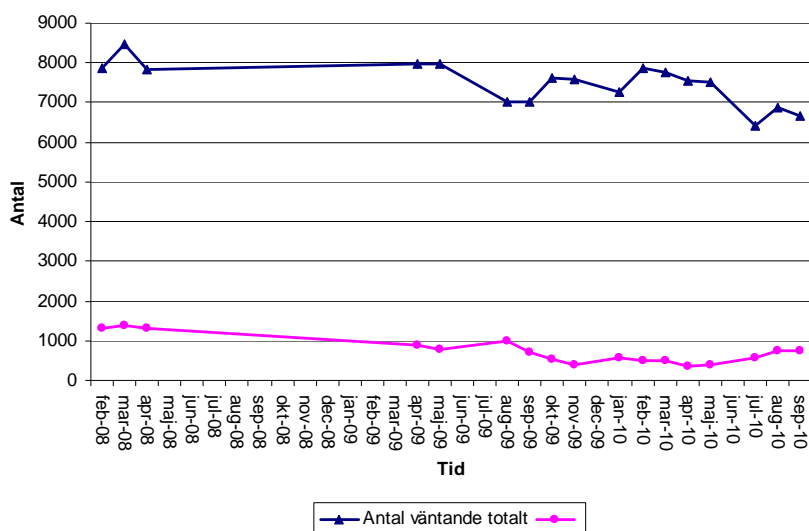
När det gäller hälso- och sjukvården visar resultaten att det finns väsentliga skillnader i tillgängligheten till vård och behandling mellan olika enheter i olika landsting. Det finns enheter som har det högsta kvalitetsomdömet (5 av 5) och det finns enheter som har det lägsta kvalitetsomdömet (1 av 5). Skillnaderna är stora såväl inom som mellan olika landsting.

24.1.2 Väntetidsdatabasen

Som ett led i arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården finns sedan år 2000 databasen Väntetider i vården. I databasen redovisas inte väntetider specifikt för missbruks- och beroendevården. Men däremot redovisas väntetider specifikt för allmänpsykiatrin, vilken vanligtvis inkluderar landstingens missbruks- och beroendevård (www.vantetider.se).

I september 2010 väntade totalt 6 657 patienter på specialiserad vård inom allmänpsykiatri varav 734 har väntat mer än 90 dagar. Det innebär att drygt 10 procent av patienterna väntat längre på specialiserad vård än vad de stipulerade tidsgränserna i den nationella vårdgarantin anger. Variationerna är betydande mellan olika landsting. I vissa landsting är antalet patienter som väntar på vård mycket begränsat och i princip förefaller inte någon patient ha väntat längre än 90 dagar. I andra landsting finns ett stort antal patienter som väntar på specialiserad vård. I det landsting som i minst utsträckning uppfyller den nationella vårdgarantin har drygt 40 procent av de väntande patienterna väntat mer än 90 dagar.

Figur 24.1 Väntetider allmänpsykiatri, specialiserad vård



Källa: Väntetidsdatabasen, www.vantetider.se

Sedan februari 2008 har såväl antalet som väntar på specialiserad vård inom allmänpsykiatri som andelen som väntat mer än 90 dagar minskat. Nivån har varierat betydligt mellan olika månader. De senaste månaderna har det totala antalet som väntar på allmänpsykiatrisk vård minskat något medan andelen som väntat längre än 90 dagar ökat något.

I detta sammanhang ska det noteras att det finns betydande metodproblem när det gäller uppföljningar av vårdgarantin inom allmänpsykiatri. Inom allmänpsykiatri tillämpas i regel inte

remisskrav, utan patienten kan söka direkt. För delar av allmänpsykiatrin kan det sålunda hävdas att det egentligen är tidsgränserna inom vårdgarantin för primärvården som ska gälla. Det har även visat sig vara svårt att fastställa entydiga regler för när behandling ska anses vara inledd. Till exempel kanske den medicinska bedömningen resulterar i att en patient bör behandlas både med läkemedel och psykoterapi. Läkemedelsbehandlingen inleds omedelbart, men för psykoterapi gäller väntetid. I dylika situationer finns det olika uppfattningar och praxis vad gäller om vårdgarantins krav är uppfyllda när det gäller behandling inom specialiserad vård.

24.1.3 Vårdbarometern 2009

Landstingen har sedan 2001 löpande undersökt den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och erfarenheter av den svenska hälso- och sjukvården genom den så kallade Vårdbarometern. Nedan summeras resultaten om tillgänglighet i 2009 års Vårdbarometer (www.skl.se).

Av resultaten framgår att 63 procent av befolkningen känner till den nationella vårdgarantin medan 34 procent inte känner till den och 3 procent uppger att de inte vet. Variationerna är stora mellan olika landsting. Andelen som känner till vårdgarantin är högst i Jämtland och Uppsala (69 procent) och lägst i Jönköping (54 procent).

När det gäller möjlighet att komma fram via telefon till primärvården (vårdcentral och hälsocentral) uppger 60 procent att det är lätt eller mycket lätt, 19 procent att det varken är lätt eller svårt, 20 procent att det är svårt eller mycket svårt och 1 procent att de inte vet. Variationerna är mycket stora mellan olika landsting. Andelen som anser att det är lätt eller mycket lätt är högst i Kalmar (70 procent) och lägst i Värmland (33 procent).

Av dem som besökt vårdcentral och väntat minst en dag för besök var andelen som anser att väntetiden till besök inom primärvården är rimlig 86 procent. Andelen som anser att väntetiden är rimlig har successivt ökat från 72 procent 2001 till 86 procent 2009. Den största ökningen har skett under 2008 och 2009.

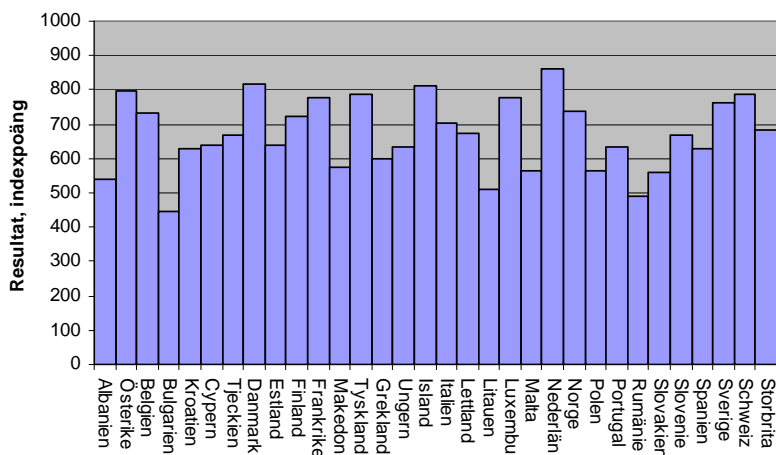
Av dem som besökt sjukhus ansåg 72 procent att väntetiden var rimlig. Andelen har successivt ökat från 61 procent 2001 till 72 procent 2009. De senaste åren har nivån legat kring 70 procent.

24.1.4 Euro Health Consumer Index 2009

Health Consumer Powerhouse (HCP) publicerar årligen jämförelser av hälso- och sjukvården mellan medlemsstaterna i EU. Det sammanfattande totala indexet är en sammanvägning av index på sex delområden: medicinska resultat, sjukvårdssystemets tillgänglighet, tillgång till läkemedel, patientens rättigheter och information, väntetider samt e-hälsa. Nedan redovisas resultaten om tillgänglighet i 2009 års undersökning (Health Consumer Powerhouse 2009).

I 2009 års undersökning, som omfattar samtliga medlemsstater i EU samt ytterligare länder i Europa, bland annat Norge, Island och Schweiz, rankas Sverige på plats 9 av 31 länder med 762 av totalt 1000 poäng. Bäst totalt resultat uppvisar Nederländerna med 863 poäng, Danmark med 819 poäng och Island med 811 poäng. Jämfört med 2008 försämrades Sveriges resultat med tre placeringar, från plats 6 till plats 9 (ibid., s. 13–18).

Figur 24.2 Euro Health Consumer Index 2009, Totalt resultat



Källa: Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2009.

Den svenska hälso- och sjukvården uppvisar bäst medicinska resultat av samtliga i undersökningen ingående länder, vilket den gjort i samtliga undersökningar sedan den första genomfördes 2005. Det totala resultatet dras ner av brister inom delområdena e-

hälsa och tillgänglighet (väntetider). Bristande tillgänglighet har återkommande varit en svaghet i samtliga undersökningar (ibid., s. 13–18).

24.1.5 Europabarometern 2007

År 2007 lät EU Kommissionen genom Generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och lika möjligheter genomföra en särskild europabarometer om hälso- och sjukvården i EU. Resultaten visar att medborgare i Sverige är mer missnöjda med vårdens tillgänglighet än genomsnittet i EU. När det gäller primärvården anser exempelvis 63 procent av den svenska befolkningen att det är lätt att komma till primärvården. Motsvarande andel i EU är 88 procent. När det gäller den specialiserade vården anser 38 procent i Sverige att det är lätt att komma i kontakt med en specialistläkare. Motsvarande andel i EU som genomsnitt är 62 procent (EU Kommissionen 2008).

24.1.6 Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården 2010

SKL genomförde 2010 på regeringens uppdrag en kartläggning av den slutna psykiatriska vården, vilken inkluderar missbruks- och beroendevården, i samtliga landsting i riket. Av kartläggningen framgår att antalet vårdplatser per invånare varierar betydligt mellan olika landsting. Det landsting som har störst antal vårdplatser per invånare har mer än dubbelt så många som det landsting som har minst antal per invånare. I rapporten konstateras att skillnaderna inte endast kan avspegla skillnader i vårdbehov (SKL 2010).

24.2 Vårdgarantier

Vårdgarantier har införts i flera länder i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården. I Sverige har regeringen och SKL (tidigare Landstingsförbundet) sedan 1992 ingått flera överenskommelser om vårdgaranti i syfte att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. År 2010 infördes bestämmelser om vårdgaranti även i HSL.

24.2.1 2010 års vårdgaranti

Den 1 juli 2010 infördes i 3 g § HSL en bestämmelse som säger att landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får: kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti), besöka den specialiserade vården (besöksgaranti) samt planerad vård (behandlingsgaranti). Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt närmare föreskrifter om vårdgarantins innehåll.

I 3 h § föreskrivs att det landsting som inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin ska se till att patienten kan få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Vidare föreskrivs i HSL att landstinget ska rapportera in uppgifter om väntetidsdata till en nationell databas.

Tidsgränserna i garantin regleras dock inte i HSL, utan i förordning (2010:349) om vårdgaranti. De tidsgränser som föreskrivs i 2 § nämnda förordning är de samma som gällde i 2005 års frivilliga överenskommelse mellan regeringen och SKL. Kontakt med primärvården ska erbjudas samma dag som patienten söker hjälp och besök hos läkare i primärvården ska erbjudas inom sju dagar. Besök inom den planerade, specialiserade vården ska erbjudas inom 90 dagar efter beslut om remiss, eller om remiss inte är nödvändig från det att den enskilde sökt kontakt med den specialiserade vården, och behandling ska inledas inom 90 dagar efter att vårdgivaren beslutat om att erbjuda behandling.

24.2.2 2005 års vårdgaranti

År 2005 slöt regeringen och Landstingsförbundet en överenskommelse om en vårdgaranti. Vårdgarantin bestod av fyra delar som omfattar i princip alla besök i primärvården exklusive akuta besök samt planerade besök och behandling i den specialiserade vården. Primärvårdens tillgänglighetsgaranti säger att kontakt ska erbjudas samma dag som patienten söker hjälp. Primärvårdens besöksgaranti säger att besök hos läkare ska erbjudas inom sju dagar. Tillgänglighetsgarantin för den specialiserade vården innebär att besök ska erbjudas inom 90 dagar efter beslut om remiss och behand-

lingsgarantin inom den planerade vården att behandling ska erbjudas inom 90 dagar efter beslut om behandling.

Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Den reglerar endast inom vilka tidsramar som den vård som patienten och vårdgivaren kommit överens om ska erbjudas. Det är alltid den medicinska bedömningen utifrån gällande medicinska prioriteringar och indikationer för vård och behandling som ska utgöra grund för beslut och därmed aktivera vårdgarantin.

24.2.3 Förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa

År 2009 ingick regeringen och SKL en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa. Den förstärkta vårdgarantin är en fortsättning på de överenskommelser som regeringen och SKL ingått 2007 och 2008 om särskilda satsningar på förbättrad tillgänglighet inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.

Målsättningen för den förstärkta vårdgarantin är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin.

Landstingen ska erbjuda kontakt med första linjens sjukvård (primärvård, skolhälsovård, barnhälsovård, etc.) samma dag som patienten söker hjälp och erbjuda besök inom sju dagar. Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ska erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar efter beslut om remiss och fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar efter beslut om fortsatt utredning eller behandling.

24.2.4 Kömiljarden 2011

Den överenskommelse som regeringen och SKL slutit om villkoren för att landstingen ska ta del av det statliga bidraget för förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (kömiljarden) för 2011, innebär att vård ska erbjudas snabbare än vad som sägs i 2005 års överenskommelse. Bidraget avser den planerade, specialiserade vården och ska fördelas enligt följande villkor:

- 400 miljoner fördelas till de landsting som klarar målet att minst 70 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på ett specialistbesök inom planerad specialiserad vård.
- 100 miljoner fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på ett specialistbesök inom planerad specialiserad vård.
- 400 miljoner fördelas till de landsting som når målet att minst 70 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på beslutad behandling inom planerad specialiserad vård.
- 100 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent av patienterna i landstinget har väntat 60 dagar eller kortare på beslutad behandling inom planerad specialiserad vård.

Därutöver innebär överenskommelsen en fortsatt särskild satsning på att förkorta väntetiderna inom barn och ungdomspsykiatri. Bidraget ska fördelas enligt följande villkor:

- 107 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 90 procent av barn och unga med beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har fått en första bedömning inom 30 dagar.
- 107 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent av barn och unga med beslut om en fördjupad utredning eller behandling inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

24.2.5 Tidigare vårdgarantier

1997 års vårdgaranti

I 1997 års Dagmaröverenskommelsen slöt regeringen och Landstingsförbundet en överenskommelse om vårdgaranti. Vårdgarantin innebar att primärvården skulle erbjuda hjälp samma dag som vården kontaktades. Om den första kontakten inte var med läkare skulle besök hos läkare erbjudas inom åtta dagar. Den som fick

remiss till den specialiserade vården skulle erbjudas besök inom 90 dagar. För patienter med stark oro, eller när läkaren på grund av befarad allvarlig sjukdom med försämrad prognos vid tidsutdräkt bedömde att besök hos specialist inte kunde anstå, skulle besök ske inom 30 dagar. Vårdgarantin omfattade inte några tidsfrister för när behandling skulle ha inletts. Patienten hade rätt att välja vårdcentral och sjukhus inom det egna landstinget.

1992 års vårdgaranti

För att förkorta och utjämna köerna inom områden med speciellt omfattande problem slöt regeringen och Landstingsförbundet en överenskommelse om att införa en vårdgaranti som skulle träda i kraft 1992 och i första hand tillämpas under ett års tid. Utredning och behandling skulle erbjudas inom 90 dagar för tolv preciserade behandlingar. Om den vårdenhet som patienten vände sig till inte kunde uppfylla garantin fanns en skyldigt att erbjuda vård hos en annan vårdgivare. Kostnaden belastade det landsting i vilket patienten var bosatt. Samtliga landsting anslöt sig till överenskommelsen och fick därmed ta del av de 500 miljoner kronor som regeringen avsatt för 1992. Vårdgarantin ingick även i de så kallade Dagmaröverenskommelserna för 1993–1996, men utan ett riktat statligt stimulansbidrag.

24.2.6 Behandlingsgaranti inom socialtjänsten

Inom socialtjänsten finns ingen lagstadgad vårdgaranti motsvarande den inom hälso- och sjukvården. Det finns inte heller någon tradition om att sluta överenskommelser om vårdgarantier. Däremot har staten vid åtminstone ett tillfälle försökt förbättra tillgängligheten till socialtjänsten genom att uppmantra kommunerna att frivilligt införa lokala garantier.

År 2006 avsattes en del av det riktade statsbidraget för missbruksvården till att uppmantra kommuner att införa lokala behandlingsgarantier för personer med missbruk eller beroende inom socialtjänsten. Innehållet i garantierna skulle utformas lokalt, men tidsmässigt angavs som ett riktmärke att socialtjänsten bör erbjuda ett första samtal inom två till tre dagar och upprätta en individuell vårdplan till grund för behandling inom cirka fyra veckor.

Innehållet begränsades också till att omfatta den behandling som formellt kan ligga inom ramen för kommunens ansvarsområde, det vill säga psykosocial behandling. Få kommuner har valt att införa lokala garantier inom missbruksområdet.

24.2.7 Vårdgarantier i andra länder

Internationellt finns en generell utveckling som innebär ett allt större fokus på att stärka patientens ställning genom bland annat olika former av patienträttigheter, vårdval och vårdgarantier. Nedan beskrivs vårdgarantier inom hälso- och sjukvården i Danmark, Finland, Norge och England.¹

Danmark

I Danmark har det funnits väntetidsgarantier i olika former sedan 1993. Den gällande vårdgarantin som trädde i kraft 2008 innebär att patienter som remitteras av läkare till sjukhus för behandling kan välja ett annat sjukhus än det egna, om det egna sjukhuset inte kan erbjuda behandling inom en månad. Patienter med livshotande cancer eller vissa hjärtsjukdomar ska erbjudas behandling vid sjukhus snabbare än inom en månad. I Danmark finns också särskilda vårdgarantier för personer med missbruk eller beroende.

År 2003 infördes en vårdgaranti för behandling av personer med narkotikamissbruk i 101 § lov om social service. Enligt vårdgarantin ska behandling inledas 14 dagar efter att den enskilde sökt hjälp hos kommunen. Den enskilde har rätt att välja offentlig eller privat utförare av den beslutade behandlingen. Tidsgränsen kan frångås om den enskilde väljer en annan utförare och rätten till val av utförare kan begränsas med hänsyn till narkotikamissbruket. Det finns också en särskild vårdgaranti för personer under 18 år.

År 2005 infördes en motsvarande vårdgaranti för behandling av personer med alkoholmissbruk i 141 § sundhetsloven. Enligt vårdgarantin ska kommunen erbjuda kostnadsfri behandling till personer med alkoholmissbruk. Behandling ska inledas inom 14 dagar efter att den enskilde sökt hjälp hos kommunen. Kommunen kan möta vårdbehovet genom behandling i egen regi eller genom

¹ Beskrivningen bygger på Hälso- och sjukvårdsrapport 2009 (Socialstyrelsen 2010, s. 115–117) samt betänkandet Patientens rätt (SOU 2008:127, s. 49–51).

att upphandla behandling från andra kommuner, regioner eller privata vårdgivare. Behandling och rådgivning ska utföras anonymt om den enskilde så önskar.

Finland

Vårdgarantin i Finland trädde i kraft 2005 och dess uttalade syfte är att förbättra tillgängligheten till vård, men också att utjämna regionala skillnader i tillgänglighet och medicinsk praxis. I Finland finansieras både primärvården och den specialiserade vården av kommunen. Den specialiserade vården bedrivs i sjukvårdsdistrikt, normalt genom kommunal samverkan.

Kommunerna ansvarar i linje med deras ansvar för både hälso- och sjukvård och socialtjänst, även för missbruks- och beroendevården. Vården bedrivs såväl inom ramen för den generella hälso- och sjukvården och socialtjänsten som inom särskilda missbruks- och beroendevårdsverksamheter. Det finns inte någon särskild vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende.

Vårdgarantin reglerar väntetider till både primärvård och planerad, specialiserad hälso- och sjukvård. Den vårdsökande ska under kontorstid komma i omedelbar kontakt med primärvården. Sjukhusvården ska bedöma vårdbehovet inom tre veckor. Behandlingen ska sedan påbörjas inom rimlig tid, högst sex månader efter det att vårdbehovet fastställts.

Norge

Norge har tillämpat en vårdgaranti sedan 1990. I den ursprungliga föreskriften garanterades patienter med livshotande tillstånd omedelbar behandling medan tidpunkten för mindre allvarligt sjuka patienter skulle vara beroende av ledig kapacitet. I Norge finns en särskild vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende eller annan psykisk sjukdom.

Vårdgarantin regleras i lov om pasientrettigheter. I 2 kap. nämnda lag finns bestämmelser om rätt till nödvändig vård, rätt till utredning och bedömning (värdering), rätt att välja utförare och rätt till individuell plan. Rätten till utredning och bedömning innebär att patienter som remitteras från primärvården till specialistmottagningar ska erhålla en medicinsk bedömning av sitt

hälsotillstånd inom 30 dagar från den dag remissen tagits emot. Om läkaren misstänker att patienten har en livshotande sjukdom, till exempel cancer, ska bedömning ske inom 15 dagar.

Den 1 september 2008 trädde en särskild vårdgaranti i kraft för barn och ungdomar med psykisk sjukdom eller missbruk eller beroende. Den gäller inte för barn och ungdomar med somatisk sjukdom. Den särskilda vårdgarantin innebär att barn och ungdomar har rätt till specialistbedömning inom tio arbetsdagar och att behandling ska erbjudas inom maximalt 65 arbetsdagar.

Det finns inte någon motsvarande vårdgaranti som reglerar tillgängligheten till socialtjänstens insatser.

England

I England har olika former av vårdgarantier funnits sedan början av 1990-talet. År 2004 infördes en vårdgaranti som innebär att patienter ska få träffa sjukvårdspersonal inom ett dygn och en allmänläkare inom två dygn. Från och med 2008 ska behandling i specialistvården ske inom maximalt 18 veckor från remissutfärdandet. I övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet anses möjligheten att välja vårdgivare alternativt försäkringsgivare garantera tillgänglighet.

I Nya Zeeland och Kanada finns som ett alternativ till vårdgarantier olika former av standardiserade poängsystem för att prioritera patienters vårdbehov för att erbjuda insats.

24.2.8 Svagheter med vårdgarantier

Det har i olika sammanhang hävdats att vårdgarantier, åtminstone om de är felaktigt konstruerade, kan ha negativa effekter för enskilda patientgrupper och verksamheter. Kunskapen om eventuella negativa effekter är jämförelsevis begränsad. Nedan refereras några aktuella studier och rapporter.

Det finns en potentiell spänning mellan vårdgarantier och den inom hälso- och sjukvården grundläggande principen om prioritering utifrån behov. Detta styrks av nyligen genomförd utvärdering av vårdgarantin. Enligt studien anser många läkare att vårdgarantin leder till felaktiga prioriteringar i vården. Unga, välutbildade och

mindre sjuka patienter tenderar att prioriteras framför äldre och kroniskt sjuka patienter (ESO 2010, s. 129).

Det har hävdats att vårdgarantier kan innebära att patienter med behov som kan behandlas med förutsebart och varaktigt resultat, till exempel vissa ortopediska ingrepp, tenderar att prioriteras på bekostnad av patienter med långvariga och kroniska tillstånd som inte kan behandlas med lika förutsebart och varaktigt resultat, till exempel behandling av psykisk sjukdom och missbruk eller beroende (Socialstyrelsen 2010b, s. 99).

Det har också hävdats att de patientgrupper som omfattas av vårdgarantin tränger undan dem som inte omfattas av garantin (Socialstyrelsen 2008, 2010b, s. 114). Vid de kontakter utredningen haft med representanter för allmänpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin har det framkommit att vissa sjukvårdshuvudmän och enheter anser att behandling av personer med missbruk eller beroende inte är ett ansvar för hälso- och sjukvården, utan för socialtjänsten. Detta innebär att personer med missbruk eller beroende i praktiken inte alls eller inte i samma utsträckning omfattas av den nationella vårdgarantin.

24.3 Valfrihetssystem

Patientens möjligheter att välja utförare av vård regleras i första hand genom HSL, landstingens gemensamma riksavtal förutom-länssjukvård samt lagen om valfrihetssystem (LOV).

24.3.1 Akut vård

Den enskilde har alltid rätt att söka akut vård oavsett var han eller hon befinner sig i landet.

24.3.2 Primärvård

Sedan 1994 är landstingen skyldiga att organisera primärvården så att alla invånare som önskar kan välja en fast läkarkontakt, den så kallade husläkarreformen. HSL preciserades 1999 så att den enskildes val inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. Rätten att välja fast läkarkontakt syftar till att öka tillgängligheten och kontinuiteten i primärvården.

Socialstyrelsens utvärderingar och den återkommande befolkningsundersökningen Vårdbarometern visar att mellan 40 och 50 procent av befolkningen har valt en fast läkarkontakt (Socialstyrelsen 2005, SKL, www.vardbarometern.se).

År 2010 infördes ett obligatoriskt fritt vårdval i hela landet. Det fria vårdvalet innebär att alla aktörer som uppfyller av landstinget fastställda och för alla vårdgivare gemensamma krav har rätt att etablera verksamhet och ta emot patienter. Patienten får också rätt att fritt välja vårdcentral.

Den enskilde kan söka primärvård även utanför det egna landstinget, i hela landet. Det är dock inte säkert att vårdcentralen har möjlighet att ta emot eftersom vårdcentralen har ett första-handsansvar för de patienter som är knutna till vårdcentralen.

24.3.3 Specialiserad vård

Den enskilde har rätt att söka öppen vård på sjukhus i hela landet. Om vården kräver mer omfattande insatser krävs dock en så kallad valfrihetsremiss från hemlandstinget. Valfrihetsremiss har den enskilde rätt till om berörd klinik i hemlandstinget bedömt att den enskilde ska erbjudas en viss vård eller behandling.

Enligt bestämmelserna om den nationella vårdgarantin i HSL har landstinget en skyldighet att erbjuda vård från annan vårdgivare om landstinget inte kan erbjuda beslutat besök eller behandling inom vårdgarantins tidsgränser för den planerade, specialiserade vården.

24.3.4 Lag om valfrihetssystem

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrensutsätta verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.

Valfrihetssystem är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bland annat omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdstjänster.

Kommunen eller landstinget som inför ett valfrihetssystem enligt LOV måste annonsera löpande på Kammarkollegiets webbplats för valfrihetssystem. Såväl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer.

Kommuner och landsting reglerar förutsättningarna för valfrihetssystemet genom avtal. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller de fastställda kraven godkänns, varefter kontrakt tecknas. Lagen bygger på att det inte är någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som hon eller han uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten.

Kommunen eller landstinget ansvarar för att brukaren eller patienten får information om samtliga leverantörer som hon eller han kan välja emellan. För personer som inte väljer ska det finnas ett ickevalsalternativ.

En av grundpelarna i ett valfrihetssystem är den enskildes rätt att byta leverantör av tjänsten om hon eller han så önskar.

24.4 Bemötande

Patienters och klienters upplevelser vid vård eller stödkontakter används i allt större utsträckning som mått på vårdens kvalitet. Att den vårdsökande upplever bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt är viktiga framgångsfaktorer för vårdens resultat. Samtidigt ska det framhållas att det finns vårdsituationer där det ställs mycket höga krav på de yrkesverksamma för att den som söker hjälp ska uppleva att bemötandet uppfyller dessa mål. Ibland är detta kanske rent av omöjligt, men det bör likväl vara målet.

Den vårdsökande bör även så långt det är möjligt ges möjlighet att påverka och samråda om vårdens innehåll och uppläggning. Utifrån ett rättviseperspektiv är det också viktigt att personer med missbruk eller beroende får ett lika bra mötande som andra patient- och klientgrupper.

24.4.1 Bemötandebegreppet

Vad som är ett bra eller mindre bra bemötande kan inte definieras i absolut mening. Ofta handlar det om subjektiva värderingar, inte sällan i utsatta situationer för den enskilde. Några vägledande principer för bra bemötande inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan dock urskiljas.

I slutbetänkandet *Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder* (SOU 1999:21) från Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder, diskuteras forskningen om bemötande och bemötandebegreppet. Utifrån diskussionen kan slutsatsen dras att bemötande sker och påverkas av faktorer på tre nivåer. På systemnivån möter den enskilde som söker kontakt med vården lagstiftning och andra regler som påverkar bemötandet. På verksamhetsnivån möter den enskilde rutiner och traditioner vid olika vårdenheter som påverkar bemötandet. På individnivån möter den enskilde personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården vars kunskap, attityder och beteende påverkar hur bemötandet kommer att upplevas (SOU 1999:21, s. 97–100).

I en rapport från utredningen Nationell psykiatrisamordning framhålls som viktigt för ett bra bemötande bland annat att den enskilde i behov av hjälp betraktas som en unik individ, inte som ett sjukdomsfall med vissa typiska symtom, att den enskilde ges möjlighet att delta i planeringen och genomförandet av vården och valet av behandlingsalternativ, att den enskildes förmåga och ansvar uppmuntras och tillvaratas samt att den enskilde och, om den enskilde så önskar, anhöriga ska ges information om sjukdomen och relaterade problem samt tillgängliga behandlingsalternativ (Nationell psykiatrisamordning 2006. s. 71–74).

Bra bemötande bör ses som en tränings- och utvecklingsbar färdighet för de yrkesverksamma i vården. Förmodligen har olika människor olika naturlig fallenhet för att kunna anpassa sitt beteende och sin kommunikativa stil till brukaren. Med både de med stor fallenhet och de med mindre fallenhet kan dock alltid förbättra färdigheten genom träning.

Olika situationer ställer olika krav för att uppnå målet om bra bemötande. Inom ramen för en långvarig och förtroendefull behandlings- eller stödrelation mellan brukare och yrkesverksam i vården, är utmaningen mer begränsad. I dessa förtroliga relationer mellan brukare och yrkesverksamma kan det emellertid uppstå

problem av det slaget att den yrkesverksamme för att inte riskera den goda stämningen och förtroligheten, undviker att föreslå impopulära men behandlingsmässigt motiverade åtgärder eller att konfrontera den enskilde med för denne obekväma förhållanden. Därmed riskerar omsorgen om relationen att bli överordnad den vårdande och behandlande uppgiften, vilket ytterst går ut över den enskilde.

Om situationen i stället är en förstagångskontakt med en brukare vars förhandsinställning kan vara starkt negativ, kanske präglad av en lång rad tidigare negativa erfarenheter från vården, blir utmaningen desto större.

Särskilda krav ställs i situationer när vård och behandling ges utan samtycke och i situationer när brukaren är agiterad eller påverkad av substanser som gör att hans eller hennes omdöme är grumlat och där det kan finnas risk för våld och missförstånd av olika slag.

24.4.2 Behandlingsallians och delaktighet ger bättre resultat

Det har visats att behandlingens effekt i betydande utsträckning beror av relationen mellan behandlare och patient. Empati, förmåga att pedagogiskt förklara tillstånd, orsaker och insatser samt ritualer som förenar behandlare och patient är centrala delar i skapandet av en så kallad behandlingsallians (Gerder 2005, s. 101–102).

Forskning inom hälso- och sjukvårdens område visar att ett bra bemötande med ett så kallat patientfokuserat arbetssätt inverkar positivt på vårdens resultat. De positiva effekterna gäller bland annat följsamhet till rekommendationer, behandlingsresultat vid kroniska sjukdomar såsom diabetes och reumatism och hur nöjd patienten är med vården. Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal i hur patienter bör bemötas bidrar också till att förbättra både kommunikationen vid konsultation och patienternas bedömning av vården (Socialstyrelsen 2009, s. 76).

24.4.3 Nuvarande lagstiftning

Insikten om att ett bra bemötande är en viktig framgångsfaktor för framgångsrik vård och behandling fanns redan när de två huvudlagarna – SoL och HSL – som i dag reglerar kommunernas och

landstingens missbruks- och beroendevård trädde i kraft i slutet av 1970- och början av 1980-talet. I SoL och HSL används dock inte termen bemötande, utan vikten av ett bra bemötande framhålls genom en annan terminologi.

Socialtjänsten ska enligt 1 kap. SoL bygga på demokratins och solidaritetens grund och främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlika levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska bygga på människors självbestämmande och integritet. Insatserna ska vara av god kvalitet samt utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Hälso- och sjukvården ska enligt kraven på god kvalitet i 2 a § HSL bland annat vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. Den ska också så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

24.4.4 Öppna jämförelser 2010

Socialstyrelsen samlar in data om olika aspekter av kvalitet och tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården och redovisar dessa i öppna jämförelser av kommuner och landsting. Öppna jämförelser omfattar följande sju kvalitetsområden: insatser, tillgänglighet, samverkan, delaktighet, utredning, riktade stödformer samt kompetens. Nedan redovisas resultaten för 2010 när det gäller delaktighet (Socialstyrelsen 2010).

När det gäller socialtjänsten visar resultaten att medelvärdet i riket är 2,7 på en skala mellan 1 och 5. Delaktighet är det område som uppvisar sämst resultat av de sju kvalitetsområden som ingår i öppna jämförelser. De lokala och regionala variationerna inom socialtjänsten är mycket stora. Det finns både ett betydande antal kommuner som har resultatet 5 och ett betydande antal som har resultatet 1. Bäst resultat uppvisar Gotlands län med 5,0 och sämst uppvisar Västerbottens län med 1,8.

När det gäller hälso- och sjukvården är resultaten väsentligt bättre. Många beroendeenheter har resultatet 4 eller 5 på en skala mellan 1 och 5. Några få mottagningar har resultatet 1 eller 2.

24.4.5 Vårdbarometern 2009

Som tidigare framgått har landstingen sedan 2001 löpande undersökt den vuxna befolkningens attityder till, kunskaper om och erfarenheter av den svenska hälso- och sjukvården genom den så kallade Vårdbarometern. Nedan summeras resultaten om patienters nöjdhet med vården i 2009 års Vårdbarometer ([www.skl.se Vårdbarometern](http://www.skl.se/Vårdbarometern)).

Av resultaten framgår att 84 procent av patienterna som besökt sjukvården instämmer helt eller delvis i påståendet att de fått den hjälp de förväntat sig. Andelen som helt eller delvis tar avstånd från påståendet är 7 procent. Under perioden från mätningarna inleddes 2001 har andelen minskat från cirka 10 procent. Variationerna mellan olika landstingsområden är mycket begränsad. Andelen som tar helt eller delvis avstånd från påståendet är högre bland yngre personer, drygt 10 procent bland dem under 30 år. Nämnad andel är också klart högre bland personer födda utanför Norden: 12 procent bland personer födda i övriga Europa och 15 procent bland personer födda i övriga världen.

24.4.6 Ärenden i patientnämnder om dåligt bemötande

Enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska varje landsting och kommun ha en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter. Patientnämnderna ska redovisa verksamheten till Socialstyrelsen.

Det totala antalet ärenden i patientnämnderna uppgick 2007 till drygt 23 650 stycken. Av dessa gällde drygt 3 640 frågor om bemötande, information och kommunikation. Antalet ärenden totalt sett som anmälts till patientnämnderna har ökat påtagligt sedan 2000, men proportionerna mellan olika ärendeslag har inte förändrats nämnvärt. Andelen ärenden som berörde bemötande, kommunikation och information är ungefär lika stor nu som den var när insamlingen av ärendestatistik inleddes. Enligt uppgifter från patientnämnderna förekommer det dock att även ärenden inom andra ärendeslag innehåller komponenter som rör bemötandet (Socialstyrelsen 2009, s. 84).

24.5 Brukarinflytande

Brukarinflytande avser mekanismer som syftar till att skapa möjligheter för personer med egen erfarenhet av att använda vården, som brukare eller närstående, att påverka vårdens innehåll och utformning.

I nationella statliga dokument har brukarinflytande definierats som ”medborgarnas möjligheter att såsom användare av offentlig service påverka tjänsternas utformning och kvalitet” (Civildepartementet, 1991).

Internationellt har bland annat den brittiska funktionshinder- och brukarrörelsen tagit upp en slogan i form av *nothing about us without us*.² Med användare avses i de aktuella sammanhangen ofta både den person som är i behov av vård och hans eller hennes närstående. Även om närståendes erfarenheter och kunskaper är viktiga i många sammanhang som ett komplement till brukarnas erfarenheter, finns det situationer där intressegemenskap inte kan förutsättas mellan närstående och brukare. Man bör därför i vissa situationer skilja på närstående och brukare i inflytandesammanhanget.

24.5.1 Argument för ökat brukarinflytande – tre perspektiv

I offentliga skrivelser och mål förekommer sedan cirka 25 år olika formuleringar om ett ökat, stärkt eller vidgat brukarinflytande ska eftersträvas. Idén om att frivilligorganisationer, som på olika sätt ges tillfälle att medverka i utformning och drift av välfärdsverksamheterna, kan bidra till ett mer brukarvänligt och ändamålsenligt vård- och stödsystem har en bred uppslutning i vårt land. Denna viljeinriktning har dock endast i begränsad utsträckning omsatts i krav på brukarinflytande i svensk lagstiftning.

Internationellt finns exempel på lagstiftning och nationella riktlinjer som avser tillgodose brukarinflytande över till exempel offentligt finansierad forskning, ledning av psykiatriska kliniker och planering av högre utbildning på vårdområdet. Exempel på lagstiftning och nationella riktlinjer finns bland annat i Finland, USA, Storbritannien och Nederländerna (Rose m.fl. 2003, Socialstyrelsen 2002).

² <http://www.publications.doh.gov.uk/learningdisabilities/access/nothingabout/nothing2.htm>

I dag kan den svenska situationen när det gäller brukarinflytande sålunda beskrivas som att det finns en politisk viljeinriktning att brukare ska ges möjlighet att lämna synpunkter och ibland delvis påverka verksamheten. Vidare har många operativa ledningar för och professionella inom olika verksamheter accepterat och skapat förutsättningar för brukarinflytande. Detta har skett både utifrån den politiska viljeinriktningen om ökat brukarinflytande och intresset att på så sätt förbättra verksamheten och därför att den politiska ledningen eventuellt bestämt att det ska vara så.

De argument som används för att motivera ökat, stärkt eller vidgat brukarinflytande kan i huvudsak inordnas i följande tre perspektiv: medborgarperspektivet, effektivitetsperspektivet och bemötandeperspektivet.

Medborgarperspektivet

Det finns en generell strävan efter att demokratisera förvaltningen och den offentliga produktionen av tjänster inom en rad olika sektorer och områden, bland annat skolan, barnomsorgen och vården. Förmågan att använda möjligheterna till inflytande varierar dock mellan olika grupper. De största utmaningarna finns inom sektorer och områden där medborgarna som konsument av offentliga tjänster, det vill säga som brukare, varaktigt eller mer tillfälligt har nedsatt kompetens att fatta informerade och självständiga beslut. Barn- och äldreomsorg är exempel på sådana områden. Detta gäller även inom stora delar av missbruks- och beroendevården, till exempel när en person är påverkad av en missbrukssubstans.

Effektivitetsperspektivet

Brukarinflytande kan också motiveras ur ett effektivitetsperspektiv. På verksamhetsnivå kan brukarnas erfarenheter och synpunkter bidra till att effektivisera verksamheten. På individnivå är brukarinflytande viktigt eftersom motivation, delaktighet och eget ansvar är viktiga framgångsfaktorer för vård och behandling. Den som känner sig delaktig har också bättre förutsättningar för att ta ett ökat eget ansvar för sin hälsa och sitt liv. Denna process i riktning

mot ökad autonomi och ökat eget ansvar benämns ofta empowerment.

Bemötandeperspektivet

Brukarinflytande kan också vara en viktig del i ett bra bemötande, vilket också diskuterats ovan i avsnitt 24.4. Bra bemötande är viktigt för att personer i behov av hjälp ska söka sig till vården och för att skapa en allians mellan behandlare och patient. Det senare är en viktig framgångsfaktor för behandlingens resultat. En aspekt av bra bemötande är att brukare och närstående upplever delaktighet i och möjlighet att påverka planeringen och genomförandet av vården. Effektivt brukarinflytande är sålunda en förutsättning för bra bemötande. Brister i bemötandet på system- och verksamhetsnivå kan i många fall sannolikt endast identifieras och åtgärdas genom användarnas erfarenheter och synpunkter.

24.5.2 Brukarinflytandets innebörd

Saklig och begriplig information som är individuellt anpassad är en grundläggande aspekt av brukarinflytande. Om den enskilde inte vet vilka alternativ som finns att välja mellan, till exempel när det gäller behandling, boende eller sysselsättning, blir den enda möjligheten att utöva inflytande att acceptera eller avböja föreslagen insats. Den frustrerade brukaren kan i en sådan situation avböja i protest mot det begränsade inflytandet att påverka innehållet. I värsta fall tolkas detta nej som att personen i fråga inte vill ha hjälp eller stöd. Tidsaspekten är också väsentlig. Om tid inte finns för brukaren att väga fördelar mot nackdelar med de olika alternativ begränsas möjligheten att göra ett informerat val. Information bör sålunda vara konkret och begriplig och tid bör finnas för den enskilde att överväga konsekvenserna av olika val.

Många kan också ha behov av att diskutera de olika alternativen med någon närstående, eller med någon erfaren kamrat, till exempel inom brukarföreningen. Information ges inte alltid på ett sådant sätt att utrymme finns för denna ömsesidighet. Det förekommer också att personer som söker vård eller stöd för missbruksproblem inte betraktas som en enskild person med unika erfarenheter, problem och möjligheter. Ömsesidighet i informationsutbytet

innebär att den professionelle, precis som brukaren, ger och tar information.

Även på en kollektiv nivå är informationsaspekten väsentlig för brukarinflytandet. Om till exempel en förening deltar i en ledningsgrupp för en verksamhet bör det vara självklart att föreningens representant ges möjlighet att berätta vilka frågor som engagerar föreningens medlemmar samt hur föreningen är organiserad och hur den arbetar liksom att verksamhetens representanter i ledningsgruppen informerar om planerade verksamhetsförändringar och andra väsentliga frågor. Också i detta fall är tiden betydelsefull. Föreningsrepresentanterna måste få tillfälle ta med sig information tillbaka till föreningens medlemmar och samråda med dem, för att kunna utöva sitt uppdrag på ett meningsfullt sätt. Information och beslut i samma sekvens fungerar inte. Detta gäller även om föreningsrepresentanterna endast har yttranderätt, och inte beslutsrätt i ledningsgruppen.

Att få ge och ta emot relevant information är grundläggande, men innebär inte i sig någon garanti för att brukarinflytande i verklig mening kan påstås förekomma. Ofta kan beslut vägledas av välgrundade uppfattningar från brukar- eller anhängarörelsen, men i vissa fall finns intressekonflikter som inte kan lösas genom kompromisser. De organiserade brukarintressena kan i dessa fall välja att i protest lämna samrådsorganen och helt verka som påtryckargrupp. De kan försöka hitta politiskt stöd för eller skapa opinion till exempel genom massmedia. De kan även välja att fortsätta samarbetet, men tydliggöra att de har en annan uppfattning. Det måste stå intresseorganisationerna fritt att utifrån varje frågeställning välja den strategi som de finner mest förenlig med rörelsens ideal och medlemmarnas intressen. Att vara brukarerepresentant kan innebära betydande påfrestningar i spänningsfältet mellan beslutsfattare och medlemmar. Det kan inte förutsättas att alla medlemmar i en förening har förmåga och kraft att klara av den typen av påfrestningar, och behovet av utbildning, handledning och stöd är omfattande vid denna strategi för brukarinflytande.

24.5.3 Brukarinflytande på individuell nivå

Individuellt inflytande är primärt för den enskilde brukaren. Grundmetoden för att åstadkomma detta är via individuell planering, baserad på utredning av behov i vilken brukarens, ibland närståendes, och professionellas uppfattningar vägs samman utifrån den enskildes preferenser samt kunskaps- och erfarenhetsbaserad kunskap. På denna punkt finns en stark koppling mellan samverkansfrågor och brukarinflytandefrågor. När den enskilde behöver insatser från flera huvudmän eller från flera verksamheter inom en huvudman är det viktigt att den individuella planeringen samordnas. Annars hamnar den enskilde brukaren lätt i en omöjlig och maktlös situation. Inom den socialpsykiatriska forskningen pågår en utveckling för att förbättra planering och beslutsfattande i behandlingssammanhang, kallat Shared decision-making (Hamann m.fl. 2006, Hamann m.fl. 2007). Detta är ett arbetssätt som fokuserar på att öka patientens delaktighet och ansvar över beslut om insatsernas planering och innehåll. Metoden syftar till att hjälpa patienterna att spela en aktiv roll i beslut som rör deras hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra patienternas preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling. Denna metod ingår också i det utkast till nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni som Socialstyrelsen publicerat under 2010 (Socialstyrelsen 2010a).

Personligt ombud

1995 års psykiatriutredning föreslog att det skulle införas en rätt till personligt ombud i Sverige för personer med ”långvarig och allvarlig psykisk sjukdom” (SOU 1992:73). I linje med utredningens förslag inleddes 1995 en treårig försöksverksamhet på tio orter i landet. Denna har sedan övergått i ett riktat statsbidrag för att bygga upp och utveckla kommunal verksamhet med personligt ombud. I dag erbjuder de flesta av landets kommuner personligt ombud, men verksamhetens täckningsgrad varierar och det är svårt att bedöma i vilken utsträckning behoven uppfylls. Kommunerna är inte skyldiga att tillhandahålla denna service, utan den är ett frivilligt åtagande, vilket vanligen i huvudsak finansieras genom de statliga bidragen. Verksamheten är inte reglerad i lag eller författning, men Socialstyrelsen har publicerat ett meddelandeblad

(14/2000) om statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud.

Av meddelandebladet framgår att uppgifterna för ett personligt ombud är att tillsammans med den enskilde identifiera och formulera den enskildes behov av vård, stöd och service samt att se till att huvudmännens insatser planeras, samordnas och genomförs. Det personliga ombudet avses inte utföra myndighetsutövning eller behandling, och således inte överta några uppgifter från huvudmännen, utan endast hjälpa den enskilde att ta tillvara sina rättigheter. Arbetssättet ska vara fältbaserat och ske på brukarens villkor. Målgruppen för verksamheten är personer som har ett ”omfattande och långvarigt socialt handikapp” på grund av psykisk sjukdom och komplexa behov av vård, stöd och service. Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykiska funktionshinder ingår uttryckligen enligt meddelandebladet i målgruppen för personligt ombud.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa utvecklingen av personligt ombud och publicerat flera rapporter. Även några vetenskapliga studier om personligt ombud har publicerats. I korthet kan sägas att personligt ombud i Sverige är en tjänst som uppskattas av de brukare som fått tillgång till den. Den förefaller också ha vissa positiva effekter, bland annat i form av lägre konsumtion av psykiatrisk slutenvård.

Personligt ombud har utformats med inspiration av internationella modeller för case management, men ansluter inte konsekvent till någon av de modeller för case management som granskats vetenskapligt. Den intensiva formen av case management som har starkast evidens när det gäller att avvärja behov av inläggningar, etc. för personer med psykisk sjukdom, ofta samtidigt med missbruksproblem, och stort vårdbehov är Assertive Community Treatment (ACT). Denna modell kan dock inte likställas med de svenska personligt ombudsteamerna, eftersom en grundförutsättning i ACT är att vård, stöd och behandling förmedlas direkt av medlemmarna i teamet till brukaren.

Personligt ombud framstår som en framkomlig väg för att stärka brukarinflytandet på den individuella nivån för personer i behov av samordnade vård-, behandlings- och stödinsatser, och som själva väljer att söka hjälp hos ombuden.

24.5.4 Brukarinflytande på kollektiv nivå

Brukarinflytande på kollektiv nivå avser former för att föra fram kollektiva synpunkter från personer med erfarenhet av vård och stöd, till exempel inom missbruksområdet. Detta kan ske på olika nivåer. På nationell nivå finns inom missbruksområdet bland annat Socialdepartementets och berörda nationella statliga myndigheters brukarråd med representanter för olika brukar- och klientorganisationer. Nationellt har även initiativ tagits för att samordna och förstärka den samlade brukarrörelsens ställningstaganden, vilket resulterat i Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). På regional och lokal nivå har många landsting och kommuner utvecklat olika former för att systematiskt samla in brukares erfarenheter och synpunkter.

Exempel på former för brukarinflytande

Under perioden 2007 till 2009 erhöll NSPH bidrag som en del i statens ambition att utveckla brukarinflytande på nationell nivå genom att samla brukarrörelsen inom psykiatriområdet i vid mening. I NSPH ingår i dag 12 organisationer, varav några främst organiserar personer med erfarenhet av missbruks- och beroendevård. NSPH har deltagit i olika sammanhang, bland annat i arbetsgrupper vid Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vidare deltar NSPH tillsammans med Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) i arbetet med att genomföra den nationella attitydkampanjen (H)järnkoll. NSPH har även börjat etablera regionala verksamheter och arbetat med utbildningsfrågor. För 2011 och 2012 har regeringen avsatt 3,5 miljoner kronor per år för fortsatt stöd och utveckling av brukarinflytandet inom psykiatriområdet (Regeringsbeslut S2007/2698/HS, S2010/644/HS).

Missbruksutredningen har under hela utredningstiden sammankallat en referensgrupp med representation från ett 30-tal ideella föreningar och verksamheter inom missbruksområdet. Utredningens referensgrupp är ett exempel på samråd med bland annat den organiserade brukar- och anhörigrörelsen på nationell nivå. I gruppen ingår även några föreningar som organiserar yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården, varför gruppen inte är ett renodlat exempel på brukarinflytande. Ett drygt 20-tal

organisationer har regelbundet deltagit under de drygt två år utredningen varit verksam. I gruppen har utredningens arbete fortlöpande beskrivits och deltagarna givits tillfälle att lämna synpunkter. Deltagarna har också i stor omfattning lämnat synpunkter, både muntligt och skriftligt. Vissa skiljelinjer mellan brukarrörelsen å ena sidan och anhörigrörelsen å den andra har av och till varit skönjbara. Det har även framkommit att de föreningar som organiserar yrkesverksamma i vissa frågor har uppfattningar som avviker från övriga föreningar. De representanter som regelbundet deltagit i brukargruppens arbete har dock ansett att gruppen skapat förutsättningar för att följa och stödja utredningens arbete.

Brukarråd brukar i första hand vara rådgivande, men det förekommer även att de kan ha ett formellt inflytande.

Brukarrådslag är en strategi som innebär att en organisation eller verksamhet bjuder in ett antal egnerfarna personer, vilka kan vara medlemmar i en intressepolitiskt verksam förening, men som också kan stå utanför ett sådant engagemang. Syftet är att samla idéer och synpunkter runt några frågor som organisationen arbetar med.

Brukarrevision innebär att personer med egen erfarenhet efter viss utbildning och med viss handledning genomför en granskning av till exempel en behandlingsinstitution. Tyngdpunkten ligger ofta på material insamlat via samtal med de klienter som finns på institutionen. Erfarenheterna samlas i en rapport som sedan presenteras för ledningen. Det finns exempel på brukarrevisjoner från missbruksområdet, bland annat från några av Statens institutionsstyrelses institutioner.

På missbruksområdet förekommer också att personer med egen erfarenhet anställs inom en verksamhet för stöd eller vård. Inom delar av den idéburna sektorn är det ett uttalat mål att många av de anställda ska ha egen erfarenhet av missbruk. Det förekommer även att personer med egen erfarenhet anlitas som konsulter i vården, till exempel för att se över bemötandet inom en verksamhet.

24.5.5 Styrning för ökat brukarinflytande

Den statliga styrningen för ökat, stärkt eller vidgat brukarinflytande kan ske och har skett på olika sätt. Den mest etablerade strategin är att genom stöd till föreningar och via andra ekonomiska bidrag främja ideella organisationers verksamhet. Inom

missbruksområdet förekommer även att kommuner och landsting köper tjänster av ideella utförare, vilket i viss mån kan ses som stöd för deras verksamhet, även om tjänsterna vanligen upphandlas i konkurrens. Det faktum att utföraren är en ideell organisation innebär dock inte någon garanti för att det finns effektiva former för brukarinflytande.

Kunskapsstyrning är en annan strategi. Till exempel har staten vid flera tillfällen avsatt medel för att uppmuntra och stödja metodutvecklingsprojekt för ökat brukarinflytande. Av relevans för missbruks- och beroendevården är bland annat Psykiatrisamordningens verksamhet under perioden 2003 till 2006 och de satsningar som gjordes inom ramen för det så kallade Inflytandeprojektet.³ Bland annat utbildades brukarinflytandesamordnare, uppmuntrades användning av egenterfarna personer som konsulter i vården och brukarrevisioner samt stimulerades utveckling av lokala brukarråd (SOU 2006:100, s. 524–528). Det pågående statligt finansierade projektet Kunskap till praktik syftar också till att främja utveckling av brukarinflytandet inom missbruks- och beroendevården, bland annat genom brukarråd och brukarrevision (SKL 2010).

En ytterligare strategi är att föregå med gott exempel. Detta är en strategi som använts i praktiken. Exempelvis har såväl Socialdepartementet som berörda statliga myndigheter inom missbruksområdet – Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse – rådgivande organ bemannade från brukarorganisationerna.

Lagstiftning med krav på ökat brukarinflytande är ännu en strategi. Inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden har detta hittills i första hand skett på individnivå, till exempel genom bestämmelser med krav på att den enskilde ska vara delaktig i planeringen och genomförandet av vården samt krav på individuell plan. Dessa krav innebär skyldigheter för kommunerna och landstingen i egenskap av huvudmän för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I patientsäkerhetslagen (2010:659), som trädde ikraft den 1 januari 2011, föreskrivs i 3 kap. 4 § att ”Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet”. I 6 kap. 7 § sägs: ”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska den som har ansvaret för hälso- och

³ Inflytande för hälsa och demokrati – vägar till att förverkliga uppdraget. Slutrapport och förslag från Inflytandeprojektet – Nationell psykiatrisamordnings satsning på brukarinflytande.
<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005-2007/brukarinflytandeprojektet>

sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar”.

24.6 Sammanfattning

24.6.1 Tillgänglighet

Tillgängligheten till den svenska hälso- och sjukvården har under lång tid uppvisat brister. I jämförelse med andra länder uppvisar hälso- och sjukvården i Sverige goda medicinska resultat, men samtidigt en väsentligt sämre tillgänglighet än jämförbara länder. Även inom socialtjänsten har problemet med bristande tillgänglighet uppmärksammats, bland annat när det gäller behandling för personer med missbruk eller beroende. Tillgänglighetsbristerna gäller dels långa väntetider till utredning och behandling och dels begränsad bredd och variation i utbudet av behandling som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet.

För att komma till rätta med tillgänglighetsproblemet inom hälso- och sjukvården har staten tagit initiativ till att införa vårdgarantier. Traditionellt har vårdgarantierna reglerats genom överenskommelser mellan staten och SKL. Men den 1 juli 2010 infördes bestämmelser om att landstinget har en skyldighet att erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti. Vårdgarantin reglerar kontakt och besök i primärvården samt besök och behandling i den specialiserade sjukvården. Tidsgränserna för vårdgarantins olika delar regleras genom en överenskommelse mellan staten och SKL. Utöver den nationella vårdgarantin har staten och SKL slutit en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa som ställer krav på kortare väntetider för besök i specialiserad vård och behandling. I de olika överenskommelserna om vårdgarantier har staten alltid avsatt finansiella medel som ska fördelas mellan de landsting som uppfyller vårdgarantins olika krav.

Det statliga bidraget för 2011 fördelar när det gäller den nationella vårdgarantin för den specialiserade vården medel mellan landsting som erbjuder specialistbesök respektive behandling inom den planerade, specialiserade vården inom 60 dagar efter remiss respektive 60 dagar efter beslutad behandling. Det innebär en skärpning av villkoren jämfört med 2005 års vårdgaranti. Det statliga bidraget för 2011 innebär också en fortsatt särskild satsning

på den förstärkta vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa.

Inom socialtjänsten saknas vårdgarantier motsvarande dem som finns inom hälso- och sjukvården. Staten har dock vidtagit åtgärder för att förbättra tillgängligheten till socialtjänstens insatser. År 2006 avsattes en del av det riktade statsbidraget för missbruksvård till att uppmuntra kommuner att införa behandlingsgarantier för personer med missbruk eller beroende. Få kommuner har valt att införa garantier av detta slag.

Uppföljningar av vårdgarantierna visar att de har haft en positiv effekt på väntetiderna och tillgängligheten, men att effekten ofta varit kortlivad. Tillgängligheten är totalt sett bättre i dag än den var för ett antal år sedan, men målen om väntetider enligt den nationella vårdgarantin uppfylls inte. Det faktum att de frivilliga överenskommelserna inte haft avsedd effekt är ett av skälen till att staten nyligen infört bestämmelser om vårdgaranti i HSL.

Vårdgarantier har införts i flera länder i syfte att stärka patientens ställning och förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården. I flera länder finns vårdgarantier som ställer krav på att bedömning och behandling ska erbjudas snabbare än vad som regleras i den svenska vårdgarantin. I andra länder förekommer det också att det finns olika vårdgarantier för olika patientgrupper, i första hand särskilda vårdgarantier för barn och ungdomar med psykisk sjukdom inklusive missbruk och beroende, men också för vuxna med missbruk eller beroende.

Det finns också problem med vårdgarantier. Tidsgränser för kontakt, besök och behandling kan stå i konflikt med den grundläggande principen om prioritering utifrån behov. Det vill säga att personer med mindre behov ges företräde till vård för att vårdgarantin ska uppfyllas. Felaktigt konstruerade kan vårdgarantier också innebära att patienter tvingas köa sig till insats flera gånger, istället för att insatserna planeras, samordnas och genomförs på ett förutsägbart sätt. Det hävdas också att vårdgarantier kan leda till att resurser allokteras till verksamhetsgrenar som hanterar tillstånd som snabbt kan åtgärdas med förutsebart och varaktigt resultat på bekostnad av andra verksamhetsgrenar som hanterar komplexa, långvariga eller kroniska tillstånd som är svåra att behandla med förutsebart och varaktigt resultat. Vårdgarantier innebär inte heller någon garanti för att huvudmännen tillhåller ett brett och varierat utbud av evidensbaserade insatser som möter olika brukares preferenser.

24.6.2 Bemötande

Bemötande och faktorer som påverkar individens upplevelse av bemötandet bör uppmärksammas på system-, verksamhets- och individnivå. Vad som är bra eller mindre bra bemötande kan inte definieras i absolut mening, utan bygger på individens egen upplevelse. Även om det kanske inte är rimligt att uppnå att alla vårdsökande i alla vårdkontakter upplever bemötandet som bra, bör ansträngningar göras för att öka andelen som gör det. Ingen vårdsökande ska behöva bli kränkt eller diskriminerad. Det går att identifiera ett antal vägledande principer för vad som är att betrakta som ett bra bemötande.

Bra bemötande är viktigt för behandlingens resultat. Det bidrar till att den enskilde deltar i planeringen och genomförandet av vården och i skapandet av en behandlingsallians mellan behandlaren och patienten, vilket är viktiga framgångsfaktorer för att vården ska uppvisa önskade resultat.

Inom missbruks- och beroenvården är delaktighet det kvalitetsområde som uppvisar sämst resultat av de sju områden som ingår i öppna jämförelser. Kommunerna som är huvudmän för socialtjänsten uppvisar väsentligt sämre resultat än landstingen som är huvudmän för hälso- och sjukvården. Uppgifterna har vissa kvalitetsbrister, varför de ska tolkas med försiktighet.

Inom hälso- och sjukvården uppgår gruppen som anser att de inte fått den vård de förväntat sig cirka 7 procent. Andelen är högre bland personer under 30 år och bland personer som är födda utanför Norden.

Ärenden om bemötande, kommunikation och information är vanligt förekommande i kommunernas och landstingens patientnämnder. Antalet ärenden av detta slag har ökat något över tid medan ärendegruppens andel av det totala antalet ärenden som patientnämnderna hanterar inte förändrats nämnvärt.

24.6.3 Brukarinflytande

Brukarinflytande definieras i dessa sammanhang som den möjlighet som brukare av olika former av offentliga tjänster ges att påverka innehållet och genomförandet av dess tjänster. Det finns en allmän uppslutning bakom ambitionen att utöka brukarinflytandet. Argumenten för ökat brukarinflytande handlar om ett stärkt

medborgarperspektiv, om att göra vården mer effektiv och att inflytande i form av delaktighet är en viktig bemötandesaspekt. Inflytande kan utövas på individuell och kollektiv nivå. Exempel på kollektiv nivå är brukarråd, styrelserepresentation och brukarrevisioner. På individuell nivå är delaktighet i vårdens planering en väsentlig aspekt.

Den statliga styrningen för ökat brukarinflytande har i första hand skett genom olika mjuka styrmedel, medan lagstiftning endast skett i begränsad omfattning. När lagstiftning används har det i första hand gällt den enskildes deltagande i planeringen och genomförandet av vården. Däremot saknas i princip bestämmelser om brukarinflytande på kollektiv nivå.

25 Kommunernas och landstingens uppgifter och ansvarsproblem

25.1 Tidigare utredningar av uppgifter och ansvar

Det i dag delade ansvaret för missbruks- och beroendevården har uppmärksammats i flera tidigare utredningar som har granskat större eller mindre delar av missbruks- och beroendevården.

25.1.1 Socialberedningen

Socialberedningen tillsattes med uppdraget att göra en systematisk utvärdering av socialtjänstreformens genomförande. I betänkandet *Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget* (SOU 1987:22) görs en översyn av LVM och redovisas vissa överväganden och förslag om missbruks- och beroendevården i övrigt.

Beredningen framhåller att missbruk och beroende är sammansatta socialmedicinska problem och att detta innebär att vården och stödet måste utformas i nära samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Krav på samverkan finns också uttryckta i både socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Beredningen konstaterar dock att det likväl är svårt att få till stånd ett fungerande samarbete. I själva verket är samarbetet mellan huvudmännen ibland i det närmaste obefintligt. Exempelvis har personal inom socialtjänsten ofta begränsad eller ingen kännedom om vad som görs inom hälso- och sjukvården och klienternas kontakter med densamma, och vice versa.

Samarbetsproblemen tenderar också att utmynna i vad beredningen benämner avväjningsstrategier. Inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns exempel på att den egna verksamhetens ansvarsområde definieras så snävt att personer med vissa behov hamnar mitt emellan, utan att någon av huvudmännen tar

ansvaret för att tillgodose deras behov av vård och stöd. Detta gäller i första hand personer som uppfattas som svårbehandlade eller svårhanterade och inte passar in i etablerade behandlingsprogram. Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom lyfts fram som en särskilt exponerad grupp.

Det konkluderas att bristerna generellt är mycket stora, vilket dock inte utesluter att det finns exempel på väl fungerande verksamheter (s. 142).

25.1.2 Psykiatriutredningen

Psykiatriutredningen framhöll i betänkandet *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård av psykiskt störda* (SOU 1992:73) att det är djupt olyckligt att vården och behandlingen av personer med samsjuklighet präglas av konflikter och motsättningar om vem som ska finansiera vården och behandlingen i stället för ett gemensamt ansvarstagande.

Psykiatriutredningen konstaterar att personer med samsjuklighet har ett sammansatt vårdbehov som måste mötas med både sociala och medicinska insatser och enligt den nuvarande ansvarsordningen gemensamt av socialtjänst och hälso- och sjukvård.

25.1.3 Alkoholpolitiska kommissionen

Alkoholpolitiska kommissionen hade i uppdrag att utvärdera den svenska alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden. I delbetänkandet *Vård av alkoholmissbrukare* (SOU 1994:27) konstateras att det finns ett stort behov av samverkan inom vården för personer med alkoholproblem. Genom ett förstärkt samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården bedöms effekterna av insatta resurser kunna öka samtidigt som det skapas förutsättningar för en bättre anpassad service för den enskilde.

Det noteras att personer med så kallat tungt missbruk ofta är kända inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården medan andra personer med missbruk eller beroende är kända inom hälso- och sjukvården, men inte inom socialtjänsten. Vidare konstateras att det har genomförts ett antal mer eller mindre framgångsrika

försök att samordna vården av personer med missbruk eller beroende. Försöken har i många fall stött på problem orsakade av skilda synsätt och olika prioriteringar hos huvudmännen. Därtill konstateras att det är svårt att utan omfattande strukturella förändringar av ansvarsfördelningen inom missbruks- och beroendevården generellt tillämpa framgångsrika lokala lösningar av finansieringsansvaret. Kommissionen lyfter fram försöken med kommunalt huvudmannaskap för hela primärvården som exempel på strukturella förändringar som skulle kunna tjäna som förebild för missbruks- och beroendevården (s. 133–134).

I nämnda delbetänkande uppmärksammas särskilt personer med missbruk eller beroende och samtidig psykisk sjukdom eftersom denna grupp anses ha ett direkt behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det konstateras att samarbetet mellan de två huvudmännen fungerar dåligt. Olika alternativa sätt att förbättra vården och stödet lyfts fram: organisatoriska förändringar på verksamhetsnivån, lokala överenskommelser mellan kommun och landsting om finansieringsansvar samt lagstiftning som tydliggör ansvar och ansvarsfördelning (s. 128).

Alkoholpolitiska kommissionen bedömde att det vid den aktuella tidpunkten inte fanns stöd för vare sig förändrad lagreglering av ansvaret för vård och stöd eller frivilliga lokala överenskommelser om finansieringsansvar. I det korta perspektivet bedömdes följaktligen det enda möjliga alternativet vara att främja samverkan mellan huvudmännens verksamheter genom förstärkt statlig tillsyn och genom stimulansmedel till försöksverksamheter som syftar till att utveckla modeller för samverkan och metodutveckling. Kommissionen noterade att erfarenheterna av dylik försöksverksamhet även kan utgöra ett kunskapsunderlag för en eventuell framtida ändrad lagreglering av ansvaret för vården av personer med samsjuklighet (s. 130).

25.1.4 LVM-utredningen

LVM-utredningen hade i uppdrag att göra en översyn av tillämpningen av LVM. I betänkandet *Tvång och förändring* (SOU 2004:3) konstaterar utredningen att det i hög grad är samma klienter som rör sig mellan de olika huvudmännen i missbruks- och beroendevården och kriminalvården och den framhåller vikten av att framtida analyser av missbruks- och beroendevården utgår från

en helhetsbild som omfattar insatserna från kommunerna genom socialtjänsten, landstingen genom hälso- och sjukvården samt staten genom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM. Uredningen ansåg att regeringen närmare bör utreda denna fråga (s. 405).

I betänkandet uppmärksammas även mer i detalj behovet av att utveckla samarbetet mellan socialtjänsten och Statens institutionsstyrelse vid tvångsvård enligt LVM. Det betonas att tvångsvården bör följas av eftervård och att de olika insatserna ska ske inom ramen för en sammanhållen vårdkedja. För att stimulera detta föreslog utredningen en avgiftsreducering om kommunen ingår en överenskommelse om insatser efter avslutad tvångsvård (s. 424–433).

I linje med utredningens förslag inkluderades i budgetpropositionen 2005 (prop. 2004/05:1) ett särskilt statsbidrag för att utveckla missbruksvården. Bidraget ingick i en treårig satsning 2005–2008 om totalt cirka 820 miljoner kronor, vilken benämndes Ett kontrakt för livet. Medel avsattes dels för att utveckla LVM-vården, dels för att utveckla innehållet i missbruks- och beroendevården i övrigt.

Den del av satsningen som syftade till att utveckla LVM-vården utmynnade i det så kallade Vårdkedjeprojektet med Statens institutionsstyrelse som projektägare. Projektet tillskapades för att lösa problemet med bristande kontinuitet i och efter tvångsvården. Det rör sig sålunda om en begränsad del av missbruks- och beroendevården. I utvärderingen av projektet konstateras att det inte är möjligt att dra några tydliga slutsatser rörande projektets effekter (Fäldt m.fl. 2007).

25.1.5 Vårdöverenskommelse om missbrukarvården

Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (dir. 2004:164) hade i uppdrag att föreslå en överenskommelse mellan staten och kommunerna som preciserar kommunernas användning av ett riktat statsbidrag om totalt 350 miljoner kronor för åren 2006 och 2007.

Av de allmänna överväganden som görs i betänkandet *Personer med tungt missbruk* (SOU 2005:82) framgår att statsbidraget inte skulle användas till att personal- och lokalmässigt förstärka befintliga verksamheter, utan till att utveckla och främja kunskap,

metoder och samverkan (s. 49–53). Utredningen föreslog att bidrag skulle utgå för tre olika ändamål: att införa en specialiserad missbruksenhet inom kommunen eller gemensamma mottagningar för socialtjänsten och hälso- och sjukvården; att införa och tillämpa lokala behandlingsgarantier inom socialtjänsten, samt; att införa, använda och följa upp individuella vårdplaner (s. 55–63).

I likhet med tidigare utredningar uppmärksammas problematiken med det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården och behovet av en bättre koordinering av sociala och medicinska insatser. Det konstateras att det gjorts otaliga försök att förbättra samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården genom stimulansmedel, förstärkt tillsyn och lagstiftning med krav på och möjligheter till samverkan, men att samverkan mellan huvudmännen likväl inte fungerar på ett tillfredställande sätt. Personer med så kallat tungt missbruk framhålls som en grupp som har ett särskilt behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården (s. 77–78).

Det delade ansvaret mellan två huvudmän med var sitt lagstadgat ansvarsområde anses utgöra ett allvarligt hinder för optimal resursanvändning, tillgänglighet till och kontinuiteten i vård och stöd. Samtidigt betonas att frågan om ansvar och huvudmannaskap ligger utanför utredningens uppdrag. Likväl förs ett resonemang om hur styrningen av missbruks- och beroendevården kan och bör utvecklas i framtiden. Utredningen efterlyser en nationell strategi för missbruks- och beroendevården som ska uppmärksamma även strukturella frågor om ansvar och huvudmannaskap. I anslutning till detta lyfts den norska rusreformen fram som ett intressant exempel. Den anses representera ett försök att lösa ett motsvarande problem med delat huvudmannaskap genom att samla ansvaret för centrala delar av missbruks- och beroendevården hos den specialiserade sjukvården (s. 77–78).

I den utvärdering som gjorts av det riktade statsbidraget i vårdöverenskommelsen konstateras att det i många kommuner råder stor oklarhet om och för vilket ändamål bidrag erhållits och att många kommuner har genomfört projekt som inte ryms inom överenskommelsens tre utvecklingsområden. Bidragen har i många kommuner medverkat till att utveckla olika delar av missbruks- och beroendevården, men ofta på ett sätt som ligger relativt långt ifrån syftet med vårdöverenskommelsen (Kullberg m.fl. 2009, s. 117–121).

I utvärderingen dras också mer generella slutsatser om möjligheten att genom statsbidrag styra missbruks- och beroendevården. En slutsats är att statsbidragens effekt brister i precision. De tenderar att bidra till en generell resursförstärkning inom missbruks- och beroendevården, snarare än en specifik utveckling av vissa verksamheter och arbetsmetoder. En annan slutsats är att statsbidragens effekter är allt för kortsiktiga. Många av de verksamheter som tillskapas reduceras eller avvecklas när statsbidraget upphör (s. 122).

Mot denna bakgrund förs i utvärderingen resonemang om hur den statliga styrningen av missbruks- och beroendevården kan utvecklas. Ett alternativ anses vara att övergå från strukturell kapacitetsuppbyggnad till utbudsstyrning, till exempel genom att subventionera vissa vård- och stödinsatser. Ett annat alternativ anses vara en mer direkt styrning av missbruks- och beroendevårdens form, innehåll och genomförande via lagstiftning och annan reglering (s. 122).

25.1.6 Nationell psykiatrisamordning

Utredningen Nationell psykiatrisamordning bekräftade i betänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91) den bild som förmedlades av Psykiatriutredningen att personer med missbruk eller beroende och psykisk sjukdom har svårt att få sina behov av vård och stöd tillgodosedda. Det konstateras att många av de problem som uppstår kring personer med samsjuklighet beror på att de har kontakt med flera olika huvudmän, myndigheter och vårdgivare som har olika förutsättningar, värderingar och mandat. Vidare betonas att ett komplicerat missbruk eller beroende ska ses som en allvarlig försvårande faktor och absolut inte utgöra grund för att diskvalificera någon från vård. Mot denna bakgrund drogs slutsatsen att det finns skäl att närmare belysa om nuvarande ansvarsfördelning mellan huvudmännen och andra styrsystem behöver förändras för att personer med samsjuklighet ska få sina behov tillgodosedda (s. 92–93).

Utredningen återkom i slutbetänkandet *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) till frågan om ansvar och huvudmannaskap. Det konstateras att huvudmännen i dag inte tar det ansvar som krävs. Huvudmännen brister också i samordning och gemensam uppföljning av insatserna. Genom en förbättrad samordning bedöms

individens behov kunna mötas bättre och resurserna användas mer optimalt. Utredningen fann det inte motiverat att föreslå någon lagreglerad förändring av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, utan begränsade förslagen till att införa förstärkta krav på samverkan och gemensam bedömning och uppföljning samt att undanröja vissa hinder för samverkan, bland annat vissa sekretessregler (s. 535–569).

25.2 Vård- och stödprocessens centrala delar

Utredningen har som en huvuduppgift att pröva kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården samt överväga en förändring av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Analysen av huvudmännens ansvar fokuserar fem centrala delar i vård- och stödprocessen: (i) tidig upptäckt och kort intervention, (ii) tillnyktringsverksamhet, (iii) abstinensvård, (iv) behandling och stöd samt (v) utredning, bedömning, planering och uppföljning.

I tabellen beskrivs schematiskt kommunernas och landstingets ansvar för de olika delarna i missbruks- och beroendevårdens vård- och stödprocessen. Det ska dock framhållas att det förekommer betydande variationer i den faktiska ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting i olika delar av landet.

Tabell 25.1 Nuvarande ansvarsfördelning

Kommunen	Landstinget
Tidig upptäckt och kort intervention	Tidig upptäckt och kort intervention
Tillnyktringsverksamhet	Tillnyktringsverksamhet
	Abstinensvård
Behandling	Behandling
Psykosocialt stöd	
Boende, sysselsättning, försörjning	
Egen utredning, bedömning, planering, uppföljning samt vissa krav på att delta i gemensam vårdplanering	Egen utredning, bedömning, planering, uppföljning samt vissa krav på att delta i gemensam vårdplanering

De avsnitt som behandlar de olika delarna i vård- och stödprocessen har en likartad uppbyggnad. Först definieras begreppen.

Därefter analyseras problem förknippade med nuvarande ansvarsförhållanden.

25.3 Tidig upptäckt och kort intervention

25.3.1 Tidig upptäckt

Tidig upptäckt avser att identifiera riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger i samband med att en person söker vård eller stöd av någon anledning. Det kan avse direkta problem i den mening att en individ med problematisk konsumtion av alkohol eller andra droger identifieras eller indirekta problem i den mening att en individs problematiska konsumtion drabbar närstående.

Att uppmärksamma problem är i dag en uppgift för en lång rad verksamheter som möter människor i olika situationer varav många, men inte alla, återfinns inom kommunernas och landstingens respektive ansvarsområden. Viktiga verksamheter för identifikation är bland annat inom kommunens ansvar skolan och socialtjänstens alla delar och inom landstingets ansvar primärvården, barn- och mödravården, barn- och ungdomspsykiatri och allmänpsykiatri. Exempel på en annan viktig verksamhet är företagshälsovården och studenthälsan.

Identifikationsinsatser kan inriktas mot situationer och grupper där det kan antas att riskabelt bruk av alkohol eller andra droger förekommer oftare, det vill säga en så kallad högriskstrategi. Men insatser kan också riktas mot bredare grupper till exempel genom screening av alla nybesök på en vårdcentral eller inom socialtjänsten. AUDIT är en enkel testmetod i form av ett formulär som patienten eller klienten själv fyller i för att identifiera alkoholproblem, som kan kombineras med biologiska markörer genom blodprov. För att identifiera narkotikaproblem kan frågeformuläret DUDIT samt urinanalyser användas.

25.3.2 Kort intervention och möjlighet att hänvisa

För att vara meningsfull bör högriskinriktad och generell screening kombineras med första linjens åtgärdsberedskap. Första linjens åtgärder kan till exempel vara kort rådgivning eventuellt kombinerat med uppföljning. Tillgänglig kunskap talar för att kort

intervention mot riskabel alkohol- och droganvändning är verkningfull och även kostnadseffektiv (Socialstyrelsen 2007, s. 69–89).

I detta sammanhang är det viktigt att upprätthålla en balans mellan respekt för den enskildes privatliv och konsumtionen av legala men potentiellt skadliga droger å ena sidan och de hälsomsä- siga och samhällsekonomiska vinster som tidig intervention kan medföra å den andra. Samhällets mandat att ingripa är betydligt större när det gäller illegala droger.

Det är också viktigt att den verksamhet som upptäcker problemet har tillgång till andra linjens insatser, till exempel att kunna hänvisa vidare alternativt konsultera specialister om de upptäckta problemen bedöms vara svåra eller om det visar sig att den korta interventionen inte är tillräcklig.

25.3.3 Nuvarande lagstiftning

I dag har både socialtjänsten och hälso- och sjukvården enligt SoL respektive HSL ett ansvar för att identifiera alkohol- och drogrelaterade problem och kort intervensera. I 2 c § HSL sägs att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. I 3 kap. 7 § SoL sägs att socialtjänsten ska förebygga och motverka missbruk. Det är utifrån nämnda bestämmelser ansvaret för att arbeta med tidig identifikation och intervention kan härledas.

Kommunernas och landstingens ansvar för tidig identifikation och intervention är i dag reglerat på en förhållandevis övergripande nivå.

25.3.4 Låg ambitionsnivå och andra hinder

Det grundläggande problemet rörande tidig identifikation och intervention är att chansen till att tidigt uppmärksamma och åtgärda alkohol- och drogrelaterade problem tas till vara i allt för liten utsträckning.

Studier visar att trots att alkohol som risk- och orsaksfaktor bakom flera ohälsotillstånd inte uppmärksammas tillräckligt inom primärvården. Folkhälsoinstitutet drev mellan 2004 och 2010 riskbruksprojektet. Syftet är att fler patienter inom primär- och företagshälsovården ska screenas för alkoholvanor och vid behov

erbjudas professionell hjälp (www.fhi.se). Uppföljningar efter tre år visar att 8 av 10 tillfrågade distriktsläkare och distriktssköterskor genomgått någon form av utbildning i riskbruk. Inom mödravården är andelen ännu större. Men genomslaget för tidig upptäckt och kort intervention är fortfarande totalt sett begränsat (Folkhälsoinstitutet 2010). Endast vid omkring vart femte läkarbesök på vårdcentral tas alkoholfrågan upp, men andelen ökar. Strukturerade instrument för screening används inte särskilt ofta (Socialstyrelsen 2007, s. 86). Motsvarande breda satsningar för att utveckla upptäckt och tidig intervention är inte genomförda inom socialtjänstens område.

I forskningen om alkohol- och drogförebyggande arbete har det förts fram ett antal olika förklaringar till att arbetet med tidig identifikation och intervention sker i för begränsad omfattning (Folkhälsoinstitutet 2010).

- Alkohol upplevs som en känslig fråga att diskutera med patienter om de inte söker för problem som kan relateras till alkohol.
- Rädsla för minskat förtroende och negativa reaktioner från patienter.
- Upplevd brist på kunskap, träning och utbildning i alkoholrelaterade frågor.
- Osäkerhet på förmåga att diskutera alkoholfrågor.
- Tvivel på effekter av alkoholrådgivning eller att diskutera alkohol.
- Upplevd brist på tid.
- Otillräckligt underlag i form av screeninginstrument och informationsmaterial om alkohol.
- Bristfälligt stöd och infrastruktur för genomförande av screening och interventioner.
- Avsaknad av finansiella incitament.

I samband med all screening gäller att om man frågar ofta och brett så kommer man att hitta tidigare okända personer med relativt avancerad problematik, som vanligen inte den screenande verksamheten har kompetens och resurser för att hantera. Inte minst inom missbruksområdet kommer det vid en bred screening också att

identifieras ett antal personer med allvarigare beroendeproblematik.

Detta reser frågan om den första linjens verksamheter, som har de bredaste kontakterna gentemot befolkningen och därmed är mest lämpade för att screena, också ska ansvar för utredning och behandling i mer komplicerade fall. Eller om det ska finnas en möjlighet att hänvisa eller remittera komplicerade fall för utredning och behandling till den specialiserad vården.

Lokalt har man på flera håll genom vårdprogram och avtal mellan primärvården och den specialiserade vården försökt tydliggöra gränsen mellan första och andra linjens ansvar inom landstingets hälso- och sjukvård. Nationellt finns det inte någon närmare reglering av nämnda ansvarsförhållanden. Men till exempel målbeskrivningar för vad en läkare med specialistutbildning i allmänmedicin ska behärska kan ge viss vägledning om var den ansvarsmässiga gränsen mellan primärvården och den specialiserade vården lämpligen kan dras.

Riskbruksprojektets ansats med lokala projektledare, utbildningsinsatser för olika grupper av yrkesverksamma och uppföljning är ett annat sätt att försöka tydliggöra uppdraget att tidigt identifiera och intervensera.

25.4 Tillnyktringsverksamhet

25.4.1 Tillnyktring

Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda alkohol- och drog-påverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap och någonstans att vistas under en kortare tid under den akuta berusningen. Tillnyktringsverksamhet bör också för en del av dem som tillnyktrar ses som en del i vård- och stödprocessen bestående av: tidig upptäckt och kort intervention, tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, behandling och stöd, samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Det är dock långt ifrån alla personer som är aktuella för tillnyktringsverksamhet som har behov av att passera hela vård- och stödprocessen.

Påverkade personer kan principiellt komma ifråga för tillnyktringsverksamhet på två olika sätt. Huvudregeln är att akut berusade eller påverkade personer aktivt söker eller frivilligt accepterar ett

erbjudande om tillnyktring och eventuellt om vidare vård, behandling och stöd.

Därutöver kan personer i vissa särskilda fall omhändertas av polisen enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB).¹ Detta gäller om en person är så berusad eller påverkad att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller om personen utgör en fara för sig själv eller andra. Det gäller dock inte om personen påträffas i sitt eget hem, eller i någon annans bostad. Polisen kan efter ett omhändertagande skjutsa personen till en tillnyktringsenhet eller motsvarande, varvid personen formellt släpps fri, eller i poliscell eller arrestlokal frihetsberöva personen under några få timmar.

Polisens ansvar för omhändertagandet diskuteras inte här, utan förutsätts fortsatt vara en rent polisiär uppgift. Däremot är en viktig fråga för utredningen hur en medicinsk säker och socialt god omvårdnad kan säkerställas för berusade personer som omhändertas enligt LOB, liksom dem som på frivillig väg hamnar på en särskild tillnyktringsenhet eller motsvarande.

Till de tillnyktringsenheter som finns i dag kommer majoriteten av besökarna på eget initiativ medan andra transporteras av anhöriga eller polisen (utan LOB). I de fall tillnyktringsverksamheten ligger i anslutning till ett sjukhus med akutmottagning är det brukligt att berusade personer efter bedömning på akutmottagningen överförs till tillnyktringsenheten. Vad som följer efter tillnyktring varierar från fall till fall, utifrån bedömt behov av vård och stöd samt personens egna önskemål. Personen kan återvända hem, till föräldrar eller andra anhöriga eller hänvisas vidare till abstinensvård, somatisk eller psykiatrisk vård eller socialtjänst. Många av dem som vistas på en tillnyktringsenhet är kända sedan tidigare besök eller återkommer.

Frågan om tillnyktring kan emellertid inte begränsas till att vara en fråga om var berusade personer som omhändertas av polisen ska förvaras. Tillgången på tillnyktringsverksamhet måste säkerställas generellt för påverkade personer i behov av tillnyktring med

¹ Av 1 § lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. framgår att den som anträffats så berusad av alkohol eller andra berusningsmedel att han inte kan ta hand om sig själv eller som annars utgör fara för sig själv eller för någon annan får omhändertas av polismannen. Av 4 § framgår att om den omhändertagne inte bereds vård på sjukhus eller annan vårdinrättning, och inte heller tas omhand på annat sätt eller friges, får denne hållas kvar hos polisen. Det finns även en bestämmelse som gör det möjligt att förvara personen vid kriminalvårdsmyndighet, vilket i praktiken innebär häkte. Enligt 6 § ska den omhändertagne fortlöpande ses till och om behov uppstår ska den omhändertagne föras till sjukhus eller läkare tillkallas så snart det är möjligt.

medicinsk tillsyn, oavsett om behovet aktualiseras genom att en person omhändertas av polisen eller på annat sätt söker hjälp.

25.4.2 Bristande tillgång

I samband med att LOB trädde ikraft avsatta staten simulansmedel för att främja utveckling av särskilda tillnyktringsenheter (TNE). Totalt etablerades ett tjugotal enheter. Av dessa finns ett tiotal finns kvar i dag.

I områden utan särskilda tillnyktringsenheter hanteras ibland tillnyktring inom ramen för andra verksamheter. Det kan till exempel ske inom hälso- och sjukvården på en så kallad våt sida av en avdelning för beroendevård, på övervakningsplats i anslutning till en akutmottagning eller ibland på härbärgen eller inom ramen för andra former av så kallade lågtröskelboenden. Om det medicinska behovet påkallar det kan akut berusade eller påverkade personer läggas in på somatiska vårdavdelningar eller intensivvårdsavdelningar på sjukhus.

På flera håll saknas i dag specifik tillnyktringsverksamhet. Att det råder brist har styrkts av tidigare utredningar (Ds 2001:31, SOU 2002:117, Justitiedepartementet 2005). Det har också bekräffats i samband med utredningens kontakter med verksamma inom missbruks- och beroendevården i olika delar av landet.

Bristen på tillnyktringsresurser kan medföra en medicinsk risk för påverkade personer med behov av tillnyktring under kontrollerade former eftersom de inte regelmässigt bedöms medicinskt eller erbjuds medicinsk tillsyn. Avsaknad av tillnyktringsverksamhet innebär också att möjligheten att motivera akut berusade personer till vård och behandling försummas.

Vidare kan brist på tillnyktringsverksamhet, som en del i vård- och stödprocessen, utgöra ett hinder för personer som har behov av och vill genomgå abstinensvård och behandling av missbruk eller beroende. På vissa håll inleds nämligen inte abstinensvård eller annan behandling om personen inte är nykter. Det är förvisso möjligt för en person att själv ta ansvar för nykterhet som en förberedelse för abstinensvård och efterföljande behandling. Men för personer som inte kan axla detta ansvar, finns en uppenbar risk att bristen på tillnyktringsverksamhet starkt begränsar individens faktiska tillgång till abstinensvård och annan behandling.

Utredningen har från flera olika håll upplysts om att det blivit allt svårare att bedöma påverkade personers tillstånd som en följd av att blandmissbruk av flera olika missbrukssubstanser blivit vanligare. Även inflödet av nya droger med okända effekter gör riskbedömning svårare.

25.4.3 Otydligt ansvar

Det råder även oklarhet om vilken huvudman som ska ha ansvaret för tillnyktring. Ansvaret för att bedriva och finansiera verksamheten varierar mellan det tiotal särskilda tillnyktringsenheter som finns i dag. I något fall bedrivs och finansieras verksamheten av kommunen. I andra fall bedrivs den av landstinget medan den finansieras av landsting och kommun gemensamt. I ytterligare andra fall bedrivs den av landsting och finansieras helt av kommuner. I något fall bedrivs och finansieras verksamheten av landstinget utan finansiell samverkan med kommunerna.

Den otydlighet som råder om vilken huvudman som ska erbjuda tillnyktringsverksamhet inverkar negativt på huvudmännens benägenhet att inrätta denna typ av verksamheter, även om det vanligen finns en samsyn om att detta bör göras. I praktiken hanteras det otydliga ansvaret genom att huvudmännen lokalt och regionalt förhandlar om hur tillnyktringsverksamhet ska organiseras och finansieras. Ibland tillskapas verksamheter som omfattar samtliga kommuner i ett landsting och ibland verksamheter som endast omfattar någon eller några kommuner i ett landsting. Ibland kan inte kommunen och landstinget komma överens om finansieringen med följderna att det inte etableras någon tillnyktringsverksamhet.

För att möta vårdbehovet bör det finnas minst en tillnyktringsenhet i varje landsting. I befolkningsmässigt stora landsting kan det vara motiverat med flera enheter. Totalt bedömer utredningen att det behövs cirka 40 tillnyktringsenheter i landets 20 landsting. Detta är linje med tidigare bedömningar.

I dag finns som ovan nämnts endast ett tiotal. Tillgången på tillnyktringsverksamhet möter sålunda inte behovet i befolkningen. Avgörande är i stället hur kommun och landsting tolkar sina respektive uppgifter och om de två huvudmännen kan komma överens om hur verksamheten ska finansieras och bedrivas.

Det otydliga ansvarets negativa inverkan på tillgången till tillnyktringsverksamhet ska dock inte tolkas som att samverkanslösningar mellan kommun och landsting nödvändigtvis är negativa. Det primära är att säkerställa tillgången till adekvat tillnyktringsverksamhet som kan fungera som en ingång till de två huvudmännens insatser senare i vård- och stödprocessen. En positiv tolkning av de olika lokala lösningarna är att de utgör en anpassning till regionala och lokala förutsättningar och behov. Samtidigt finns dock uppenbara svagheter med samverkanslösningar om de, som i dag, bygger på ett otydligt ansvar för verksamhetens finansiering. Om huvudmännen inte kan enas tillskapas inte någon verksamhet och om någon eller några av de parter som gemensamt finansierar en verksamhet inte längre vill bidra, eroderar grunden för att bedriva verksamheten.

Därutöver finns ett behov av tillnyktringsverksamhet för dem som omhändertas av polisen enligt LOB, vilka förvaras hos polisen eller i arrestlokal. Det rör sig om betydande antal tillfällen när påverkade personer förvaras i arrestlokaler. År 2008 uppgick antalet omhändertaganden till totalt 66 400. Antalet unika personer som omhändertas under ett år har tidigare bedömts uppgå till mellan 15 000 och 20 000. Det innebär att ett mindre antal personer står för en jämförelsevis stor andel av det totala antalet omhändertaganden (Justitiedepartementet 2005).

Förvaringen av berusade personer i arrest är problematisk utifrån såväl ett medicinskt säkerhetsperspektiv som ett vård- och behandlingsperspektiv. Med nuvarande ordning, enligt vilken polisen inte har medicinsk kompetens, är det svårt att i arresten tillgodose behovet av medicinsk tillsyn. Det innebär en risk för den omhändertagnes säkerhet. Det anses också ha blivit allt svårare för polisen att bedöma de omhändertagnas tillstånd, bland annat som en följd av att ett tilltagande blandmissbruk av alkohol och andra droger. Flera personer som har avlidit i polisarrest under senare år har drabbats av akut alkoholförgiftning eller blandförgiftningar med alkohol, narkotika och läkemedel. Förvaringen av de omhändertagna hos polisen sker under förhållanden som med dagens värderingar framstår som otidsenliga, det vill säga under inlåsning i lokaler som inte är anpassade för omvårdnad. Någon möjlighet att få mat, tvätta kläder eller duscha finns inte alltid.

Även utifrån ett polisiärt perspektiv är den nuvarande ordningen otillfredsställande. Uppgiften har en svag koppling till de centrala polisuppgifterna. Statsmakterna har i andra sammanhang uttryckt

en vilja att renodla polisens arbetsuppgifter till att gälla bland annat brottsutredande verksamhet och upprätthållande av ordning och säkerhet på gator och torg (jfr SOU 2002:117, s. 52–53).

25.5 Abstiniensvård

25.5.1 Från avgiftning till abstiniensvård

Abstiniensvård har traditionellt benämnts avgiftning. Med avgiftning avses att en substans eller drog elimineras ur kroppen. Termen avgiftning har dock i allt högre grad kommit att ersättas av termen abstiniensbehandling. Med abstiniensbehandling avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktionerna som uppträder i anslutning till att intaget av alkohol eller andra droger upphör. Likaså är abstiniensbehandling ibland nödvändig vid allvarliga psykiatriska och somatiska tillstånd (Socialstyrelsen 2007, s. 123–124, 150–154). Utredningen föredrar termen abstiniensvård framför abstiniensbehandling eftersom insatserna i många fall i princip saknar inslag av behandling i utredningens kvalificerade mening, utan primärt handlar om omvårdnad.

Abstiniensvård har normalt, men inte alltid, medicinska inslag. För abstiniensvård vid missbruk eller beroende av vissa psykoaktiva substanser finns en väl utvecklad metodik med god evidens. Det gäller företrädesvis alkohol, opiater, analgetika och bensodiazepiner. För vissa andra substanser saknas i dag specifika farmakologiska behandlingar, till exempel cannabis, amfetamin, kokain och hallucinogener (Socialstyrelsen 2007, s. 124).

Abstiniensvård ska också ses som en del i vård- och stödprocessen, vilken sekventiellt föregås av tillnyktring och efterföljs av behandling. Av detta följer att ett viktigt syfte med abstiniensvård också är att motivera en individ till fortsatt behandling och identifiera behovet av psykosocialt stöd.

25.5.2 Bristande tillgång

Uppgifterna om tillgången till abstiniensvård är osäkra. I en kartläggning av organisation, resurser och insatser inom missbruks- och beroendevården 2003 ansåg 9 av 10 kommuner och 5 av 10 landsting att det råder viss eller stor brist på abstiniensvård (Socialstyrelsen 2004, s. 35–36). Flera länsstyrelser har inom ramen för

tillsynen rapporterat att landstingen saknar resurser för att avgifta och behandla personer med tungt missbruk (Länsstyrelserna 2008).

Av utredningens kartläggning av missbruks- och beroendevården i fem län framgår att tillgången på abstinensvård varierar mellan olika landsting, men att huvudmännen anser att det inte föreligger någon påtaglig brist på abstinensvård i de studerade länen (Karlsson 2009).

Den kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården som SKL nyligen utfört på regeringens uppdrag visar att 36 procent av patienterna som vårdats i psykiatrin under 2008 hade missbruk eller beroende som huvuddiagnos. Av dessa patienter är två tredjedelar män och en tredjedel kvinnor. Vidare framgår att patientgruppen endast står för 12 procent av det totala antalet vårddygn. Förklaringen till detta är att vårdtiderna av missbruk och beroende generellt är mycket korta inom den psykiatriska vården eftersom abstinensvård i slutenvård normalt kan genomföras på några dygn eller upp till en vecka (SKL 2010).

Användningen av slutenvård för personer med missbruk eller beroende varierar också i hög grad mellan olika landsting. Högst är den i Örebro län med 20 vårddygn per 1 000 invånare och lägst är den i Västernorrlands län med ett vårddygn per 1 000 invånare. Detta illustrerar att olika landsting tolkar ansvaret för behandling av missbruk och beroende mycket olika.

De uppgifter utredningen tagit del av i samband med regionala hearingar, kontakter med brukarorganisationer, och besök på olika platser i landet indikerar dock att det alltså råder brist på kapacitet. Bristen gäller i första hand platser för abstinensvård i slutenvård.

Dimensioneringen av abstinensvården påverkas bland annat av hur lång abstinensperioden anses vara och hur behovet bedöms av behandling i slutenvård respektive öppen vård. Utredningen har uppfattat det som att landstingen generellt anser att behovet av slutenvård är mer begränsat både i volym och genomsnittlig vårdtid än vad kommunerna anser.

25.5.3 Tydligt ansvar, med vissa undantag

Den allmänna uppfattningen bland huvudmännen är att abstinensvård är ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. I linje med detta står landstinget för merparten av abstinensvården. Enligt Socialstyrelsens, ovan nämnda, kartläggning av organisation, resurser och insatser inom missbruks- och beroendevården utförde landstinget, ensamt eller i samverkan, drygt 90 procent av abstinensvården (Socialstyrelsen 2004, s. 32). Det förekommer även att abstinensvård utförs av kommun eller privata och ideella vårdgivare, till exempel inleds vistelsen på vissa privata eller kommunala behandlingshem med en period av abstinensvård.

Inom två områden tenderar dock avsteg att göras från arbetsfördelningen med landstinget som ansvarig huvudman. Det gäller dels inom tvångsvården enligt LVM som utförs av Statens institutionsstyrelse och dels inom kriminalvården.

Statens institutionsstyrelse bedriver abstinensvård i egen regi. Klienterna är vid inskrivningen ofta i behov av abstinensvård. En stor andel av klinterna har inte genomgått abstinensvård innan de skrivs in vid ett LVM-hem. År 2009 uppgick antalet inskrivningar till totalt drygt 1 000, varav vården i cirka 40 procent av fallen inleddes på sjukhus (Statens institutionsstyrelse, Statistik 2009). Enligt Statens institutionsstyrelse har ofta klienterna ett behov av abstinensvård även i de fall när vården har inletts på sjukhus. För abstinensvård och andra medicinska uppgifter finns sjuksköterskor och konsultläkare vid LVM-hemmen. Längden på den abstinensvård som Statens institutionsstyrelse bedriver i egen regi varierar enligt uppgift beroende på drog, från en vecka upp till flera månader. Abstinensvården består av symtomatisk behandling, omvårdnad, akupunktur och viss farmakologisk behandling. Statens institutionsstyrelse anser att klienternas behov av abstinensvård och viss annan medicinsk behandling bäst kan tillgodoses om myndigheten i egen regi bedriver denna, men att verksamheten bör finansieras av landstingen, inte via den avgift som kommunerna betalar för LVM-vården (Statens institutionsstyrelse 2008, Abstinensbehandling vid SiS institutioner).

Kriminalvården bedriver abstinensvård i egen regi i enlighet med särskilda riktlinjer som reglerar bland annat läkemedelsanvändning och vårdtider. Verksamhetsmässigt eftersträvas en arbetsfördelning som innebär att vårdare iakttar, sjuksköterskor bedömer och läkare

ordinerar läkemedel. Det saknas i dag detaljerade uppgifter om abstinensvårdens volym inom kriminalvården. Men enligt myndighetens egen skattning används mellan 25 och 40 procent av sjuksköterskornas och läkarnas arbetstid vid häkten till att bedöma och hantera abstinensstillstånd. Kriminalvården har uppgett att myndigheten anser det vara rationellt att i egen regi bedriva den abstinensvård som motsvarar den som bedrivs som öppen vård inom hälso- och sjukvården, eftersom kostnaderna för att driva denna understiger de kostnader för transporter och bevakning som skulle följa om myndigheten i stället nyttjade landstingets utbud.

Avstegen från ordningen att abstinensvård är ett ansvar för hälso- och sjukvården är problematiska i åtminstone två avseenden. Betraktat ur ett patientsäkerhetsperspektiv finns en risk att abstinensvård som bedrivs utanför den ordinarie hälso- och sjukvården inte uppfyller samma krav på patientsäkerhet eller att klienter inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM inte i samma utsträckning som patienter inom hälso- och sjukvården har tillgång till adekvat medicinsk utredning och behandling. Utifrån ett förvaltningsperspektiv upprätthålls inte den så kallade normaliseringsprincipen, vilken innebär att den huvudman som har det ordinarie ansvaret för en insats även normalt ska ha detta för klienter inom kriminalvården och tvångsvården, så länge inte formerna för kriminalvård och tvångsvård förhindrar de myndigheter som har det ordinarie ansvaret att fullgöra sitt ansvar.

Samtidigt ska inte storleken på detta problem överdrivas. De medel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse avsätter för abstinensvård och annan hälso- och sjukvård utgör en liten andel av såväl myndigheternas egna totala kostnader som landstingens samlade kostnader för hälso- och sjukvården.

25.5.4 Konsekvenser för individen och vårdens effektivitet

För den enskilde i behov av hjälp är bristande samspel mellan abstinensvård och anknytande delar av vård- och stödprocessen ett problem. Det är svårt eller omöjligt att entydigt dra gränser mellan abstinensvård, föregående tillnyktringsverksamhet och efterföljande behandling och stöd.

Det förekommer också att verksamheter ställer krav på att individer för att komma ifråga för abstinensvård först ska vara nyktra, vilket innebär att individer i behov av abstinensvård ibland

nekas tillgång. I sammanhanget ska noteras att abstinenssymptom kan uppstå innan en drog helt har lämnat kroppen.

Det förekommer också att individer fortfarande har betydande abstinenssymtom efter genomgången abstinensvård, vilket innebär att individer i behov av efterföljande behandling ibland nekas tillgång till behandling med hänvisning till att de inte bara ska vara nyktra utan också fria från abstinenssymptom. Mot bakgrund av att vissa abstinenssymtom undantagsvis kan kvarstå flera veckor efter det att drogkonsumtionen upphört kan krav på abstinensfrihet innebära ett betydande hinder för den som är i behov av hjälp för missbruksproblem.

Även ur ett effektivitetsperspektiv är bristande samspel mellan abstinensvård och de andra delarna i vård- och stödprocessen ett betydande problem. Tidiga insatser i vård- och stödprocessen kan vara av mindre värde om det inte är möjligt att följa upp med senare insatser, till exempel att abstinensvård inte kan efterföljas av behandling av missbruk och beroende.

25.6 Behandling och stöd

Den nuvarande lagstiftningen – SoL och HSL – definierar inte begreppen behandling och stöd, men ger viss vägledning om kommunernas och lanstingens ansvar för behandling och stöd.

Av HSL framgår att hälso- och sjukvården har ett generellt ansvar för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. Missbruk och beroende uppmärksammas inte särskilt i lagstiftningen.

Av SoL framgår att socialtjänsten har ett generellt ansvar för stöd. I SoL finns särskilda bestämmelser om missbruk. Socialtjänsten har ett ansvar dels för att förebygga missbruk och dels för att ge hjälp och stöd för att personer ska komma från missbruk. Det är den senare uppgiften som ligger till grund för att socialtjänsten även har ett ansvar för behandling av missbruk och beroende.

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården definieras begreppen behandling och stöd närmare och anpassas till de förhållanden som råder inom missbruksområdet (Socialstyrelsen 2007, s. 31–34).

25.6.1 Behandling

Behandling definieras enligt de nationella riktlinjerna som systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från missbruk eller beroende. Närmare bestämt ska fyra kriterier uppfyllas: (i) metoderna ska ha stöd i forskning (evidenskriteriet), (ii) avsikten ska vara att hjälpa individen att komma från missbruk eller beroende och inte återfalla (intensionskriteriet), (iii) utövare av behandlingen ska ha lämplig kompetens (kompetenskriteriet), samt (iv) praktiken ska utövas i en verksamhet som är anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter (kontextkriteriet).

Behandling kan delas in i medicinsk behandling eller läkemedelsbehandling respektive psykosocial behandling.

Psykosocial behandling representerar enligt riktlinjerna en särskild form av behandling. För att vara psykosocial behandling ska utöver den generella behandlingsdefinitionen ytterligare två kriterier vara uppfyllda. Interventionen ska (i) rikta sig gentemot den enskildes psykologiska och sociala livssituation med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende och (ii) främst syfta till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende. Omlärande, kognitivt beteendeorienterade, motivationsinriktade och återfallspreventiva metoder kan inkluderas i begreppet.

Med medicinsk behandling avses läkemedelsbehandling med vidhängande medicinska insatser.

25.6.2 Psykosocialt stöd

Psykosocialt stöd definieras som interventioner som främst syftar till att förbättra den enskildes sociala situation. Stödinsatser brukar vanligtvis vara inriktade på endera den enskildes sociala situation (bostad, sysselsättning, försörjning) eller på livssituationen i övrigt (relationer, självkänsla, etc.). I litteraturen benämns dessa insatser ofta som ospecifik behandling eller ospecifika stödinsatser. Skillnaden mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd är att stöd till skillnad från behandling inte baseras på en specifik teknik eller metod. Detta behöver dock inte innebära att stödinsatser är osystematiska. Stödinsatser kan också ha inslag av behandling, men de uppfyller inte samtliga behandlingskriterier.

25.6.3 Delat och otydligt ansvar för behandling

Utifrån ett ansvarsperspektiv är en negativ konsekvens av avsaknaden av entydiga begrepp och lagstiftning som mer i detalj reglerar behandlingsuppdraget att huvudmännens respektive ansvar för behandling blir otydligt. I detta sammanhang ska dock noteras att otydligheten inte gäller all behandling. Inom missbruks- och beroendområdet är abstinensvård och farmakologisk behandling, till exempel läkemedelsbehandling av alkoholberoende och opiatberoende, tydliga uppgifter för landstinget. Psykosocialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning är på motsvarande sätt ett tydligt ansvar för kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten.

Otydligheten när det gäller landstingens och kommunernas ansvar för behandling och stöd gäller sålunda i första hand ansvaret för olika former av psykosocial behandling i både öppen och sluten vård.

Problemet är både av begreppslig och innehållslig natur. Det som inom socialtjänsten benämns behandling vid missbruk eller beroende omfattar delvis åtgärder som inom hälso- och sjukvården inte skulle benämnas behandling. Inom socialtjänsten tenderar behandling att ges en mycket vid innebörd, i extremfallet avses med behandling alla insatser som ges med stöd av SoL (jfr SOSFS 2003:20). Inom hälso- och sjukvården har begreppet omvårdnad en förhållandevis tydlig definition, men det har inte någon direkt motsvarighet inom socialtjänsten. Detta kan leda till att omvårdnadsåtgärder som personalgrupper utan yrkeslegitimation utför inom hälso- och sjukvården, till exempel på en sjukhusklinik, skulle betecknas som behandling om de utförs av motsvarande personalgrupper inom socialtjänsten, till exempel vid ett hem för vård eller boende (HVB).

Otydligheten i behandlingsansvaret kan illustreras med hjälp av Socialstyrelsens kartläggningar av insatser i öppen vård inom missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2008).

Öppenvården har en given dag kontakt med cirka 24 000 personer och sysselsätter omkring 3 800 årsarbetskrafter. Ovan nämnda kartläggning omfattar totalt cirka 630 enheter. Med de nationella riktlinjernas åtskillnad mellan behandling och stöd kan 400 enheter klassificeras som behandlingsenheter och 230 som stödenheter. Den övervägande andelen av enheterna bedrivs av

landsting eller kommun, medan en mindre andel bedrivs av privata eller ideella vårdgivare.

Av de 400 behandlingsenheterna bedrivs omkring 85 procent i offentlig regi, varav en större andel av kommuner. Antalet årsarbetskrafter inom den öppna behandlingsverksamheten har skattats till totalt 2 600. Vid sidan om socialsekreterare (19 procent) och behandlingsassistenter (19 procent), är sjuksköterskor (16 procent), psykologer och psykoterapeuter (5 procent) och läkare (4 procent) viktiga personalgrupper. Behandlingsenheterna är befolkningsmässigt relativt jämt fördelade över landet. I absoluta tal finns dock över 50 procent i storstadsregionerna (s. 21–27).

Inom behandlingsområdet förekommer enligt gjorda inventeringar ett tiotal enhetstyper eller verksamhetsinriktningar. När det gäller öppenvård kan följande typer eller inriktningar urskiljas: psykiatriska öppenvårdsenheter, privatmottagningar (läkar-, psykolog- och psykoterapeutmottagningar), öppenvårdsenheter för missbruksbehandling, kommunala eller ideella socialbyråer och kombinationer mellan öppen och sluten vård (s. 22).

Behandlingsenheterna erbjuder ett relativt brett utbud av vård och behandling. Medicinsk behandling är en viktig del. De medicinska insatserna omfattar bland annat provtagning, abstinensvård och farmakologisk behandling. Psykoterapi är en annan viktig del. De behandlingsmodeller som praktiseras är i första hand beteendeorienterade kognitiva terapier, olika former av jag-stödande terapi samt motiverande samtal (s. 43–45).

De cirka 230 stödenheterna bedrivs oftast i offentlig regi. Bland dessa finns till exempel några av de cirka 120 alkohilmottagningar som är organiserade i Riksföreningen för Alkohilmottagningar (RAM). Cirka 90 procent av stödenheterna bedrivs av kommunen medan resterande enheter i flertalet fall bedrivs av landstinget (s. 26–27).

Antalet årsarbetskrafter vid stödenheterna har skattats till totalt 1 200. Merparten av personalen är socialsekreterare (28 procent) eller behandlingsassistenter (32 procent). Förhållandevis få är medicinskt utbildade: sjuksköterskor (4 procent), psykologer och psykoterapeuter (1 procent) och läkare (<1 procent). Behovet av medicinsk kompetens tillgodoses ofta genom upphandling, i regel från landstinget (s. 26–27).

Av Socialstyrelsens förstärkta tillsyn av missbruks- och beroendevården framgår att de kommunala behandlingsenheter som inspekterats som regel bedriver rådgivning och motiverade

samtal och ibland även strukturerade behandlingsprogram. De kommunala verksamheterna hanterar i första hand alkohol- och narkotikaproblem. De integrerade enheterna som bedrivs i samverkan mellan kommun och landsting erbjuder normalt ett brett utbud av olika behandlingsinsatser. Landstingets verksamheter har normalt ett beredare utbud av medicinska insatser (Socialstyrelsen 2011).

Stödenheterna erbjuder ofta ett brett utbud av insatser.² De vanligaste insatserna är rådgivning och motivationsarbete, psykosociala stödinsatser, återfallsprevention och eftervård. Men stödenheterna erbjuder även viss medicinsk behandling och psykoterapi (s. 45–47).

Av beskrivningen ovan framgår att både kommuner och landsting driver behandlings- och stödenheter. Behandlingsenheter bedrivs i hög grad av både landstinget och kommunen medan stödenheter i de allra flesta fall bedrivs av kommunen. Personalen vid de två enhetstyperna har betydande kompetensmässiga likheter. En viktig skillnad är dock att medicinsk kompetens är vanligare vid behandlingsenheter. I den mån stödenheter har medicinsk kompetens upphandlas normalt denna, i första hand från landstinget.

Insatsutbudet skiljer sig åt mellan de två enhetstyperna, men det finns också betydande likheter. En skillnad är att behandlingsenheterna oftare erbjuder medicinsk behandling och stödenheterna i väsentligt högre grad psykosocialt stöd. För stödenheterna är typiska insatser omvårdnad, arbetsträning och motiverande samtal. När det gäller viss psykosocial behandling finns dock ett betydande överlapp. De behandlingsmodeller som tillämpas vid stödenheterna liknar i huvudsak de som tillämpas vid behandlingsenheterna. Två skillnader är dock att tolvstegsbehandling används i relativt sett större utsträckning, och kognitiva tekniker och jag-stärkande terapier i mindre utsträckning vid stödenheterna jämfört med vid behandlingsenheterna. I den förstärkta tillsynen konstaterades att 15 av de inspekterade enheterna som bedrivs i privat regi vanligen arbetar enligt principerna för tolvstegsbehandling.

Inom ramen för den övergripande bilden av otydligt och delvis överlappande ansvar för behandling framträder sålunda ett mönster att behandling, i utredningens kvalificerade mening, mestadels sker

² I detta sammanhang ska det noteras att uppgifterna om de olika enheternas utbud av behandling och stöd är relativt oprecisa. Till exempel framgår inte i vilken omfattning klienterna inom de respektive enheterna har tillgång till de olika insatserna eller vilka insatser som kontinuerligt erbjuds respektive är tillgängliga vid behov.

inom ramen för landstingets ansvar i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

25.6.4 Regionala variationer i ansvarsfördelning

Otydligheten i huvudmännens respektive ansvar för behandling leder också till stora regionala variationer i arbetsfördelningen för och utbudet av behandling. Det framgår av olika kartläggningar och undersökningar, bland annat av utredningens kartläggning av missbruks- och beroendevården i fem län (Karlsson 2009). Det är också en bild som har förmedlats vid utredningens regionala hearingar, besök och andra kontakter runt om i landet.

Något förenklat har landstinget kommit att ta ett samlat ansvar för både medicinsk och psykosocial behandling i landsting som inrättat särskilda beroendecentrum. Detta gäller i första hand i storstadsregionerna. Exempelvis erbjuder Landstinget i Stockholms län allt från rådgivning via läkemedelsbehandling av olika beroendetillstånd till avancerad psykosocial behandling inklusive 12-stepsprogram. Det finns även några landsting utanför storstadsregionerna som kommit att ta ett samlat behandlingsansvar, till exempel Landstinget i Örebro län. Det förekommer också samarbete mellan den specialiserade beroendevården och socialtjänsten i form av olika lokala mottagningar. Omvänt gäller i dessa landsting att kommunernas uppgifter i huvudsak begränsas till psykosocialt stöd och eventuellt viss kort rådgivning.

I övriga landstingsområden står kommunerna för merparten av behandlingen. Det gäller i första hand psykosocial behandling, men vissa kommuner tillhandahåller även medicinsk behandling, till exempel läkemedelsbehandling genom konsultläkare. Landstingets uppgifter begränsas i dessa fall till abstinensvård i slutenvård, viss läkemedelsbehandling och behandling av personer med samsjuklighet mellan missbruk och beroende och allvarig psykisk sjukdom. Flera landsting har i olika styrdokument uttryckligen sagt att de anser att behandling av personer med missbruk eller beroende är ett ansvar för kommunernas socialtjänst, och att landstingets behandlingsansvar är begränsat till när det föreligger samsjuklighet med allvarig psykisk sjukdom.

Avsaknaden av ett återkommande mönster i den regionala och lokala rollfördelningen mellan huvudmännen indikerar att huvudmännen har ett betydande utrymme att själva tolka sina respektive

behandlingsuppdrag. Återigen ska det noteras att det inte är ansvaret för all behandling och allt stöd som är otydligt. Otydligheten gäller i första hand psykosocial behandling. Det förefaller också som att landstingets tolkning av sitt uppdrag på många håll är avgörande för hur missbruks- och beroendevården organiseras. Om landstinget tolkar sitt uppdrag restriktivt tvingas kommunerna i praktiken att ta ett större behandlingsansvar. Detta sammanhänger sannolikt också med kommunernas yttersta ansvar för medborgarna enligt SoL. Det omvända förefaller även gälla om landstinget tolkar sitt uppdrag generöst, det vill säga att kommunerna i dessa fall tar ett mer begränsat behandlingsansvar.

25.6.5 Flertalet söker helst hjälp inom hälso- och sjukvården

Många undviker i det längsta att söka hjälp för missbruk eller beroende av alkohol och andra droger. Vården når i dag endast omkring en av fem personer med beroende av alkohol eller andra droger.

Ofta hävdas att personer med missbruksproblem hellre söker hjälp hos landstinget inom hälso- och sjukvården än hos kommunen inom socialtjänsten. Det är en vanlig uppfattning att man kan besöka en allmänläkare inom primärvården utan att känna sig utpekad, men att kontakter med socialtjänsten ofta förknippas med utslagning och social marginalisering.

Resultaten från en nyligen genomförd svensk forskningsstudie av 3 000 personer med missbruks- eller beroendeproblem styrker att personer med missbruk eller beroende föredrar att söka hjälp inom hälso- och sjukvården framför socialtjänsten. Av svaren framgår att endast 5 procent uppger att de helst söker hjälp inom socialtjänsten medan 88 procent uppger att de helst söker hjälp inom hälso- och sjukvården, det vill säga inom den specialiserade missbruks- och beroendevården, den psykiatriska vården, primärvården eller företagshälsovården.

I många kommuner har socialtjänsten inrättat enheter för alkohol- och drogrådgivning utan krav på registrering och biståndsbedömning och med diskret ingång. Detta har gjorts i syfte att underlätta kontakt för dem som är i behov av hjälp, men som inte gärna söker kontakt via socialkontoret.

25.6.6 Konsekvenser för individen och vårdens effektivitet

De stora regionala variationerna som följer av det otydliga ansvaret innebär att det inte finns ett grundläggande utbud av behandlingsinsatser i hela landet. Utredningens analys visar att tillgången på missbruks- och beroendevård är ojämlikt fördelad över landet. Det innebär att individens tillgång till vård av missbruk och beroende i hög grad avgörs av bostadsort (jfr. kapitel 15).

En annan negativ konsekvens av det otydliga ansvaret är att om landstinget och kommunen regionalt och lokalt inte kommer överens om vilken huvudman som ska erbjuda och finansiera en viss insats, finns en betydande risk att verksamheten överhuvudtaget inte kommer till stånd. Detta oberoende av om det finns vårdbehov eller inte. Sprututbytesverksamhet är ett exempel på när detta förhandlingsspel går i baklås. Den regleras genom en särskild lagstiftning och i dag finns sprututbyte endast i Skåne län (jfr. kapitel 5).

Ytterligare ett problem är att det delade ansvaret mellan huvudmännen inbjuder till försök att förflytta kostnader från den ena till den andra huvudmannen, vilket kan drabba individen genom försämrad tillgång till behandling. Exempel i detta sammanhang är att kommuner i vissa fall bekostar läkemedelsbehandling och neuropsykiatrisk utredning. Detta kan givetvis ses som ett uttryck för att kommunen i klientens intresse bekostar insatser som formellt landstinget har ansvaret för. Men det kan också ses som ett försök att omdefiniera en klient till en patient och därigenom förskjuta behandlingsansvaret från socialtjänsten till hälso- och sjukvården.

Utifrån ett individperspektiv kan variationen i huvudmännens rollfördelning också vara negativ i den mening att det blir svårare för individen att veta vart han eller hon ska vända sig för behandling. Förskjutningar av behandlingsansvar mellan huvudmännen kan också innebära att individens ställning försvagas eftersom SoL till skillnad från HSL innebär vissa rättigheter för den enskilde.

Den regionala variationen behöver inte alltid vara negativ. En positiv tolkning är att den utgör en anpassning av missbruks- och beroendevårdens organisation för att möta lokala och regionala behov.

25.7 Utredning, bedömning, planering, uppföljning

25.7.1 Utredning och bedömning

Med utredning avses kartläggning av önskemål och behov hos en individ med identifierade problem. Till utredningen hör att dokumentera individens tidigare historia, sociala och medicinska omständigheter samt eventuella tidigare insatser och resultaten av dessa. Inom hälso- och sjukvården förs patientjournal och inom socialtjänsten förs socialregister.

Det finns också särskilda kompletterande instrument för att kartlägga och dokumentera exempelvis debutålder, konsumtionsmängder och i vilka situationer som drogen använts. I Sverige används standardiserade instrument inom missbruks- och beroendevården, i första hand ASI och DOK. Staten har genom olika satsningar försökt stimulera en ökad användning av nämnda standardiserade instrument, främst inom socialtjänstens ansvarsområde.

I många fall behöver också utredningen kompletteras med diagnostisk psykiatrisk värdering och bedömning av funktionsnivå. Bedömningarna bör för att vara tillförlitliga göras när individen har återhämtat sig från alkohol- och drogabstinensen, och kan behöva upprepas.

Med bedömning avses att beskriva problemen i termer av diagnos och vårdbehov, väga samman bästa åtgärder och individens egna önskemål, samt att formulera förslag till åtgärder.

25.7.2 Planering och uppföljning

Med planering avses den aktivitet som professionella tillsammans med klienten eller patienten och ibland hans eller hennes närstående utför för att bestämma hur insatserna ska utformas. Formuleringen av delmål och mer långsiktiga mål är en viktig del av planeringsprocessen.

Planering är viktig av olika anledningar. Mål på kort och lång sikt underlättar uppföljning av resultaten av vidtagna åtgärder. Utan en plan som bryter ned de långsiktiga målen (till exempel drogfrihet, missbruksfrihet, arbete, egen bostad) till tidsatta delmål, till exempel att delta i gruppverksamhet en gång per vecka, att fungera på det särskilda boendet, etc., finns en risk att förlora orienteringen och vidta åtgärder vars syfte snabbt blir oklart både för individen själv och för dem som ska bistå.

Men samtidigt som planering är viktig, finns en risk att planer blir verkningslösa. Det kan bero på att målen är orealistiska, att individen i behov av vård och stöd inte är tillräckligt delaktig, att planeringen sker inom ramen för ett allt för begränsat utbud av insatser i stället för att utgå från brukarens behov och preferenser eller att planen är allt för statisk. På missbruksområdet kompliceras dessutom planering av att det är vanligt med återfall och växlande motivation till att delta i behandling för att hantera missbruksproblem.

Med uppföljning avses i detta sammanhang främst en aktivitet som görs för att utifrån planen följa upp individens situation och vård- och stödinsatsernas effekt. Det är viktigt att dokumentera erfarenheterna från tidigare insatser vid uppdatering av planering och val av nya åtgärder. Det är naturligt att följa upp resultaten gentemot de mål som patienten eller klienten och vårdgivaren enats om i planen. Uppföljning kan ofta med fördel kombineras med återfallsprevention. Utredningsinstrumenten ASI och DOK kan användas vid uppföljning. Uppföljning framstår generellt som ett bristområde. Utredningens analys av den nationella ASI-databasen visar bland annat att databasen innehåller 14 000 grundintervjuer med unika personer, men endast 3 000 uppföljningsintervjuer (Armelius och Armelius 2009).

25.7.3 Skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Hälso- och sjukvårdens utredningar och bedömningar syftar till att beskriva individens problem i termer av sjukdomsdiagnoser, funktionsnedsättningar och vårdbehov. Bedömningen kan i princip mynna ut i ett av följande tre alternativ: (i) att vårdbehovet avvisas, (ii) att ett eller flera alternativa förslag till behandling eller vidare utredning lämnas till patienten, eller (iii) att man bestämmer sig för att avvakta och se hur tillståndet utvecklar sig utan vidare åtgärder för tillfället.

Inom hälso- och sjukvården förenas ofta bedömningen med utförandet av insatsen, och samma personer kan ha ansvaret både för att utreda, bedöma och behandla. Det är vanligt med multiprofessionellt team, vilket kan innebära att en patient under utredningsfasen får träffa flera medlemmar av teamet. Psykologen gör sin bedömning eventuellt med hjälp av olika testmetoder,

socionomen gör sin utredning och läkaren ställer sin diagnos. Vid en behandlingskonferens beslutas om vilken behandling som kan erbjudas. Behandlingen kan sedan huvudsakligen utföras av någon annan medlem i teamet. Resultatet rapporteras fortlöpande vid teamkonferenser och ny konsultation med en eller flera av medlemmarna i teamet kan bli aktuell efter någon tid.

Socialtjänstens biståndsbedömning är myndighetsutövning, vilken ofta sker vid särskilda enheter för myndighetsutövning. Biståndsbeslut grundas på en utredning av individens förhållanden som avser att klargöra om klienten är berättigad till en insats för att uppnå en skälig levnadsnivå. Syftet med bestämmelserna om bistånd är att tillförsäkra den enskilde stöd och hjälp när sådana insatser är nödvändiga för att klara försörjning eller livsföring i övrigt. Ingen grupp har en starkare rätt än andra till bistånd. Vid valet av insats görs en sammanvägning av insatsens lämplighet, den enskildes önskemål och kostnaden för insatsen. När socialtjänstens insatser ges som oregistrerad rådgivning har bedömningsprocessen mer likheter med tillvägagångssättet inom hälso- och sjukvården. Multiprofessionella team är ovanliga.

Vidare har huvudmännen olika dokumentationskrav. Medan socialsekreteraren dokumenterar beslut och grunderna för detta i socialtjänstens dokumentationssystem enligt SoL, journalför psykiatern beslutet om inläggning i ett system som regleras av patientdatalagen. Tillsyn och hantering av misstänkt felbehandling eller motsvarande sker utifrån de respektive lagstiftningarna. Det är vanligt att huvudmännen hänvisar till sekretessregler som ett hinder för samverkan. Men information kan alltid utväxlas mellan huvudmännen om individen samtycker till detta.

Även slutprodukten av utrednings- och bedömningsarbetet skiljer sig åt. Medan hälso- och sjukvården kategoriserar patienters problem i termer av sjukdomsdiagnoser eller funktionsnedsättningar, handlar socialtjänstens bedömningar om att ta ställning till och motivera om den enskilde har eller inte har rätt till en viss insats.

25.7.4 Problem med parallellt ansvar

Ordningen med två självständiga huvudmän med parallella system för utredning, bedömning, planering och uppföljning är i många sammanhang naturlig. Det framstår också som naturligt att den

huvudman som föreslår en insats i normalfallet även står för finansieringen. Exempelvis är psykiatern som beslutar om slutenvård för en patient med svåra abstinenssymtom vanligen anställd av det landsting som finansierar vårdavdelningen och socialsekreteraren som på delegation av socialnämnden fattar ett biståndsbeslut om behandlingshem vanligen anställd av den kommun som bekostar vistelsen.

Det finns dock situationer där det parallella ansvaret blir ett problem. Det gäller i första hand när insatser från båda huvudmännen måste samordnas innehållsmässigt och koordineras över tid för att vara verkningsfulla, vilket ofta gäller inom missbruks- och beroendevården.

Om landstinget exempelvis beslutat om att erbjuda psykoterapi och färdighetsträning, men personen saknar bostad och pengar, blir det svårt att genomföra behandlingen. Om socialtjänsten exempelvis beslutat om behandlingshem, men klienten dessförinnan är i behov av abstinensvård som landstinget inte kan erbjuda utan väntetid, havererar planeringen. Det finns också exempel på behandlingsprogram som förutsätter insatser från båda huvudmännen, till exempel läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende vilken regleras genom särskilda föreskrifter.

För personer i behov av koordinerade insatser från båda huvudmännen är sålunda en svaghet med dagens system att huvudmännen var för sig utreder och bedömer problemet och behovet av vård- och stödinsatser. Det parallella ansvaret följer i första hand av att det handlar om två självständiga huvudmän – kommunen och landstinget – med olika ansvarsområden som regleras av två olika lagstiftningar – SoL och HSL – med olika karaktär. Socialtjänstens insatser är individuellt behovsprövade enligt SoL. Hälso- och sjukvårdens insatser är baserade på medicinska bedömningar utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet enligt HSL och kopplade till en av riksdagen fastställd prioriteringsordning.

Bedömningsprocessen på missbruksområdet ställs inför särskilda krav eftersom personer med missbruk eller beroende ofta har sammansatta, återkommande och långvariga behov av insatser som faller inom både kommunens och landstingets ansvarsområde. Detta gäller exempelvis personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom, vilka behöver behandling för både missbruket eller beroendet och den samtidiga psykiska sjukdomen. Men problemet är inte unikt för denna grupp. Personer med långvariga missbruks- eller beroendetillstånd har inte sällan en

instabil social situation som ställer stora på både vård- och stödinsatser. Patienternas och klienternas sammansatta behov kräver en samlad, tvärprofessionell utredning och samordning av och ibland samtidighet i utförandet är viktigt för att insatserna ska vara verkningsfulla. Till exempel kan socialtjänstens utredning och bedömning av en klients behov och rätt till bistånd behöva innehålla en diagnostisk bedömning eller neuropsykiatrisk utredning, vilken normalt faller inom landstingets ansvar som sjukvårdshuvudman.

25.8 Sammanfattning och slutsatser

25.8.1 Kända problem, tidigare åtgärder otillräckliga

Det strukturella problemet med det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården har på nationell nivå uppmärksammats i olika utredningar under 20 års tid. Statsmakterna har även vidtagit vissa åtgärder för att lösa problemet. I första hand har åtgärderna för att komma till rätta med bristerna omfattat diverse stimulansmedel till försöksverksamhet, samverkan mellan huvudmännen och kompetensutveckling samt förstärkt tillsyn. Därtill har vissa begränsade förändringar av lagstiftningen skett, främst när det gäller möjligheter till och krav på samverkan mellan huvudmännen. För att underlätta samordningen har i SoL och HSL införts ett antal bestämmelser som anger att kommuner och landsting kan och ska samverka. Den 1 januari 2010 trädde en ny bestämmelse ikraft som säger att landstinget och kommunen ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Det finns också bestämmelser i 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL som innebär en skyldighet för huvudmännen att upprätta individuell plan.

Likväl kvarstår det strukturella problemet med det delade ansvaret och dess negativa konsekvenser. I tidigare utredningar har framhållits som en möjlig lösning att genom lagreglering förtydliga huvudmännens respektive ansvar. Dessa utredningar har dock inte haft i uppgift att ta ställning till behovet av förändrad lagreglering och lämna lagförslag för att tydliggöra de två huvudmännens respektive ansvar eller förändra ansvarsfördelningen dem emellan. Det är bakgrunden till att föreliggande utredning har detta som en huvuduppgift.

Problemet kan preciseras genom att analysera ansvaret för de centrala delarna i vård- och stödprocessen: (i) tidig upptäckt och kort intervention, (ii) tillnyktringsverksamhet, (iii) abstinensvård, (iv) behandling och stöd samt (v) utredning, bedömning, planering och uppföljning.

25.8.2 Tidig upptäckt och kort intervention

Tidig upptäckt och kort intervention är i dag ett ansvar för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I dag sker dock screening för tidig upptäckt och kort intervention generellt i alltför begränsad utsträckning. Det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården är en komplicerande faktor i den mening att det är svårt för en huvudman som upptäcker en person med missbruk eller beroende att hänvisa vidare i de fall en annan huvudman har ansvar för insatserna, till exempel för kommunen att hänvisa till landstinget för behandling, eller för landstinget att hänvisa till kommunen för psykosocialt stöd. Denna svårighet inverkar av allt att döma negativt på viljan att identifiera och internera mot problem.

Detta indikerar ett behov av att tydliggöra dels landstingets och kommunens ansvar för tidig upptäckt och kort intervention och dels möjligheten att hänvisa vidare för behandling och stöd.

25.8.3 Tillnyktringsverksamhet

Tillnyktringsverksamhet är en uppgift för vilket ansvaret i dag är otydligt. I vissa fall finansieras och bedrivs verksamheten av landstinget, i andra fall finansieras den gemensamt av landstinget och en eller flera kommuner och bedrivs av landstinget, och i ytterligare andra fall finansieras och bedrivs den av kommunen.

På många håll saknas tillnyktringsverksamheter som uppfyller dagens krav på omvårdnad och medicinsk bedömning. Detta gäller såväl för personer som aktivt söker eller frivilligt accepterar erbjudande om att vistas vid en tillnyktringsverksamhet, som för berusade personer som omhändertas av polisen enligt LOB. Bristen drabbar individens tillgång till tillnyktring under medicinskt säkra och humana former. Bristen försvårar också ingången i vård- och stödprocessen för dem som är i behov av efterföljande abstinensvård, behandling eller stöd.

Den huvudsakliga orsaken till bristen på tillnyktringsverksamhet är den oklarhet som råder kring om det är kommunens eller landstingets ansvar att erbjuda och finansiera tillnyktringsverksamhet.

Kommunernas och landstingens ansvar för tillnyktringsverksamhet behöver sålunda tydliggöras. Vidare framstår det som naturligt att den huvudman som har detta ansvar för personer som aktivt söker eller frivilligt accepterar ett erbjudande om vistelse vid tillnyktringsverksamhet även ska ha detta ansvar för dem som omhändertas av polisen enligt LOB. När det gäller personer som är våldsamma eller hotfulla finns det dock skäl som motiverar särskilda organisatoriska lösningar för tillnyktringsverksamhet inom polisen.

25.8.4 Abstinensvård

Abstinensvård är i dag ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården, även om det förekommer att exempelvis vistelse vid ett kommunalt eller privat behandlingshem kan inledas med en kortare period av abstinensvård. Betydande avsteg från denna ansvarsordning görs dock inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM. Både Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse bedriver relativt omfattande abstinensvård. Myndigheterna ser sig tvingade till detta på grund av att landstingen i allt för begränsad omfattning tillhandahåller abstinensvård för myndigheternas klienter. Denna situation kan medföra en risk för att klienter inom kriminalvården och tvångsvården har sämre tillgång till abstinensvård.

Detta indikerar behovet av att tydliggöra huvudmännens ansvar för abstinensvård inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM.

Vidare är det svårt att dra en tydlig gräns mellan tillnyktringsverksamhet, abstinensvård och efterföljande behandling. Detta förhållande tenderar att ha exkluderande effekter. När olika huvudmän ansvarar för tillnyktringsverksamhet, abstinensvård och behandling finns ett ekonomiskt incitament för en enskild huvudman att begränsa eller öka tillgången till respektive förkorta eller förlänga tiden för abstinensvård, eftersom det därigenom är möjligt att påverka hur kostnaderna för insatserna inom missbruks- och beroendevården fördelas mellan huvudmännen.

Detta tyder på att det finns ett behov, utöver av att tydliggöra ansvaret för abstinensvård, att säkerställa att gemensam utredning, bedömning, planering och uppföljning kommer till stånd för individer som är i behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

25.8.5 Behandling och stöd

Behandling är ett ansvar för både kommunen och landstinget, medan stöd är ett ansvar för kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten. Ansvaret för behandling är inte bara delat, utan också otydligt. Otydligheten gäller i första hand psykosocial behandling.

I linje med detta har olika landsting och kommuner kommit att tolka behandlingsansvaret mycket olika, vilket också avspeglas i betydande regionala och lokala variationer i behandlingsutbud. Tillgången till behandling avgörs i dag sålunda i hög grad av i vilket landsting eller i vilken kommun en person vistas eller är bosatt. För personer i behov av behandling riskerar det otydliga ansvaret att leda till att behandlingsutbudet begränsas på grund av att huvudmännen inte kommer överens om vem som ska erbjuda och finansiera viss behandling. Detta understryker vikten av att tydliggöra ansvaret för behandling. Samtidigt finns det en risk för att ett tydliggjort ansvar för behandling inte bara kan uppfattas som ett tydliggörande av vad huvudmännen ska göra, utan i lika hög grad ett tydliggörande av vad de inte ska göra. Det är också viktigt att främja samverkan mellan landsting och kommun och en regional och lokal anpassning av behandlingsutbudet.

Detta indikerar betydelsen av att huvudmännen med den generella ansvarsfördelningen som bas har möjlighet att utifrån regionala och lokala förutsättningar sluta överenskommelser om behandlingsansvaret.

25.8.6 Utredning, bedömning, planering och uppföljning

Utredning, bedömning, planering och uppföljning sker i dag i huvudsak parallellt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För personer i behov av insatser från båda huvudmännen kan denna ordning innebära problem i form av att insatser inte samordnas

eller att huvudmännen hänvisar till varandra, utan att någon tar ett samlat ansvar. Samordnad utredning, bedömning, planering och uppföljning för personer i behov av insatser från både kommunen och landstinget försvåras bland annat av att huvudmännen ska tillämpa olika lagstiftningar av olika karaktär, att de har delvis överlappande och delvis åtskilda kompetensområden, samt att ansvaret för de centrala uppgifterna i vård- och stödprocessen är otydligt.

Utredning, bedömning, planering och uppföljning bör löpa som en röd tråd genom vård- och stödprocessen och sammanfoga de olika delarna till en helhet. Det innebär inte att alla personer aktuella för någon insats på missbruksområdet nödvändigtvis måste passera alla delar i vård- och stödprocessen. Inte heller innebär det att alla personer med missbruk eller beroende är i behov av koordinerade insatser från olika huvudmän. I första hand är det personer med komplexa problem och behov av koordinerade insatser från de två huvudmännen som har behov av en samlad, tvärprofessionell funktion för gemensam utredning, bedömning, planering och uppföljning. Inom ramen för det rådande delade ansvaret för missbruks- och beroendevården kan gemensam utredning, bedömning, planering och uppföljning i princip endast komma till stånd genom samverkan mellan kommun och landsting.

25.8.7 Konsekvenser för individen och vårdens effektivitet

De problemen som är förknippade med den rådande ansvarsfördelning drabbar individen i behov av vård, behandling och stöd i form bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet.

- Tillgänglighetsproblemet innebär att en person i behov av vård och stöd inte får tillgång till adekvat insats vid rätt tidpunkt.
- Samordningsproblemet innebär att koordinerade eller samtidiga insatser inte kommer till stånd när behov föreligger.
- Kontinuitetsproblemet innebär att individen inte får tillgång till rätt kombination av sammanhängande insatser över tid.

Dessutom utgör ansvarsproblemen ett hot mot vårdens och behandlingens effekt och effektivitet, såväl i det individuella fallet som på systemnivå. Det finns tre typer problem av förknippade med det i dag delade ansvaret för missbruks- och beroendevården.

- Den första typen av ansvarsproblem är att huvudmännens respektive ansvar är otydligt. Tillnyktringsverksamhet och behandling är två områden som uppvisar brister som en följd av detta.
- Den andra typen av problem är att huvudmännen inte uppfyller sitt formella ansvar. Abstinensvård är ett verksamhetsområde som uppvisar brister på grund av detta.
- Den tredje typen av problem är att huvudmännen har ett parallellt ansvar. Upptäckt och tidig intervention samt utredning, bedömning, planering och uppföljning är exempel på uppgifter som inte sällan kompliceras som en konsekvens av detta.

De problem som följer av det delade och otydliga ansvaret tenderar att framträda i särskilda situationer.

- Det kan vara när det råder oklarhet om vilken huvudman som ska erbjuda och finansiera en viss insats, till exempel när kommun och landsting har olika uppfattningar om vem som ska erbjuda och finansiera tillnyktringsverksamhet eller en viss behandling med följden att insatserna ifråga inte erbjuds.
- Det kan vara när en person inte vet var hon eller han ska vända sig för att få hjälp på grund av oklarheter om vilken huvudman som har ansvaret för en insats, till exempel när kommuner och landsting tvistar om vem som ska ansvara för viss utredning eller behandling.
- Det kan vara när en person med alkoholberoende vänder sig till socialtjänsten för läkemedelsbehandling, men kommunen inte kan möta behovet, på grund av att kommunen inte har mandat att meddela vård av läkare.
- Det kan vara när personer har ett behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, till exempel när personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och samtidig psykisk eller somatisk sjukdom eller när en person har missbruk eller beroende i kombination med allvarigare social problematik och de två huvudmännen för missbruks- och beroendevården hänvisar till varandra eller inte koordinerar sina respektive insatser.
- Det kan vara när olika delar av vård- och stödprocessen inte kuggar i varandra, till exempel när en huvudman definierar nykterhet som ett absolut krav för att komma i fråga för

abstinensvård och tillnyktringsverksamhet saknas, eller när abstinensfrihet är ett absolut krav för att komma i fråga för vistelse på behandlingshem och abstinensbehandlingen är så kort att betydande abstinenssymtom kvarstår efter behandlingen.

- Det kan vara när nya vård- och behandlingsmetoder införs som inte följer den kompetensmässiga fördelningen mellan huvudmännen, till exempel när nya metoder för läkemedelsbehandling mot alkoholberoende införs, men kommunen inte har mandat att meddela vård av läkare.

26 Ansvar för olika målgrupper

26.1 Olika målgrupper

Olika grupper av personer med missbruk eller beroende har olika behov av vård och stöd. Det innebär att personerna inom de olika målgrupperna hanteras olika inom ramen för det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. De målgrupper som berörs nedan är personer med:

- Missbruk eller beroende av alkohol
- Missbruk eller beroende av narkotika
- Missbruk eller beroende av läkemedel
- Missbruk eller beroende av dopningsmedel
- Blandmissbruk
- Samsjuklighet med somatisk eller psykisk sjukdom
- Social problematik
- Gravida kvinnor
- Barn och ungdomar

Naturligtvis är denna kategorisering varken heltäckande eller uttömmande. En person kan tillhöra flera målgrupper samtidigt och andra faktorer än de som ryms i ovanstående beskrivningar kan ur den enskildes perspektiv vara mer avgörande för både livskvalitet och vårdbehov.

26.2 Ansvar för behandling och stöd

Analysen fokuserar kommunens och landstingets ansvaret för behandlings- och stödinsatser. Behandling avser systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som syftar till att hjälpa

en person att komma ifrån sitt missbruk eller beroende. Behandling kan delas upp i medicinsk behandling och psykosocial behandling. Med medicinsk behandling avses behandling med läkemedel samt individuell rådgivning, uppföljning av effekter och återfallsprevention. Med psykosocial behandling avses insatser inriktade mot att förändra psykologisk eller social situation i relation till missbruket och som avser påverka motivation, beteende, attityder, tankar och känslor i relation till missbruket. Stöd avser insatser som syftar till att förbättra eller stabilisera individens sociala situation, i första hand boende, sysselsättning och försörjning. I vårdens praktik är inte sällan olika typer av behandling och stöd nära sammanflätande och svåra att tydligt åtskilja.

När det gäller personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika, personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom samt gravida kvinnor med missbruk eller beroende är utgångspunkten de insatser som har evidens enligt de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007). Indirekt ger de nationella riktlinjerna även vägledning om vilka behandlings- och stödinsatser som har evidens för personer med blandmissbruk respektive personer med missbruk eller beroende i kombination med social problematik. För behandling och stöd för personer med missbruk eller beroende av läkemedel eller dopningsmedel (exklusive läkemedel som likställs med narkotika) saknas nationella riktlinjer. När det gäller läkemedel och dopningsmedel utgår analysen istället från de särskilda kartläggningar som utredningen har genomfört och som ingår i utredningens forskningsbilaga (kapitel 12 och 13). Inte heller finns nationella riktlinjer för vård av barn och ungdomar med missbruksproblem. I denna del utgår analysen från utredningens kartläggning om ungdomar och missbruk, vilken har publicerats i en särskild underlagsrapport (Richter 2011).

26.3 Missbruk eller beroende av alkohol

Personer med missbruk eller beroende av alkohol utgör den största målgruppen för vård och stöd. Enligt aktuella skattningar finns cirka 320 000 personer med beroende av alkohol och cirka 700 000 personer med missbruk (skadligt bruk) eller beroende (jfr kapitel 13).

Abstinensbehandling av alkohol har en väl utvecklad medicinsk metodik med god evidens i form av olika läkemedelsbehandlingar. Vid lättare alkoholabstinens har psykologisk behandling ansetts vara lämplig, men det vetenskapliga underlaget för detta är svagt.

Läkemedelsbehandling omfattar ett relativt begränsat antal preparat. Behandling med akamprosot och naltrexon vid alkoholberoende har belagda effekter, till exempel i form av minskad risk för återfall, minskat alkoholsug och fler nyktra dagar. Behandling med disulfiram (Antabus) har belagda effekter i form av nykterhet och färre dagar med missbruk, om läkemedlet ges under uppsikt. Läkemedelsbehandlingens intensitet ska anpassas till missbruks- eller beroendetillståndets svårighetsgrad.

Psykosocial behandling omfattar flera metoder som uppvisat gynnsamma effekter för personer med missbruk eller beroende av alkohol. Evidens finns för att 12-stepsprogram, kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk, motivationshöjande behandling, CRA-behandling (Community Reinforcement Approach), kort intervention (brief intervention), interaktionell terapi, dynamisk terapi och familjeterapi med fokus på missbruk eller beroende har effekt i form av nykterhet, minskad konsumtion och färre dagar med missbruk, samt förbättrad livskvalitet. Gemensamt för de metoder som visats ha effekt är att behandlingen har klar struktur, fokus på missbruket eller beroendet, väldefinierade åtgärder och detaljerade instruktioner (manualbaserade).

Behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol kan ofta med fördel bedrivas som en kombination av medicinsk behandling och psykosocial behandling eller psykosocialt stöd.

26.4 Missbruk eller beroende av narkotika

Antalet personer med problematisk narkotikakonsumtion (tungt missbruk) har skattats till 29 500 personer. Antalet som använt narkotika de senaste 30 dagarna uppgår till 77 000 personer. Cannabis är den vanligaste illegala narkotikaklassade substansen. Bland personer med tungt missbruk visade 1998 års skattning att 32 procent hade centralstimulantia, företrädesvis amfetamin som huvuddrog, 28 procent hade opiater, företrädesvis heroin som huvuddrog, och 8 procent hade cannabis som huvuddrog (jfr kapitel 13).

Abstinensbehandling vid missbruk eller beroende av opiater och bensodiazepiner har en väl utvecklad medicinsk metodik med god

evidens. Däremot saknas evidens för specifik läkemedelsbehandling för abstinensstillstånd vid missbruk eller beroende av amfetamin, kokain, cannabis och så kallade partydroger såsom ecstasy och amfetaminderivat. Symtomatisk behandling av oro och agitation ges dock, enligt klinisk erfarenhet, med lugnande medel.

Läkemedelsbehandling finns för missbruk eller beroende av vissa narkotiska substanser. För långvarigt missbruk eller beroende av opiater finns evidens för behandling med metadon (Metadon) och buprenorfin (Subutex och Suboxone).¹ När det gäller centralstimulantia finns evidens för behandling med läkemedlen disulfiram (Antabus) och dextroamfetamin för personer med missbruk eller beroende av kokain. I riktlinjerna bedöms den läkemedelsbehandling som visat effekt vid missbruk eller beroende av kokain till viss del även vara tillämplig vid annat missbruk av centralstimulantia. Specifik färdigutprovad läkemedelsbehandling saknas ännu vid missbruk eller beroende av vanligt förekommande narkotiska substanser såsom amfetamin och cannabis.

Psykosocial behandling omfattar flera metoder som uppvisar effekt för missbruk eller beroende av narkotika mer generellt. Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk, kort intervention (med motiverande samtal), CRA-behandling (community reinforcement approach), dynamisk terapi samt familjeterapi med fokus på missbruk eller beroende leder till minskad narkotikaanvändning, förbättrad social situation och kvarstannande i behandling.

26.5 Missbruk eller beroende av läkemedel

De typer av läkemedel som kan leda till missbruk eller beroende är i första hand smärtstillande läkemedel (analgetika) samt sömnmedel och lugnande medel (bensodiazepiner). Men det förekommer även att andra läkemedel missbrukas. Missbruk av läkemedel ingår ibland i ett blandmissbruk med alkohol eller andra droger. Antalet personer med läkemedelsberoende har skattats till 65 000. Det råder dock betydande osäkerhet om hur många av dessa som är i behov av vård och stöd. Med utgångspunkt i antalet patienter som

¹ I de nationella riktlinjerna har läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende exkluderats eftersom en kunskapsöversikt tidigare utarbetats och föreskrifter beslutats av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2007, s. 123). Kunskapsöversikten visar att det finns evidens för läkemedelsbehandling med metadon, subutex, suboxone (Socialstyrelsen 2004).

vårdas för missbruk eller beroende inom hälso- och sjukvården i Stockholm, Skåne och Västra Götaland har antalet patienter skattats till cirka 13 000 i hela landet (jfr kapitel 13 och forskningsbilagan kapitel 12).

För det stora flertalet personer med missbruk eller beroende av läkemedel har problemet etablerats inom ramen för läkares förskrivning av läkemedel för behandling av olika sjukdomstillstånd. Men det förekommer givetvis även problematisk användning av läkemedel som införskaffats illegalt eller som inte är receptbelagda. Det finns en otydlig gräns mellan problematisk läkemedelsanvändning och missbruk av narkotika när det gäller narkotikaklassade läkemedel. Det finns också en otydlig gräns mellan problematisk läkemedelsanvändning och missbruk av dopningsmedel eftersom medel som används för dopningsändamål i flertalet fall är utvecklade som läkemedel.

Behandling av missbruk eller beroende av läkemedel hanteras i normalfallet av den behandlande läkaren, till exempel inom primärvården, genom en nedtrappning av det förskrivna läkemedlet. Behandlingen bör följa en plan som läggs upp gemensamt av patient, läkare och andra som ansvarar för behandlingen. När en person minskar eller upphör med intaget av ett läkemedel kan det uppstå abstinensbesvär, vilka i sin tur kan kräva behandling med läkemedel. Behandlingen kan även ha psykosociala inslag, till exempel samtalsterapi för att patienten ska få hjälp att komma ur sitt beroende och gå vidare med nedtrappningen av läkemedlet. Familj eller närstående kan också delta i behandlingen. I mer komplicerande fall kan det krävas behandling inom specialiserad sjukvård och ibland slutenvård.

26.6 Missbruk eller beroende av dopningsmedel

Antalet användare av dopningsmedel har skattats till cirka 10 000 personer. Det råder stor osäkerhet om hur många av dessa som är i behov av vård och stöd, men det rör sig av allt att döma om ett begränsat antal av användarna. Ibland ingår missbruk av dopningsmedel sannolikt som en del i ett blandmissbruk (jfr kapitel 13 och forskningsbilagan kapitel 3 och 13).

Statens beredning för medicinsk utvärdering granskade i rapporten *Missbruk av anabola steroider – prevention och behandling* förekomsten av evidensbaserad behandling för missbruk av dopnings-

medel. I rapporten konstateras att kontrollerade behandlingsstudier saknas helt för personer med detta missbruk. Vidare konstateras att de fallserier som redovisats bygger på att problemet med dopningsmedel identifierats i samband med behandling av ett alkohol- eller narkotikaproblem eller på antagandet att problem med dopningsmedel representerar samma slags beroende och att samma behandlingar som visat effekt vid annan behandling av missbruk eller beroende fungerar även för dopningsmedel (SBU 2003).

Personer med isolerat missbruk av dopningsmedel söker sällan vård och stöd. I de fall de gör det söker de oftast för olika kroppsliga komplikationer och det är inte självklart att det underliggande dopningsproblemet uppmärksammas. På samma sätt kan ett pågående missbruk av alkohol eller narkotika dölja ett samtidigt missbruk av dopningsmedel. Det är därför troligt att problemen med dopningsmedel är underrapporterade i samhällets olika behandlingssystem, det vill säga inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården, etc. (SBU 2003).

Den arbetsgrupp utredningen inrättat rörande missbruk och beroende av dopningsmedel förordar en successiv nedtrappning av dopningsmedelsanvändningen, behandling av abstinenssymtom och behandling av eventuella samtidiga somatiska och psykiska sjukdomstillstånd. Utöver läkemedelsbehandling och annan medicinsk behandling, kan det i vissa fall vara motiverat med psykosocial behandling.

26.7 Blandmissbruk

Det är vanligt förekommande att personer med missbruk eller beroende använder flera olika substanser eller preparat, till exempel att de använder både alkohol och läkemedel, både alkohol och narkotika, flera olika narkotiska preparat eller dopningsmedel i kombination med alkohol, narkotika eller läkemedel. Bland dem med tungt missbruk av narkotika har drygt 40 procent också alkoholproblem. Av klienter inom socialtjänsten som bedömts enligt ASI har 25 procent problem med både alkohol och narkotika. Blandmissbruk med inslag av läkemedel och dopningsmedel är också vanligt (jfr kapitel 13 samt forskningsbilagan kapitel 6 och 13).

För en enskild person kan bruket av ett flertal substanser vara ett sätt att uppnå särskilda effekter (så kallad speed ball-effekt). Det kan också vara ett sätt att hantera egenskaper hos olika droger, till exempel kan en drog användas för att hantera abstinens av en annan eller en drog användas som ett substitut för en annan när det är svårt att få tag i huvuddrogen.

Behandling av blandmissbruk uppmärksammas inte direkt i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Indirekt innebär detta att valet av behandlingsmetod styrs utifrån vilken substans som anses utgöra dominerande drog i missbruket eller beroendet. Utifrån kliniska erfarenheter kan dock sägas att behandling av blandmissbruk kan vara mer medicinskt komplicerad än behandling av andra missbruks- eller beroendetillstånd, till exempel kan tillnyktring och abstinensbehandling vara mer komplicerad när elimineringen av flera droger med olika utsöndringstider och abstinensreaktioner ska beaktas.

26.8 Samsjuklighet

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp. Den inkluderar personer med missbruk eller beroende av varierande svårighetsgrad i kombination med psykisk eller somatisk sjukdom av varierande svårighetsgrad. Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom kan därutöver ha social problematik.

Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom är vanligt förekommande. Den forskningsöversikt av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och psykisk sjukdom som utredningen låtit göra visar att mellan 30 och 50 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende också har psykisk sjukdom och att mellan 20 och 30 procent av dem som söker vård för psykisk sjukdom också har missbruk eller beroende. Närmare uppgifter om förekomsten av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom saknas. Utifrån den forskningsöversikt utredningen låtit göra har uppskattningsvis mellan 5 och 10 procent av de somatiska patienterna samtidigt missbruk eller beroende och mellan 30 och 70 procent av patienterna med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika samtidigt långvariga somatiska sjukdomar eller

påtagliga riskfaktorer för att utveckla sådana sjukdomar (jfr kapitel 13 samt forskningsbilagan kapitel 9 och 10).

När det gäller problemet med både missbruk eller beroende och somatisk sjukdom är utmaningen i första hand att upptäcka det underliggande missbruket eller beroendet. Vid samtidig somatisk sjukdom skiljer inte behandlingen av missbruket eller beroendet av alkohol eller narkotika från behandlingen av samma tillstånd då inte somatisk sjukdom föreligger, även om hänsyn måste tas till bland annat nedsatt lever- eller njurkapacitet vid val av läkemedelsbehandling. De behandlingsmetoder som visat effekt mot missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika för befolkningen i allmänhet bör sålunda användas även för denna grupp.

När det gäller problemet med samtidigt missbruk eller beroende och psykisk sjukdom finns stöd för att behandlingen av de två tillstånden bör ske på ett samordnat sätt och med för respektive tillstånd vedertagna metoder. De läkemedel som används för att behandla missbruk eller beroende respektive för att behandla psykisk sjukdom har endast effekt på respektive tillstånd. Inga motsvarande slutsatser kan dock dras när det gäller psykosocial behandling av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. Tillgänglig kunskap indikerar att inte någon psykosocial behandling har bättre eller sämre problemlösande effekt än någon annan och resultaten varierar mellan olika studier. Antalet studier är för begränsat för att det ska vara möjligt att dra några entydiga slutsatser.

Det finns sålunda vetenskapligt stöd för att behandlingen av missbruk eller beroende och samtidig somatisk eller psykisk sjukdom bör ske på ett samordnat sätt, vilket enklast uppnås inom integrerade vårdmodeller. Vidare finns stöd för att den samordnade behandlingen bör kombineras med psykosocialt stöd i de fall social problematik föreligger. Samordningen av de olika vård- och stödinsatserna kan dock organiseras på olika sätt.

26.9 Gravida kvinnor

När det gäller gravida kvinnor har riskbruk och missbruk en delvis annan innebörd än för den allmänna befolkningen. Konsumtion av alkohol och andra droger som för vuxna inte har kända skadeverkningar, kan vara skadligt för fostret och därmed bedömas som ett riskbruk eller missbruk. Cirka 0,1 procent av alla barn föds av

mödrar med alkoholproblem. Mellan 0,1 och 0,3 procent av alla barn som föds med skador antas ha skador som orsakats av moderns alkoholkonsumtion (jfr kapitel 13 och 23).

Det finns inga specifika evidensbaserade behandlingar för gravida kvinnor med missbruk eller beroende. Inte heller är de slutsatser om olika behandlingars effekt för vuxna i allmänhet direkt överförbara till gravida kvinnor. De hormonella, metaboliska och andra biologiska förändringar som följer av en graviditet kan till exempel påverka effekten av olika läkemedel. När det gäller läkemedelsbehandling är det också viktigt att väga behandlingens effekt mot eventuella risker för fostret. När det gäller psykosocial behandling bör däremot i princip de behandlingar mot missbruk och beroende som fungerar för den generella befolkningen även fungera för gravida kvinnor.

Det är också viktigt att erbjuda olika former av psykosocialt stöd till gravida kvinnor med riskbruk eller missbruk som komplement till behandlingen.

26.10 Barn och ungdomar

Även för barn och ungdomar har riskbruk och missbruk en delvis annan innebörd än för den generella befolkningen. Konsumtion av alkohol och andra droger som inte anses medföra risker för vuxna kan medföra risker för barn och ungdomar. Barn som växer upp i familjer med missbruk löper bland annat större risk för att försummas och vanvårdas, att uppleva mer våld i hemmet och för att utveckla psykiska besvär och sjukdomar som vuxen. Barn till föräldrar med alkoholproblem löper också större risk att utveckla egna alkoholproblem. Även symtom som depressivitet, ångslighet och beteendestörningar förekommer hos dessa barn. Olika faktorer i omgivningen förefaller påverka den risk barnen löper att utveckla problem (jfr kapitel 23).

Omkring 385 000 barn beräknas leva med föräldrar som konsumerar alkohol i sådan omfattning att de riskerar sin egen hälsa. Drygt 1 procent av alla barn eller 20 000 barn har en förälder som genomgått sluten vård för behandling av alkohol- eller narkotika-tillstånd (jfr kapitel 13 och 23).

Den 1 november 2009 hade cirka 16 300 barn och unga hel- dygnsinsats, varav 11 300 hade vård och stöd enligt SoL och 4 700 vård enligt LVU. Därtill var 200 barn och unga omedelbart

omhändertagna enligt LVU. De huvudsakliga formerna för placering är familjehem och hem för vård eller boende (HVB). Cirka 28 500 barn och unga hade en eller flera öppenvårdinsatser den 1 november 2009. Cirka 25 300 hade behovsprövat personligt stöd någon gång under året, 21 000 hade kontaktperson eller kontaktfamilj och 9 800 fick någon gång under året insatsen strukturerat öppenvårdsprogram (jfr kapitel 15).

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården uppmärksammas inte explicit frågan om de behandlingsmetoder som har evidens för vuxna även har evidens för barn och ungdomar eller om det finns särskilda metoder som lämpligen bör användas vid behandling av barn och ungdomar.

Den forskningsöversikt utredningen låtit göra visar att det finns evidensbaserade insatser för barn och ungdomar med missbruksproblem. Det är i första hand olika psykosociala behandlings- och stödinsatser som har vetenskapligt dokumenterad effekt och som används. Även läkemedelsbehandling har börjat användas i allt högre utsträckning, trots att den vetenskapliga dokumentationen är begränsad.

I Sverige används endast någon eller några av de insatser som har evidens enligt den internationella forskningen. De insatser som i dag erbjuds barn och ungdomar med missbruksproblem är i första hand psykosocialt stöd och viss psykosocial behandling. För barn som växer upp i familjer med missbruk handlar det om olika typer av psykosocialt stöd. Läkemedel som används för behandling av vuxna med alkoholberoende och opiatberoende, används normalt inte vid behandling av barn och ungdomar. Läkemedelsassisterad behandling av personer med opiatberoende med Metadon, Subutex eller Suboxone kan enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:27) inte ges till personer under 20 år.

26.11 Social problematik

Sociala problem, till exempel i form av hemlöshet och kriminalitet, kan ibland vara orsak till och ibland orsaka missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Personer med missbruk eller beroende i kombination med allvarlig social problematik utgör en mindre andel, men utifrån ett vårdperspektiv mycket viktig del, av det totala antalet personer med missbruk eller beroende.

År 2005 uppgick antalet hemlösa i Sverige en given vecka till totalt 17 800 personer varav 3 600 tillhör den mycket utsatta grupp som är uteliggare eller hänvisade till akutboenden eller härbärgen.² Av de hemlösa har 62 procent missbruksproblem och 40 procent psykiska problem (Socialstyrelsen 2006, s. 8).

Av de intagna vid Kriminalvårdens anstalter den 1 april 2009 missbrukade 50 procent narkotika och 11 procent alkohol.³ De senaste tio åren har andelen med narkotikaproblem varierat mellan 46 och 59 procent och andelen med alkoholproblem mellan 9 och 16 procent. I frivården har 47 procent av klienterna narkotikaproblem och 21 procent alkoholproblem. De senaste tio åren har andelen med narkotikaproblem varierat mellan 38 och 49 procent och andelen med alkoholproblem mellan 18 och 21 procent (jfr kapitel 17).

För personer med missbruk eller beroende av alkohol och svår social problematik finns evidens för att behandling med beteendeterapi i kombination med strukturerat, samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser har effekter i form av förbättrad social situation och minskad risk för återfall.

För personer med missbruk eller beroende av narkotika finns visst vetenskapligt stöd för att identifikation av och psykosocialt stöd till personer i den enskildes nätverk som kan understödja behandling och rehabilitering, minskar risken för återfall och leder till förbättrad behandlingskontinuitet. Barn till föräldrar med missbruk eller beroende bör enligt de nationella riktlinjerna särskilt uppmärksammas. Vidare konstateras att personer med missbruk eller beroende av narkotika har svårare än andra att ta sig ur hemlöshet och att missbruk eller beroende i kombination med hemlöshet är ett hinder när det gäller förmåga att tillgodogöra sig behandling, boendestöd och annat psykosocialt stöd.

² Hemlösa utgör en mycket heterogen grupp: 3 600 (20 procent) är uteliggare eller hänvisade till akutboende och härbärge, 2 000 (11 procent) saknar bostad och kommer inom kort (tre månader) att skrivas ut från någon form av institution eller stödboende, 6 400 (37 procent) saknar bostad men utan någon planerad utskrivning från någon form av institution eller stödboende och 4 700 (26 procent) bor ofrivilligt hos familj eller vänner. Tre av fyra hemlösa är män och en av fyra kvinnor. Det stora flertalet är födda i Sverige, men personer födda i utlandet är överrepresenterade utifrån hela befolkningens sammansättning. Ytterst få har arbete och många är beroende av försörjningsstöd. Många har problem med missbruk eller psykisk ohälsa, 62 respektive 40 procent.

³ Inom kriminalvården definieras personer med missbruk som personer som konsumerar alkohol i sådan omfattning att det medfört fysiska, psykiska eller sociala skadeverkningar för individen själv eller den närmaste omgivningen eller har använt narkotika under de senaste tolv månaderna i frihet.

För gravida kvinnor kan bristen på psykosocialt stöd vara en bidragande orsak till såväl social utsatthet (utsatthet för våld) och missbruk. Det är följaktligen viktigt att olika former av psykosocialt stöd erbjuds som komplement till behandlingsinsatser.

För personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom bör behandlingen integreras och i de fall social problematik föreligger bör den integrerade behandlingen kombineras med psykosocialt stöd.

26.12 Huvudmännens ansvar för olika målgrupper

Det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan kommuner och landsting innebär att olika grupper av personer med missbruk eller beroende hänvisas till olika huvudmän för vård och stöd. De stora variationerna när det gäller landstingens och kommunernas faktiska ansvar och utbud, innebär vidare att en viss grupp personer med missbruk eller beroende kan hänvisas till olika huvudmän för vård och stöd beroende på var i landet de är bosatta eller vistas.

Mot bakgrund av att olika grupper av personer med missbruk eller beroende generellt sett tenderar att ha olika behov av vård och stöd beskrivs nedan landstingens och kommunens ansvar för olika målgrupper. Först beskrivs ansvaret utifrån nuvarande ansvarsfördelning, som innebär att landstinget ansvarar för abstinensvård och medicinsk behandling och kommunen ansvarar för psykosocial behandling och psykosocialt stöd. Därefter beskrivs ansvaret utifrån två tänkbara framtida ordningar med ett samlat behandlingsansvar hos kommunen respektive hos landstinget.

26.12.1 Olika målgrupper

Missbruk eller beroende av alkohol

De två huvudmännen har ett delat ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol. Det finns i dag både medicinska och psykosociala behandlingsmetoder med god evidens. Landstinget har ansvaret för abstinensvård och medicinsk behandling, vilken i huvudsak omfattar läkemedelsbehandling och tillhörande rådgivning. Kommunen har ansvaret för psykosocial behandling och psykosocialt stöd.

Missbruk eller beroende av narkotika

De två huvudmännen har ett delat ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende av narkotika. För vissa narkotiska substanser och preparat finns evidensbaserad medicinsk behandling med läkemedel medan det saknas för vissa andra substanser och preparat. För missbruk eller beroende av narkotika mer generellt finns vissa evidensbaserade psykosociala behandlingsmetoder. Landstinget har ansvar för abstinensvård samt medicinsk behandling, vilken i huvudsak omfattar läkemedelsbehandling och tillhörande rådgivning. Kommunen har ansvar för psykosocial behandling och psykosocialt stöd. Eftersom läkemedelsbehandling i dag endast finns för vissa narkotikarelaterade beroendetillstånd, främst opiatberoende, innebär det att landstinget och kommunen i praktiken har primärt ansvar för olika grupper av personer med missbruk eller beroende av narkotika.

Landstinget har ett primärt ansvar för personer med långvarigt beroende av opiater medan kommunen har ett primärt ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende av andra narkotiska substanser, till exempel amfetamin och cannabis. Exempelvis är det vanligt att kommuner erbjuder behandlingsprogram för unga personer med missbruk eller beroende av cannabis. Men det finns också behandlingsprogram som förutsätter både medicinska och psykosociala behandlings- och stödinsatser, till exempel program för läkemedelsbehandling av opiatberoende (LARO). Vid akuta medicinska tillstånd som sammanhänger med droganvändningen, av typen psykos eller allvarigare abstinensreaktioner, har landstinget som sjukvårdshuvudman ansvaret för de akuta insatserna som vanligen ges som slutna vård under en kortare tid.

Missbruk eller beroende av läkemedel

Landstinget och hälso- och sjukvården har i praktiken kommit att ta ett visst ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel. I normalfallet uppstår problematisk läkemedelsanvändning inom ramen för läkares förskrivning av läkemedel. I normalfallet hanteras detta av den behandlande läkaren, till exempel i primärvården, genom successiv nedtrappning av det problematiska läkemedlet, läkemedelsbehandling av eventuella

abstinenssymptom samt läkemedelsbehandling av eventuellt underliggande sjukdomstillstånd, till exempel långvariga smärt-, ångest- eller depressionstillstånd. I vissa fall kan det också vara motiverat med vissa psykosociala behandlings- och stödinsatser. Behandling av komplicerade fall kan kräva specialiserad sjukvård.

Missbruk eller beroende av dopningsmedel

Landstinget och hälso- och sjukvården har i praktiken kommit att ta ett visst ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel. I normalfallet kan missbruk eller beroende av dopningsmedel likställas med missbruk eller beroende av (andra) läkemedel, även om konsumtion av dopningsmedel normalt inte sker inom ramen för läkares förskrivning. Det innebär att behandlingen kan omfatta successiv nedtrappning av den problematiska användningen samt läkemedelsbehandling av abstinenssymptom och eventuella tillstötande eller samexisterande sjukdomstillstånd, till exempel depression och hormonrubbnings- och hormontillstånd, till exempel depression och hormonrubbnings- och hormontillstånd. I vissa fall kan det också vara motiverat med psykosociala behandlings- och stödinsatser. Behandling av svåra beroendetillstånd kan kräva specialiserad sjukvård.

Blandmissbruk

Huvudmännen har ett delat ansvar för personer med blandmissbruk. Behandlingsansvaret för denna grupp följer av vilken substans eller vilket preparat som bedöms vara dominerande drog, det vill säga om det bedöms vara ett primärt missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Generellt följer med blandmissbruk ett ökat behov av medicinsk behandling, exempelvis för abstinensvård med inslag av läkemedelsbehandling, och nedtrappning av problematisk läkemedelsanvändning.

Samsjuklighet med somatisk eller psykisk sjukdom

Landstinget och kommunen har ett delat ansvar för behandling av personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom. Det finns ingen särskild evidensbaserad behandling för samsjuklighet, men inget talar emot att

använda de metoder som visat effekt vid behandling av missbruk och beroende respektive behandling av psykisk eller somatisk sjukdom. Behandlingen bör efter den första akuta fasen ske integrerat och i vissa fall samtidigt av individens olika problem. Behandlingsansvaret för missbruket eller beroende varierar mellan landsting och kommun i enlighet med den fördelning av behandlingsansvaret som gäller för olika substanser och preparat. Landstinget har dock i samtliga fall ansvaret för att behandla den psykiska (exklusive beroendesjukdomen) eller den somatiska sjukdomen.

Barn och ungdomar

Kommunen och socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och ungdomar som växer upp i missbruksmiljöer får den vård och hjälp de behöver. Här gränsar uppdraget mot kommunens generella förebyggande ansvar. Ansvaret omfattar psykosocialt stöd och psykosocial behandling. Landstinget har ansvar för abstinensvård och i förekommande fall kompletterande läkemedelsbehandling. I dag används dock normalt inte läkemedelsbehandling för ungdomar med missbruk eller beroende. I de fall det föreligger samsjuklighet har landstinget ansvar för behandlingen av den psykiska eller somatiska sjukdomen. Det är inte ovanligt att landstingets barn- och ungdomspsykiatri hänvisar barn och ungdomar med aktivt missbruk till kommunens socialtjänst för behandling.

26.12.2 Kommunen huvudansvarig

Kommunalt behandlingsansvar skulle innebära ett hos kommunen samlat ansvar för både medicinsk och psykosocial behandling samt psykosocialt stöd. För personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika skulle ansvaret för den andel som landstinget i dag ansvarar överföras till kommunen. Det gäller i första hand personer som behandlas med läkemedel mot alkohol- och narkotikarelaterade beroendetillstånd. För personer med missbruk eller beroende av läkemedel eller dopningsmedel skulle kommunalt ansvar innebära att de överförs från landstinget till kommunen. För personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom skulle kommunalt ansvar innebära ett delat behandlingsansvar enligt vilket kommunen ansvarar för

behandlingen av missbruket och beroendet och landstinget för behandlingen av den samtidiga somatiska och psykiska sjukdomen. För barn och ungdomar och personer med social problematik skulle ett kommunalt ansvar i huvudsak innebära att ansvaret för behandlingen och stödet samlas hos en och samma huvudman. Om kommunen också skulle ha ansvaret för abstinensvård överförs även denna uppgift från landsstinget till kommunen. Sammantaget skulle ett kommunalt behandlingsansvar innebära omfattande förändringar för flertalet målgrupper.

26.12.3 Landstinget huvudansvarigt

Lanstingsansvar skulle innebära ett samlat ansvar för både medicinsk och psykosocial behandling hos landstinget medan kommunen skulle ansvara för psykosocialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning. För personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika skulle ansvaret för den del som kommunen i dag ansvarar för överföras från kommunen till landstinget. Det gäller i första hand personer aktuella för psykosocial behandling.

För personer med missbruk eller beroende av läkemedel eller dopningsmedel skulle ett landstingsansvar inte innebära någon egentlig förändring jämfört med i dag eftersom dessa grupper redan faller inom landstingets ansvar. Om en person med denna typ av problematik uppmärksammas inom socialtjänsten skulle kommunen normalt hänvisa personen till landstinget för behandling, vilket förmodligen redan i dag sker på de håll i landet som landstinget har någon hjälp att erbjuda för målgruppen.

För personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom skulle en och samma huvudman – landstinget – ansvara för behandlingen av både missbruket eller beroendet och den somatiska eller psykiska sjukdomen. Men eftersom social problematik på en nivå som kräver insatser är vanligare i denna grupp, blir det ofta aktuellt med samarbete med kommunen för att tillgodose behovet av psykosocialt stöd i form av stöd till eller i boende, till försörjning eller sysselsättning.

För barn och ungdomar samt personer med social problematik och missbruk eller beroende skulle ett landstingsansvar innebära ett delat ansvar enligt vilken landstinget ansvarar för behandlingsinsatserna och kommunen för stödinsatserna.

Sammantaget skulle ett samlat behandlingsansvar hos landstinget inte innebära några egentliga förändringar för flera av målgrupperna. För de målgrupper som ansvaret förändras skapar det samlade behandlingsansvaret bättre förutsättningar för att ge och samordna både medicinsk och psykosocial behandling, till exempel för personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom. I detta sammanhang ska också noteras att det finns evidens för att kombinationer av medicinsk och psykosocial behandling har bäst effekt. För de målgrupper som har betydande stödbehov kommer landstinget och kommunen att ha ett delat ansvar, till exempel barn och ungdomar, vilket ställer särskilda krav på samordning av kommunens och landstingets insatser.

26.13 Sammanfattning och slutsatser

Förenklat kan nuvarande ansvarsordning beskrivas som att kommunen har ansvar för psykosocialt stöd och psykosocial behandling och landstinget för medicinsk behandling. Olika målgrupper har olika behov av behandling och stöd. Det innebär att det i praktiken inte finns en allmängiltig, utan flera parallella, arbetsfördelningar mellan kommun och landsting inom missbruks- och beroendevården.

26.13.1 Olika målgrupper, olika ansvar

Kommunen och landstinget har olika behandlingsansvar för olika målgrupper. För personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika har kommun och landsting i dag ett delat behandlingsansvar utifrån grundregeln att kommunen har ansvar för psykosocial behandling och landstinget ansvar för medicinsk behandling. Detta mönster återkommer i behandlingen för personer med blandmissbruk, samsjuklighet eller social problematik i de fall missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika föreligger. När det gäller personer med samsjuklighet har landstinget ansvar för behandling av den samtida somatiska eller psykiska sjukdomen. Beroende på vilken substansgrupp det gäller har kommunen eller landstinget ansvar för behandlingen av missbruket eller beroendet.

För personer med missbruk eller beroende av läkemedel eller dopningsmedel har i dag landstinget i praktiken ett samlat behandlingsansvar. Kommunen har i samtliga fall ansvar för socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning. I praktiken innebär detta att kommunen har ett särskilt ansvar för barn och ungdomar med missbruk eller beroende eftersom de vanligtvis erbjuds socialt stöd och viss psykosocial behandling (sällan läkemedelsbehandling). Kommunen har också ansvar för personer med missbruk eller beroende i kombination med social problematik eftersom de normalt har ett omfattande behov av socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning.

26.13.2 Regionala variationer i ansvarsfördelningen

Frågan om behandlingsansvar kompliceras ytterligare av den stora faktiska variationen mellan olika kommuner och landsting när det gäller behandlingsansvaret för missbruk eller beroende (jfr kapitel 15 och 25). Det innebär att landsting och kommuner påverkas olika mycket och på olika sätt av sätten att fördela behandlingsansvaret inom missbruks- och beroendevården, beroende på vilken faktisk ansvarsfördelning som föreligger i det aktuella landstingsområdet.

I några regioner har landstinget kommit att ta ansvar för såväl den medicinska behandlingen som huvuddelen av den psykosociala behandlingen av missbruks- och beroendetillstånd. Detta gäller i första hand i de landsting som inrättat så kallade beroendecentrum, till exempel i Stockholms, Örebro och delar av Skåne län. I andra landstingsområden har kommunerna ansvar för såväl psykosocial behandling som viss medicinsk behandling. Detta gäller i första hand i kommuner som inrättat öppenvårdsmottagningar bemannade med medicinsk personal inklusive inhyrda eller inlånade läkare för förskrivning av läkemedel. I ytterligare andra landstingsområden har landstinget och kommunerna ett förhållandevis tydligt delat ansvar för behandling utifrån grundprincipen att landstinget har ansvar för medicinsk behandling och kommunen har ansvar för psykosocial behandling. Det förekommer också att de två huvudmännen samlokaliseras och i vissa delar integrerar verksamhet för att tillsammans kunna erbjuda ett mer heltäckande behandlingsutbud, till exempel i Eskilstuna. I samtliga fall har kommunerna ansvar för psykosocialt stöd.

De olika parallella ansvarsordningarna för olika målgrupper innebär vidare att olika målgrupper påverkas olika mycket och på olika sätt av behandlingsansvaret inom missbruks- och beroendevården.

26.13.3 Förändrat ansvar – konsekvenser för olika målgrupper

Utredningens analys (jfr kapitel 25) visar att det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården orsakar problem i form av bristande samordning och kontinuitet i vård- och stödprocessen.

Inom ramen för nuvarande ordning missgynnas i första hand personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom i de fall kommunen har ansvar för behandlingen av missbruket eller beroendet och landstinget ansvar för behandlingen av den samtidiga somatiska eller psykiska sjukdomen. Även personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika missgynnas i nuvarande ordning av det delade ansvaret. Det gäller i områden som kommunen har behandlingsansvar och behandlingsutbudet begränsas till psykosociala insatser, eftersom kommunen inte kan erbjuda medicinsk behandling. Det delade ansvaret drabbar även stödkrävande grupper såsom barn och ungdomar, gravida kvinnor och personer med social problematik och missbruk eller beroende i de fall kommunen, som har ansvar för det psykosociala stödet, inte har tillgång till och kan erbjuda nödvändig behandling. De enda grupper som inom ramen för nuvarande ordning redan kan dra fördel av ett i praktiken samlat ansvar för behandling är personer med missbruk eller beroende av läkemedel respektive dopningsmedel. Samtidigt har utredningens kartläggningar visat att få landsting har utvecklat ett rimligt heltäckande behandlingsutbud vid dessa tillstånd.

Kommunalt ansvar för behandling skulle i första hand gynna målgrupper med stort behov av psykosocialt stöd, det vill säga i första hand barn och ungdomar, gravida kvinnor samt personer med social problematik och missbruk eller beroende. Missgynnas skulle i första hand personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom. För denna grupp skulle ansvaret delas mellan kommunen som ansvarig för behandlingen av missbruket eller beroendet och landstinget som ansvarigt för behandlingen av den samtidiga somatiska eller psykiska sjukdomen. Personer med missbruk av alkohol eller

narkotika skulle missgynnas om ett kommunalt ansvar begränsar tillgången till medicinsk behandling. Personer med missbruk eller beroende av läkemedel och dopningsmedel skulle även med kommunalt ansvar ha en huvudman med samlat ansvar för behandling, men ansvaret skulle överföras från landstinget till kommunen. För personer med missbruk eller beroende av läkemedel skulle kommunalt ansvar dock innebära komplikationer i form av att läkemedelsbehandling av somatiska och psykiska sjukdomstillstånd allmänt skulle vara ett ansvar för landstinget, men om läkemedelsanvändningen övergår till missbruk eller beroende skulle behandlingsansvaret övergå till kommunen. För personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel skulle kommunalt ansvar innebära komplikationer i form av att utredning, bedömning och behandling i många fall kräver kvalificerade hälso- och sjukvårdsresurser inom flera specialiserade områden. Om kommunen, utöver ett samlat behandlingsansvar, skulle ha ansvaret för abstinensvård skulle kommunen behöva utveckla kompetens och kapacitet för detta.

Kommunalt ansvar för behandling av personer med missbruk och beroende skulle, förutom överflyttning av stora grupper från landstinget till kommunen, även innebära att kommunen kraftigt skulle behöva utöka resurserna och kompetensen för medicinsk behandling. En komplikation i detta sammanhang är att kommunen som huvudregel enligt HSL får anställa personal upp till och med sjuksköterskas nivå, men inte läkare. I detta sammanhang bör också noteras att läkemedelsbehandling har utvecklats för allt fler missbruks- och beroendetillstånd och kommit att användas alltmer frekvent inom missbruks- och beroendevården. Läkemedelsbehandling ordinerar av läkare.

Det pågår också ett omfattande utvecklingsarbete som kan förutses resultera i fler och mer sofistikerade medicinska behandlingsalternativ vid ett flertal beroendetillstånd. Denna utveckling sker i landstingsnära miljöer och skulle försvåras av en ansvars- mässig lösning som samlar behandlingsansvaret hos kommunen. En sådan lösning skulle komplicera kliniska prövningar och övrigt utvecklingsarbete som är nödvändigt för att kontrollera effektivitet och säkerhet vid medicinsk behandling.

Landstingsansvar för behandling skulle i första hand gynna personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk eller psykisk sjukdom genom att ansvaret för behandlingen av både missbruket eller beroendet och den somatiska eller psykiska sjukdomen skulle samlas hos en huvudman. Personer med

missbruk eller beroende av läkemedel eller dopningsmedel skulle gynnas genom att samma huvudman som ansvarar för läkemedelsbehandling av somatisk eller psykisk sjukdom även ansvarar för behandlingen om läkemedelsanvändningen övergår i missbruk eller beroende. Personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel skulle gynnas genom att tillgången på kvalificerad hälso- och sjukvård för utredning, bedömning och behandling underlättas med landstinget som huvudman för hälso- och sjukvården generellt. Även personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika skulle gynnas genom att ett landstingsansvar ökar tillgången till medicinsk behandling. Missgynnas skulle i första hand grupper som är beroende av stöd och viss kompletterande behandling, det vill säga barn och ungdomar, gravida kvinnor samt personer med allvarigare social problematik och missbruk eller beroende. Om landstinget ansvarar för behandling och kommunen för stöd ställs särskilda krav på samverkan mellan landstinget och kommunen kring dessa målgrupper.

Landstingsansvar för behandling skulle tydliggöra landstingets ansvar för behandling av personer med missbruk och beroende av alkohol och narkotika, barn och ungdomar, gravida kvinnor samt personer med social problematik och missbruk eller beroende. Vidare skulle det bekräfta landstingets ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel eller dopningsmedel. Formellt skulle ett landstingsansvar sålunda inte innebära en överföring av målgrupper från kommunen till landstinget. Men i praktiken skulle det innebära inte obetydliga överföringar, åtminstone i de landsting som i dag anser att behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol faller inom kommunens ansvar, om det inte föreligger en allvarigare form av samsjuklighet. Ett samlat behandlingsansvar hos landstinget skulle också innebära att landstinget behöver förstärka kompetensen och resurserna för psykosocial behandling av personer med missbruk eller beroende. Landstinget förfogar dock redan i dag över de yrkesgrupper som krävs för ett samlat behandlingsansvar, även om det på vissa håll råder brist på vissa viktiga yrkesgrupper, till exempel läkare med specialistkompetens inom psykiatri och beroende och kliniska psykologer.

27 Ideella sektorns roll och betydelse

27.1 Utgångspunkter

Inom missbruksområdet finns betydande inslag av föreningar av olika slag, kooperativ och andra typer av sammanslutningar som organiseras vid sidan av såväl affärsdrivande företag som stat, kommun och landsting. Ibland benämns dessa verksamheter den ideella sektorn, ibland den tredje sektorn och ibland det civila samhället. Utredningen har valt att tillämpa benämningen den ideella sektorn.

Utredningen har under hela arbetsprocessen haft samråd med en referensgrupp med företrädare för ett 25-tal brukar- och anhörigorganisationer samt några andra föreningar som är verksamma inom missbruksområdet. Utredningsarbetets uppläggning beskrivs närmare i kapitel 1.

Nedan betraktas den ideella sektorn ur tre olika perspektiv. Det första perspektivet handlar om ideella organisationer som kamratstödande verksamheter. Det andra uppmärksammar den ideella sektorns aktörer som utförare av vård och arbetsrehabilitering. Det tredje perspektivet beskriver ideella organisationers roll som påtryckningsgrupper, samrådsparter och aktörer för brukarinflytande i vården.

Flertalet aktuella organisationer har inslag av kamratstöd såväl som intressepolitik. Många är också utförare av vård och rehabiliteringstjänster. Den valda uppdelningen av det nedan beskrivna urvalet av organisationerna är sålunda inte självklart, utan hade även kunnat göras på andra sätt.

27.2 Kamratstöd

Kamratstöd är en vanlig benämning på ideella insatser där människor med egen erfarenhet av ett problem stödjer andra som har likartade problem. Ibland uppfattas egen erfarenhet av problemet som en merit, till exempel erfarenhet av missbruk. Många som arbetar inom missbruks- och beroendevården har också vid sidan om längre eller kortare formell utbildning just egna erfarenheter av missbruk i någon form. Det är dock inte denna typ av meritering som avses här. Med kamratstöd menas här i första hand det arbete som utförs på frivillig grund, och inte inom ramen för en anställning. Det förekommer visserligen att personer med egen erfarenhet anställs av en förening för att organisera och bedriva kamratstöd, till exempel inom ramen för en lönebidragsanställning. Som självhjälpsgrupper betecknas personer med problem inom ett gemensamt område som träffas för att stödja varandra och utbyta erfarenheter.

Självhjälpsgrupper används i ökande omfattning på flera vårdområden. De kan också initieras av offentliga vårdgivare. Ibland leds självhjälpsgruppen av yrkesverksamma som deltar för att upprätthålla strukturen på gruppens verksamhet. Det handlar dock inte om gruppterapi. Självhjälp och kamratstöd faller inte heller in under utredningens definition av behandling.

Nedan följer några exempel på hur självhjälp och kamratstöd organiseras i Sverige idag. Framställningen gör inte något anspråk på att vara heltäckande, eller på att omnämna alla betydelsefulla aktörer.

27.2.1 Anonyma Alkoholister

På alkoholområdet har den internationella rörelsen anonyma alkoholister (AA) en stark ställning (www.aa.se). AA presenterar sig som världens största självhjälpsrörelse för alkoholister som vill sluta dricka. Rörelsen tar aktivt avstånd från att tillämpa medlemskap och den tar endast emot frivilliga bidrag från besökare, bidrag från andra källor accepteras inte eftersom rörelsen vill värna sitt oberoende. AA vill inte sammanblandas med några andra rörelser eller institutioner, men samarbetar gärna på egna villkor. Den bedriver därmed inte heller intressepolitik och medverkar inte i offentliga sammanhang som representant för AA. Däremot lämnar

AA gärna information och välkomnar att behandlingsinstitutioner rekommenderar sina klienter att komma till AA.

De 12 stegen, liksom synen på alkoholism som en sjukdom (en allergi mot alkohol), utgör den idémässiga grunden. Från det internationella servicekontoret i New York utges skrifter och tidskriften Garpewine som domineras av nyktra alkoholisters egna berättelser. Eftersom AA för att bevara anonymiteten inte för medlemsförteckningar eller andra register, saknas uppgifter om antalet personer som är engagerade i Sverige.

Basen för AA är regelbundna möten, och på hemsidan kan man enkelt ta reda på när och var det är möten. I stockholmsområdet finns ett 90-tal grupper som möts minst en gång per vecka. I hela landet finns över 400 grupper. Till de öppna mötena är alla intresserade välkomna. Till de slutna mötena får endast de komma som erkänner att de har ett alkoholproblem och vill komma från detta. AA har på flera orter också särskilda möten för män respektive kvinnor och för ungdomar. För anhöriga finns 12-stegsinspirerade grupper i form av Al-Anon, och Al-Anon Vuxna Barn.

27.2.2 Kriminellas Revansch i Samhället

Kriminellas Revansch i Samhället (KRIS) är en kamratförening av före detta kriminella och personer med missbruk (www.kris.a.se). KRIS står för hederlighet, kamratskap, drogfrihet och solidaritet. Riksorganisationen samlar lokala distrikt och föreningar på ett drygt tjugotal platser i Sverige. En grundläggande idé är att hjälpa den som frigges från fängelse till ett liv utan droger och kriminalitet, så kallad muckhämtning. KRIS samarbetar med kriminalvården, andra myndigheter och olika företag, vilka erbjuds att bli sponsorer. Föreningsverksamheten kompletteras med boendeverksamhet på några platser.

27.2.3 Länkrörelsen

Länkrörelsen bildades i Sverige 1945, möjligen med internationella förebilder, för att ge hjälp till självhjälp åt alkoholmissbrukare. I dag finns två riksorganisationer för länkrörelsen: Länkens kamratförbund (www.lankenskamratforbund.se) och De Fria Sällskapen Länkarna (www.frilankarna.se). Därutöver finns ett antal fria

sällskap och föreningar. Nästan överallt i landet finns länkrörelsen representerad i någon form. Den idémässiga grunden beskrivs i sju punkter, där alkoholism framställs som en sjukdom för vilken läkarvetenskapen ännu inte funnit någon bot. Som jag själv blivit hjälpt vill jag hjälpa andra, är en formulering som anger den kamratstödjande inriktningen. Aktiviteten inom de lokala sällskapen skiljer sig åt. Förutom medlemsmöten, kamratstöd och utåtriktade aktiviteter, driver länkarna på sina håll sommarkoloni-verksamhet, boendeverksamhet och behandlingshemsverksamhet. Ett exempel på det senare är behandlingshemmet Hvidehus inom Länkens kamratförbund.

27.2.4 Föräldraföreningen mot narkotika

Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) beskriver sig som en länkorganisation främst för anhöriga till personer som använder narkotika (www.fmn.org.se). Förutom intressepolitik arbetar FMN genom ett femtiotal lokala kretsar med insatser i skolan, självhjälpgrupper, rådgivning och föräldravandringar.

27.2.5 Anonyma Narkomaner

Anonyma Narkomaner eller Narcotics Anonymous (NA) är en internationell rörelse som påminner om AA (www.nasverige.se). Den internationella NA-rörelsen har en likartad grundstruktur som AA och rörelsens internationella servicekontor är baserat i Kalifornien, USA. Målsättningen med NA är att deltagarna ska bli fria från bruket av alla droger. Kamratstödet förmedlas via en sponsor som är någon av deltagarna i gruppen och som tillfrågas om att vara ett slags personlig vägledare och kontaktperson. Flest NA-grupper förefaller det finnas i storstadsområdena. I stockholmområdet anges ett fyrtiotal möten på hemsidan. Men det finns grupper även på mindre orter, såsom Hagfors, Hudiksvall och Smedjebacken.

27.2.6 Riksförbundet Attention

Riksförbundet Attention är en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom, språkstörningar och tvångssyndrom (www.attention-riks.se). Attention verkar för att människorna i medlemsgrupperna ska bli bemötta med respekt och få den hjälp de behöver. Arbetsätten är att bilda stödgrupper och nätverk och sprida information om funktionsnedsättning samt om nya behandlingsrön. Ett femtiotal lokalavdelningar finns över landet. Attention påpekar att ADHD är förenat med en kraftigt förhöjd risk att hamna i missbruk och kriminalitet, och organisationen hävdar att cirka var tredje person med blandmissbruk och var femte med alkoholmissbruk har ADHD.

27.2.7 Riksförbundet för social och mental hälsa

Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) är en intresseorganisation som grundades 1967 och som arbetar för att människor med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning ska ges möjligheter att komma tillbaka till ett gott liv (www.rsmh.se). Organisationen publicerar tidskriften Revansch. RSMH arbetar med bland annat kamratstöd, studiecirklar och föreningsverksamhet i ett stort antal lokalföreningar och distrikt. En viktig fråga för RSMH är förbättringar inom den psykiatriska vården. Förbundet är engagerat i verksamheter som Nationella Hjälpelinjen. Den associerade organisationen Riksförbundet Ungdom för Social hälsa (RUS) vänder sig till yngre personer (www.rus-riks.se). RSMH är i likhet med Attention och RFHL med i samarbetsorganet Nationell Samling för Psykisk Hälsa (NSPH) (www.nsph.se).

27.3 Ideella organisationer som utförare

Missbruks- och beroendevård bedrivs i hög grad i offentlig regi. Detta innebär inte ett förminskande av de omfattande insatser som anhöriga och andra närstående gör. Inte heller innebär detta ett bortseende från de olika former av kamratstöds- och självhjälpsverksamhet, vilka exemplifierats ovan. Jämfört med flera andra vårdområden är inslagen av ideella utförare jämförelsevis stort inom missbruksområdet.

Inslag av privata och ideella utförare finns främst inom den slutna vården inom socialtjänstens ansvarsområde. Mot bakgrund av den allmänna utvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården kan det antas att inslagen av privata och ideella utövare kommer att öka ytterligare över tid.

Med öppen vård avses i princip all vård som inte är heldygnsvård, det vill säga som inte är institutionsvård inom socialtjänsten eller slutna vård eller hemsjukvård inom hälso- och sjukvården. Av 2007 års kartläggning av behandlingsenheter inom missbruks- och beroendevården framgår när det gäller enheterna för öppen vård att 4 procent bedrivs av ideella organisationer (Socialstyrelsen 2010, opublicerat material).

Med slutna vård avses vård som sker efter inskrivning vid vårdenhet. Inom hälso- och sjukvården består den slutna vården i första hand av inskrivning vid vårdavdelningar på sjukhus. Inom socialtjänstens område benämns slutna vård ofta som institutionsvård och består av individuellt behovsprövade insatser främst i form av hem för vård eller boende (HVB) och familjehem. Av 2007 års kartläggning av behandlingsenheter inom missbruks- och beroendevården framgår när det gäller enheterna för slutna vård att 18 procent bedrivs av ideella organisationer (Socialstyrelsen 2010, opublicerat material).

Proportionerna mellan olika huvudmän i 2007 års undersökning är i linje med resultaten från tidigare kartläggningar av behandlingsenheter inom missbruks- och beroendevården som genomfördes 1999, 2001 och 2003 (Socialstyrelsen 2000, 2002, 2004).

Betydelsen av ideella inslag ska dock inte endast ses i kvantitativa, utan även i kvalitativa termer. De kan för somliga brukare vara mer tilltalande lösningar än det som samhället i övrigt erbjuder. Det kan också noteras ett idémässigt flöde från ideellt organiserad verksamhet till offentlig verksamhet. AA-rörelsen och 12-stegsprogrammet genomslag är påfallande i Sverige, även inom till exempel många kommunala verksamheter som vänder sig till personer med missbruk eller beroende.

27.3.1 Frälsningsarmén

Frälsningsarmén är en kristen kyrka som runt om i landet driver församlingar och olika sociala tjänster när den offentliga socialtjänsten inte räcker till (www.fralsningsarmen.se). Det sociala

arbetet omfattar bland annat olika aktiviteter för barn, ungdomar och vuxna, boende i form av härbärgen och stöd för ensamstående. Inte minst när det gäller boende kommer organisationens insatser personer med missbrukproblem till del.

27.3.2 Convictus

Convictus är en förening baserad i Stockholm som har särskilt engagerat sig för hemlösa personer samt för dem som är smittade med hiv eller hepatit C (www.convictus.org). Föreningen knyter kontakt med yrkesverksamma inom olika vårdyrken, vilka arbetar som volontärer i deras verksamheter. Convictus bedriver uppsökande verksamhet, dagverksamhet för hemlösa och en hälsocentral med friskvårdsprofil för målgruppen.

27.3.3 Dianova Sverige

Dianova i Sverige ingår i den internationella icke-statliga organisationen Dianova International (www.dianovasverige.org). Dianova finns i elva länder i Europa och i Amerika. Organisationen verkar inom områdena utbildning, ungdomsverksamhet samt vård vid beroendeproblematik. I Sverige bedriver organisationen program för vuxna med alkohol- eller narkotikamissbruk. Dianova erbjuder hela vård- och stödprocessen från motivation och inskrivning till social återanpassning och öppenvård i Sverige. En del av behandlingen sker vid behandlingshem utomlands.

27.3.4 Hasselarörelsen

Med ursprung i det av K-A Westerberg 1969 startade Hasselakollektivet i Hälsingland, uppstod en rad kollektiv för ungdomar med narkotikaproblem runt om i landet. Medlevarskap är ett av de utmärkande dragen i Hasselarörelsen, det vill säga att de vuxna inom kollektivet lever tillsammans med ungdomarna. De ursprungliga behandlingskollektiven har i allt högre grad kommit att drivas som företag, till exempel Hassela Gotland AB och Hassela Skåne AB. Tretton lokalföreningar och ett antal sociala företag ingår i förbundsorganisationen Hassela Solidaritet (www.hasselasolidaritet.se).

27.3.5 Hela Människan

Hela Människan är en del av Svenska kyrkans och de traditionella frikyrkornas sociala arbete (www.helamanniskan.se). Detta arbete vänder sig till människor med behov av många olika slag. Missbruksproblem torde vara en av de enskilt vanligaste orsakerna. Det lokala arbetet bedrivs av självständiga enheter på uppdrag av församlingar och finns på ett 90-tal orter i Sverige. Det lokala arbetet går ofta under namn som Råd och information i alkoholfrågor (Ria) och Öppen Gemenskap (www.glomdabarn.se). Arbetet fokuserar på människor med en utsatt livssituation, varav många har problem med alkohol eller andra droger. Inom organisationen ryms en rad verksamheter som öppen vård, behandlingshem, handledarutbildning och stödgrupper för barn och vuxna med erfarenhet av dysfunktionella familjer, och sommarkoloniverksamhet. Second hand-försäljning ger sysselsättning för personer som står utanför arbetslivet. I de lokala verksamheterna finns ofta ett antal anställda personer, vars arbete kompletteras med ideella insatser.

27.3.6 LP-verksamheten

LP-verksamhetens idé beskrivs som att med den kristna tron som grund förebygga och avhjälpa drog-, alkohol- och spelmissbruk genom fältarbete, ungdomsverksamhet, lokala kontaktcentrum och behandlingshem som erbjuder en andlig, medicinsk och social behandling (www.lp-verksamheten.se). Organisationen driver fem behandlingshem runt om i landet och har ett flertal öppenvårdsverksamheter i form av LP-kontakten.

27.3.7 Stadsmissionen

Stockholms Stadsmission är en ideell förening, fristående från stat, kommun och kyrka som bedriver verksamheter för människor i hemlöshet och missbruk, barn, ungdomar och äldre (www.stadsmissionen.se). Stockholms stadsmissionen bedriver också skolverksamhet och sociala företag. Arbetet utförs av anställd personal och volontärer. Verksamhetsidén är att utifrån en kristen människosyn utmana och komplettera samhällets insatser för utsatta grupper och individer, bland annat när det gäller boende, aktivitet och sysselsättning.

Verksamheten finansieras med gåvomedel från enskilda personer, företag, församlingar, fonder och stiftelser, bidrag från stat, kommun och landsting samt intäkter från olika affärsverksamheter.

Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner bildades 2008 och arbetar gemensamt med att skapa opinionsbildning och insamlingar samt leda en dialog för utvecklingsfrågor för människor i utsatthet och utanförskap i Sverige. I riksföreningen ingår Stadsmissionerna i Göteborg, Kalmar, Linköping, Malmö, Stockholm, Uppsala och Västerås.

27.4 Socialt företagande

Begreppet socialt företagande är inte entydigt definierat i Sverige. Att sätta ”preciserade sociala mål före vinstmaximering” har, liksom hög grad av brukarstyrning, föreslagits som utmärkande drag.

I Sverige finns inte någon specifik beskattningsmässig företagsform för denna typ av verksamhet, vilket är fallet i några andra länder inom EU. Det sociala företagandet i Sverige organiseras därför på olika sätt. Ibland är företaget en ideell förening, ibland en ekonomisk förening, ibland ett aktiebolag eller ett handelsbolag som ägs av en ideell förening.

Omfattningen av denna typ av företag är inte närmare känd. Tillväxtverket (tidigare Nutek) har i en kartläggning identifierat cirka 210 arbetsintegrerande sociala företag. Företagen sysselsätter omkring 7 000 personer, vilka av olika skäl har svårt att få tillträde till den öppna arbetsmarknaden. Av de 7 000 personerna har cirka 2 000 en anställning, vanligen i form av anställning med lönebidrag eller en trygghetsanställning.

Orsakerna till svårigheterna att etablera sig på arbetsmarknaden varierar, och omfattas inte av den nämnda kartläggningen. En bedömning är att cirka 2 000 av de 7 000 sysselsatta personerna har missbruk som främsta skäl till behovet av anpassning och arbetsrehabilitering. Mellan 20 och 30 av de drygt 200 företagen har en profil som direkt vänder sig till personer med missbruk i sin historia. De sociala företagens storlek varierar, från enstaka sysselsatta personer till hundratalet.

27.4.1 Rainbow Sweden

Rainbow Sweden är en sammanslutning av nio klientorganisationer som arbetar för att minska missbruk, kriminalitet och social utslagning genom att erbjuda arbetsrehabilitering och arbete, ofta förenat med boende (www.rainbowsweden.se). Basta och Prima-gruppen är två av de brukarstyrda sociala företag som ingår i Rainbow. Gemensamt för organisationerna är att en majoritet av medlemmarna har egen erfarenhet av missbruk eller kriminalitet.

27.5 Ideella sektorn som opinionsbildare

Den ideella sektorn har alltid spelat en viktig roll i svensk alkohol- och drogpolitik. Alltsedan nykterhetsrörelsens glansdagar under nittonhundratalets tidigare del, har frågor om alkoholens och sedermera narkotikans tillgänglighet och reglering väckt stort allmänt intresse. De ideella sammanslutningarna har ofta haft folk-rörelsekaraktär. De har också genom opinionsbildning och lobbyverksamhet försökt påverka samhällsdebatten och de politiska besluten, både lokalt och nationellt. Sedan länge finns också en partiöverskridande nykterhetsgrupp i riksdagen, där ledamöter från flertalet partier ingår. Under senare år har det också tillkommit nya föreningar med uttryckligt syfte att påverka politiken. Det finns några paraplyorganisationer på detta område, som bildats av olika föreningar tillsammans för att samordna och lättare nå ut med budskapet.

27.5.1 Anhöriga mot droger

Anhöriga mot droger (AMD) är en ny organisation som etablerades 2009 och har fem lokalavdelningar i Mälardalen (www.anhorigamotdroger.se). Organisationen ser som sin viktigaste uppgift att hjälpa anhöriga med deras medberoende genom rådgivningsverksamhet. Den arbetar även drogförebyggande med information i skolorna, mestadels till föräldrar, men även till andra vuxna som kommer i kontakt med barn och ungdomar. Organisationen försöker även påverka lokala politiker.

27.5.2 Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte

Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte (FAMNA) är organisation för att tillvarata gemensamma intressen för de föreningar, stiftelser och företag som bedriver vård och omsorg utan vinstsyfte (www.famna.se). FAMNA vill öka den politiska förståelsen för idéburen och ideell vård och omsorg. I organisationen ingår ett femtiotal medlemsorganisationer, bland annat Stockholms stadsmission och Röda Korset.

27.5.3 FAS-föreningen

Föreningen bildades år 2000 av föräldrar till adoptiv- och fosterbarn som fått alkoholskador under fosterlivet (www.fasforeningen.se). Föreningen vill genom upplysnings- och utbildningsverksamhet verka för ökad medvetenhet om förekomst och förebyggande av FAS (fetalt alkoholsyndrom) och FASD (fetala alkoholspektrumstörningar). Föreningen ger stöd och rådgivning till allmänheten och till yrkesverksamma, samt bedriver läggerverksamhet för barn och ungdomar med FASD och deras familjer. Samverkan sker med professionella organisationer med likartad inriktning i Europa.

27.5.4 IOGT-NTO

IOGT-NTO är en klassisk nykterhetsorganisation som uppger över 30 000 medlemmar, och med verksamhet i alla svenska län med cirka 900 lokalföreningar. Ursprunget finns i en nordamerikansk ordensrörelse, som efter att ha bildats i mitten av 1800-talet snabbt spred sig till Europa. I dag är IOGT-NTO inget ordenssällskap. Organisationen vill skapa ett samhälle där alkoholen och andra droger inte hindrar människor från att leva ett fritt och rikt liv. Medlemmarna har valt helnykterhet, som ett ideologiskt ställningstagande, eller därför att man har upplevt problem med alkohol. Organisationen har i dag 60-talet kamratstödsverksamheter spridda i landet där nyktra personer med erfarenhet av missbruk eller beroende stöttar varandra. Inom organisationen finns i dag två behandlingshem, och några föreningar driver boenden. Ur kamratstödsverksamheten växer det sociala företaget inom organisationen.

27.5.5 Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor

Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor (KSAN) är ett samarbetsorgan för frågor som berör alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel utifrån flickors och kvinnors perspektiv (www.ksan.se). Bland de 31 organisationer som finns med i samarbetsrådet återfinns politiska kvinnoförbund, invandrarkvinnoorganisationer, läkares och barnmorskors organisationer, samt kvinnojourserörelsen. Det förebyggande perspektivet är viktigast för KSAN. Organisationen framhåller att kvinnofrågorna inom missbruksområdet är eftersatta eftersom befintlig forskning främst grundas på studier av män, och eftersom kvinnor utgör en mycket sårbar grupp.

27.5.6 Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende

Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL) etablerades 1965 och samlar personer med och utan egen erfarenhet av missbruk och beroende för att diskutera drogrelaterade socialpolitiska frågor (www.rfhl.se). Förbundet är starkt engagerat i narkotikadebatten och frågor om läkemedelsberoende. Tidskriften *Oberoende* ges ut fyra gånger per år. Det finns lokalföreningar på cirka 30 orter i landet. Några lokalföreningar driver öppen verksamhet och ger kamrattstöd. Man har även en viss behandlingshemsverksamhet.

27.5.7 Riksförbundet narkotikafritt samhälle

Riksförbundet narkotikafritt samhälle (RNS) arbetar för en restriktiv narkotikapolitik med det långsiktiga målet ett narkotikafritt Sverige (www.rns.se). RNS betraktar riksdagsbeslutet som innebar en kriminalisering av eget bruk av narkotika som en av sina framgångar. Engagemanget inom förbundet rör i övrigt till exempel att stärka det drogförebyggande arbetet i skolan samt verka för slumpvisa frivilliga drogtester. Förbundet är negativt till att införa sprututbytesverksamhet och anser att läkemedelsbehandling av opiatberoende ska vara omgärdad av restriktiva regler. RNS ger ut tidskriften *Narkotikafrågan*, och förlitar sig på medlemsavgifter

och insamlingsmedel, samt bidrag från företag. Organisationen söker inte statsbidrag för verksamheten.

27.5.8 Svenska Brukarföreningen

Svenska Brukarföreningen (SBF) bildades år 2002 av personer som deltog i program för metadonbehandling (www.svenskabrukarforeningen.se). SBF har sex lokalavdelningar i landet. Målet är att värna intressen för opiatanvändare. Organisationen vänder sig till exempel mot regler om spärrtid som gör att patienter förhindras återinträde i substitutionsbehandling. SBF verkar även för ökade satsningar på skadebegränsande insatser för personer med beroende.

27.5.9 Sveriges landsråd för alkohol- och narkotikafrågor

Sveriges landsråd för alkohol- och narkotikafrågor (SLAN) är en sammanslutning av organisationer som vill verka för en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik samt för ett narkotikafritt samhälle (www.slan.se). Det ingår ett tjugotal organisationer i SLAN och verksamheten är organiserad genom länsförbund i samtliga län. Svenskar och invandrare mot narkotika (SIMON) och Motorförarnas helnykterhetsförbund (MHF) är två exempel på medlemsorganisationer. SLAN vill verka för en väl utbyggd missbruks- och beroendevård, opinionsbildning och forskning samt samordning av medlemmarnas gemensamma strävanden för inflytande i olika samhällsorgan.

27.5.10 Verdandi

Verdandi etablerades som en socialpolitiskt radikal sammanslutning, delvis i protest mot nykterhetsrörelsens som uppfattades ha en tendens att individualisera problemen med missbruk och lägga ansvaret på den enskilde (www.verdandi.se). Verdandi vill istället påverka viktiga bakgrundsfaktorer i samhället. Lokalt bedrivs arbete med uppsökande verksamhet och organisationen deltar i den drogpolitiska debatten. Några lokalföreningar driver även sociala kooperativ för att skapa sysselsättning åt personer som har svårt att etablera sig på den ordinarie arbetsmarknaden.

27.6 Sammanfattning och slutsatser

Inom missbruksområdet finns en betydande ideell sektor med ett stort antal organisationer som samlar ett stort antal medlemmar. Den ideella sektorn bidrar på olika sätt till den svenska missbruks- och beroendevården.

Kamratstöd och hjälp till självhjälp för personer med missbruk eller beroende är en viktig del. Den ideella sektorn har i detta sammanhang en styrka i att den skapar en sociala gemenskap och att den finns lokalt i stora delar av landet.

Den ideella sektorn som utförare av vård i vid bemärkelse är en annan viktig del. Totalt sett står den ideella sektorn för en mindre, men viktig, del av insatserna för personerna med missbruk eller beroende. De ideella organisationernas insatser tillför alternativ till den av kommun och landsting bedriva vården och bidrar därigenom till att diversifiera vården. Inte minst kompletterar den ideella sektorn kommunernas och landstingens insatser när gäller boende och sysselsättning.

Det är en allmän strävan på vård- och stödområdet att öka valfriheten för brukaren. Genom att konkurrensutsätta offentlig verksamhet kan såväl effektiviteten som valfriheten för individen öka. Mot denna bakgrund kan det antas att de ideella inslagen kommer att bli större i den svenska missbruks- och beroendevården. När det gäller sysselsättning för personer med svårigheter att komma in på den reguljära arbetsmarknaden, innebär de sociala företagen en intressant utvecklingsmöjlighet.

Den ideella sektorn som opinionsbildare och samrådspart är en annan viktig del. Det har skett och sker ett påtagligt flöde av idéer mellan ideell och offentlig verksamhet. Den offentliga sektorn har till exempel anammat 12-stepsprogrammen och strategier för brukarinflytande, vilka har sitt ursprung i den ideella sektorn. Omvänt har den ideella sektorn i likhet med den offentliga sektorn i allt högre grad kommit att betona vikten av formell utbildning och kvalitetssäkring.

28 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder, socialförsäkring och missbruk

28.1 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

En person som saknar arbete och står till arbetsmarknadens förfogande hos Arbetsförmedlingen kan få tillgång till olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder som syftar till att underlätta för den enskilde att få ett arbete. Åtgärderna kan rikta sig dels till arbetsgivare som anställer exempelvis en person som har varit långtidsarbetslös, dels till de arbetslösa som uppfyller vissa villkor. I detta sammanhang är det framför allt av intresse vilka åtgärder som erbjuds till personer som är utförsäkrade från sjukförsäkringen, personer som har varit långtidsarbetslösa samt personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Bestämmelserna om de olika arbetsmarknadspolitiska åtgärderna regleras i följande lag och förordningar:

- Lagen (2000:625) om arbetsmarknadspolitiska program
- Förordningen (2007:414) om jobb- och utvecklingsgarantin
- Förordningen (2006:1481) om stöd för nystartsjobb
- Förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program
- Förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga
- Förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten
- Förordningen (1997:1275) om anställningsstöd
- Förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd.

- Förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

28.1.1 Arbetslivsintroduktion

Den 1 januari 2010 infördes förändringar i sjukförsäkringen för personer som har haft förlängd sjukpenning i 550 dagar eller tidsbegränsad sjukersättning under maximalt antal månader och som därför inte kan få någon ersättning från sjukförsäkringen. Samtidigt infördes ett nytt arbetsmarknadspolitiskt introduktionsprogram, arbetslivsintroduktion, för att öka möjligheterna att få eller återgå till ett arbete för personer som har erhållit maximalt antal ersättningsdagar i sjukförsäkringen (prop. 2009/10:45).

Med arbetslivsintroduktion avses individuellt anpassade arbetsmarknadspolitiska insatser av utredande, vägledande eller orienterande karaktär för den som efter långvarig sjukdom behöver förbereda sig för ett arbete eller för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. (30 a § förordningen om arbetsmarknadspolitiska program).

Under arbetslivsintroduktionen betalar Arbetsförmedlingen ut aktivitetsstöd. Aktivitetsstödet motsvarar normalt samma belopp som skulle ha lämnats som arbetslöshetsersättning enligt lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring, dock lägst 320 kronor per dag. Den som inte uppfyller villkoren för att få ersättning från a-kassan får 223 kronor per dag (5 § och 5 a § förordningen om anställningsstöd).

Efter arbetslivsintroduktionen hänvisas personen till de ordinarie insatser som Arbetsförmedlingen erbjuder, såsom arbetslivsriktad rehabilitering, jobb- och utvecklingsgaranti, särskilt anställningsstöd, nystartsjobb, lönebidrag etc.

Fram till och med första halvåret 2010 hade cirka 23 000 personer börjat i arbetslivsintroduktion. Av dessa utgör cirka 70 procent kvinnor och 30 procent män. Andelen med olika grad av funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga uppgick till cirka 40 procent (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 14).

28.1.2 Arbetslivsriktad rehabilitering

Arbetslivsriktad rehabilitering innebär att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser (11 § förordningen om den arbets-

marknadspolitiska verksamheten). Exempel på individuella insatser är arbetsträning, hjälp med att anpassa en arbetsplats samt möjlighet att få hjälp av specialister såsom arbetsterapeut, sjukgymnast, psykolog eller socialkonsulent.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samverkar kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som riktar sig till personer som är eller riskerar att bli arbetslösa.

28.1.3 Jobb- och utvecklingsgarantin

Syftet med jobb- och utvecklingsgarantin är att erbjuda personer som har varit arbetslösa under lång tid individuellt utformade insatser för att de så snart som möjligt ska få arbete (1 § förordningen om jobb- och utvecklingsgarantin). Vissa av aktiviteterna i garantin genomförs i Arbetsförmedlingens egen regi medan andra kan anordnas av kompletterande aktörer, exempelvis privata aktörer, kommuner eller andra organisationer. Förutsättningen är dock att överenskommelse görs med Arbetsförmedlingen.

Jobb- och utvecklingsgarantin riktar sig bland annat till personer som

- har arbetslöshetsersättning och har förbrukat 300 dagar i en ersättningsperiod,
- inte har rätt till arbetslöshetsersättning och varit sammanhängande arbetslös och anmäld hos Arbetsförmedlingen eller deltagit i arbetsmarknadspolitiska program under minst 18 sammanhängande månader,
- har beviljats utslusningsåtgärder från fängelse eller är villkorligt frigiven och inte fullgjort ett år av prøvotiden samt är arbetslös och anmäld som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen (5 § förordningen om jobb- och utvecklingsgarantin).

Garantin består av tre faser och innehåller olika aktiviteter. Under fas ett kartläggs den enskildes behov av aktiviteter och han eller hon får hjälp att söka arbete via coachning. Under fas två, som i huvudsak ska vara förlagd på en arbetsplats, är aktiviteterna inriktade på personer som behöver ytterligare stöd, exempelvis arbetspraktik eller arbetsträning. Under deltagande betalas aktivitetsstöd ut (6–7 §§ förordningen om jobb- och utvecklingsgarantin).

Om en deltagare efter 450 dagar med aktivitetsstöd i jobb- och utvecklingsgarantin inte har fått ett arbete, påbörjar han eller hon garantins tredje och sista fas. I den fasen erbjuds deltagaren en sysselsättning hos en anordnare (arbetsgivare) med arbetsuppgifter som annars inte skulle utföras och som kan ses som kvalitetshöjande. Sysselsättningen kan vara hos offentliga eller privata arbetsgivare, sociala företag eller ideella organisationer. Varje enskild sysselsättningsperiod ska pågå under en längre tid, dock högst två år (7 § förordningen om jobb- och utvecklingsgarantin).

Under tiden i sysselsättning kan de som under fas ett och två fått aktivitetsstöd grundat på sin dagpenning från A-kassan, fortsätta få aktivitetsstöd medan övriga kan få försörjningsstöd från kommunen.

Under 2009 deltog i genomsnitt 57 000 personer i garantin varje månad, varav 50 procent var kvinnor och 50 procent var män. Under första halvåret 2010 ökade antalet deltagare till i genomsnitt 73 000 personer, varav 47 procent var kvinnor och 53 procent var män. Till följd av den nedgång på arbetsmarknaden som inleddes hösten 2008 väntas antalet deltagare i garantin fortsätta öka fram till slutet av 2011 (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 14).

28.1.4 Särskilt anställningsstöd

Det särskilda anställningsstödet är en form av subventionerad anställning. Anställningsstödet lämnas till arbetsgivaren i syfte att stimulera anställningar av personer som har svårigheter att få ett reguljärt arbete (2 § förordningen om anställningsstöd).

En arbetslös person som under minst sex månader deltagit i Jobb- och utvecklingsgarantin får anvisas till en anställning med särskilt anställningsstöd (5 a § förordningen om anställningsstöd). Stödet lämnas till arbetsgivare under längst 12 månader (17 a § förordningen om anställningsstöd).

Anställningen kan vara en tillsvidare-, prov- eller visstidsanställning. Med särskilt anställningsstöd får arbetsgivaren ett bidrag på 85 procent av lönekostnaden, dock högst 750 kronor per dag (18 § förordningen om anställningsstöd). Den enskilde har rätt till avtalsenlig lön men omfattas inte av lagen om anställningsskydd.

Den som har haft en anställning med särskilt anställningsstöd har rätt att återgå till jobb- och utvecklingsgarantin när anställningen upphör, om han eller hon inte uppfyller ett nytt arbetsvillkor hos sin

arbetslöshetskassa och inte erbjuds en annan anställning (5 b § förordningen om anställningsstöd).

Under 2009 hade i genomsnitt 4 300 personer per månad en anställning med särskilt anställningsstöd, varav 43 procent var kvinnor och 57 procent var män. Knappt en fjärdedel av deltagarna hade en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Under första halvåret 2010 uppgick antalet personer med särskilt anställningsstöd till 2 900 i genomsnitt varje månad, vilket var en minskning med cirka 40 procent jämfört med samma period 2009. En förklaring är sannolikt att antalet personer som lämnat jobb- och utvecklingsgarantin för ett nystartsjobb har ökat kraftigt (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 14).

28.1.5 Nystartsjobb

Nystartsjobb syftar till att göra det lättare för personer med svag förankring på arbetsmarknaden att få ett arbete (2 § förordningen om stöd för nystartsjobb). Arbetsgivare som anställer personer med ett nystartsjobb får en kompensation motsvarande den dubbla arbetsgivareavgiften för personer som har fyllt 26 år och arbetsgivaravgiften för personer som har fyllt 20 år men inte 26 år (3 § och 12 § förordningen om stöd för nystartsjobb).

Stödet är riktat till alla arbetsgivare, både privata och offentliga, och omfattar alla anställningsformer. Stöd får beviljas arbetsgivare som inte har näringsförbud, skatteskulder som har lämnats till Kronofogdemyndigheten för indrivning eller betalningsanmärkning som inte är obetydlig. För att Arbetsförmedlingen ska bevilja nystartsjobb ska lönen ligga på samma nivå som gällande kollektivavtal i branschen (8 § förordningen om stöd för nystartsjobb).

En arbetslös person som har fyllt 26 år får under vissa villkor ett nystartsjobb om han eller hon

- varit arbetslös eller deltagit i ett arbetsmarknadspolitiskt program,
- fått sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning,
- fått försörjningsstöd från kommunen,
- varit anställd hos Samhall,
- är nyanländ invandrare och har fått uppehållstillstånd,

- har dömts till fängelse och beviljats vistelse utanför anstalt eller
- är villkorligt frigiven och inte har fullgjort ett år av prøvotiden, eller
- är inskriven i jobb- och utvecklingsgarantin och inte på någon annan grund kvalificerar sig för ett nystartsjobb (3 §, 3 c § samt 3 d § förordningen om stöd för nystartsjobb).

Arbetsgivare kan få ekonomiskt stöd för nystartsjobb under lika lång tid som den som anställs har varit frånvarande från arbetslivet. Om personen vid årets ingång har fyllt 26 år gäller dock nystartsjobb i längst fem år. Om personen är yngre gäller nystartsjobb i längst ett år. Om personen vid årets ingång har fyllt 55 år gäller nystartsjobb under dubbelt så lång tid som personen har varit frånvarande från arbetslivet, dock längst tio år eller tills utgången av det år personen fyller 65 år. Nyanlända invandrare kan få nystartsjobb under längst tre år. En person som har dömts till fängelse och beviljats vistelse utanför anstalt eller är villkorligt frigiven och inte fullgjort ett år av prøvotiden kan ha nystartsjobb under lika lång tid som den utdömda strafftiden, dock minst ett och högst fem år (10 §, 10 a–c §§ förordningen om stöd för nystartsjobb).

Beslut om nystartsjobb fattas för längst ett år i taget. Under 2009 uppgick antalet personer med nystartsjobb till i genomsnitt 19 200 per månad, varav drygt 40 procent var kvinnor och knappt 60 procent var män. Drygt 20 procent hade en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Vid utgången av augusti 2010 uppgick antalet nystartsjobb till cirka 37 200 (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 14).

28.1.6 Särskilt nystartsjobb

Sedan en tid finns också en variant av nystartsjobb – särskilt nystartsjobb. Särskilt nystartsjobb ska stimulera arbetsgivare att anställa personer som varit utanför arbetslivet under en längre tid på grund av att de haft sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Arbetsgivaren får ett stöd som motsvarar den fulla arbetsgivaravgiften plus en ersättning som motsvarar den arbetsgivaravgift som arbetsgivaren betalar för ungdomar.

Alla arbetsgivare har möjlighet att ansöka om särskilt nystartsjobb. Anställningen kan vara en tillsvidare-, prov- eller visstidsanställning. Stöd för särskilt nystartsjobb kan lämnas för anställning av en person som vid årets ingång fyllt 20 men inte 26 år.

Stödet är kopplat till hur lång tid personen varit frånvarande på grund av att han eller hon haft sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning.

28.2 Särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser för dem som har behov av särskilt stöd enligt förordningen om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten (2000:628).

Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetssökande som har en funktionsnedsättning eller ohälsa som påverkar arbetsförmågan. Dessa personer ska ha tillgång till Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster, metoder och arbetsmarknadspolitiska program.

Arbetsförmedlingen ska som sektorsansvarig myndighet inom arbetsmarknadspolitiken bidra till att uppfylla de nationella handikappolitiska målen. Den nationella handlingsplanen för handikappolitiken anger att alla personer ska ges samma möjligheter att delta i arbetslivet.

I uppdraget ingår att samverka med Försäkringskassan, skolan, socialtjänsten, sjukvården och Kriminalvården kring personer som behöver Arbetsförmedlingens insatser.

Att identifiera en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är i många fall en tidskrävande och komplicerad process. Under år 2009 tog det i genomsnitt cirka 230 kalenderdagar innan en funktionsnedsättning som påverkade arbetsförmågan identifierades.

Arbetsförmedlingens uppdrag, insatser och metoder är inte avsedda för ställningstaganden kring vilka behandlingsinsatser som är att föredra i det enskilda fallet. Det gäller såväl i samtalet med sökanden som i samverkan med socialtjänsten och sjukvården. Men behandling kan förbättra sökandens förutsättningar för arbete och

frågan bör därför diskuteras. Sökanden kan redan ha genomgått behandling i någon form och dess effekt kan behöva belysas och beaktas i Arbetsförmedlingens planering.

Inom arbetsmarknadspolitiken finns flera olika stödformer som är riktade till personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Under 2009 hade i genomsnitt cirka 82 000 (2010, prel. drygt 85 000) personer med funktionsnedsättning en subventionerad anställningsform i form av anställning med lönebidrag, skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare (OSA), skyddat arbete hos Samhall AB eller utvecklings- eller trygghetsanställning (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 11).

Tabellen visar fördelningen på olika särskilda insatser för funktionshindrade i januari 2011.

Tabell 28.1 Särskilda insatser för funktionshindrade

Särskilda insatser för funktionshindrade	68 406
– därav Lönebidrag	45 111
– därav Offentligt skyddat arbete (OSA)	4 378
– därav Utvecklingsanställning	2 885
– därav Trygghetsanställning	16 032

Källa: Arbetsförmedlingens månadsstatistik januari 2011.

Till dessa antal kommer anställda inom Samhall som är kring 20 000 personer.

En förutsättning för att få tillgång till dessa särskilda insatser är att personen har en funktionsnedsättning som begränsar arbetsförmågan. En utredning med läkarintyg i botten ska visa detta och handläggaren på Arbetsförmedlingen placerar utifrån denna in personen i någon av de koder som används sedan länge för funktionshindrade personer inom arbetsförmedlingen. Dessa skiljer sig från diagnosbegreppen, som förskrivande läkare och Försäkringskassan använder. Medan Försäkringskassan måste konstatera att det handlar om en *sjukdom* som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel, omfattar Arbetsförmedlingens begrepp ett antal olika funktionshinder som gör att den sökande har svårt att komma in på arbetsmarknaden.

Sekretessbestämmelser medför att Försäkringskassans eventuella utredning med underliggande läkarintyg, eller utredning från kommunens socialtjänst inte kan överföras till Arbetsförmedlingen om inte den enskilde samtycker. Vill den enskilde inte medge detta eller lämna uppgift om ett eventuellt missbruk så faller i princip möjligheten till dessa särskilda insatser och den enskilde får hänvisas till de generella stöden. Dock kan Arbetsförmedlingen göra en egen utredning utan att ta över andra myndigheters underlag men den arbetssökandes vilja att lämna läkarintyg gäller alltjämnt. Handläggaren kan då begära hjälp av en av förmedlingens socialkonsulenter för att kartlägga en arbetssökandes behov av stöd.

Vid bedömning av om ett missbruk föreligger hänvisar man i handboken för arbetssocial utredning (ASU) till de bedömningsinstrument som används inom psykiatri (ICD 10 och DSM IV).

Personer med nedsatt arbetsförmåga kopplat till missbruk har ingen egen kod utan är en av tre grupper som ingår i socialmedicinskt funktionshinder (kod 81). Enligt uppgift från Arbetsförmedlingen utgör missbruk av alkohol och andra droger huvuddelen av det som kategoriseras som s.k. socialmedicinskt handikapp eller funktionshinder. Men personer med missbruk enbart eller i kombination med psykiska problem klassas också till koden för psykisk sjukdom. Även andra kodningar förekommer om missbruket är orsaken eller en del av problemen. Det finns därför inte några uppgifter inom Arbetsförmedlingen om hur stor gruppen personer med missbruk eller beroende är, vare sig bland arbetssökande eller de med särskilda insatser.

Anställning med lönebidrag får bland annat lämnas vid nyanställningar, om en person återgår i arbete efter att ha haft hel tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning eller om en arbetsgivare anställer en person som är långtidssjukskriven från en anställning som han eller hon inte kan återgå till. Lönebidrag får även lämnas för en arbetstagare som övergår från skyddat arbete hos en offentlig arbetsgivare till en annan anställning hos arbetsgivaren. Lönebidrag får dock inte lämnas för en anställning hos Samhall AB (26 § förordningen om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga).

Den som anställs med lönebidrag ska ha lön och andra anställningsförmåner som följer av eller är likvärdiga med kollektivavtal i branschen. Lönebidrag får som regel lämnas i längst fyra år (30 § förordningen om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga). Ett första beslut om

lönebidrag får omfatta längst ett år. Lönebidragets storlek påverkas av dels lönekostnaden för den anställde, dels den anställdes arbetsförmåga. Om lönekostnaden är högre än 16 700 kr per månad får dock den överskjutande delen inte ligga till grund för bidraget (28 § förordningen om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga). Under 2009 minskade lönebidragsanställningar med drygt 6 500 personer, vilket motsvarar 11 procent av det totala antalet. En förklaring till minskningen som anges är att nystartsjobb ersatt anställningar med lönebidrag (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 14).

Skyddat arbete finns i två former, dels hos Samhall och dels hos offentliga arbetsgivare (33 § förordningen om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga). Anställning inom Samhall är en möjlighet för personer som på grund av funktionsnedsättning har så nedsatt arbetsförmåga att de har svårt att få arbete och vars behov inte kan tillgodoses genom andra insatser (34 § förordningen om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga).

Skyddat arbete hos offentlig arbetsgivare riktar sig till en avgränsad målgrupp och syftar till rehabilitering genom arbete. De som omfattas av denna anställningsform är personer med funktionshinder som

- har ett socialmedicinskt funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga,
- är berättigade till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till funktionshindrade, eller
- på grund av långvarig och svår psykisk sjukdom inte tidigare haft kontakt med arbetslivet eller varit borta från det under längre tid (35 § förordningen om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga).

En person som har skyddat arbete hos Samhall eller hos offentliga arbetsgivare ska ha lön och andra anställningsvillkor som följer av eller är likvärdiga med kollektivavtal i branschen. Han eller hon omfattas inte av lagen om anställningsskydd. Stödets storlek har liknande konstruktion som lönebidraget. I slutet av 2009 var 19 140 personer med funktionsnedsättning anställda hos Samhall AB, vilket var något färre än 2008. Andelen kvinnor var 40 procent och andelen män var 60 procent (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 14).

En utvecklingsanställning är anpassat till arbete hos offentlig eller privat arbetsgivare under längst tolv månader. Anställningen kan förlängas längst tolv månader om det finns särskilda skäl. En trygghetsanställning är en anställning hos en annan arbetsgivare än en arbetsgivare som ingår i Samhallkoncernen (36–37 §§ förordningen om särskilda insatser för personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga). Under 2009 hade i genomsnitt 9 900 personer per månad en trygghetsanställning, vilket var en ökning med 3 900 personer jämfört med 2008 (prop. 2010/11:1 Utgiftsområde 14).

Förutom olika subventionerade anställningar har Arbetsförmedlingen även möjlighet att lämna stöd till arbetshjälpmedel eller personligt biträde och tolkhjälp, särskilt introduktions- och uppföljningsstöd samt särskilt stöd till start av näringsverksamhet.

28.3 Socialförsäkringen

I det här avsnittet görs en kort översikt av möjligheter till ersättning i förekommande fall från den statliga socialförsäkringen för personer med missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Vilka villkor som gäller och hur tillämpningen fungerar för målgruppen personer med missbruk eller beroende belyses vid sjukdom och arbetsoförmåga. Motsvarande genomgång av försörjningsstöd från kommunen, när en person inte försörjer sig själv eller kan uppbära ersättning från socialförsäkringen, behandlas tillsammans med övriga sociala stödinsatser i kapitel 22.

Det har varit utredningens ambition att försöka bedöma hur stor denna målgrupp är inom de olika systemen. Detta har dock inte varit möjligt på det sätt redovisning sker från socialförsäkringen eller kommunerna. Underlagsrapporter till denna översikt har tagits fram av fil.dr. Hans Goine och med.dr.Marianne Uppmark¹ samt har professor Anders Romelsjö² i en rapport bland annat sökt studier och forskning kring alkoholvanor och sjuklighet, särskilt sjukfrånvaro.

Enligt utredningens uppfattning verkar det inte föreligga några särförhållanden för målgruppen vid eventuellt utnyttjande av arbetslöshetsförsäkringen eller vid ålderspension. Dessa system granskas därför inte här.

¹ Missbruk och sjukförsäkringen. Juni 2010.

² Alkoholvanor och sjuklighet, särskilt sjukfrånvaro. 21 januari. 2011.

Behov av förändringar inom några socialförsäkringssystem behandlas i kapitel 9.

28.3.1 Några olika ersättningsformer – en översikt

Den 1 januari 2011 ersattes lagen om allmän försäkring (AFL) av Socialförsäkringsbalken (2010:110). De materiella reglerna för de olika ersättningsformerna ändrades dock inte i sak (prop. 2008/09:200).

Socialförsäkringsbalken (SFB) innehåller bestämmelser om vem som kan vara försäkrad för vissa förmåner i Sverige. Enligt 4 kap. 2 § grundas rätten till en förmån antingen på bosättning i Sverige eller på arbete i Sverige. Det grundläggande villkoret för att vara försäkrad för den arbetsbaserade försäkringen är att personen arbetar i Sverige.

Med arbete avses både anställning, uppdrag och arbete i egen verksamhet. För anställda gäller försäkringen från och med den första dagen av anställningstiden och så länge som arbetet pågår. När personen slutar sitt arbete, upphör i regel också försäkringen för arbetsbaserade förmåner. Det finns dock bestämmelser om så kallat efterskydd. I de arbetsbaserade förmånerna ingår sjukpenning, förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning samt sjukersättning och aktivitetsersättning.

Nedan följer en kort beskrivning av vanliga begrepp inom sjukförsäkringen.

- *Sjuklön* är den ersättning en anställd får av sin arbetsgivare de första 14 dagarna av en sjukperiod.
- *Sjukpenning* är ersättning från Försäkringskassan när man inte kan arbeta på grund av sjukdom. Kan betalas ut på normalnivå eller fortsättningsnivå. Sjukpenning kan beviljas då den försäkrades arbetsförmåga på grund av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel.
- *Sjukpenning på normalnivå* kan betalas ut i högst 364 dagar och motsvarar cirka 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten.
- *Sjukpenning på fortsättningsnivå* kan betalas ut i högst 550 dagar och motsvarar cirka 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Kallades tidigare förlängd sjukpenning.

- *Fler dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå* kan i vissa fall beviljas efter 550 dagar och motsvarar cirka 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Kallades tidigare förlängd sjukpenning i vissa fall.
- *Fler dagar med sjukpenning på normalnivå* kan i vissa fall beviljas efter 364 dagar och motsvarar cirka 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Kallades tidigare fortsatt sjukpenning.
- *Förebyggande sjukpenning* kan lämnas då man deltar i medicinsk behandling som syftar till att förebygga eller förkorta sjukdomsperiod.
- *Rehabiliteringspenning*, som beräknas på samma sätt som sjukpenning, kan lämnas då man deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering.
- *Särskilt bidrag* kan lämnas för kostnader som uppstår i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering
- *Allmänt högriskskydd* innebär att antalet karensdagar begränsas till 10 på ett kalenderår.
- *Särskilt högriskskydd* kan beviljas den som riskerar många sjukfall och ger ersättning från första sjukdagen och arbetsgivaren får sjuklönekostnaden ersatt.
- *Sjukersättning* är ersättning från Försäkringskassan när en person inte kommer att återfå sin arbetsförmåga.
- *Aktivitetsersättning* är ersättning från Försäkringskassan till den som är 19–30 år och har en arbetsoförmåga som kan antas bestå under minst ett år, beviljas för viss tid.

28.3.2 Sjukpenninggrundande inkomst är en förutsättning för ersättning

För att få rätt till ersättning i form av sjukpenning krävs att Försäkringskassan kan fastställa en sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Detta är ett beräkningsunderlag som Försäkringskassan använder för att beräkna i första hand sjukpenningens storlek, men också andra arbetsbaserade förmåner såsom rehabiliteringspenning, föräldrapenning, närståendepenning och smittbärrpenning.

Enligt 25 kap. 1 § SFB är sjukpenninggrundande inkomst den årliga inkomst som en person (försäkrad) kan antas att få tills vidare för eget arbete, antingen som inkomst av anställning eller som inkomst av annat förvärvsarbete. För att SGI ska kunna fastställas måste inkomsterna uppgå till minst 24 procent av prisbasbeloppet. Vid beräkningen bortses från inkomster som överstiger 7,5 prisbasbelopp (undantaget föräldrapenning där taket är 10 prisbasbelopp).

SGI kan bara fastställas om den enskilde har inkomst av eget arbete som dessutom är av viss varaktighet (minst sex månader). En person som är arbetslös kan få sin SGI skyddad om han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande eller studerar.

28.3.3 Rätt till sjukpenning

Sjukpenning är en förmån som kan betalas ut till den som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom (27 kap. 2 § SFB). De diagnoser som dominerar som sjukskrivningsorsak är psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen (se tabell nedan). De psykiska diagnoserna blir alltmer dominerande ju längre sjukfallet pågår. Från att inledningsvis utgöra ungefär 9 procent av de sjukskrivna stiger andelen till drygt 40 procent i de allra längsta sjukfallen (över 2 år). Ökningen av de psykiska diagnosernas andel har varit mycket kraftig under den senaste femårsperioden. I begreppet psykiska diagnoser ingår alkohol- och narkotikamissbruk som medfört sjukskrivning, dock anges de endast i liten grad som sjukskrivningsorsak. Utredningen återkommer till detta problem längre fram.

Tabell 28.2 Avslutade sjukfall per diagnos och sjukfallslängd

Diagnos	1–28 dagar		29–59 dagar		60–89 dagar		90–364 dagar		1–2 år		2–år	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Tumörer	692	2,1%	991	4,2%	361	3,9%	1 144	5,8%	431	12,7%	234	8,5%
Psykiska sjukdomar	3 251	9,7%	3 820	16,2%	1 843	19,8%	5 333	26,9%	1 200	35,4%	1 141	41,3%
Varav:												
Förstämningssyndrom	935	2,8%	1 445	6,1%	863	9,3%	2 826	14,3%	596	17,6%	546	19,8%
Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	2 130	6,4%	2 184	9,3%	847	9,1%	2 079	10,5%	427	12,6%	424	15,3%
Nervsystemet och sinnesorganen	1 277	3,8%	1 478	6,3%	328	3,5%	685	3,5%	173	5,1%	157	5,7%
Rörelseorganen	6 582	19,7%	5 558	23,6%	2 469	26,5%	5 796	29,3%	807	23,8%	639	23,1%
Saknas/okänd	8 042	24,1%	966	4,1%	375	4,0%	987	5,0%	73	2,2%	44	1,6%
Samtliga	33 434	100%	23 548	100%	9 324	100%	19 809	100%	3 393	100%	2 764	100%

*Diagnosgrupper med färre än 10 observationer ingår i "Övriga diagnoskapitel", se detaljer i bladet 'Info'. En * efter ett tal i tabellen visar att antalsuppgift endast kommer från antingen kvinnor eller män.

Källa: Försäkringskassan.

Under 2010 uppgick summan av den utbetalda sjukpenningen till nästan 17 miljarder kr. I snitt pågick under året 103 000 sjukfall. Samtidigt fanns det 437 000 personer med sjukersättning vilket under året kostade drygt 57 miljarder kr.

Rehabiliteringskedjan

Bedömningen av rätten till sjukpenning görs enligt en rehabiliteringskedja. Det innebär att bedömningen av arbetsförmågens nedsättning, för den som har en arbetsgivare, under de första 90 dagarna i en sjukperiod görs i förhållande till det vanliga arbetet eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder. Från och med den 91:a dagen i sjukperioden innebär prövningen av rätten till sjukpenning att Försäkringskassan även ska ta hänsyn till om den försäkrade kan utföra något annat arbete hos arbetsgivaren. Från och med dag 181 i en sjukperiod ska Försäkringskassan dessutom bedöma om den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Om det finns särskilda skäl, eller om det i annat fall kan anses oskäligt, kan sjukpenning betalas ut även om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade har arbetsförmåga i arbeten på den reguljära arbetsmarknaden. Från och med dag 366 ska bedömningen av arbetsförmågan göras mot den reguljära arbetsmarknaden om det inte kan anses oskäligt.

Rehabiliteringskedjan kan bara tillämpas i alla delar för en person som har en arbetsgivare. Arbetslösas arbetsförmåga bedöms i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden från dag 1 medan egenföretagares arbetsförmåga i annat arbete bedöms för första gången efter 180 dagar i en sjukperiod.

Vid bedömningen av arbetsförmågan ska Försäkringskassan bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Syftet med att bedöma arbetsförmågan utifrån renodlat medicinska kriterier är att gränserna för vad som ska ersättas av socialförsäkringen ska vara tydliga.

28.3.4 Sjukpenning i förebyggande syfte

En person som genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering, kan i stället för sjukpenning få *sjukpenning i förebyggande syfte* (27 kap. 6 § SFB). En förutsättning för rätt till denna ersättningsform är att behandlingen eller rehabiliteringen syftar till att förebygga sjukdom, att förkorta sjukdomstid eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Det krävs vidare att en läkare, på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet, har konstaterat att den enskilde har en förhöjd sjukdomsrisk. Den sjukdom som kan befaras uppkomma ska vara sådan att den förväntas leda till nedsättning av arbetsförmågan. Läkaren ska också ha ordinerat behandlingen (prop. 1990/91:141 s. 85). Behandlingen eller rehabiliteringen ska ingå i en plan som ska godkännas av Försäkringskassan.

Om en försäkrad är sjuk och arbetsoförmögen när han eller hon går in i en behandling, prövas rätten till sjukpenning enligt 27 kap. 2 § SFB. Är en försäkrad däremot i arbete till dess att behandlingen påbörjas, kan i stället förebyggande sjukpenning enligt 27 kap. 6 § SFB bli aktuell. När en försäkrad deltar i arbetsträning, utbildning eller annan arbetslivsinriktad åtgärd i anslutning till en medicinsk behandling, kan rehabiliteringsersättning bli aktuell. Det kan därför

vara så att en försäkrad får flera olika slags ersättningar under olika perioder av sin vistelse på till exempel ett behandlingshem

28.3.5 Rehabiliteringsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering

Enligt bestämmelser i 29 kap. SFB har en person rätt till rehabiliteringsersättning om han eller hon deltar i en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd som syftar till att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättningen av arbetsförmågan. Det krävs dessutom att arbetsförmågan till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdedel. Ytterligare förutsättningar är att Försäkringskassan har gjort en rehabiliteringsplan.

Rehabiliteringsersättningen består av särskilt bidrag och rehabiliteringspenning. Det särskilda bidraget ska täcka extra kostnader som kan uppstå under rehabiliteringen, exempelvis kursavgifter, kostnader för läromedel, resor och omkostnader för ledsagare.

Rehabiliteringspenning är till för den enskildes försörjning och grundas på samma sätt som sjukpenning på fastställd SGI. Den som inte har någon SGI kan inte få någon rehabiliteringspenning men däremot särskilt bidrag, om han eller hon behöver en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd för att få arbetsförmåga.

Beroende på arbetsförmågans nedsättning kan rehabiliteringspenning, precis som sjukpenning, betalas ut som hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdels sjukpenning. Ersättningen kan betalas ut från och med första dagen i rehabiliteringsperioden, även om den enskilde inte har varit sjukskriven omedelbart före periodens början. När det gäller ersättningens storlek och ramtid så gäller samma regler som för sjukpenning och förlängd sjukpenning. Ersättningsnivån för rehabiliteringspenning är därför antingen 80 eller 75 procent av den försäkrades SGI. För en arbetslös person begränsas dock hel rehabiliteringspenning till högst 486 kronor per dag.

Hur länge rehabiliteringsersättning betalas ut beror bland annat på syftet med rehabiliteringen. En åtgärd som syftar till återgång i det tidigare arbetet hos den egna arbetsgivaren begränsas som regel till tre månader. För rehabilitering som syftar till annat arbete hos arbetsgivare eller på arbetsmarknaden i övrigt gäller att ersättning lämnas under längst ett år från den tidpunkt då rehabilitering startar (prop. 1996/97:28, s. 19). När det gäller deltagande i arbetslivsinriktade åtgärder som utbildning, finns det också begränsningar

för vilka utbildningar som ersättning kan lämnas. Rehabiliteringspenning betalades under år 2010 ut i sammanlagt drygt 1,7 miljoner dagar vilket kan jämföras med antalet utbetalade sjukpenningdagar som uppgick till drygt 37 miljoner dagar. Totalt 23 607 personer fick rehabiliteringspenning någon gång under 2010.

28.4 Sjukförsäkringen och personer med missbruk

28.4.1 Sjukpenning vid missbruks- och beroendevård

Vid rehabilitering på grund av missbruksproblem förekommer ofta vård på behandlingshem. I dessa fall är det inte behandlingen som sådan som avgör vilken form av ersättning den försäkrade kan få under vistelsen på behandlingshem utan valet mellan sjukpenning och sjukpenning i förebyggande syfte avgörs av huruvida individen är arbetsoförmögen då behandlingen inleds.

En förutsättning för rätt till förebyggande sjukpenning är som ovan nämnts att det finns ett läkarintyg som styrker att det finns en förhöjd sjukdomsrisk om individen inte får genomgå behandlingen. Både graden av ohälsa och arbetsoförmåga och syftet med vården är av betydelse.

Den försäkrade har inte rätt till förebyggande sjukpenning om behandlingen eller rehabiliteringen är av social karaktär utan inslag av medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering. Många behandlingsmetoder som används inom missbruks- och beroendevården innebär en kombination av läkemedels- och psykosocial behandling. Flera psykosociala behandlingsmetoder, som bland annat karaktäriseras av en klar struktur och väldefinierade åtgärder, har vetenskapligt dokumenterat gynnsamma effekter mot alkoholberoende (SBU 2001). Flera av dessa behandlingsmetoder, till exempel tolvstegsprogram, kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk och dynamisk terapi, finns upptagna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007) och kan mot bakgrund av detta anses vara exempel på sådan behandling eller rehabilitering som kan ge rätt till förebyggande sjukpenningen enligt 27 kap. 6 § SFB.

Med dagens ordning är det vanligtvis kommunen, som beslutar om personen får behandling på ett behandlingshem. I regel finns inte någon läkare inkopplad före placeringen för att bedöma om sjukskrivning kan vara aktuell. Försäkringskassan blir då inte heller

inblandad för att bedöma rätten till sjukpenning. Det blir därigenom, sett utifrån socialförsäkringen, en fråga om primärt social rehabilitering. Behov av ekonomisk försörjning under behandlingshemsvistelsen blir en uppgift för kommunen och ekonomiskt bistånd vid behov.

28.4.2 Högriskskydd

Det finns två olika former av högriskskydd, allmänt och särskilt (27 kap. 39–40 §§ SFB).

Det *allmänna högriskskyddet* innebär att en person bara kan ha 10 karensdagar under en tolv månaders period. Är en person sjuk mer än 10 gånger kan denne alltså få ersättning redan från första dagen. Det gäller för sjuklöneperioder från varje arbetsgivare för sig. Om den försäkrade har en anställning är det arbetsgivaren som hanterar det allmänna högriskskyddet. Om en försäkrad däremot är arbetslös sköter Försäkringskassan hanteringen av det. Ingen ansökan behövs från den försäkrade.

Det *särskilda högriskskyddet* har kommit till för att skydda personer som har en sjukdom eller ett funktionshinder som medför omfattande sjukfrånvaro. Den försäkrade kan ansöka om särskilt högriskskydd enligt 27 kap. 40 § SFB eller enligt 13 § lagen om sjuklön om denne har en medicinskt väl dokumenterad sjukdom som gör att han eller hon troligen måste vara borta från arbetet minst tio gånger om året. Med särskilt högriskskydd kan man få sjuklön/sjukpenning redan från första dagen. Dessutom får arbetsgivaren ersättning för hela sjuklönekostnaden från Försäkringskassan. Den främsta skillnaden mellan bestämmelserna är att enligt SFB får den försäkrade sin karensdag ersatt av Försäkringskassan medan enligt SjLL får den försäkrade sin karensdag ersatt av arbetsgivaren.

Enligt förarbetena bör Försäkringskassan tillämpa det särskilda högriskskyddet restriktivt även när det gäller risk för en eller flera längre sjukperioder. Endast personer med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd kan komma i fråga. Om Försäkringskassan inte har god kännedom om sjukdomsförhållandena i det enskilda fallet krävs det att den försäkrade styrker sina uppgifter med läkarintyg. (Prop. 1996/97:63, s. 67).

Det finns anledning att anta att kunskapen om det särskilda högriskskyddet förmodligen är ganska bristfällig både hos arbetsgivare

och anställda, trots att ett ökat utnyttjande av det särskilda högriskskyddet skulle underlätta för den som ofta är sjuk att komma in på arbetsmarknaden. Detta gäller inte minst personer med en missbruksproblematik. Det har inte gått att få fram statistik från Försäkringskassan i vilken omfattning missbruk av olika slag ligger till grund för beslut om särskilt högriskskydd men enligt vad som framkommit bland annat i utredningens hearingar är det mycket sällsynt. Utredningen förmodar att det bland annat kan bero på att det är svårt att få ett väl dokumenterat medicinskt underlag om risken för återkommande sjukfall.

28.5 Försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid skadligt bruk av droger

Vid beskrivning av socialförsäkringens regelverk är det även av intresse att kort beröra annat utvecklingsarbete som har genomförts inom sjukförsäkringens område och som direkt berör personer med missbruk eller beroende. Socialstyrelsen och Försäkringskassan fick år 2005 i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Som ett led i detta arbete gav Socialstyrelsen år 2007 ut ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Beslutsstödet består av två delar. Den ena delen handlar om övergripande principer vid sjukskrivning. Den andra delen handlar om rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga (lämpliga sjukskrivningstider) för olika diagnoser.

De specifika rekommendationerna ska vara ett stöd både för hälso- och sjukvården och för Försäkringskassans tjänstemän. Tanken är att behandlande läkare ska finna vägledning i uppgifter om i normalfallet rimliga sjukskrivningstider för olika situationer, samt att läkaren ska uppfatta rekommendationerna som ett stöd i dialogen med patienten. I beslutsstödet betonas att rekommendationer om sjukskrivning ska vara vägledande för bedömning av arbetsförmågan, men att bedömningarna måste vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd.

Beslutsstödet har uppdaterats i olika omgångar. Under 2010 har rekommendationerna uppdaterats när det gäller sjukskrivningar vid skadligt bruk av droger. Följande rekommendationer gäller i dessa fall vid bedömning av en persons arbetsförmåga:

- Skadligt bruk medför i sig inte nedsatt arbetsförmåga. Arbetsförmågan ska bedömas utifrån symptom och uppkomna skador.
- Vid beroende kan abstinenssymtomen efter en period av drog-användning sätta ned arbetsförmågan under 1–3 veckor, beroende av typ av drog, periodens längd och mängden intag.
- Vid utdragen abstinens, psykisk samsjuklighet och/eller mer kroniska drogsador ska arbetsförmågan bedömas utifrån hur dessa tillstånd påverkar funktionen.
- Sjukskrivning för förebyggande behandling kan bli aktuell om behandlingen i sig hindrar närvaro på arbetsplatsen, exempelvis behandlingshem eller intensiv öppenvårdsbehandling såsom påbörjande av läkemedelsassisterad behandling för opiatberoende. Sjukskrivningsperioden kan då pågå upp till sex månader.

Av rekommendationerna framgår vidare bland annat följande. Vid beroende ska patienten endast sjukskrivas vid samtidig behandling, och sjukskrivningen bör göras retroaktiv, det vill säga i efterhand sedan personen till exempel bevisat sitt deltagande i behandlingsaktiviteten. Vid samsjuklighet ska behandlingen av missbruket eller beroendet och andra samtidiga psykiska sjukdomar ske parallellt men funktionen bedömas utifrån respektive tillstånd.

Den sjukskrivande läkarens intyg är en viktig del i Försäkringskassans beslutsunderlag vid prövning av rätt till sjukpenning. Det är dock viktigt att det är Försäkringskassan som fattar beslut om den försäkrades sjukdom har satt ned arbetsförmågan i den omfattning att rätt till ersättning föreligger. Försäkringskassan kan också begära in kompletterande underlag antingen från den behandlade läkaren eller från annan läkare. Försäkringskassan kan även begära att den försäkrade ska genomgå en undersökning av en specialistläkare eller delta i en teamutredning där flera olika specialistkompetenser ingår.

28.6 Sjukskrivning för alkohol och andra drogproblem i relation till behandling

Enligt Försäkringskassans diagnosregister är det en mycket liten del av de sjukskrivna som har diagnoser som tyder på att den försäkrades arbetsförmåga bottnar i ett skadligt missbruk. I förhållande

till samtliga pågående sjukskrivningar i januari 2010 var 0,5 procent sjukskrivna på grund av psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av olika droger som alkohol, opiater, cannabis, kokain (Diagnosavsnitt F 09 samt F10–F19) m.fl.

Tabell 28.3 Nybeviljad SA per år, kön och diagnosavsnitt F00-F09 samt F10-F19

Summa av ANTAL		Kön		
År	DIAGNOSAVSNITT_KOD	Kvinna	Man	Totalt
2003	F00–F09	75	134	209
	F10–F19	139	322	461
2003 Totalt		214	456	670
2004	F00–F09	157	187	344
	F10–F19	252	765	1 017
2004 Totalt		409	952	1 361
2005	F00–F09	118	180	298
	F10–F19	248	672	920
2005 Totalt		366	852	1 218
2006	F00–F09	118	153	271
	F10–F19	187	543	730
2006 Totalt		305	696	1 001
2007	F00–F09	136	187	323
	F10–F19	159	507	666
2007 Totalt		295	694	989
2008	F00–F09	104	121	225
	F10–F19	139	322	461
2008 Totalt		243	443	686
2009	F00–F09	101	146	247
	F10–F19	78	203	281
2009 Totalt		179	349	528
2010	F00–F09	76	105	181
	F10–F19	39	107	146
2010 Totalt		115	212	327

Av dem som beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning under åren 2007–2009 hade i snitt 1,5 procent av de försäkrade en arbetsoförmåga som hade sin grund i psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av olika droger som alkohol, opiater, cannabis, kokain m.fl.

I Sverige förs ingen löpande redovisning av hur ofta missbruk eller beroende är orsak eller medverkande faktor till att olika sjukdomar/olyckor uppkommer och som lett till besök inom hälso- och sjukvården. Inte heller har det varit möjligt att finna på senare år gjorda studier i frågan. I de nordiska grannländerna finns sådana studier. Enligt internationella studier uppges risken för bortåt ett 60-tal olika sjukdomar öka vid hög alkoholkonsumtion och alkoholberoende. Samtidigt finns det stöd för att låg-måttlig alkoholkonsumtion hos dem som är över 45 år kan minska exempelvis risken för ischemisk hjärtsjukdom.

Utredningen har mot denna bakgrund försökt att uppskatta, efter samråd med en rad av sjukvårdens företrädare runt om i landet, hur vanligt det är med missbruk och beroende på landets olika mottagningar.

Utredningen bedömer, försiktigt, att mellan 20 och 40 procent av dem som söker vård inom hälso- och sjukvården har beroende-problem eller missbruk. I detta inräknas såväl personer som direkt finns i vården på grund av sitt beroende som dem där missbruket är trolig orsak till att annan sjukdom uppkommit eller där det föreligger en samsjuklighet. Sett till andelen sjukskrivna där en beroendediagnos finns med i underlaget betyder det en stor underreportering av missbruk som orsak till nedsatt arbetsförmåga.

Det betyder i sin tur en betydande risk för att behandling och rehabilitering, som läggs upp, utgår från en otillräcklig eller felaktig diagnos. En närmare analys av orsaker till denna diskrepans och vilka risker det kan medföra har utredningen inte kunnat finna varken i forskning eller svenska myndighetsanalyser.

Det finns få studier som försökt kartlägga missbruk bland personer som är sjukskrivna eller har sjukersättning. Detta kan i sig vara förvånande. För oavsett svårigheten att kausalt förklara ett eventuellt samband är det av stort intresse vid rehabiliteringen av den enskilde individen att ett sådant missbruk beaktas. Rehabiliteringsinsatser som bortser från ett eventuellt pågående missbruk torde ha mindre chanser att bli framgångsrika.

29.1 Statistik om befolkningens alkohol- och droganvändning

Information om missbrukssituationen i Sverige är ett viktigt kunskapsunderlag dels nationellt för regering och riksdag vid utformning av den svenska alkohol- och drogpolitiken, dels regionalt och lokalt för landsting och kommuner vid bedömning av vårdbehov samt inriktning och dimensionering av missbruks- och beroendevården. Dessutom innebär Sveriges deltagande i EU-arbetet och annat internationellt samarbete förpliktelser att samla in och leverera viss information om missbrukssituationen på nationell nivå.

Med beskrivningar av missbrukssituationen avses beskrivningar av befolkningens alkohol- och drogvänor samt förekomsten av olika grader av problematisk användning (riskbruk, skadligt bruk och beroende) av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel.

Idag har flera myndigheter uppdrag som gäller att beskriva missbrukssituationen i Sverige. I första hand gäller detta Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. Andra myndigheter har uppdrag som gäller särskilda grupper eller uppdrag som mer indirekt bidrar till att belysa missbrukssituationen, bland annat Polisen, Kriminalvården, Tullen och Brottsförebyggande rådet. Vidare utför andra organisationer vissa statligt finansierade kartläggnings- och analysinsatser, bland annat Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet samt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Därutöver finansierar staten diverse enskilda undersökningar som inte ingår i serier av återkommande undersökningar.

Nedan beskrivs och analyseras de insatser som staten genom uppgifter till myndigheter samt finansiering av andra verksamheter mer långsiktigt gör för att beskriva missbrukssituationen i Sverige.

29.1.1 Undersökningar och skattningar av missbrukets utbredning

Staten finansierar ett antal regelbundna undersökningar av befolkningens användning av alkohol och droger. De tre viktigaste är den nationella folkhälsoenkäten som Folkhälsoinstitutet genomför årligen sedan 2004, Monitorundersökningen som SoRAD genomför månatligen sedan 2000 samt skolundersökningarna som CAN genomför årligen sedan 1971 i årskurs 9 i grundskolan och sedan 2004 i årskurs 2 i gymnasieskolan.¹

Tabell 29.1 Regelbundna befolkningsundersökningar

Undersökning	Utförare	Startår	Substanser	Datainsamlingsmetod och urval	Kostnad
Nationella folkhälsoenkäten	FHI	2004	Alkohol Cannabis (Tobak)	Postenkät till 20 000 personer mellan 16 och 84 år en gång per år	1,4 mnkr
Monitorundersökningen	SoRAD	2000	Alkohol	Telefonintervju med 1 500 personer mellan 16 och 80 år en gång per månad	4,2 mnkr
Skolundersökningarna	CAN	1971 2004	Alkohol Narkotika Läkemedel Dopning (Sniffning) (Tobak)	Klassrumsenkät till cirka 5 300 elever (300 klasser) i årskurs 9 i grundskolan (15 år) respektive cirka 4 500 elever (300 klasser) i årskurs 2 i gymnasieskolan (17 år) en gång per år.	1,5 mnkr

¹ Skolundersökningen i gymnasieskolans årskurs 2 är en efterföljare till mönstringsundersökningen som genomfördes mellan 1970 till 2006, men som avvecklades som en följd av att allt färre mönstrade.

Nationella folkhälsoenkäten

Nationella folkhälsoenkäten är en befolkningsundersökning som genomförs årligen sedan 2004. Datainsamlingen sker genom en postenkät till personer mellan 16 och 84 år. År 2009 skickades enkäten till ett nationellt urval på 20 000 personer. Utöver detta gör vissa landsting kompletterande regionala urval.

Undersökningen har ett brett folkhälsoperspektiv. Enkäten innehåller frågor om hälsa, välbefinnande, läkemedel, vårdutnyttjande, tandhälsa, levnadsvanor, rök- och snusvanor, spelvanor, alkoholvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, trygghet och sociala relationer samt bakgrundsfaktorer. Totalt omfattade 2009 års nationella folkhälsoenkät 77 frågor.

Den information som inhämtas om befolkningens alkohol- och drogvvanor är i princip begränsad till några frågor om alkoholvanor och tobaksvanor, inklusive en fråga om användning av cannabis, samt ett par generella frågor om användning av vanligt förekommande läkemedel.

Kostnaden för det nationella urvalet om 20 000 personer samt övriga fasta kostnaderna för undersökningen uppgick 2009, enligt Statistiska centralbyråns offert, till 915 000 kronor. Folkhälsoinstitutet står för dessa kostnader, medan de landsting som gör regionala tilläggsurval endast står för den rörliga merkostnaden. Myndigheten har uppskattat den totala kostnaden för undersökningen, det vill säga den fasta kostnaden samt arbetskostnaden för förberedande arbete och efterföljande analysarbete, men exklusive overhead-kostnader för lokaler, administration, etc., till totalt 1,4 miljoner kronor.

Monitorundersökningen

Monitorundersökningen är en befolkningsundersökning som genomförs månatligen sedan 2001. Bakgrunden till undersökningen var att den tidigare statistiken över befolkningens alkoholkonsumtion som baserades uteslutande på försäljningsuppgifter som en följd av det svenska EU-medlemskapet och mer liberala införselregler inte längre ansågs ge en korrekt bild av den svenska befolkningens totala alkoholkonsumtion.

Den totala alkoholkonsumtionen skattas utifrån uppgifterna om registrerad och oregistrerad konsumtion. Den registrerade

konsumtionen mäts genom registeruppgifter om försäljning. Den oregistrerade konsumtionen mäts genom en månatlig telefonintervjuundersökning med ett urval på 1500 personer mellan 16 och 80 år.

Undersökningen fokuserar i första hand införsel, inköp, smuggling och hemtillverkning av alkohol. Utöver detta ingår frågor om alkoholkonsumtion, problem och attityder förknippade med alkoholkonsumtion samt bakgrundsfaktorer. Nyligen har också frågor om kontakt med läkare inkluderats. Sedan undersökningen startade 2001 har ett antal frågor tillkommit respektive strukits. Totalt omfattar intervjuformuläret drygt 140 frågor.

Undersökningen finansierades initialt direkt av Socialdepartementet men numera genom anslaget för alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder som anvisas via regleringsbrevet för Folkhälsoinstitutet. Numera finns en särskild anvisning om att medlen ska avsättas till monitorundersökningen i det årliga regleringsbrevet. År 2009 erhöll Stockholms universitet (SoRAD) 4,2 miljoner kronor för att genomföra undersökningen.

Skolundersökningarna

CAN genomför årligen skolundersökningar om alkohol-, narkotika- och tobaksvanor bland elever i årskurs 9 i grundskolan sedan 1971 och i årskurs 2 i gymnasieskolan sedan 2004. Datainsamlingen sker genom en klassrumsenkät. Urvalet för respektive undersökning är 300 klasser. Normalt deltar cirka 5 300 elever i grundskolan och 4 500 i gymnasieskolan.²

Undersökningarnas huvudsakliga fokus är alkohol-, narkotika- och tobaksvanor hos skolungdomar. Men de omfattar även frågor om sniffning och dopning, spelvanor samt skola, fritid och familj. Totalt omfattar den enkät som användes i 2009 års skolundersökningar 76 frågor.

Kostnaden uppgår enligt CAN:s egna beräkningar till 760 000 kronor för undersökningen i grundskolan och 720 000 kronor för undersökningen i gymnasieskolan, det vill säga totalt knappt 1,5 miljoner kronor per år.

Undersökningen i gymnasieskolan finansieras genom anslaget för alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder som anvisas via

² CAN deltar också i den europeiska skolundersökningen ESPAD som genomförs vart fjärde år. I den senaste som genomfördes 2007 deltog totalt cirka 100 000 elever i 35 länder.

regleringsbrevet för Folkhälsoinstitutet. Numera finns en särskild anvisning om att medlen ska avsättas till undersökningen i det årliga regleringsbrevet. År 2009 uppgick bidraget till 560 000 kronor. Övriga kostnader finansieras inom ramen för statens ospecificerade årliga bidrag till CAN. Detta bidrag anvisas från anslaget folkhälsopolitiska åtgärder och förmedlas av Folkhälsoinstitutet. I regleringsbrevet för budgetåret 2010 uppgick bidraget till totalt 14 miljoner kronor.

Övriga undersökningar

Utöver ovan nämnda regelbundna befolkningsundersökningar har staten finansierat ett antal undersökningar som inte ingår i serier av återkommande undersökningar. Aktuella exempel och frekvent refererade undersökningar redovisas nedan, utan anspråk på att göra en heltäckande genomgång.

29.1.2 Alkohol

Nationella folkhälsoenkäten

Av de totalt 77 frågorna gäller fyra (52 till 55) alkoholvanor: Hur ofta har du druckit alkohol de senaste 12 månaderna? Hur många standardglas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol? Hur ofta dricker du sex standardglas eller mer vid ett tillfälle? Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna druckit så mycket alkohol att du varit berusad? De tre första frågorna är hämtade från AUDIT, ett frågeformulär med totalt 10 frågor som har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) för att identifiera personer med en alkoholkonsumtion som kan vara skadlig för hälsan. Den fjärde frågan rör berusningsdrickande. I syfte att identifiera riskkonsumenter beräknas ett summaindex utifrån de tre första frågorna. Även den fjärde frågan om berusningsdrickande kan inkluderas.

Monitorundersökningen

Flertalet av intervjuundersökningens drygt 140 frågor rör alkohol, men i första hand införsel, inköp, smuggling och hemtillverkning (8 till 85). I princip är det en huvudfråga om mängden alkohol som förs in, handlas på internet, köps respektive smugglas som specificeras och återkommer för de olika dryckesslagen. Det ingår dock även några frågor om konsumtion av alkohol (86 till 110). Det är de tre frågor från AUDIT som även ingår i nationella folkhälsoenkäten om hur ofta man dricker, hur mycket man normalt dricker vid varje tillfälle samt hur ofta man dricker en större mängd. Prevalensen mäts dock den senaste månaden i stället för det senaste året. Frågorna är också specificerade per dryckesslag.

Utöver detta ingår frågor om problem och attityder förknippade med konsumtion av alkohol (111 till 124). På senare tid har formuläret även kompletterats med frågor om kontakt med läkare och hälsa utifrån ett alkoholperspektiv (134 till 143). Mot bakgrund av att personer med alkoholproblem som kräver behandling utgör en mindre andel av befolkningen, kommer det att ta betydande tid innan ett tillräckligt stort material har samlats in för att specifikt analysera denna grupp.

Skolundersökningarna

Av de totalt 76 frågorna i enkäten gäller 21 alkohol (3 till 24). Frågorna om konsumtion motsvarar AUDIT-frågorna i nationella folkhälsoenkäten och Monitorundersökningen om hur ofta man dricker, hur mycket man normalt dricker vid varje tillfälle samt hur ofta man dricker en större mängd. I likhet med Monitorundersökningen mäts prevalensen den senaste månaden och specificerat per dryckeslag. I likhet med nationella folkhälsoenkäten ingår en fråga om berusningsdrickande. Andra frågor rör hur man får tag på alkohol, och om det är lätt eller svårt, samt om man fått problem på grund av att man druckit alkohol.

Skattningar av tungt alkoholmissbruk utifrån sjukvårdsdata

Socialstyrelsen har som svar på framställan från statliga utredningar vid åtminstone två tillfällen skattat antalet personer med tungt alkoholmissbruk utifrån uppgifter i patientregistret om antalet

personer som varit inlagda på sjukhus med alkoholrelaterad diagnos. Den senaste skattningen gjordes 2010 på uppdrag av föreliggande utredning och den tidigare gjordes 2005 för Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården.

Skattning utifrån lokala epidemiologiska data

Folkhälsoinstitutet har undersökt förekomsten av alkoholberoende i 12 kommuner enligt diagnoskriterierna i ICD-10 och utifrån detta skattat förekomsten av alkoholberoende i hela befolkningen.

29.1.3 Narkotika

Nationella folkhälsoenkäten

I den nationella folkhälsoenkäten finns endast en fråga om narkotika (48). Den ingår i avsnittet om rök- och tobaksvanor och lyder enligt följande: Har du någon gång använt hasch eller marijuana?

Skolundersökningarna

Av enkätens totalt 76 frågor gäller 11 narkotika (30 till 40). Frågorna rör om man har haft möjlighet eller lust att pröva narkotika, om man faktiskt använt narkotika och i så fall hur ofta man använt narkotika och vilken typ av narkotika man använt samt hur man fått tag på narkotika.

I undersökningen ingår även två frågor om sniffning (25 och 26), närmare bestämt om man har sniffat och i så fall hur många gånger.

Prevalensprojektet

Projektet har sitt ursprung i en överenskommelse som slöts 2005 mellan Mobilisering mot narkotika (MOB) och Folkhälsoinstitutet om att kartlägga narkotikaanvändningen i Sverige. Bakgrunden till projektet var att den befintliga statistiken inom området ansågs vara otillräcklig. I projektet kombineras flera olika delstudier och kartläggningsmetoder för att skatta förekomsten av narkotika-

användning. Budgeten för projektet som helhet uppgick till 5,5 miljoner kronor.

Basen är en postenkätundersökning till 58 000 personer mellan 15 och 64 år, vilken kompletteras med ett antal mindre enkätundersökningar riktade till olika grupper inom vilka narkotikaanvändning antas vara mer vanligt förekommande (festivalbesökare, krogpersonal och studenter). Vidare ingår en undersökning med så kallat snöbollsurval för att skatta dold tung narkotikaanvändning, en undersökning av narkotikaanvändningen bland klienter inom kriminalvården utifrån ASI-data samt en skattning av problematisk narkotikaanvändning utifrån registeruppgifter inom hälso- och sjukvården och kriminalvården (Folkhälsoinstitutet 2010).

Postenkätundersökningen innehåller utöver frågor om användning av narkotika (27 till 43) även frågor om användning av alkohol (14 till 23), tobak (11 till 13), läkemedel (27 till 43) och dopningsmedel (26). Vidare ingår frågor om bakgrundsfaktorer (1 till 8), arbete och sysselsättning (9 och 10), attityder till narkotika (44), psykisk och fysisk hälsa (45 till 49), sociala förhållanden (50 till 56), livskvalitet (57) och ekonomiska förhållanden (58).

Skattningar av tungt narkotikamissbruk utifrån myndighetskontakter

Antalet personer med så kallat tungt narkotikamissbruk, det vill säga personer som injicerat narkotika vid minst ett tillfälle eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under det senaste året, har vid tre tillfällen skattats utifrån uppgifter om kontakter med myndigheter genom så kallade case-finding-studier (Ds S 1980:5, SOU 1987:22, Olsson m.fl. 2001).

Skattningar av problematisk narkotikaanvändning utifrån sjukvårdsdata

Socialstyrelsen har vid ett par tillfällen skattat antalet personer med problematisk narkotikaanvändning utifrån uppgifter i patientregistret om personer som vårdats på sjukhus med narkotika-diagnos samt från kriminalvården. Den senare skattningen gjordes 2009 på uppdrag av Folkhälsoinstitutet inom ramen för det så kallade prevalensprojektet och den tidigare gjordes 2005 på uppdrag av

Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården (SOU 2005:82).

Tidigare befolkningsundersökningar

Mellan 1988 och 2000 ställde SIFO och TEMO vid fyra tillfällen frågor om narkotikaanvändning i besöksintervjuundersökningar med riksrepresentativa urval av personer mellan 15 och 75 år. SCB ställde i två undersökningar 1998 och 2002 frågan om man använt narkotika.

29.1.4 Läkemedel

Nationella folkhälsoenkäten

I den nationella folkhälsoenkäten ingår två generella frågor om användning av vanligt förekommande läkemedel, vilka i flera fall inte tillhör de läkemedel som vanligtvis missbrukas (30 och 31): Har du under de senaste tre månaderna använt något eller några av följande läkemedel? respektive Har du under de tre senaste månaderna avstått från att köpa medicin som du fått recept på?

Skolundersökningarna

Av de 76 frågorna gäller 2 läkemedel (28 och 29): Har du någon gång använt sömnmedel eller lugnande medel av bensodiazepintyp? respektive Har du någonsin använt läkemedel tillsammans med alkohol i berusningssyfte och i så fall vilket läkemedel?

Övriga undersökningar

Den kunskapsöversikt utredningen låtit göra visar att det råder en generell brist på undersökningar av förekomsten av problematisk läkemedelsanvändning. Utredningen har också utifrån tillgängliga registeruppgifter, tidigare undersökningar och klinisk erfarenhet gjort en egen skattning (kapitel 4 i forskningsbilagan). Folkhälsoinstitutet har tidigare skattat antalet personer som är tillvanda eller beroende av smärtstillande medel, sömnmedel eller lugnande medel

(Folkhälsoinstitutet 2006). Skattningarna kännetecknas dock av en betydande osäkerhet.

29.1.5 Dopningsmedel

Skolundersökningarna

Av enkätens 76 frågor gäller 1 dopningsmedel (27): Har du någon gång använt anabola androgena steroider (ASS) utan läkarordination?

Övriga undersökningar

Den kunskapsöversikt som utredningen låtit göra visar att det råder en generell brist även på undersökningar av förekomsten av dopning. Missbruksutredningen har låtit göra en egen skattning av antalet frekventa användare av dopningsmedel (kapitel 5 i forskningsbilagan). Tidigare har Narkotikautredningen och Folkhälsoinstitutet skattat antalet personer som använder dopningsmedel (SOU 2008:120, Folkhälsoinstitutet 2009). Skattningarna kännetecknas dock av en betydande osäkerhet.

29.1.6 Internationell jämförbarhet

Inom EU-arbetet och övrigt internationellt samarbete är det av central betydelse att olika länder samlar in motsvarande uppgifter samt att uppgifterna samlas in på ett liknande sätt för att möjliggöra jämförelser. Sverige har bland annat förbundit sig att leverera uppgifter om narkotika och narkotikamissbruk till Europeiskt centrum för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCCDA) och uppgifter om alkohol och alkoholmissbruk till Världshälsoorganisationen (WHO). I detta sammanhang är det särskilt viktigt att den informationen som samlas in nationellt är kompatibel med de uppgifter som tas fram i andra länder.

EMCCDA har låtit göra en översikt av de generella befolkningsstudier som används i olika länder för att beskriva användning av alkohol och andra droger. I översikten görs en detaljerad jämförelse av design och metoder som används i olika prevalensstudier liksom en utvärdering av styrkor och svagheter, förutsättningar och

kostnader för tidigare studier. Den svenska befolkningsstudie som ingår i översikten är den nationella folkhälsoenkäten (EMCCDA 2009).

Det konstateras att flertalet länder har särskilda nationella undersökningar för att studera alkohol- och droganvändningen i befolkningen: Bulgarien, Cypern, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien och Spanien, Tyskland, Ungern och Österrike. Några länder inkluderar frågor om alkohol- och droganvändning i folkhälsoundersökningar. Sverige hör till denna grupp tillsammans med Danmark, Frankrike, Grekland och Tjeckien. Några få länder studerar alkohol- och droganvändningen inom ramen för undersökningar om kriminalitet (s. 15).

Alkohol, tobak och läkemedel ingår i princip i samtliga nationella undersökningar. Läkemedelsanvändning tenderar dock att studeras på olika sätt. I länder med särskilda alkohol- och drogundersökningar ingår normalt endast frågor om de läkemedel som vanligen missbrukas. I länder med hälsoundersökningar, såsom Sverige, ingår ofta frågor om ett betydligt större antal läkemedel varav flera inte är läkemedel som vanligen missbrukas (s. 20–21).

När det gäller illegala droger inkluderar flertalet länder alla kända psykoaktiva droger i undersökningarna. Antalet varierar mellan 6 och 16. Sverige utgör ett undantag som endast inkluderar en fråga om cannabis (s. 17).

Det råder stor enhetlighet om måtten som används för att mäta prevalens av illegala droger. I samtliga undersökningar används i enlighet med EMQ, WHO:s riktlinjer och ESPAD-undersökningen tre mått på användning: livstid, senaste året respektive senaste månaden (s. 23). När det gäller legala droger (alkohol, läkemedel och tobak) finns en stor variation i vilka mått som används i olika undersökningar. Ibland mäts endast livstidsprevalens, ibland prevalensen senaste året och ibland prevalensen senaste månaden.

Frekvens för användning av legala droger mäts vanligen under det senaste året eller under den senaste månaden. När det gäller frekvensen av användningen av illegala droger är variationen stor. I den svenska undersökningen saknas frekvensmått för illegala droger (s. 27–29).

Mängden legala droger som används, företrädesvis alkohol, mäts vanligen i studierna medan mängden illegala droger sällan mäts.

Andra frågor som vanligen ställs om illegal droganvändning avser debutår, blandmissbruk, injektionsmissbruk, tillgänglighet och hälsoeffekter. Vanligt är också att ställa frågor om socioekonomiska förhållanden. Mindre vanligt är att ställa frågor om livsstil och attityder (s. 36–53).

För Sverige saknas till skillnad från flertalet andra länder, enligt rapporten, information om vilka mått som används för att mäta prevalens, frekvens och mängd samt om andra frågor avseende illegal droganvändning.

Metodologiskt är det betydande variationer mellan olika länder. Det vanligaste är att det finns en särskild undersökning om befolkningens alkohol- och drogvänor. Sverige tillhör en mindre grupp som valt att integrera frågor om alkohol och andra droger i en vidare folkhälsoundersökning. Ett motiv för detta är att möjliggöra studier av relationen mellan alkohol och droger och hälsa. Ett annat motiv är kostnadseffektivitet eftersom det vanligen är mindre kostsamt att utöka en befintlig än att göra en separat undersökning. Hur ofta de nationella befolkningsstudierna görs varierar också mycket. Nästa alla studier ingår i en serie. Några länder gör studier årligen. Mer vanligt är att göra studier med glesare intervall, mellan vart annat och vart femte år. Analysnivån i studierna varierar mycket. Flertalet länder har en ambition att både beskriva trender och förklara. Sverige har begränsat ambitionen till att beskriva (s. 54–59).

Population och urval varierar i begränsad omfattning. Flertalet begränsar populationen och urvalet till personer mellan cirka 15 och 65 år. Sverige tillhör en mindre grupp länder som även inkluderar personer äldre än 65 år (16 till 84 år) (s. 64–70). Datainsamlingen sker i flertalet länder genom intervjuer face-to-face. Sverige tillhör ett fåtal länder som använder postenkät (s. 70–75). Valet av urvalsmetod följer i hög grad av vilken teknik för datainsamling som används samt av vilka urvalsramar som finns tillgängliga. I den nationella folkhälsoenkäten används enkelt slumpmässigt urval med SCB:s befolkningsregister som urvalsram (s. 75–81). Urvalets storlek och svarsfrekvensen är i nivå med andra länders undersökningar (s. 82–86).

Uppgifter om de kostnader och arbetskraftsresurser som avsätts för studierna saknas för flertalet länder inklusive Sverige (s. 87–91).

29.2 Kvalitetsregister

29.2.1 Register för kvalitetsutveckling

Information om diagnoser eller problem, insatser samt resultat är viktig för att följa upp och utvärdera olika insatsers effekt och effektivitet samt utveckla en mer kunskapsbaserad vård. Inom den specialiserade hälso- och sjukvården finns sedan flera år goda erfarenheter av att bedriva utvecklingsarbete med stöd av kvalitetsregister. Inom socialtjänstens område saknas kvalitetsregister, men däremot finns vissa andra register och informationssystem som kan användas i utvecklingen av en mer kunskapsbaserad vård.

Medicinska kvalitetsregister har kommit att etableras på ett antal olika områden inom hälso- och sjukvården. Under lång tid har det saknats nationella kvalitetsregister inom missbruksområdet.

De nationella kvalitetsregistren innehåller uppgifter om patienters diagnos, utförda insatser och resultat. Registren är sålunda en viktig källa för information om förekomsten av olika behandlingar och andra insatser samt uppföljning av resultat. De utgör även en källa för så kallade öppna jämförelser. Därigenom kan fortlöpande analyser med utgångspunkt i registren bidra till att uppfylla målsättningen om en kunskapsbaserad vård. Detta förutsätter dock att täckningsgraden när det gäller anslutna behandlingsenheter och rapporteringsvolymen när det gäller rapportering av nya fall och insatser är tillräckligt hög, samt att uppföljningar registreras på det sätt som bestäms. Om inrapportering endast sker i vissa fall och uppföljningar endast registreras sporadiskt fyller registren inte sin funktion.

Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården regleras i 7 kap. patientdatalagen (2008:355). Med kvalitetsregister avses enligt 7 kap. 1 § en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå. Av 2 § framgår att personuppgifter inte får behandlas i kvalitetsregister om den enskilde motsätter sig detta. Vidare regleras i 3 § registerhållarens informationsplikt gentemot den enskilde, i 4–6 §§ för vilka ändamål register får upprättas, i 7 § att endast myndigheter inom hälso- och sjukvården får vara personuppgiftsansvariga samt i 8–10 §§ vilka personuppgifter som

får behandlas, utlämnande av uppgifter, samt bevarande och gallring av uppgifter.

Idag finns drygt 70 nationella kvalitetsregister. Ytterligare register planeras eller är under uppbyggnad. I många fall har registren startat som lokala utvecklingsinitiativ varefter spridningsgraden successivt ökat och registren blivit nationella. Det operativa arbetet med de nationella registren sker decentraliserat, lokalt på olika kliniker. Det finns även fem kompetenscentra med uppgift att stödja start, drift och användning av nationella kvalitetsregister (www.kvalitetsregister.se).

De nationella kvalitetsregistrens utveckling och drift kan finansieras genom ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Alla nationella kvalitetsregister kan varje år ansöka om ekonomiskt stöd. I samband med bedömningen av ansökan ges en återkoppling med förslag på utveckling och förbättring av registret. Denna återkoppling är en viktig del i kvalitetssäkringen av registren. Det administrativa arbetet rörande ekonomiska bidrag överfördes 2007 från Socialstyrelsen till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I det nationella arbetet med kvalitetsregister medverkar också Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening.

Utöver de drygt 70 nationella kvalitetsregistren visar inventeringar hos olika sjukvårdshuvudmän att det även finns ett stort antal andra lokala, regionala och nationella kvalitetsregister.

Av de befintliga nationella kvalitetsregistren är Svenskt beroenderegister (SBR) och Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende (LAROS) av särskilt intresse för missbruks- och beroendevården. Båda dessa register är under uppbyggnad.

29.2.2 Översyn av de nationella kvalitetsregistren

I slutet av 2009 beslutade regeringen att genom en överenskommelse med SKL tillsätta en arbetsgrupp för att göra en översyn av de nationella kvalitetsregistrens fortsatta utveckling. Målet med översynen var att skapa förutsättningar för ett mer heltäckande system av register, samt en ökad användning av kvalitetsregistren i hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete och i den kliniska forskningen. Detta mot bakgrund av bedömningen att de nationella kvalitetsregistren har en stor outnyttjad potential, inte minst inom den kliniska forskningen.

Arbetsgruppen överlämnade 2010 en rapport med en rad förslag på hur styrning, organisation, finansiering och infrastruktur bör utvecklas för att de nationella kvalitetsregistrens fulla potential ska frigöras. Den kanske enskilt viktigaste åtgärden för att utveckla kvalitetsregistren, som lyfts fram i rapporten, är att effektivisera inrapporteringen och återrapporteringen av data från registren (Socialdepartementet och SKL 2010).

29.2.3 Nationell samordnare

Regeringen förordnade i mars 2011 en nationell samordnare för utvecklingen av de nationella kvalitetsregistren. I den nationella samordnares uppdrag ingår bland annat att utveckla de organisatoriska förslagen som lämnades från översynen av de nationella kvalitetsregistren.

29.2.4 Svenskt beroenderegister

Svenskt beroenderegister (SBR) är ett kvalitetsregister för den specialiserade missbruks- och beroendevården inom hälso- och sjukvården. Registret ska ge ökad kunskap om verkningsgraden i behandlingsinsatser och vårdkedjor.

Registret är under uppbyggnad. SKL beviljade 2007 ett anslag om 300 000 kronor för registrets utveckling. SBR startades 2008 och administreras av Stockholms läns landsting. Registret erhöll 2009 ekonomiskt bidrag från SKL och Socialstyrelsen. För 2010 har registret ansökt om bidrag om 840 000 kronor.

Arbetet med att utveckla SBR sker i samverkan med andra register inom missbruksområdet, bland annat det nationella systemet för klienter i missbruksbehandling (KIM) samt det nationella kvalitetsregistret för läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende (LAROS).

Verksamhetsföreträdare för de större beroendeklinikerna i landet deltar i arbetet med att utveckla registret. På längre sikt är ambitionen att samverka med aktörer utanför hälso- och sjukvården, bland annat socialtjänsten, Statens institutionsstyrelse och Kriminalvården.

Den totala volymen har uppskattats till cirka 40 000 patienter per år och antalet besök till cirka 400 000. Antalet behandlings-

enheter som möter de 40 000 patienterna har beräknats till cirka 100 stycken.

Information ska samlas in om olika vårdåtgärder, personalens kompetens, i vilken utsträckning åtgärderna står i samklang med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, patientens psykiska och fysiska hälsa, psykosociala funktion samt alkohol- och drogkonsumtion. Om patienten avlider ska information om detta föras in i registret.

Datainsamling sker genom lokala kontaktpersoner på regional nivå. Kontaktpersonerna inhämtar data på valfritt sätt. Patientdata registreras vid påbörjad vårdperiod och årligen efter påbörjad behandling.

Av ansökan om ekonomiskt bidrag för 2010 framgår att tre behandlingsenheter ingår i registret och att antalet registreringar under 2009 var mycket begränsat (sju stycken till och med den 1 oktober 2009). Både täckningsgraden (tre av cirka 100 enheter) och rapporteringsvolymen är hittills mycket låg.

29.2.5 Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende

Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende (LAROS) är ett kvalitetsregister för läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende personer med metadon och buprenorfin. Det övergripande syftet med registret är att skapa en nationell kunskapsbas och ett system för fortlöpande kunskapsutveckling inom området och därmed ge enheter och verksamheter redskap för att erbjuda en kvalitetssäkrad behandlingsmetod enligt reglerna och riktlinjerna för behandling av opiatberoende personer.

Registret är under uppbyggnad. Registret startade 2009 med ekonomiskt bidrag från SKL och Socialstyrelsen och administreras av Örebro läns landsting. För 2010 har registret ansökt om ett bidrag om 640 000 kronor.

Totalt har 64 enheter möjlighet att bedriva läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende. Målsättningen med registret är att samla in uppgifter om alla inskrivna personer som är föremål för läkemedelsassisterad behandling med läkemedlen Subutex, Suboxone och Metadon oavsett om behandlingen bedrivs i offentlig eller privat regi. Insamling av uppgifter är tänkt att ske med hjälp av en internetbaserad applikation.

Information ska samlas in om kvarstannande i vård, dödlighet, användning av evidensbaserade metoder, bostad, sysselsättning och väntetid för behandling. I ett senare skede ska information samlas in om pågående sidomissbruk och återfall samt patienternas egna erfarenheter av behandlingen.

Av ansökan om ekonomiskt bidrag för 2010 framgår att inga enheter ännu rapporterar uppgifter till registret.

29.2.6 Vissa andra register

Utöver de nationella och regionala kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården samlas vissa andra individdata in löpande, bland annat genom det nationella informationssystemet Klienter i missbruksbehandling (KIM) och i de hälsodataregister som förvaltas av Socialstyrelsen.

KIM är ett system för löpande, frivillig rapportering av personer som inleder behandling av missbruk eller beroende vid specialiserade behandlingsenheter. Rapporteringen är samordnad med utredningsinstrumentet DOK. För närvarande deltar drygt 200 av de cirka 600 specialiserade behandlingsenheterna i landet i informationssystemet. Täckningsgraden för KIM är sålunda långt ifrån fullständig (www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsen har i dag ansvar för fyra hälsodataregister: Patientregistret, Medicinska födelseregistret, Cancerregistret och Läkemedelsregistret. Utöver dessa register ansvarar Socialstyrelsen även för Dödsorsaksregistret. Till dessa register finns, till skillnad från de frivilliga kvalitetsregistren, en skyldighet att rapportera uppgifter. I Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret finns vissa uppgifter som rör missbruk och beroende.

29.3 Sammanfattning och slutsatser

29.3.1 Statistik om missbrukssituationen

Information om missbrukssituationen är ett viktigt kunskapsunderlag dels nationellt för regering och riksdag vid utformning av den svenska alkohol- och drogpolitiken, dels regionalt och lokalt för landsting och kommuner vid bedömning av vårdbehov samt inriktning och dimensionering av missbruks- och beroendevården. Dessutom innebär Sveriges deltagande i EU-arbetet och annat

internationellt samarbete förpliktelse att samla in och rapportera viss information om den nationella missbrukssituationen till internationella organ.

Staten finansierar i dag ett betydande antal undersökningar av befolkningens alkohol- och droganvändning och förekomsten av riskbruk, missbruk och beroende. Några av undersökningarna är regelbundet återkommande medan andra inte ingår i någon serie av undersökningar. Flera statliga myndigheter har uppgifter när det gäller att beskriva missbrukssituationen. Vissa av de statligt finansierade insatserna utförs även av andra organisationer.

Trots de betydande statliga satsningarna är informationen om missbrukssituationen i Sverige i flera avseenden begränsad.

29.3.2 Kvalitetsregister inom missbruksområdet

Medicinska kvalitetsregister har sedan 1970-talet utvecklats inom hälso- och sjukvården som ett medel för att säkerställa och utveckla kvaliteten inom vården. I dag finns drygt 70 nationella kvalitetsregister. Därutöver finns ett betydande antal regionala och lokala kvalitetsregister. Utvecklingen har främjats av staten och sjukvårdshuvudmännen genom ekonomiska bidrag.

Inom missbruksområdet har det under lång tid saknats nationella kvalitetsregister. Men under de allra senaste åren har det inletts ett arbete med att utveckla två register avseende personer med missbruk eller beroende.

Utvecklingsarbetet har resulterat i att det finns en infrastruktur för registren Svenskt beroenderegister (SBR) och Läkemedels-assisterad rehabilitering av opiatberoende (LAROS). Men registrens täckningsgrad när det gäller antalet anslutna enheter och rapporteringsvolym när det gäller antalet patienter och insatser är mycket låga, vilket begränsar möjligheten att använda registren i syfte att utveckla missbruks- och beroendevården.

30 Kompetens och utbildning

30.1 Krav på rätt kompetens

Inom socialtjänsten ska det enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vad som avses med lämplig utbildning och erfarenhet regleras inte i lagen eller förarbetena. Det finns inte heller några särskilda bestämmelser om personalens skyldigheter.

Inom hälso- och sjukvården ska det enligt 2 e § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) finnas den personal som krävs för att god vård ska kunna ges. Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter framgår av patientsäkerhetslagen (2010:659). Det är en central skyldighet för personalen att bedriva arbetet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

30.2 Bristande kompetens

Många personer som arbetar med behandling inom missbruks- och beroendevården saknar formell utbildning för arbetsuppgifterna. Exempelvis saknar, enligt de uppgifter utredningen inhämtat, cirka 20 procent av personalen som utför vård och behandling inom Statens institutionsstyrelse formell utbildning inom socialt arbete eller omvårdnad.

I de öppna jämförelserna inom missbruks- och beroendeeområdet ställs frågor om hur stor andel av personalen som har högre utbildning och vidareutbildning med relevans för området. Kommunerna i de flesta län får ett medelhögt omdöme, omkring 3,5 på en skala mellan 1 och 5. Landstingens kompetens förefaller i genomsnitt vara högre. Det är stora variationer i kompetens såväl mellan olika kommuner som mellan olika landsting (Socialstyrelsen 2009).

I den nationella kartläggningen av den psykiatriska heldygnsvården framhålls behovet av att förstärka kompetensen. Den slutna vården hanterar patienter som den öppna vården inte har kompetens att hantera. Det råder brist på specialistsjuksköterskor och specialistläkare i psykiatri och fler måste utbildas för att möta kompetensbehovet inom vården (SKL 2010).

I samband med utredningens kontakter med huvudmän och yrkesverksamma samt besök i olika delar av landet har problemet med bristande kompetens ofta lyfts fram. Det har påtalats att baspersonalen inom vissa verksamheter i princip saknar formell utbildning för arbetsuppgifterna. Det har också lyfts fram att de grundutbildningarna för centrala yrkesgrupper såsom läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer ger mycket begränsad eller ingen kunskap alls om missbruk och beroende. Möjligheterna till fortbildning anses också vara relativt begränsade. Mot denna bakgrund efterlyser många initiativ för att utveckla kompetensen.

30.3 Personalens sammansättning och utbildning

30.3.1 Öppen vård

Missbruks- och beroendevården omfattar både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta avspeglas också i personalsammansättningen vid de olika behandlings- och stödenheterna i öppen vård. Mellan 80 och 90 procent av enheterna bedrivs av kommuner eller landsting, medan resterande 10–20 procent bedrivs av företag eller ideella organisationer.

Tabell 30.1 Personal i missbruks- och beroendevården

	Behandlingsenhet Procent	Stödenhet Procent	Totalt Procent
Socialsekreterare	19	28	22
Kurator	7	4	6
Behandlingsassistent	19	32	24
Psykolog, psykoterapeut	5	1	3
Vårdare, skötare	2	2	2
Mentalskötare	3	1	2
Läkare	4	1	3
Sjuksköterska	16	4	12

	Behandlingsenhet Procent	Stödenhet Procent	Totalt Procent
Handledare	1	1	1
Särskilda utredare	1	1	1
Administratör	7	5	6
Övriga	17	22	19

Källa: Socialstyrelsen (2008).

Socialsekreterare och behandlingsassistenter utgör merparten av personalen inom den öppna vården. Socialsekreterare har normalt socionomexamen. Behandlingsassistenter har normalt någon form av relevant eftergymnasial utbildning, företrädesvis någon tvåårig utbildning inom yrkeshögskolans ram vid folkhögskola eller motsvarande. Men en betydande del saknar sannolikt relevant utbildning inom socialt arbete eller omvårdnad. Däremot har många egen erfarenhet av missbruk och beroende. Även sjuksköterskor utgör en stor personalgrupp. För att arbeta som sjuksköterska krävs sjuksköterskeexamen.

Vid behandlingsenheterna är andelen socialsekreterare och behandlingsassistenter mindre och andelen sjuksköterskor, psykologer och läkare är större än vid stödenheterna.

Personalsammansättningen har över tid förändrats. I jämförelse med den kartläggning som genomfördes 1994 har andelen socialsekreterare och behandlingsassistenter ökat i den öppna vården, medan andelen sjuksköterskor, psykologer och läkare har minskat (Socialstyrelsen 1994, 2008).

30.3.2 Slutna vård

I den slutna vården som inom socialtjänsten bedrivs vid hem för vård eller boende (HVB) eller familjehem och inom hälso- och sjukvården vid avdelningar på sjukhus, utgör omvårdnadsinslaget en större del. Detta gäller också tvångsvården enligt LVM och LPT.

Det saknas närmare uppgifter om personalens sammansättning och utbildning inom den slutna vården, motsvarande de ovan redovisade för den öppna vården. Uppgifter finns dock för tvångsvården inom socialtjänsten.

Tabell 30.2 Personal inom tvångsvården enligt LVU och LVM

Personalgrupp	Procent
Behandlingsassistent	75
Lärare	6
Avdelningsföreståndare	5
Biträdande avdelningsföreståndare	3
Sjuksköterska	3
Behandlingssekretare	4
Psykolog	3
Institutionschef	1
Totalt	100

Källa: Statens institutionsstyrelse, Årsredovisning 2010.

Inom tvångsvården enligt LVU och LVM, vilken bedrivs av Statens institutionsstyrelse, utgör behandlingsassistenter 75 procent av personalen. Psykologer och sjuksköterskor utgör 3 procent vardera. I den mån läkare anlitas inom tvångsvården upphandlas konsulttjänster. Personalsammansättningen avspeglar de stora omvårdnadsinslagen i vården.

För HVB och familjehem saknas systematiskt insamlade uppgifter om personalens sammansättning och kompetens. Men utifrån utredningens kontakter och besök är av allt att döma den formella utbildningsnivån lägre och det är vanligare med personal med egen erfarenhet av missbruk och beroende. Tillgången på läkare, sjuksköterskor och psykologer är också sämre.

Inom hälso- och sjukvården vårdas personer med missbruk eller beroende vanligen inom den psykiatriska vården. Även inom detta område saknas det närmare uppgifter om personalens sammansättning och kompetens. I den nyligen genomförda kartläggningen av den psykiatriska heldygnsvården redovisas uppgifter om bemanningen per vårdplats i termer av årsarbetskraft per vårdplats uppdelat per yrkesgrupp.

Tabell 30.3 Årsarbetare per vårdplats och yrkeskategori inom psykiatri

	Allmänpsykiatri	Barn- och ungdomspsykiatri
Sjuksköterska	0,692	4,398
Övrig omvårdnadspersonal	1,255	3,145
Specialistläkare	0,075	1,501
Sjukgymnast	0,006	0,259
Arbetsterapeut	0,013	0,075
Psykolog	0,025	0,106
Kurator	0,062	0,187
Totalt	2,317	0,154

Källa: SKL (2010).

I likhet med övrig sluten vård är omvårdnadsinslagen omfattande inom den psykiatriska heldygnsvården. Men samtidigt ställs också höga krav på medicinsk kompetens. Den psykiatriska slutna vården ska hantera de patienter som den öppna vården inte har resurser och kompetens att hantera. Detta avspeglas också i personalens sammansättning och kompetens.

Det som benämns omvårdnadspersonal består vid avdelningarna för sluten vård till övervägande del av sjuksköterskor, vilket kräver utbildning på högskolenivå. I övrigt består omvårdnadspersonalen bland annat av skötare, vilka normalt har någon form av eftergymnasial utbildning utanför högskolans ram. De flesta avdelningar har tillgång till socionom eller kurator, men det är stora variationer mellan olika avdelningar. Även tillgången på psykologer varierar mycket. Tillgången på sjukgymnast och arbetsterapeut är mer begränsad. Samtliga avdelningar har tillgång till specialistläkare i psykiatri, men många uppger att det är svårt att rekrytera till exempel psykiater med beroendekompetens (SKL 2010).

30.4 Utbildning för baspersonal

Eftergymnasial utbildning för personal med omsorgsuppgifter inom missbruks- och beroendevården finns i begränsad omfattning företrädesvis inom ramen för yrkeshögskolan samt vid folkhögskolor. Men majoriteten av baspersonalen har sannolikt sedvanlig utbildning till skötare och vårdbiträde. Jämfört med flertalet andra vårdgrenar är utmärkande för missbruks- och beroendevården att

många yrkesverksamma har egen tidigare erfarenhet av missbruk och beroende inklusive genomgången behandling. Egen erfarenhet ses i vissa verksamheter som minst lika viktig som formell utbildning.

Inom ramen för yrkeshögskolan ges omkring 1 000 kvalificerade yrkesutbildningar (KY) och yrkeshögskoleutbildningar som anordnas av cirka 200 huvudmän. Utbildningar är av varierande längd och innehåll (www.yhmyndigheten.se). Det finns ett antal utbildningar som är av relevans för vård och behandling av missbruk och beroende. De olika huvudmännen fastställer i regel sina egna utbildningsmål och utformar utbildningens innehåll. Några enhetliga nationella krav på innehåll i utbildningar för yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården finns inte idag. Skillnaderna mellan olika utbildningar är betydande med avseende på innehåll och kvalitet, vilket gör det svårt för såväl klienter som arbetsgivare att bedöma personalens kompetens.

Utredningen har samlat in uppgifter om särskilt upplagda utbildningar inom området under läsåret 2009/10. Nedan följer några exempel.

Inom området social omsorg finns bland annat tvååriga folkhögskoleutbildningar i behandlingsarbete med inriktning på social problematik, kriminalitet och missbruk (Eslöv), behandlingsarbete med ungdomar (Visingsö), humanistiskt behandlingsarbete inom ungdoms- och missbrukarvård (Vansbro), socialpedagog (Jämshög), behandlingsassistent i psykosocialt arbete (Forshaga) samt socialpsykologiskt behandlingsarbete (Hudiksvall).

Det finns också ett- och tvååriga yrkeshögskolekurser med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad och rehabilitering i vilka frågor om missbruk och beroende utgör ett viktigt inslag. Behandlingspedagog med dubbel diagnos-kompetens är ett exempel (Timrå). Utbildningen ges på distans av ett privat utbildningsföretag. Behörighetskrav är förutom gymnasieskola minst två års yrkeserfarenhet.

Det finns omkring 150 folkhögskolor i Sverige som självständigt utformar och organiserar utbildning. Inom folkhögskolan ges ett antal kortare utbildningar inom missbruksområdet.

Sedan 1970-talet ges till exempel sådana utbildningar vid Forsa folkhögskola. Under 2010 ges en 38 veckors beroendeterapeututbildning i samverkan med kliniskt verksamma från Minnesota. Antagning sker bland annat genom intervju med de sökande, som

ska ha uppnått viss minimiålder. Kurser finns även i form av distansutbildning (www.lg.se).

Ytterligare ett exempel på en ettårig folkhögskoleutbildning med inriktning mot missbruk och beroende är utbildningen till behandlingsassistent vid Sundsvalls folkhögskola. Utbildningen ges på heltid med en kortare praktikperiod. Inga särskilda förkunskapskrav anges, däremot antas sökande först efter intervjubedömd lämplighet (www.alsta.fhsk.se).

Vid Tollare folkhögskola ges en grundkurs i tolvstegsmetoden med kognitiv inriktning. Kursen ges delvis på distans. Förkunskapskrav är minimiålder 25 år och fullföljd gymnasial treårig utbildning (www.tollare.org).

Inom de längre utbildningsprogrammen vid folkhögskolan kan missbruksfrågor tas upp som fördjupande inslag. Detta sker till exempel inom ramen för det tvååriga behandlings- och pedagogprogrammet vid Stensunds folkhögskola. Kursen missbruk och behandling ges inom ramen för denna utbildning motsvarande 12 KY-poäng (www.stensund.se).

Ytterligare utbildningar finns att tillgå, floran av kurser från enskilda arrangörer där kursdeltagarna eller deras arbetsgivare erbjuds betala för en utbildningsplats är stor. Till sådana längre utbildningar hör de av Bergströms anordnade utbildningarna till alkohol- och drogterapeut (3 år), anhörigterapeut (3 år) eller tolvstegsbehandlare (2 år). Dessa utbildningar ges parallellt med eget yrkesarbete och avslutas med diplomering (www.bergstroms.org).

30.5 Grundutbildning för centrala yrkesgrupper

Kurser om missbruk och beroende ingår i mycket begränsad omfattning inom högskolans yrkesinriktade grundutbildningar för centrala yrkesgrupper inom missbruks- och beroendevården, bland annat till läkare, socionom, psykolog och sjuksköterska.

Enligt utredningens kartläggningar av olika lärosäten handlar det i regel bara om några timmars orientering eller några dagars utbildning. Detta kan illustreras med uppgifter från utredningens kartläggning av läkarutbildningen.

Tabell 30.4 Moment om missbruk och beroende i läkarutbildningen

Universitet	Teoretisk undervisning	Klinisk undervisning, mm
Lunds universitet	T7 4,5 dagar teori inklusive temadagar och selectives	Teoridagarna inklusive att studenter i grupp träffar patient för anamnes. Case inspelade för avsnittet om abstinens. Möjlighet att delta i jour. LVM, LVU går igenom
Göteborgs universitet	Ny organisation fr.o.m. HT11 då beroendelära kommer att ligga tillsammans med psykiatri på T9. 2 dagar beroendelära under psykiatriavsnittet. 4h på farmakologikursen 1 dag med riskbruk och prevention	Några studenter placeras på beroendeenhet under kursen Övriga studiebesök inom ÖV eller SV.
Umeå universitet	Troligen nämns en del även på kurserna i medicin och kirurgi T9 12h föreläsning om missbruk och beroende under psykiatriavsnittet. 4h under medicinkursen	14h fallundervisning inklusive 2h case-redovisning. 4 dagar klinisk undervisning i genomsnitt
Linköpings universitet	Någon timme om lagar under avsnittet samhällsmedicin T5 2h klinisk beroendelära 2h preklinisk föreläsning om "Hjärnans belöningssystem"	Klinisk undervisning för cirka 6 studenter per termin
Uppsala universitet	T10 6h föreläsningar 2h föreläsningar	Klinisk undervisning för 12 studenter i två veckor på beroendekliniken och för 12 studenter en vecka
Karolinska institutet	T9 2,5 dagar med föreläsningar	2,5 dagar klinisk placering inkluderat 0,5 dag akutpass för alla studenter 1,5 dag med fallseminarier

Skillnaderna är betydande såväl mellan olika yrkesutbildningar som mellan olika lärosäten. Ämnesträngsel, brist på lärarkompetens, prioriteringar och krav på generalitet i utbildningen påverkar på olika sätt.

Allmänt kan konstateras att de kvalitetsgranskningar som genomförts av nämnda utbildningar inte uppmärksammat denna brist på kursmoment om missbruk och beroende. Högskoleverkets utvärdering av utbildningen inom psykologiämnet utgör dock ett undantag. I denna noteras att studenter och lärare identifierat sådana brister i utbildningen (Högskoleverket 2004).

Grundläggande yrkesexamen ska uppfylla krav på viss bredd, vilket begränsar möjligheten till specialisering mot till exempel missbruk och beroende. Det innebär att specialisering endast kan ske i avslutande valbara kurser eller i form av fort- och vidareutbildning efter examen.

Kravet på bredd i en yrkesexamen föranledde också Högskoleverket i 2009 års kvalitetsvärdering av landets socionomutbildningar att ifrågasätta examensrätten vid några lärosäten där specialisering skett. Exempelvis ifrågasattes den socionomutbildning med inriktning mot missbruk som Örebro universitet gav vid Mälardalens högskola 2008 (Högskoleverket 2009).

Däremot är det möjligt att anordna specialiserad högskoleexamen av annat slag, det vill säga inte kvalificerad yrkesexamen, med inriktning mot missbruk och beroende. Det finns också exempel på detta, till exempel vid Örebro universitet och Linnéuniversitetet.

Linnéuniversitetet ger utbildningsprogram med inriktning mot missbruk och beroende i anslutning till Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvård (IKM). För närvarande ges programmet ungdoms- och missbruksvård (180 poäng) samt mastersprogrammet missbruks- och beroendevård (120 poäng). Det senare vänder sig till behandlingspedagoger, socionomer, sjuksköterskor eller motsvarande (www.lnu.se).

30.6 Specialistutbildning

Behovet av fördjupning och vidareutbildning efter grundutbildning till läkare, sjuksköterska och psykolog möts i dag i olika system för senare och kompletterande yrkesmässig specialisering.

Inom hälso- och sjukvårdens område finns sammanhållna specialistutbildningar för både sjuksköterskor och läkare.

Sjuksköterskor finansierar vanligen själv specialistutbildningen, till exempel genom studiemedel och studielån. Det finns flera olika inriktningar, men inte mot missbruk och beroende. Sjuksköterskors specialistutbildning i psykiatri ska dock omfatta även dessa frågor

Specialistutbildning för läkare finansieras av arbetsgivaren genom särskild ST-tjänst under fem år. Den medicinska grundutbildningen till läkare regleras av särskilt EU-direktiv (2005/36/EG). För att få påbörja specialistutbildning krävs sex års studier med godkända resultat. Läkarnas femåriga specialiseringstjänstgöring regleras i Sverige genom Socialstyrelsens allmänna råd (SOF 2008:17). Där behandlas bland annat kvalitetsaspekter, handledningsfrågor, typer av specialiteter samt prövning och godkännande av Socialstyrelsen. Både bas-, gren- och tilläggspecialitet kan fastställas.

Totalt finns i dag ett 60-tal läkarspecialiteter i Sverige, dock inte specialiteten beroendemedicin. Specialistutbildningen i psykiatri ska dock omfatta även missbruk och beroende, men enligt vad utredningen erfar är inslagen begränsade. Sverige har ett större antal läkarspecialiteter än övriga nordiska länder (förutom Island). I ett europeiskt och internationellt perspektiv är dock variationen stor. Irland och USA är exempel på länder som har ett stort antal specialiteter (Socialstyrelsen 2003). I några länder finns också specialitet i beroendemedicin. I Norge pågår införandet av en sådan specialitet.

För psykologer sker specialisering genom den specialistordning som antagits av Sveriges Psykologförbund (www.psykologforbundet.se). Denna ordning omfattar en specialistutbildning i flera steg som efter examination leder till specialistbehörighet, vilken utfärdas av Psykologförbundets specialistråd. Specialistbehörighet utfärdas ännu inte inom missbruksområdet, men vissa inslag om missbruk och beroende finns inom specialiteterna klinisk psykologi och pedagogisk psykologi. Det pågår också ett arbete med att utveckla en specialistinriktning för psykologer verksamma inom missbruksområdet vid Göteborgs universitet.

Inom socialtjänstens område saknas överhuvudtaget system för specialistutbildning för socionomer.

30.7 Fortbildning för yrkesverksamma

Det finns också ett behov att regelbundet uppdatera och utveckla kompetensen hos redan yrkesverksamma genom fortbildning. Detta behov har lyfts fram i olika sammanhang, bland annat i regeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken för 2009.

Universitet och högskolor, folkhögskolor och företag tillhandahåller olika fortbildningskurser för olika yrkesgrupper. Nedan presenteras en översikt av utbudet på högskolenivå inom missbruksområdet.

Tabell 30.5 Fortbildningskurser på högskolenivå inom missbruksområdet

Kurs	Poäng	Lärosäte	Behörighetskrav
Missbrukspsykologi I, II	15+15	GU	Grundexamen
Alkohol- och droger, missbruk, beroende	7,5–15	GU, KI, SU, KI Edu AB,	Socionomutbildning eller motsvarande
Socialt arbete och drogmissbruk	15	GU, HJ	Högskoleexamen, socionomexamen
Motiverande samtal	3–7,5	KI Edu AB, LTU	Högskoleutbildning eller yrkeserfarenhet
Socialt arbete med drogmissbrukare	15	LU	Socionomexamen eller motsvarande
Missbruk/beroende och kriminalitet	7,5–15	HIG, MIUN	Allmän behörighet
Case management: rehabilitering I, II	7,5	MIUN	Allmän behörighet respektive kandidatexamen
Alkohol och droger i arbetslivet	30	MIUN	Allmän behörighet
Läkemedelmissbruk och beroende	7,5	UU	Högskolekurser
Behandlingspedag., droger och beroende	7,5	LNU	Allmän behörighet och två års yrkeserfarenhet
Motiverande samtal	7,5–10	HD, LNU	60 högskolepoäng och yrkeserfarenhet
Läkemedelsassisterad behandl., opiatberoende	15	MaH	Allmän behörighet
Missbruk, beroende och psykisk ohälsa	7,5	HD	Allmän behörighet eller yrkeserfarenhet
Beroendelära	7,5	HIG LU	Allmän behörighet
Missbruk och nätverk	7,5	HKr	Högskoleexamen
Socialpedagogiskt arbete och missbruk	7,5	HVä	Yrkesverksamma

Kurs	Poäng	Lärosäte	Behörighetskrav
Farmakologi och läkemedelshantering	15	KI Edu AB	Högskoleexamen och yrkeserfarenhet
Beroendetillstånd	12	KI Edu AB	Fast anställning
Evidensbaserad psykiatri	7,5	KI Edu AB	Fast anställning
Metodkurser; t.ex. ASI, AUDIT/DUDIT etc.	1–2,5 dagar	KI Edu AB	Yrkesverksamma inom området

Not: Göteborgs universitet (GU), Karolinska institutet (KI), Stockholms universitet (SU), Karolinska Institutet Education (KI Edu AB), Högskolan Jönköping (HJ), Luleå Tekniska Universitet (LTU), Högskolan i Gävle (HIG), Mittuniversitetet (MIUN), Uppsala universitet (UU), Mälardalens högskola (MAH), Högskolan i Kristianstad (HKr), Högskolan i Väst (HVä) och Högskolan Dalarna (HD).

Staten har också återkommande vidtagit åtgärder för att uppdatera och utveckla kompetensen hos de yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården. Detta har ofta skett genom olika tidsbegränsade statsbidrag.

Det projekt som Sveriges kommuner och landsting (SKL) för närvarande genomför, *Kunskap till praktik*, är ett aktuellt exempel på en sådan statlig satsning. Inom projektet har bland annat en kort nationell baskurs utvecklats för olika yrkeskategorier inom missbruks- och beroendevården (www.skl.se), vilken har genomförts i projektform i varje landsting.

30.8 Legitimation och auktorisation

30.8.1 Legitimation

Legitimation är ett uttryck för att en yrkesutövare står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område legitimationen avser. Inom hälso- och sjukvårdsområdet har behörighetsgivande legitimering av olika yrkesgrupper skett sedan lång tid tillbaka.

Behörighetskommittén (SOU 1996:138) gjorde en samlad översyn av principerna bakom legitimation och behörighet. Kommitténs förslag låg till grund för den lagreglering som sedan skedde. Regeringen uttalade i prop. 1997/98:109 att en behörighetsreglering främst motiverades av kvalitetsskäl och för att tillgodose patientsäkerheten. Det senare var ett överordnat kriterium då det gällde om ett yrke skulle omfattas av legitimation eller inte. För närvarande finns 21 olika yrken som är förknippade med

skyddade yrkestitlar och legitimation inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Behörighetskommittén prövade frågan om socionomers legitimation, men ansåg att det inte var möjligt på socialtjänstpersonalens begränsade beslutsutrymme. Även senare har regeringen bedömt att förutsättningarna saknats för att införa legitimation för socionomer (prop. 2006/07:129). För att det ska vara aktuellt med legitimering krävs en förstärkning av grund- och vidareutbildningen, en utveckling av kompetenskriterier inom arbetsfältet, samt en förstärkning av forskningen inom området och tillämpning av denna i socialtjänstens verksamhet.

Barnskyddsutredningen (SOU 2009:68) föreslog att en särskild behörighetsreglering ska införas beträffande myndighetsutövning inom barn- och ungdomsvården. Socionomexamen ska krävas för att säkra kompetens, kvalitet och rättssäkerhet i sådana arbetsuppgifter som innebär utredning, insatser och uppföljning. Vidare föreslogs införandet av en specialistutbildning på avancerad högskolenivå om minst ett år för socialsekreterare med socionomexamen. Även 2009 års Behörighetsutredning föreslog i sitt betänkandet (SOU 2010:65) att krav ska ställas i lag på socionomexamen, eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan, för vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten.

30.8.2 Auktorisation

Auktorisation är ett annat sätt att säkra ett visst kompetensinnehåll inom ett yrke, för en typ av befattningshavare eller för en verksamhet.

Akademikerförbundet SSR auktoriserar sedan 1998 socionomer, vilket innebär krav på tre års yrkeserfarenhet, viss dokumenterad handledning samt intyg om lämplighet för yrket från två personer. Auktorisationen har inte någon rättslig betydelse men ger signaler till omvärlden, till exempel klienter och brukare, om att den auktoriserade uppfyller en viss bedömd kompetensnivå.

Inom ramen för Riksföreningen för alkoholtagningar (RAM) finns Svenska Certifieringsföreningen för behandlare av alkohol- och drogberoende (SCADB). Den typ av internationell certifiering som där rekommenderas kommer från USA och är numera godkänd i ett 20-tal länder. Certifieringen är förknippad med vissa begränsade kostnader och bedrivs enligt den svenska

föreningen utan vinstintresse. Initialt erhöles visst stöd av Socialstyrelsen (www.scadb.com). Certifieringen har rätt begränsad omfattning i Sverige.

Auktorisation kan också utfärdas av statliga myndigheter, men förekommer inte inom detta område. Kammarkollegiets auktorisation av tolkar och översättare är ett exempel. Denna auktorisation ställer krav på ett särskilt kunskapsprov och gäller i fem år under tillsyn.

Auktorisation kan även ske av verksamheter. I dessa fall ställs krav på att viss metodik, vissa arbetsätt eller viss kvalitetssäkring används. Exempel på detta är till exempel de internationella kvalitetssystem SIS, CEN, ISO.

Nationell auktorisation på verksamhetsnivå har också diskuterats till exempel när det gäller behandling av missbruk och beroende, företagshälsovård och behandlingshem för barn och ungdomar.

30.9 Sammanfattning och slutsatser

30.9.1 Baspersonal

Omvårdnad och stöd är grundläggande uppgifter inom missbruks- och beroendevården. Uppgifterna utförs av personal som inte sällan saknar formell utbildning. Viktiga personalgrupper är behandlingsassistenter och skötare eller motsvarande. I de fall personalen har en formell utbildning ger den inte alltid vägledning för arbetsuppgifterna.

Det saknas också nationellt enhetlig utbildning för personalgruppen ifråga. De utbildningar som finns bedrivs bland annat av folkhögskolor och varierar mycket med avseende på innehåll och kvalitet. I andra länder förekommer nationellt normerade utbildningar.

Det finns ett behov av att utveckla kompetensen bland baspersonalen inom missbruks- och beroendevården. Detta kan ske dels genom att fortbilda redan yrkesverksamma inom vården och dels genom att ställa högre krav på utbildning för dem som avser börja arbeta i vården.

30.9.2 Grundutbildningar på högskolenivå

Flera yrkesgrupper med utbildning på högskolenivå har centrala uppgifter inom missbruks- och beroendevården, bland annat läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer. Grundutbildningarna för nämnda yrken är generella utbildningar i den meningen att de ska förbereda studenterna för yrkesverksamhet inom vidsträckt vårdområden.

Utbildningsprogrammen har vanligen mycket begränsade inslag om vård och behandling av missbruk och beroende. Inslagen i de obligatoriska delarna av utbildningsprogrammen är normalt begränsade till några timmar. De högskolor och universitet som valt att specialisera programmen, till exempel genom fördjupning inom missbruk och beroende, har kritiserats av Högskoleverket för att inte uppfylla kraven på generalitet.

Det är önskvärt att inslagen om missbruk och beroende utökas i grundutbildningarna till läkare, sjuksköterska, psykolog och socio-nom. Däremot begränsas möjligheterna till specialisering och fördjupning av kravet på att grundutbildningarna ska vara generella.

30.9.3 Yrkesspecifik specialistutbildning

Yrkesgrupperna inom missbruks- och beroendevården har olika möjlighet till specialistutbildning efter grundexamen. Det gäller bland annat läkare, sjuksköterskor, sjuksköterskor och socio-nomer.

För läkare finns ett väl utvecklat system för specialistutbildning. Totalt finns ett 60-tal specialiteter i Sverige. Det finns inte någon specialitet i beroendemedicin. I andra länder finns dock en sådan specialitet.

Även för sjuksköterskor och psykologer finns möjlighet till specialistutbildning efter grundexamen. Systemen för specialistutbildning har organiserats på olika sätt för de två yrkesgrupperna, bland annat med avseende på villkor och inriktning. För sjuksköterskor finns det inte någon specialistutbildning med inriktning mot missbruk och beroende. När det gäller psykologer pågår ett arbete med att utveckla en specialistutbildning vid Göteborgs universitet för psykologer verksamma inom missbruksområdet.

För socionomer saknas system för specialistutbildning motsvarande de för läkare, sjuksköterskor och psykologer. Följaktligen

finns i dag begränsade möjligheter till specialisering inom missbruksområdet.

Det finns ett behov av fördjupning och vidareutbildning för yrkesverksamma med högskoleutbildning, vilket kan mötas genom utveckling av specialistutbildningar för nämnda yrkesgrupper.

30.9.4 Legitimation och auktorisation

Legitimation och auktorisation förekommer av yrken, processer och verksamheter inom olika sektorer och områden som ett medel för att säkerställa kvalitet och stärka den enskildes ställning. Inom missbruksområdet har möjlighet att införa krav på auktorisation av vissa verksamheter diskuterats, bland annat behandling och behandlingshem. Några sådana krav har dock ännu inte prövats eller införts.

31 Forskning och kunskapsspridning

31.1 Forskningspolitiska utgångspunkter

I den senaste forskningspropositionen *Ett lyft för forskning och innovation* (prop. 2008/09:50) föreslogs betydande förstärkningar av forskningsresurserna direkt till universitet och högskolor samt av forskningsmedlen som fördelas genom forskningsrådsorganisationen. Även om lärosätena själva förfogar över och fördelar ansevärd resurser för forskning utgör forskningsrådsorganisationen en stor och allt viktigare aktör.

Det betonas i propositionen att Sverige är en av världens ledande forskningsnationer med mycket höga avsättningar av forskningsresurser i relation till folkmängden. Forskningens kvalitet och strategiska inriktning anses dock behöva förbättras, tvärvetenskapliga perspektiv utvecklas och forskningens koppling till nyttoaspekter och kommersiella drivkrafter förstärkas.

Propositionen lyfter vidare fram behovet av åtgärder för att förbättra rekrytering och arbetsvillkor inom den kliniska forskningen, vilket är ett område som är av betydelse för kunskapsutvecklingen inom bland annat missbruksområdet. Det betonas att en stark klinisk forskning är en förutsättning för en evidensbaserad och kunskapsstyrd hälso- och sjukvård och att åtgärder behövs för att inte Sverige ska tappa sin goda position. Enligt propositionen bör medel avsättas för kliniska forskarskolor. Dessutom framhålls att kvaliteten och uppföljningen ska förbättras när det gäller användningen av de regionalt fördelade forskningsmedel som staten betalar till vissa sjukvårdshuvudmän som ersättning för att de tillhandahåller resurser för läkarutbildning och kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete, de så kallade ALF-medlen.

31.2 Tidigare utredningar m.m.

Bakgrunden till förslaget att stärka den kliniska forskningen var förslagen från Utredningen av den kliniska forskningen (dir. 2007:39) i betänkandet *Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen* (SOU 2008:7). Enligt utredningen bedrivs en stor del av den kliniska forskningen vid olika kliniker och regionala FoU-enheter inom landstingen. De så kallade ALF-medlen är en viktig finansieringskälla för klinisk forskning.

I betänkandet *Kommunal kompetens i utveckling* (SOU 2007:72) från Kommunala kompetensutredningen (dir. 2006:47) framhålls att de kommunala resurserna för forskning och utveckling behöver tydliggöras och att de kan utgöra ett viktigt komplement till den statligt finansierade forskningen. Forskning med kommun och landsting som huvudman är omfattande, inte endast när det gäller klinisk forskning inom hälso- och sjukvården. Kommunernas och de lokala forsknings- och utvecklingsenheternas verksamhet riktas främst mot socialtjänst, social miljö och trygghet.

Missbruksområdet har lyfts fram även i tidigare forskningspropositioner, till exempel framhålls i propositionen *Forskning för bättre liv* (prop. 2004/05:80) behovet av att belysa vilken betydelse alkohol, narkotika och andra berusningsmedel har för brottsutvecklingen. Forskningen bör uppmärksamma både individuella och samhälleliga faktorer. Brottsförebyggande rådet (BRÅ) framhålls som en viktig aktör inom detta forskningsområde.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har sedan ett antal år ett samordningsansvar för socialvetenskaplig alkoholforskning och sedan 2008 ett samordningsansvar för socialvetenskaplig narkotikaforskning. I 2008 års forskningsproposition föreslogs FAS inom ramen för ett totalt sett ökat anslag, årligen avsätta 15 miljoner kronor till forskning inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet (ANT) under perioden 2009–2012. I efterföljande budgetproposition förtydligades att medlen skulle ställas till forskningens förfogande utöver de ordinarie utlysningarna under perioden samt att de även avsåg forskning om dopning, det vill säga hela ANDT-området (prop. 2009/10:1, Utgiftsområde 9). Vidare påpekades det att Sverige har haft en stark position inom detta samlade forskningsfält, vilket kunnat ske genom samverkan mellan bland annat neurovetenskap, genetik och epidemiologi. Det framhölls också att den pågående forskningen bör vidmakthållas

och att det är angeläget att FAS främjar en långsiktig uppbyggnad av en kraftfull och bred forskning inom området.

Inom ramen för de övergripande satsningarna i statsbudgeten på forskning och infrastruktur inom strategiska områden avsattes vidare särskilda medel från och med 2010 för epidemiologisk forskning vid Lunds universitet, Uppsala universitet och Karolinska institutet (prop. 2009/10:1, Utgiftsområde 16). Även om dessa medel inte primärt avser epidemiologisk forskning inom missbruksområdet bör även detta område gagnas av en allmän och långsiktig metod- och kunskapsuppbyggnad inom det epidemiologiska fältet mer generellt.

Bakgrunden till att även forskningen inom missbruksområdet kommit att ta del av den generella förstärkning av forskningsfinansieringen är bland annat bedömningar och förslag i ett antal tidigare utredningar.

I såväl den av riksdag och regering nyligen antagna ANDT-strategin för 2011–15 (prop. 2010/11:447) och de tidigare nationella alkohol- och narkotikapolitiska handlingsplanerna för perioden 2006–2010 (prop. 2005/06:30), uppmärksammas behovet av ytterligare uppföljning, forskning och statistik. Vidare framhålls att kunskapen och statistiken om konsumtions- och skadeutvecklingen behöver utvecklas. Fördjupade kunskaper behövs om en rad alkohol- och narkotikarelaterade spørsmål, bland annat om effektiva preventionsmetoder och drogrelaterade kostnader för familj och samhälle.

Alkoholinförelsutredningen (dir. 2004:3) uppmärksammade i sitt betänkande *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i en ny tid* (SOU 2005:25) behovet av att förstärka forskningen inom missbruksområdet som ett av flera medel för att hantera en situation där många av de traditionella medlen i svensk alkoholpolitik förlorat en stor del av sin betydelse.

Nationell psykiatrisamordning (dir. 2003:133) uppmärksammade behovet av ökad kunskapsuppbyggnad. I förslaget till nationell strategi för psykiatrifrågor framhålls bland annat behovet av mer kunskap om samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom (SOU 2006:100).

Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst (dir. 2007:91) föreslog i betänkandet *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (SOU 2008:18) förstärkta resurser för forskning om det sociala arbetets resultat, kvalitet och effektivitet. Utredningen förordade att ett särskilt forskningsprogram med inriktning mot

resultat, kvalitet och effektivitet inom det sociala arbetet borde inrättas och hanteras av FAS.

31.3 Forskningsfinansiering

Finansieringen av forskning inom missbruksområdet består dels av fasta resurser hos berörda huvudmän (universitet och högskolor, kommuner och landsting, m.fl.) och dels av bidrag från i första hand några offentliga forskningsfinansiärer. Redovisningen nedan omfattar forskning inom hela ANDT-området, det vill säga utöver substanserna alkohol, narkotika och dopningsmedel, även tobak.

Det finns ett ganska stort antal svenska forskningsfinansiärer inom missbruksområdet. Forskning finansieras av forskningsråd och andra statliga myndigheter, forskningsstiftelser och andra privata forskningsfinansiärer, kommuner och landsting samt näringslivet. I tabellen nedan presenteras en översiktlig bild av forskningsfinansiärerna grupperade efter sektorstillhörighet.

Tabell 31.1 Forskningsfinansiär efter sektorstillhörighet

Statliga finansiärer
Vetenskapsrådet (VR)
Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor (FAS)
Statens institutionsstyrelse (SiS)
Statens folkhälsoinstitut (FHI)
Socialstyrelsen (SoS)
Försäkringskassan
Kriminalvården
Centrum för idrottsforskning (CIF)
ALF-medel (statliga medel via landstingen)
Forskningsstiftelser och privata forskningsfinansiärer
AFA försäkring
Systembolagets råd för alkoholforskning (SRA)
Vårdalstiftelsen
Övriga
Forskningsfinansiering inom kommuner och landsting
Sveriges Kommuner och Landsting
Landstingsmedel för forskning
Kommunala medel för forskning

Näringslivsfinansierad forskning
Läkemedelsbolag
Övrig företagsfinansiering
Nordisk forskningsfinansiering
Nordiskt center för alkohol- och drogforskning, Nordiska ministerrådet

* För beskrivningar av forskningsfinansiärerna hänvisas till utredningens underlagsrapport *Forskning inom alkohol-, drog- och missbruksområdet*.

Av de större svenska forskningsfinansiärerna är det i första hand Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor (FAS) och Vetenskapsrådet (VR) som aktivt tar ansvar för forskning inom missbruksområdet och löpande och långsiktigt beviljar medel till program, projekt och forskartjänster.

Tabell 31.2 Statlig forskningsfinansiering inom missbruksområdet 2007–2009

Statliga forskningsfinansiärer	2009 (tkr)	2008 (tkr)	2007 (tkr)
Vetenskapsrådet ^a			
– Humaniora och samhällsvetenskap	351	1 082	960
– Medicin	9 543	3 595	2 835
Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor ^b	31 236	15 475	9 974
Statens institutionsstyrelse ^c	690	2 204	2 703
Statens folkhälsoinstitut ^d	ca 5 000	ca 5 000	
Socialstyrelsen ^e	949	1 246	504
Kriminalvården ^f	ca 4 000	ca 4 000	ca 4 000
Centrum för idrottsforskning ^g	130	275	90
Totalt	ca 51 899	ca 32 877	ca 21 066

a Vetenskapsrådets sammanställningar till Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor.

b Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor, *Socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning 2007–09*, årsvis rapportering till regeringen. Uppgifterna avser totalt utbetalade medel under respektive år för stödformerna forskningsprojekt, anställningar och programstöd.

c Statens institutionsstyrelse, Årsredovisning 2007, 2008 och 2009.

d Muntliga uppgifter samt promemorian Redovisning av Folkhälsoinstitutets fördelning av utvecklingsmedel och informationsinsatser inom ANDT-området 2008.

e Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor, *Socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning 2007–09*, årsvis rapportering till regeringen. Uppgifterna avser totalt utbetalade medel under respektive år för stödformerna forskningsprojekt, anställningar och programstöd.

f Kriminalvården, projektkataloger för 2008 och 2009 samt muntliga uppgifter. Avser projekt genomförda som externa uppdrag.

g Centrum för idrottsforskning, uppgifter om beviljade projekt respektive, www.ihs.se.

De resurser som Vetenskapsrådet förfogar över avser grundläggande forskning. Fördelningen av medlen sker utifrån bedömningar av vetenskaplig excellens, snarare än utifrån samhällsintresse eller praktisk betydelse. Styrningen av forskningsmedlen grundar sig sålunda på vetenskapssamhällets egen bedömning av vad som förtjänar stöd i termer av att vara vetenskapligt innovativt och kreativt. Tanken är att denna typ av inomvetenskapligt motiverad forskning är viktig som bas för den behovsstyrda och tillämpade forskningen, men också för att den ger praktiskt användbara resultat, om än vid oväntade tidpunkter och inte primärt som följd av en planerad process. Övriga finansiärer har i varierande grad inslag av sektorsrelevans eller förväntad praktisk nytta i bedömningarna.

FAS finansiering inom missbruksområdet har för perioden 2009–2012 stärkts i enlighet med regeringens förslag i den senaste forskningspropositionen och uppgår för närvarande till 15 miljoner kronor per år. Forskningsprogrammet har en bred inriktning och avser både socialvetenskaplig och medicinsk forskning. Totalt sett rapporterade FAS en finansieringsvolym på drygt 31,2 miljoner kronor för 2009, varav 11 miljoner kronor avsåg långsiktigt centrum- och programstöd. Den förstärkta satsningen inom missbruksområdet innebar en fördubbling jämfört med tidigare år. Inkluderas även projekt inom andra områden uppgick finansieringen från FAS till projekt som primärt studerar alkohol, narkotika eller tobak år 2009 till totalt 38,8 miljoner kronor (Socialdepartementet 2010).

Bland FAS större satsningar under den senaste tioårsperioden återfinns bas- och projektstöd till Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet. Aktuella programstöd i övrigt har främst tilldelats olika institutioner vid Karolinska Institutet. Forskningsprogrammen omfattar bland annat preventionsforskning inom klinisk neurovetenskap, tobak och graviditet inom medicin och klinisk epidemiologi samt longitudinella studier av alkohol- och cannabisbruk, livsloppsstudier av riskfaktorer samt preventionsinsatser för ungdomar inom folkhälsovetenskap. Programstöd har även tilldelats Uppsala universitet för ett forskningsprogram om alkoholens inverkan på kognitiv förmåga, folkhälsa och arbetsliv med inriktning på genetiska faktorer och läkemedelsbehandling inom farmaceutisk biotvetenskap samt till Karlstad universitet för longitudinella studier om tobaksvanor.

Bland de pågående projekt inom missbruksområdet som finansieras av FAS via projektbidrag kan nämnas ett om kunskapsuppbyggnad och preventionsarbete för minskat alkohol- och narkotikamissbruk. Vidare har särskilda satsningar gjorts på olika behandlingsstudier och forskning som avser barn och ungdomar. Vissa bidrag till forskning om konsumtion av alkohol återfinns bland de livsstilsstudier inom folkhälsoområdet som får stöd. Under 2008 ökade FAS stödet till forskningsprojekt inom drogområdet, bland annat genom ett relativt stort projekt om kvinnor, hälsa och rusmedel inom den särskilda satsningen på kvinnors hälsa.

Sammantaget är det en påtaglig översökning inom ANDT-området. Under 2009 inkom ansökningar motsvarande närmare 500 miljoner kronor för perioden fram till och med 2012. De av FAS beviljade bidragen ligger på en betydligt lägre nivå. I jämförelse med en rad andra forskningsområden som FAS finansierar, till exempel äldre, barn och ungdom, handikapp och migration, är dock söktrycket inom missbruksområdet lägre. Notabelt är också att vissa typer av ansökningar tenderar att vara ovanliga eller av undermålig kvalitet. Det gäller till exempel studier av behandlings effekter.

FAS utlysningar och beviljningar styrs, i likhet med Vetenskapsrådets, i hög grad av inkommande ansökningars inriktning och kvalitet. På övergripande nivå kan angelägna områden betonas, som i det aktuella fallet med en särskild tidsbegränsad förstärkning inom ANDT-området. Men den forskningsmässiga kvaliteten och den utförande miljöns förutsättningar att konkurrera vetenskapligt ska alltid vara avgörande för bidragsbeviljningen.

De forskningsmedel som hanteras utanför forskningsråds-systemet och är tillgängliga för missbruksområdet är betydande.

De statliga myndigheterna Statens institutionsstyrelse, Folkhälsoinstitutet, Kriminalvården och Socialstyrelsen förfogar över vissa forskningsmedel, varav en del är särskilt reserverade för missbruksområdet. Volymen och formerna för fördelning varierar mellan de olika myndigheterna.

ALF-medlen som staten betalar landstingen som ersättning för läkarutbildning och klinisk forsknings- och utvecklingsverksamhet uppgår till totalt drygt 1,6 miljarder kronor per år (prop. 2009/10:1, Utgiftsområde 16). För lokala och regionala FoU-enheter samt annan kommunal forskning avsätter kommuner och landsting totalt cirka 1,5 miljarder kronor per år. Därtill kommer de reguljära statliga fakultetsmedel för forskning som kanaliseras direkt till landets

lärosäten. Det saknas i dag information om hur stor andel av dessa betydande forskningsresurser som kommer forskningen inom missbruksområdet till godo.

Den finns också privat forskningsfinansiering inom missbruksområdet, vilket redovisas i tabellen nedan. AFA Försäkring genomförde under perioden 2004–2009 ett särskilt, tidsbegränsat forskningsprogram med inriktning mot alkoholrelaterade risker och behandlingsfrågor. Totalt avsattes 50 miljoner kronor under en femårsperiod. Medlen fördelades i huvudsak till ett begränsat antal större projekt inom området biomedicinsk alkohol- och drogforskning vid Karolinska institutet, Uppsala universitet, Lunds universitet och Göteborgs universitet. Frågeställningarna spände över en rad delområden, bland annat interaktion mellan alkohol och nikotin, alkoholkonsumtion hos unga, uppväxtmiljöns betydelse, återfall, alkoholskadade barn samt utveckling av skyddande läkemedelsbehandling (www.afa.se). Systembolaget har sedan 1970-talet anslagit vissa medel för forskning.

Tabell 31.3 Privat forskningsfinansiering inom missbruksområdet 2007–2009

Stiftelser och privata finansiärer	2009 (tkr)	2008 (tkr)	2007 (tkr)
AFA Försäkring ^a	ca 2 000	ca 10 000	ca 10 000
Systembolagets råd för alkoholforskning ^b	1 280	1 140	940
Totalt	ca 3 280	ca 11 140	ca 10 940

a AFA Försäkring, www.afa.se. Medelvärden baserat på avsättning om sammanlagt 50 mnkr under perioden 2004–2009.

b Forskningsrådet för arbetsliv och sociala frågor, *Socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning 2007–09*, årsvis rapportering till regeringen. Uppgifterna avser totalt utbetalade medel under respektive år för stödformerna forskningsprojekt, anställningar och programstöd.

Uppgifter saknas om den näringslivsfinansierade forskningens volym, men enligt läkemedelsbranschens egna register är den näringslivsfinansierade forskningen inom missbruksområdet jämförelsevis begränsad. Den forskning som finansieras är företrädesvis inriktad mot utveckling av läkemedel för behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd.

Utöver de större finansiärerna finns ett antal, sett till anslagsvolym och i vissa fall kontinuitet, mindre aktörer. Dessa betonar ofta behovet av praktiskt användbara resultat, men kan sakna en uttalad policy eller målsättning att bevilja medel specifikt inom missbruksområdet. Statens institutionsstyrelse och Systembolagets

råd för alkoholforskning är två aktörer som gör riktade och regelbundna satsningar, men med förhållandevis låg volym.

31.4 Forskningsutförare

Merparten av den offentligt finansierade forskningen inom missbruksområdet, liksom en stor del av det anknyttande utvecklingsarbetet, bedrivs vid universitet och högskolor samt kommunala och landstingskommunala forsknings- och utvecklingsenheter.

Det är svårt att dra en tydlig gräns mellan forskning och utvecklingsarbete. Exempelvis har vissa former av utvecklingsarbete tydlig forskningskaraktär medan vissa former av forskning har kartläggnings- eller utredningskaraktär. Ytterst avgörs vad som klassificeras som forskning av de definitioner utförarna väljer. Inte sällan utgör kombinationen av finansieringskälla och typ av utförande organisation de parametrar som i praktiken definierar om verksamheten betecknas som forskning eller inte. I redovisningen nedan ingår utöver forskning om alkohol, narkotika och dopningsmedel, även forskning om tobak.

Det finns ett stort antal forskningsutförande organisationer och grupper inom ett stort antal discipliner inom missbruksområdet. Flertalet är universitet och högskolor samt olika av kommuner och landsting bedrivna forskningsenheter. Sammanställningen i tabellen nedan illustrerar mångfalden.

Tabell 31.4 Forskningsutförare inom missbruksområdet

Institut, centrumbildningar och motsvarande inom universitet och högskolor
Beroendecentrum i Örebro
Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet
Centrum för våldsprevention, Karolinska institutet
Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM), Linnéuniversitetet
Vårdalinstitutet, Lunds universitet
Samhällsvetenskapliga institutioner vid universitet och högskolor
Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet
Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet
Beteendevetenskapliga institutioner vid universitet och högskolor
Institutionen för psykologi, Göteborgs universitet
Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet
Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Medicinska institutioner vid universitet och högskolor

Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet
 Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet
 Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet
 Institutionen för vård och samhälle, Lunds universitet
 Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Göteborgs universitet

Statliga förvaltningsmyndigheter med egen forskningsverksamhet

Folkhälsoinstitutet, Avdelningen för drogprevention
 Brottsförebyggande rådet
 Kriminalvården

Kommuner, landsting och regioner

Kommunala FoU-enheter
 Landstingets FoU-enheter, t.ex. Beroendecentrum Stockholm, Beroendecentrum Örebro

Övriga forskningsutförare

Stiftelsen Dalarnas forskningsråd, regionalt förankrat forskningsutförande institut

* För beskrivningar av forskningsutförarna hänvisas till utredningens underlagsrapport *Forskning inom alkohol-, drog- och missbruksområdet*.

Bland det stora antalet enheter som bedriver forskning inom missbruksområde finns några som har en särskild inriktning mot detta område. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet och Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård (IKM) vid Linnéuniversitetet är två exempel på verksamheter med sådan särskild inriktning.

31.4.1 Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning

Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet är ett tvärvetenskapligt forskningscentrum med uppgift att initiera och bedriva socialvetenskaplig forskning inom alkohol- och drogområdet. Forskningen omfattar bland annat studier av konsumtionsmönster för alkohol och narkotika samt av konsumtionens sociala och kulturella konsekvenser. Målet är att inte avgränsa frågeställningarna, utan att anlägga ett brett kulturellt och samhällsligt perspektiv. Forskningen ska ha både samhällslig och samhällsvetenskaplig relevans. Målet är också att de tvärvetenskapliga forskarnätverken inom området ska stärkas

under kommande år. I uppgifterna ingår även att informera om socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (www.sorad.su.se).

SoRAD inrättades 1999 i linje med Alkoholpolitiska kommissionens förslag och de efterföljande diskussionerna om lämpliga former att skapa en forskningsmässig bas för alkohol- och drogforskningen (SOU 1994:24). Stockholms universitet erbjöd sig att vara huvudman för verksamheten och stod tillsammans med Folkhälsoinstitutet och FAS för basfinansieringen. Statens institutionsstyrelse har under en femårsperiod delfinansierat en professur vid SoRAD med särskild inriktning mot behandlingsforskning. Sedan 2008 består basfinansieringen av reguljära fakultetsmedel.

Därtill kommer extern projektfinansiering. FAS är en mycket viktig finansiär och tilldelade 2008 SoRAD ett tioårigt anslag för Centre of Excellence med inriktning mot tre forskningsområden: (i) konsumtion, skadeverkningar och normer, (ii) policy och policyeffekter, samt (iii) missbruk, samhällsreaktioner och återhämtningsprocesser (www.fas.se).

SoRAD har utvecklats till en tongivande samhällsvetenskaplig forskningsmiljö inom missbruksområdet i Sverige. Till centret är för närvarande ett 30-tal forskare knutna, varav en handfull professorer. Bemanningen är multidisciplinär med kompetens inom beteendevetenskap, samhällsvetenskap och humaniora (www.sorad.su.se).

31.4.2 Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom missbruksvården

Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård (IKM) vid Linnéuniversitetet är ett nationellt kunskapscentrum som arbetar med kvalitets- och kompetensutveckling inom ungdomsvården samt missbruks- och beroendevården (www.lnu.se).

Till IKM är ett antal forskare knutna som bedriver forskning inom olika delar av missbruksområdet, men med behandling som gemensam nämnare. IKM driver även en forskningsdatabas med uppgifter om den frivilliga missbruks- och beroendevården. Det pågår också ett arbete med att utveckla en databas för dokumentations- och utvärderingsmetoder inom missbruks- och beroendevården.

31.5 Kunskapsöversikter och kunskapsspridning

Kunskapsöversikter är ett normalt inslag i forskningslitteraturen (review-artiklar). Det är också vanligt att kunskapsöversikter initieras av forskningsfinansiärer som ett underlag för styrning och inriktning av forskningsmedlens fördelning på strategisk nivå. Därtill ingår att bedöma kunskapsläget och arbeta med kunskapsspridning som uppgifter i flera myndigheters uppdrag.

Kunskapsunderlag, vägledningar och nationella riktlinjer är instrument för kunskapsstyrning som myndigheter använder för att stödja och främja en önskvärd utveckling av det praktiska arbetet i de operativa verksamheterna. Myndigheter med dylika uppgifter att bedöma kunskapsläget och arbeta med kunskapsspridning inom missbruksområdet är i första hand Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering och Folkhälsoinstitutet.

31.5.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är enligt förordningen (2009:1243) med myndighetsinstruktion central myndighet med ansvar för normering, tillsyn, statistik och kunskap inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007) med vidhängande faktaunderlag (Socialstyrelsen 2006) bygger på genomgångar av den nationella och internationella forskningen inom missbruksområdet. I framtagandet av de nationella riktlinjerna medverkade ett stort antal experter inom områden som berör både medicinska och sociala insatser och både landstingens och kommunernas ansvarsområden. I arbetet med de nationella riktlinjerna hanterades också metodologiska frågor rörande i vad mån det är möjligt att utifrån vetenskapliga kunskapsöversikter utfärda rekommendationer som ska vägleda professionella i det praktiska arbetet (Socialstyrelsen 2006, 2007).

Utöver de nationella riktlinjerna har Socialstyrelsen tagit fram ett stort antal forskningsöversikter och andra kunskapsunderlag inom missbruksområdet, bland annat inom ramen för det tidigare Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) som nyligen har integrerats i myndighetens ordinarie verksamhet. Forskningsöversikter upprättas normalt endast inom områden som har en tillräckligt omfattande forskningsvolym. När det gäller

insatser inom socialtjänstens område har ett antal effektutvärderingar genomförts, varav flera berör missbruksområdet inklusive vård och behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger.

31.5.2 Statens beredning för medicinsk utvärdering

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har enligt förordningen (2007:1233) med myndighetsinstruktion till uppgift att utifrån tillgängliga forskningsrön lägga fast vilka behandlingar som har god effekt, hur diagnos ställs samt hur vårdens resurser ska användas för att göra största möjliga nytta.

Inom missbruksområdet har forskningsöversikter bland annat tagits fram avseende behandling av personer med alkohol- och narkotikaproblem (SBU 2001) samt prevention och behandling vid missbruk av dopningsmedel (SBU 2003).

Myndigheten sammanfattar och kommenterar även medicinska forskningsöversikter som tagits fram av myndigheter och organisationer med motsvarande uppdrag i andra länder.

Uppföljningar indikerar också att myndighetens kunskapsöversikter, sammanfattningar och kommentarer påverkar vården. Kunskapsöversikten om behandling av alkohol- och narkotikaproblem låg till grund för de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården och bedöms därigenom ha medverkat till en ökad användning av de läkemedelsbehandlingar av beroendesjukdomar som bedömts ha evidens (Britton m.fl. 2002).

31.5.3 Folkhälsoinstitutet

Folkhälsoinstitutet är enligt förordningen (2009:267) med myndighetsinstruktion central myndighet inom folkhälsoområdet. Till myndighetens uppgifter hör bland annat statistik och kunskap. Myndigheten publicerar olika typer av kunskaps- och forskningsöversikter inom folkhälsoområdet i vid bemärkelse. Ett aktuellt exempel inom missbruksområdet är forskningsöversikten om effekter av alkoholkonsumtion under graviditet på foster och barn (Sarman 2009).

31.5.4 Statliga punktinsatser

Utöver de permanenta myndigheternas verksamhet tar staten fram viktiga kunskaps- och forskningsöversikter inom ramen för särskilda, temporära organisatoriska strukturer i form av kommittéer.

Missbruksutredningen (dir. 2008:4) har låtit ta fram ett drygt 30-tal kunskaps- och forskningsöversikter, varav ett urval publicerats i forskningsbilagan *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6).

Andra statliga utredningar med betydande kunskaps- och forskningsöversikter inom missbruksområdet är till exempel Mobilisering mot narkotika (MOB) (dir. 2002:3) och LVM-utredningen (dir. 2002:10). Mobilisering mot narkotika finansierade under perioden 2002–2007 drygt 100 projekt till en total kostnad om 94 miljoner kronor. (MOB, slutrapport 2007). LVM-utredningens slutbetänkande *Tvång och förändring* (SOU 2004:3) innehåller en forskningsbilaga med diverse kunskaps- och forskningsöversikter med tyngdpunkt på tvångsvård av personer med missbruk eller beroende.

31.5.5 Kommunsektorn

Även inom kommunsektorn bedrivs kunskapsuppbyggande och kunskapsspridande arbete på olika nivåer.

På nationell nivå har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) medverkat till framtagandet av ett antal mer allmänna kunskapsöversikter som också delvis berör forskningsfrågorna. Kunskapsöversikterna, vilka i första hand har tagits fram inom ramen för projektet Kunskap till praktik, har bland annat berört frågor om kompetens och utvecklingsbehov inom kommunernas och landstingens verksamheter (www.kunskaptillpraktik.skl.se).

Forskningsrådet för missbruks- och beroendefrågor i Västra Götaland (FMB) är ett exempel på regional nivå. FMB är ett vetenskapligt nätverk med fokus på forsknings-, utvecklings- och utbildningsfrågor inom området riskbruk, missbruk och beroende. Nätverket arbetar med att stimulera och stödja preventiv och patient- och klientnära forskning, att skapa möjligheter till och erbjuda utbildning och utveckling samt stödja och medverka vid implementeringen av evidensbaserade metoder inom missbruks- och beroendevården. I nätverket ingår representanter från Göteborgs universitet, Beroendekliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och FoU i Väst (www.fmn-vg.se).

31.5.6 Övriga organisationer

Utöver statliga myndigheter och kommunala organisationer finns även ett antal föreningar och sammanslutningar som har till uppdrag att ta fram kunskapsunderlag och arbeta med kunskapsspridning, till exempel Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Svensk förening för beroendemedicin och Svenska Föreningen för Alkohol- och Drogforskning (SAD).

CAN är ett förbund med ett 40-tal medlemsorganisationer (www.can.se). CAN har till uppgift att sprida information om alkohol och andra droger genom bland annat publikationer, utbildningar och konferenser. CAN administrerar även Systembolagets råd för alkoholforskning.

Svensk förening för beroendemedicin är en sektion inom Svenska Läkaresällskapet och en intressegrupp inom Sveriges Läkarförbund (www.svenskberoendemedicin.se). Föreningen ska fungera som ett nätverk, erbjuda utbildning samt stödja forskning och utveckling för läkare som arbetar med alkohol- och narkotikafrågor.

SAD är en sammanslutning för forskare verksamma inom missbruksområdet (www.drogportalen.se). Föreningen vill bland annat främja en vetenskaplig syn på alkohol- och narkotikabrukets konsekvenser för individ och samhälle, tvärvetenskaplig forskning, nyrekrytering av forskare till missbruksområdet samt en seriös användning av forskningsresultat i samhällsdebatten.

31.5.7 Tidskrifter

Tidskrifter fyller en viktig kunskapsförmedlande roll av vetenskapliga rön. Av relevans för missbruksområde är bland annat Vetenskap & Praxis som publiceras av SBU, Alkohol & Narkotika som publiceras av CAN samt Nordisk alkohol & narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs) som publiceras av Institutet för hälsa och välfärd i Finland.

31.6 Forskningsfrågor i ett internationellt perspektiv

Den nationella forskningen ingår i ett internationellt sammanhang. Detta följer naturligt av att den nationella missbrukssituationen påverkas av internationella förhållanden och att insatser inom

missbruksområdet i många fall är möjliga att exportera från ett land till ett annat.

31.6.1 Nordiska samarbetet

Det finns nordiskt samarbete inom missbruksområdet. Nordens välfärdscenter (NVC) i Finland är en institution inom social- och hälsosektorn under Nordiska rådet. NVC arrangerar och finansierar temakonferenser och seminarier, systematiserar kunskap och ger stöd till utvecklingsprojekt, arrangerar workshops, föreläsningar och sammanställer forskningsresultat, utvecklar rekommendationer och riktlinjer som bidrar till att stärka den nordiska välfärdsmodellen samt främjar kunskapsutbyte inom Norden, EU och FN (www.nordicwelfare.org).

Förutom att bidra till kunskapsbasen för alkohol- och drogpolitiken i de nordiska länderna har NVC medverkat i forsknings- och utvecklingsprojekt med EU-finansiering. Ett större pågående forskningsprogram är Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA). Programmet är inriktat mot prevention, politik och behandling, inkluderar flera andra länder inom EU och har en budget på knappt 30 miljoner kronor. I programmet medverkar bland annat forskare från Finland, Norge och SoRAD i Sverige. Programmet leds och samordnas från Spanien och finansieras till stor del inom ramen för EU:s sjunde ramprogram för forskning. Från Finland leds en jämförande kvalitativ studie om ungdomar och alkoholreklam i fem länder.

NVC har beviljats nätverksstöd från NordForsk för forskarnätverket Meanings and Measures Strengthening Mixed Methods in Nordic Comparative Alcohol and Drug Research (MISCHMASCH) för perioden 2009–2012. Syftet med projektet är bland annat att stimulera tillämpning av olika metoder i nordisk forskning om alkohol och droger. Svenska forskare deltar också i NVC-projektet EKONARK som syftar till att mäta och beräkna narkotikans och narkotikapolitikens samhällsekonomiska kostnader.

31.6.2 EU-arbetet

EU-kommissionen följer utifrån ett folkhälsoperspektiv och som ett komplement till de nationella insatserna förekomsten av skadlig och riskfylld konsumtion av alkohol och andra droger i medlemsstaterna.

EU:s alkoholstrategi

Inför utarbetandet av en gemensam strategi inom alkoholområdet utarbetades en syntesrapport om alkoholens inverkan på hälsa, sociala frågor och ekonomi i Europa. I rapporten analyseras data som tillgängliggjorts av EU-kommissionen och WHO (Andersson och Baumberg 2006).

Alkoholpolitiken ses i rapporten som ett instrument som ska tjäna folkhälsan och den sociala välfärden genom dess påverkan på hälsomässiga och sociala faktorer. Detta bedöms kräva resurser och engagemang på lokal, nationell och internationell nivå. I rapporten formulerar kommissionen ett antal rekommendationer för den fortsatta forskningen. Den framhåller:

- att en europeisk infrastruktur bör byggas upp och finansieras för en gemensam alkoholforskning,
- att en sådan infrastruktur förutsätter skapandet av register och databaser och att en tillämpning och spridning av resultaten måste underlättas,
- att långsiktiga, statligt finansierade alkoholforskningsprogram bör byggas upp och finansieras, samt
- att forskningskompetensen bör utvecklas genom professionella utbildningsprogram.

Vidare framhålls att forskningsbaserade riktlinjer som utarbetas och tillämpas bör främja tidiga insatser när det gäller riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion samt missbruk. Långsiktigt bör också vårdens kvalitet och tillgänglighet harmoniseras. Det betonas också att kompetensnivån hos personal som arbetar med vård och rehabilitering bör höjas. Detta förutsätter att kunskapen sprids om effektiva metoder samt utbildning av personal.

Kommissionen har med syntesrapporten som grund utarbetat en särskild EU-strategi för att stödja medlemsstaterna i arbetet

med att minska de alkoholrelaterade skadorna.¹ Strategin identifierar ett antal prioriterade områden som är relevanta i alla medlemsstater och där gemenskapsåtgärder anses tillföra ett mervärde.

Ett prioriterat område är utveckling och förvaltning av en gemensam evidensbas på EU-nivå. Det betonas att forskning och kunskapsspridning är avgörande för att införa effektiva insatser. Kostnads- och nyttoanalyser för olika policyalternativ är andra exempel på angelägna forskningsinitiativ som nämns.

När det gäller nationella åtgärder inom området riskfylld alkoholkonsumtion konstateras att flertalet medlemsstaterna har antagit nationella handlingsplaner och att det i anslutning till dessa ofta finns statligt finansierade program för forskning och övervakning.

ERA-NET

EU-kommissionen har med ERA-NET skapat ett instrument för samverkan mellan nationella forskningsfinansiärer i olika medlemsstater. Syftet är att stärka europeisk samverkan inom forskningsområdet och att långsiktigt bidra till att nationella forskningsprogram öppnas för forskare från andra länder. Förhoppningen är därigenom att bidra till en rationalisering av forsknings- och utvecklingsinsatserna i Europa.

I Sverige deltar både Vinnova och Vetenskapsrådet i ERA-NET och Sveriges två NCP (National Contact Points) för ERA-NET finns på Vinnova och Vetenskapsrådet (www.vinnova.se).

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN), som bildades 1993, har till uppgift att ge EU och medlemsstaterna en objektiv överblick av narkotikaproblemen inom EU och en faktabaserad grund för narkotikadebatten (www.emcdda.europa.eu). Till ECNN:S uppgifter hör även att ta fram översiktsinformation om den ram inom vilken den narkotika-relaterade forskningen bedrivs i de europeiska länderna.

¹ Meddelande från kommissionen till rådet, Europaparlamentet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén. En EU-strategi för att stödja medlemsstaterna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna. 24.10.2006.

Av en studie från 2007 av samordning, finansiering, strukturer, spridning samt aktuella större forskningsprojekt i medlemsstaterna framgår att forskningen utvecklats avsevärt under den senaste tioårsperioden. Flertalet länder har stabila finansieringsstrukturer för narkotikarelaterad forskning och ökade insatser ses då det gäller forskning om prevalens, incidens och mönster för narkotikamissbruk. Ökade insatser noteras även för utvärdering av åtgärder såsom behandling, prevention och narkotikapolitik samt ekonomiska aspekter. Samtidigt identifieras brister när det gäller tvärvetenskapliga studier, samordnad finansiering och forskarutbildning inom detta område.

EU:s sjunde ramprogram

Inom ramen för EU:s sjunde ramprogram för forskning sker viss finansiering av gemensamma europeiska forskningsåtgärder, bland annat med aktuella utlysningar under 2010. Inom ramprogrammet har hittills avsatts cirka sju miljoner € för en handfull program och projekt, huvudsakligen också med svensk medverkan.²

Det ovan nämnda AMPHORA-programmet är ett exempel. Ett annat exempel är ett projekt under ledning av forskare från Örebro universitet inom området evidensbaserad intervention för att bryta drogrelaterat riskbeteende hos ungdomar. Ytterligare ett större projekt med svensk medverkan undersöker biologin bakom pankreatit och olika leversjukdomar.

Därutöver finns ett par mindre forskningsåtgärder, vilka dock saknar svensk medverkan, om råttmodeller för impulsivitet och drogberoende samt studier på receptornivå om nikotinets verkningar.

31.6.3 FN-arbetet

WHO har till uppgift att bland annat utarbeta gemensamma definitioner och diagnoskriterier samt olika typer av översiktsrapporter som berör användningen av droger och dess hälsoeffekter i olika delar av världen.

² Vinnova, databasuttag avseende EU:s sjunde ramprogram för forskning med sökorden: alcohol, dependency, dependent, drug, addiction, abuse, substance. April 2010.

I en aktuell rapport påpekas att den industrifinansierade forskningen kan stå i ett spänningsförhållande till de etablerade forskningsinstitutionernas studier kring drogers negativa hälsoeffekter. Beträffande den passiva rökningens effekter finns till exempel en klar skiljelinje mellan oberoende forskare och de forskare som tobaksindustrin finansierar. Till skillnad från de senare redovisar de förra negativa hälsoeffekter och publicerar sina resultat i vetenskapliga tidskrifter med kollegial granskning (peer review). Monitorstudier och epidemiologiska undersökningar behövs för att generera kunskap om skadeutvecklingen, till exempel när det gäller tumörsjuklighet (WHO 2009).

Inom FN-systemet finns även United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) som bland annat tillhandahåller en online-databas med statistik om olika drogmarknader (www.undoc.org). UNODC ger också återkommande ut statusrapporter avseende världens drogproblem. Vidare utarbetar UNODC kunskapsunderlag och vägledningar för utveckling av evidensbaserad vård och behandling.

Därutöver finns ett nätverk med Focal Points för att sprida goda exempel på behandling och förebyggande arbete. Focal Point i Sverige är Maria Ungdom i Stockholms läns landsting.

31.7 Organisation för forskning och kunskapsspridning i andra länder

Internationellt finns flera intressanta exempel på organisering av forskning och kunskapsspridning som stöd för arbetet inom missbruksområdet. Nedan beskrivs översiktligt den nationella organisatoriska strukturen i Australien, Danmark, Finland, Nederländerna och Norge.

31.7.1 Australien

I Australien ledde the National Campaign Against Drug Abuse (NCADA) under 1984–85 till bildandet av tre tvärvetenskapliga forskningscentra inom missbruksområdet. Centren är placerade vid universitet och har olika tematisk inriktning. Gemensamt är dock att arbetet i hög grad har inriktas mot att utveckla kunskapsunderlag för direkta samhälleliga åtgärder mot riskbruk, missbruk och beroende, bland annat i form av behandlingsinriktat arbete.

National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) vid University of New South Wales i Sydney är ett av dessa. Centret inrättades 1986 med den övergripande målsättningen att medverka till ökad effektivitet i behandlingsarbetet inom missbruksområdet. Verksamheten bedrivs tvärvetenskapligt i samverkan mellan medicinska, psykologiska och samhällsvetenskapliga och andra discipliner (<http://ndarc.med.unsw.edu.au>).

Sedan den nya forskningsstrukturen etablerades har området "substance abuse" vetenskapligt utvecklats till ett av Australiens internationellt sett högst rankande forskningsområden mätt i citeringsgrad och andra akademiska prestationer (Adams m.fl. 2010).

31.7.2 Danmark

I Danmark utgör Sundhetsstyrelsen och Center for Rusmiddelsforskning (CRF) centrala institutioner för forskning och kunskapsspridning inom missbruksområdet.

Sundhetsstyrelsen är sedan länge central förvaltningsmyndighet med ansvar för bland annat reglering, vägledning och tillsyn, planering och samordning samt statistik och kunskap inom folkhälsoområdet. Myndigheten driver en rad utvecklingsprojekt, bland annat avseende metoder, och ger olika forskargrupper stöd i användningen av olika nationella register (www.sst.dk).

CRF tillhör sedan 1993 den samhällsvetenskapliga fakulteten vid Århus universitet och bedriver forskning med samhälls- och humanvetenskaplig inriktning inom missbruksområdet. Forskningsprojekten rör bland annat frågor om omhändertagande, vård och behandling av personer med missbruk eller beroende. Centret har en multidisciplinär kompetens och personalen består bland annat av psykologer, etnologer och jurister (www.crf.au.dk).

31.7.3 Finland

I Finland finns sedan 2009 Institutet för hälsa och välfärd (THL) som är ett forsknings- och utvecklingsinstitut inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Tidigare bedrevs motsvarande verksamhet vid Stakes och Folkhälsoinstitutet.

THL har till uppgift att främja befolkningens välfärd och hälsa, att förebygga sjukdomar och sociala problem samt att utveckla

social- och hälsojästerna. Institutet är statistikmyndighet inom social- och hälsosektorn och sörjer för framtagandet och nyttiggörande av kunskapsunderlag inom sitt ansvarsområde. Institutet bedriver även tillämpad forskning inom missbruksområdet.

När det gäller alkohol och droger omfattar forskningen främst studier om konsumtionsmönster av alkohol och andra droger, skadeverkningar av alkohol- och drogkonsumtion, alkohol- och narkotikapolitik, prevention, vård och behandling samt övevakning (www.thl.se).

31.7.4 Nederländerna

I Nederländerna finns sedan 1996 Trimbos instituut som är ett självständigt organ för forskning och kunskapsspridning inom missbruks- och psykiatriområdet. Institutet utför uppdrag av Ministeriet för hälsa, välfärd och sport, som är formell nationell kontaktpunkt för rapporteringen av uppgifter om missbrukssituationen i Nederländerna till ECNN.

Forskningen bedrivs genom projekt inom ramen för 13 tematiska program. Vid institutet arbetar totalt 250 personer. Flera av de ledande forskarna är knutna till universitetsinstitutioner (www.trimbos.org).

31.7.5 Norge

I Norge finns sedan 2001 Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) som ett självständigt organ för samhällsvetenskaplig forskning och kunskapsspridning inom missbruksområdet. SIRUS är nationell kontaktpunkt i Norge för ECNN. Institutet förvaltar även ett nationellt dokumentationssystem med information om behandling av personer med missbruk eller beroende.

Forskningsprojekten spänner över en rad olika forskningsfält, från kohortstudier och longitudinella studier om alkoholvanor till drogpolitiska studier och studier av drogmissbruk bland ungdomar och invandrare och inom kriminalvården (www.sirus.no).

I Norge finns ytterligare några forskningscentra med anknytning till universitet och högskolor som bidrar till forskningen och kunskapsspridningen inom missbruksområdet.

31.8 Kvalitet och utvecklingsområden

Kvalitetsgranskningar och analyser av forskningen inom olika forskningsområden görs regelbundet, bland annat av forskningsfinansiärer, som ett underlag för övergripande inriktning av forskningsmedlen. I Sverige har det inte gjorts någon särskild samlad utvärdering av forskningen inom missbruksområdet, men missbruksområdet har i större eller mindre utsträckning berörts i några utvärderingar av andra forskningsområden.

31.8.1 Vetenskapsrådets utvärdering av den kliniska forskningen

Vetenskapsrådet genomför regelbundet i egen regi eller tillsammans med andra finansiärer utvärderingar av den svenska forskning inom olika områden. Den utvärdering som nyligen gjorts av den kliniska forskningen i Sverige och Finland inkluderar information som är av relevans för forskningen missbruksområdet (Academy of Finland och Vetenskapsrådet 2009).

I utvärderingen analyseras bland annat publiceringsvolym och citeringsgrad inom olika kliniska forskningsfält. Inom området drogmissbruk var publiceringsvolym och citering förhållandevis låg. Produktionen av högt citerade vetenskapliga publikationer är generellt måttlig i Sverige. Detta beror på att det finns få starka forskningsområden med högt citerade publikationer. Citeringsindex för forskning om drogmissbruk (substance abuse) har relativt sett utvecklats negativt under perioden 1992–2006. Tillsammans med mångvetenskaplig teknisk forskning är drogmissbruk det område där citeringsgraden minskat mest. Andra områden uppvisar under samma period en positiv utveckling mätt i citeringsgrad, till exempel statsvetenskap, medicinsk kemi och reumatologi.

Stockholms universitet är det lärosäte i Sverige som generellt sett producerar de mest citerade publikationerna. Därefter följer Karolinska institutet och Sveriges lantbruksuniversitet. Företag och sjukhus ligger något längre ner på listan medan ett samlat mått för landets högskolor ger dem näst sista plats. Det bör dock noteras att Sverige, trots den vikande trenden, internationellt sett fortfarande ligger på sjätte plats av jämförda länder.

I utvärderingen slås fast att den kliniska forskningen håller hög internationell standard i både Finland och Sverige. Samtidigt

konstateras att forskarkarriären inte längre är så attraktiv för yngre läkare och att det har blivit allt svårare att kombinera kliniskt arbete med forskning.

31.8.2 FAS utvärdering av forskningen om tvångsvård

I FAS utvärdering av den forskning som Statens institutionsstyrelse finansierar om vård av unga och vård av personer med missbruk eller beroende konstateras att mycket av den socialvetenskapligt inriktade missbruksforskning främst har publicerats på svenska och därmed haft svårt att nå ut internationellt och kvalitetsgranskas på sedvanligt sätt. Vidare noteras att det finns skillnader mellan svensk och internationell forskning inom missbruksområdet när det gäller val av perspektiv och metoder.

Den svenska forskningen tenderar att fokusera mer på personen med missbruk som individ och den individuella situationen medan den internationell forskning tenderar att fokusera på personer med missbruk som grupp och som statistiska kategorier (Hauge och Egelund 2004).

31.8.3 Riksdagens rapport om forskningen inom socialtjänstens område

Riksdagen har i en särskild rapport nyligen redogjort för den aktuella svenska forskning som berör socialtjänstlagen och kompletterande regelverk (Riksdagen rapport 2009/10:RFR3).

I rapporten konstateras bland annat att det finns få forskningsprojekt inom området missbruksvård. Bristen på evidensinriktad forskning, avsaknaden av en adekvat infrastruktur för forskning och utvärdering som stöd för socialtjänsten lyfts fram. Det framhålls att kunskapsutbyggnaden måste vara långsiktig och ske med ett nationellt perspektiv, men samtidigt är det viktigt med regional och lokal förankring. De nuvarande lokala och regionala forsknings- och utvecklingsenheterna kan utvecklas för att möta dessa behov, men det kan också vara motiverat att inrätta särskilda forskningsinstitut vid universiteten.

De forskarintervjuer som låg till grund för rapporten indikerar att det är svårt att tillämpa entydiga diagnoser vid missbruk. Problematiken är ofta sammansatt. Det finns även en stor individuell

variation och svårigheter att isolera effekten av själva behandlingen från andra variabler. Detta gör det också svårt att följa upp behandlingseffekter som specifikt rör missbruk av alkohol och andra droger.

I rapporten uttrycks också önskemål om att den vetenskapliga styrningen av behandling och vård borde öka och att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården har en alltför generell och ytlig utformning. Vissa av de intervjuade forskarna anser att forskningen vid tidpunkten för utformningen av de nationella riktlinjerna inte kunde ge något entydigt stöd för enskilda behandlingsmetoder.

31.8.4 Regeringens åtgärdsplan 2009 för ANDT-området

I regeringens åtgärdsplan för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakpolitiken (ANDT) för 2009 identifieras forskning och kunskapsuppbyggnad som en generell och viktig förutsättning för att åstadkomma en kunskapsbaserad utveckling inom missbruksområdet.

I anslutning till ett par andra åtgärder identifieras mer specifika behov. I anslutning till åtgärder inom dopningsområdet uppmärksammas behovet av att öka kunskapen om förekomsten av dopning och av att utveckla adekvat vård och behandling för personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel. I anslutning till den nationella strategin för missbruks- och beroendevården framhålls det som angeläget att stärka kunskapen om missbrukande kvinnors särskilda problem och att utveckla behandlingsformer som tar hänsyn till kvinnors specifika behov (Socialdepartementet 2009).

31.8.5 Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner 2006–2010

I regeringens nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner för perioden 2006–2010 (prop. 2005/06:30) uppmärksammas också i viss mån behovet av forskning och kunskapsuppbyggnad.

I alkoholhandlingsplanens avsnitt om uppföljning, forskning och statistik sägs dels att statistiken om konsumtions- och skadeutvecklingen bör vidareutvecklas, bland annat genom ett enhetligt nationellt system och en gemensam begreppsapparat, dels att

kunskapen om alkohol och narkotika bör stärkas, framför allt inom samhälls- och beteendevetenskap. Exempel på forskningsområden är effektiva preventionsmetoder, alkoholens kostnader för samhälle och arbetsliv samt alkoholens påverkan på familj och barn.

I narkotikahandlingsplanens avsnitt om uppföljning, forskning och statistik sägs att det krävs fortsatta insatser för att utveckla ett sammanhållet nationellt system för statistik och uppföljning, bland annat när det gäller alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall. Vidare identifieras i avsnittet om metod- och kompetensutveckling klinisk behandlingsforskning som ett eftersatt område.

31.9 Missbruk och beroende av läkemedel

Missbruksutredningen har inrättat en särskild arbetsgrupp om missbruk och beroende av läkemedel. I uppdraget ingick bland annat att definiera begreppen missbruk och beroende av läkemedel, att kartlägga problemets utbredning, evidensbaserade behandlingsalternativ och befintligt behandlingsutbud, samt att skissera strukturer för vård nationellt, regionalt och lokalt respektive för kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning. Uppdraget har redovisats i en rapport som ingår som kapitel 12 i utredningens forskningsbilaga.

I rapporten konstateras att mot bakgrund av en genomgång av tillgängliga registeruppgifter och befolkningsstudier är kunskapen om förekomsten av missbruk och beroende av läkemedel jämförelsevis begränsad. Vidare konstateras utifrån en inventering av publicerad forskning att det i princip saknas nationella forskargrupper inom läkemedelsmissbruksområdet i Sverige. Området bedöms följaktligen vara underforskat.

Behandlingsutbudet och behandlingsmetoderna varierar mellan olika landsting. I några landsting finns särskilda enheter för behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel, bland annat Göteborg, Malmö och Stockholm. Målgruppen för dessa enheter är i först hand komplicerade fall. I ett landsting av genomsnittlig storlek är målgruppen inte obetydlig. Det bör röra sig om upp till 2 500 patienter. Nedtrappning och utsättning av läkemedel och behandling i okomplicerade fall är ett ansvar för förskrivande läkare, till exempel inom primärvården. Vårdens struktur och innehåll uppvisar betydande likheter vid de särskilda enheterna för behandling av missbruk och beroende av läkemedel.

I Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården redovisas inte heller evidensbaserade metoder för behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel. En viktig orsak till att riktlinjerna inte omfattar behandling av missbruk och beroende av läkemedel är den begränsade forskning som finns inom detta område. Det bedöms finnas ett behov av nationella riktlinjer för behandling av missbruk och beroende av läkemedel. Det bedöms också föreligga ett behov av att modernisera föreskrifterna för underhållsbehandling vid smärta och riktlinjerna för smärtbehandling. De bör även ha ett beroendeperspektiv. Kunskapsutveckling inom området bör inkludera bland annat social farmaci, psykiatri, beroendemedicin och klinisk farmakologi.

31.10 Missbruk och beroende av dopningsmedel

Missbruksutredningen har inrättat en särskild arbetsgrupp om missbruk och beroende av dopningsmedel. I uppdraget ingick bland annat att definiera begreppen missbruk och beroende av dopningsmedel, att kartlägga problemets utbredning, evidensbaserade behandlingsalternativ och befintligt behandlingsutbud, samt att skissera strukturer för vård nationellt, regionalt och lokalt respektive för kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning. Uppdraget har redovisats i en rapport som ingår som kapitel 13 i utredningens forskningsbilaga.

I rapporten konstateras utifrån en gemenomgång av tillgängliga undersökningar att det saknas säkra uppgifter om förekomsten av dopning i Sverige. Vidare konstateras att det inte finns några randomiserade studier av behandling av personer med beroende av dopningsmedel. De få forskningsartiklar som finns berör störd kroppsuppfattning, muskeldysmorfi och behandlingsstrategier. I avsaknad av evidens om specifika behandlingsmetoder framhålls som ett alternativ att tillämpa generella evidensbaserade strategier.

Behandlingsutbudet och behandlingsmetoderna varierar mellan olika landsting. I flertalet landsting saknas särskilda enheter, vilket sannolikt förklaras av att det i ett landsting av genomsnittlig storlek rör sig om ett jämförelsevis begränsat antal patienter. I några landsting har det dock inrättats särskilda behandlingsenheter inom dopningsområdet, bland annat i Göteborg och Örebro. Vid dessa enheter bedrivs utöver behandling även viss forsknings- och utvecklingsverksamhet. Vidare finns ett forskningscentrum verksamt

inom dopningsområdet i Uppsala. Det finns också ett nationellt nätverk mot anabola androgena steroider.

I Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården redovisas inte evidensbaserade metoder för behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel. En viktig orsak till att riktlinjerna inte omfattar behandling av missbruk och beroende av dopningsmedel är den begränsade forskning som finns inom dopningsområdet.

Arbetsgruppen förordar att det inrättas ett nationellt kompetenscentrum för behandling av personer med missbruk eller beroende inom dopningsområdet. Centrumet bör vara knutet till ett universitet, bedriva forskning om behandlingsmetoder samt arbeta med kunskapsspridning. Det kan med fördel integreras med någon av de befintliga verksamheterna i Göteborg, Stockholm eller Örebro.

31.11 Sammanfattning och slutsatser

31.11.1 Fragmenterad forskningsstruktur

Forskningsfinansieringen inom missbruksområdet är totalt sett jämförelsevis begränsad. Det har dock skett en avsevärd förstärkning genom FAS tidsbegränsade utökade anslag för forskning inom ANDT-området. Det finns flera olika finansiärer i olika sektorer, varav flertalet förfogar över jämförelsevis begränsade medel. Det är forskningsråden FAS och VR som tar ett långsiktigt ansvar för finansiering av forskningsprogram, forskningsprojekt och forskartjänster. Forskningsfinansieringen framstår sammantaget som fragmenterad.

FAS är den enskilt största finansiären. Totalt sett är det en betydande översökning av FAS medel inom ANDT-området, det vill säga inkomna ansökningar summerar till ett betydligt högre belopp än de medel som FAS har att fördela. Men samtidigt är söktrycket lägre än inom flera andra jämförbara forskningsområden som FAS finansierar.

Forskningen utförs inom olika discipliner och vid ett stort antal universitets- och högskoleinstitutioner och andra forskningsorgan. SoRAD och IKM är två exempel på socialvetenskapliga centrumbildningar med särskild inriktning mot missbruksområdet. Det finns få exempel på miljöer som bedriver tvärvetenskaplig forskning. Utförarledet framstår sammantaget som splittrat.

Detta understryker vikten av att organisera forskningen och kunskapsspridningen på ett mer effektivt sätt.

31.11.2 Vikande kvalitet och bristområden

Kvaliteten på forskningen inom missbruksområdet har sjunkit över tid i jämförelse med andra forskningsområden mätt i publikationsvolym och citering. Den socialvetenskapliga forskningen publiceras ofta på svenska och inte i vetenskapliga tidskrifter, vilket försvårar spridning.

Det finns särskilda bristområden, bland annat tvärvetenskaplig behandlingsforskning, klinisk behandlingsforskning, forskning om det sociala arbetets effekter och effektivitet, behandlingsformer för kvinnors särskilda behov, förekomst av dopning och behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel samt missbrukets samhällsekonomiska kostnader.

Detta visar på behovet av att stärka forskningen och kunskapsspridningen inom området för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård.

31.11.3 Läkemedel och dopningsmedel

Missbruk och beroende av läkemedel respektive dopningsmedel är två områden för vilka det saknas evidensbaserade behandlingsmetoder och som följaktligen inte berörs i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Både när det gäller läkemedel och dopningsmedel finns dock på vissa platser i landet särskilda enheter för behandling samt forskning och utveckling. Behandlingens struktur och innehåll uppvisar stora likheter vid de särskilda enheterna. I flertalet landsting saknas dock i dag särskilda verksamheter för behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel respektive dopningsmedel.

Detta talar för att särskilda satsningar på forskning och kunskapsspridning är motiverade när det gäller bland annat missbruk av läkemedel respektive dopningsmedel.

Referenser

- Alston, R. J. (1994). Sensation seeking as a psychological trait of drug abuse among persons with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 38(2), 154–163.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V. och Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Epidemiology* 37: 316–325.
- APA (2000). DSM-IV TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Edition.
- Andréasson, S. & Grafman, K. (2002). Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen*, 43 (99), 4252–4255.
- Andréasson, S, Hansagi, H, Österlund, B. (2002). Short-term treatment for alcohol problems: four vs. one session. A randomised, controlled trial. *Alcohol*, 28, 57–62.
- Armelius, B. Å. och Armelius, K. (2009, 2011). En naturalistisk studie av 14000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI. I: *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6).
- Babor, TF, de la Fuente, JR, Saunders, JB, Grant M. (1992). *AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Babor, TF, & Higgins-Biddle, JC. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
- Babor, TF, McRee, BG, Kassebaum, PA, Grimaldi, PL, Ahmed, K, Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28 (3), 27–30.

- Babor, TF (ed) (2010). *Alcohol – no ordinary commodity. 2nd edition*. Oxford University Press.
- Beich, A, Gannik, D, Saelan H, Thorsen, T. (2007). Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice – a pragmatic controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 593–603.
- Beresford, TP & Lucey, MR. (1995). Ethanol metabolism and intoxication in the elderly. In Beresford TP, Gomberg E (eds), *Alcohol and Aging*. Oxford University Press: Oxford.
- Berglund M. (2001). Långtidsförloppet vid alkohol- och narkotika-problem. I: *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammanställning*. SBU-rapport nr 156, vol. I, pp 401–17.
- Berglund, M, Thelander, S, Jonsson E. (eds) (2003). *Treatment of alcohol and drug problems – an evidence based review*. Wiley, Weinheim.
- Berglund, K, Fahlke, C, Berggren, U, Eriksson, M, Balldin, J. (2006). Individuals with excessive alcohol intake recruited by advertisement: demographic and clinical characteristics. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 200–204.
- Berglund, M, Brunnberg, E (2010). *Funktionsnedsättning och missbruk*. Rapport för Missbruksutredningen.
- Berglund, M (2010). *Alkohol och äldre*. Rapport för Missbruksutredningen.
- Bergman, H, Källmén, H. (2000) Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet; Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. *Läkartidningen*, 97(17), 2078–2084.
- Bertholet, N, Daepfen, JB, Wietlisbach, V, Flemming, M, Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*, 165, 986–995.
- Bhuvanewar, C.G., Chang, G., Epstein, L.A., Stern, T.A. (2007). Alcohol use during pregnancy: prevalence and impact. *Prim. Care Companion. J. Clin. Psychiatry*, 9, 455–460.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S. V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity

- disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104(2), e20.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. och van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33:587–595.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., de Rijk, C. och Langendoen, Y. (1998). The Netherlands mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33:581–586.
- Blomqvist (2002). Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research and Theory* 10(2):119–168.
- Blomqvist, J, Cunningham, J, Wallander, L, Collin, L. (2007). *Att förbättra sina alkoholvanor – om olika mönster för förändring och om vad vården betyder*. SoRAD – Forskningsrapport nr 42.
- Bombardier, C.H., Stroud, M.W., PC, & Rimmele C.T. (2004). Do preinjury alcohol problems predict poorer rehabilitation progress in persons with spinal cord injury? *Arch Phys Med Rehabil*. 85(9), 1488–1492.
- Britton M, et al. (2002). Så påverkade SBU praxis i vården. *Läkartidningen*, 99:4628–34.
- Brottsförebyggande rådet (2003). *Vård av missbrukare i anstalt. En utvärdering av kriminalvårdens särskilda satsning på narkotikabekämpning*, Stockholm: Fritzes.
- Brottsförebyggande rådet (2005). *Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002–2004*. Stockholm, BRÅ.
- Brottsförebyggande rådet (2008). *Behandling av narkotikamissbrukare i fängelse. En effektstudie*. Stockholm, BRÅ.
- Brottsförebyggande rådet (2009). *Misshandel mellan obekanta*. Stockholm, BRÅ.
- Brottsförebyggande rådet (2010). *Frivården i Sverige. En kartläggning*, Stockholm, BRÅ.
- Brunnberg, E., (2009). *Tvåspråkigt projekt med mix av kvalitativ och kvantitativ metod. Studie med döva och hörselskadade ungdomar på svenska och svenskt teckenspråk*. Örebro: www.oru.se

- Burns, L. och Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence* 68:299–307.
- Campbell, J. A., Essex, E. L., & Held, G. (1994). Issues in chemical dependency treatment and aftercare for people with learning differences. *Health & Social Work*, 19(1), 63–70.
- CAN (2006). *Mönstrandets drogvanor 2006*.
- CAN (2009). *Skolelevers drogvanor 2009*.
- CAN (2010). *Drogsituationen i Sverige*.
- CAN (2010). *Skolelevers drogvanor 2008*.
- Carlen, C., Johansson, A., Lundblad, E., Envall, E.K. (2009). *Barnmorskans guide för samtal om alkohol*. Statens Folkhälsoinstitut.
- Carlsson, A. (2010). Gravida missbrukare kartlagda. *Dagens Nyheter*.
- Cewers, H. (2010). *Verksamhetsberättelse om Ambulatoriebarnmorsketjänsten 2009*. Region Skåne.
- Chang, G., McNamara, T.K., Orav, E.J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., Vincitorio, N.A., Wilkins-Haug, L. (2005). Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet. Gynecol.*, 105, 991–998.
- Cheng, A; Lin, H; Kaspro, W; Rosenheck, RA (2007). Impact of supported housing on clinical outcomes: analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 195(1) 83–8.
- Cherpitel, C.J. (1999). Drinking patterns and problems: A comparison of primary care with the emergency room. *Substance Abuse*, 20, 85–95.
- Chisholm, D, Rehm, J, van Ommeren, M, Monteiro, M. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 782–793.
- Civildepartementet (1991). *Vidga brukarinflytandet – en väg till ökad delaktighet och bättre service*. Stockholm, Allmänna förlaget.
- Couwenbergh C., van der Brink W., Zwart K., Vreugdenhil C., van Wijngaarden-Cremers & van der Gaag R. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15:319–328.

- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollenbergh, W. A. M. och Spiker, J. (2002). Risk Factors for 12-Month Comorbidity of Mood, Anxiety and Substance Use Disorders: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry* 159:620–629.
- de Wilde, J. och Trulsson, K. (2006). Women in European Therapeutic Communities: Conclusion of the BIOMED Project. *International J of Therapeutic Communities*, 1:12-149.
- DiNitto, D.M., & Webb, D. (1998). Compounding the problem: Substance abuse and other disabilities. In: C.A. McNeece & D.M. DiNitto. *Chemical dependency: A systems approach*, 2:a upplagan, s. 347–390. Boston: Allyn and Bacon.
- Dir 2004:164. *En vårdöverenskommelse om missbrukarvården.*
- Dir 2009:25. *Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst.*
- D’Onofrio, G, & Degutis, LC. (2002). Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 9, 627–638.
- Ds 2001:31. *Omhändertagande av berusade personer enligt LOB.*
- Ds 2009:19. *Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet.*
- Ds S 1978:8. *Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård.*
- Ds S 1980:5. *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979.* Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning.
- Eberhard, S, Nordström, G, Höglund, P, Öjehagen, A. (2009). Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric out-patients: a randomized controlled study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*, 44(12), 1013–1021.
- Ebrahim, S.H. & Gfroerer, J. (2003). Pregnancy-related substance use in the United States during 1996–1998. *Obstet. Gynecol.*, 101, 374–379.
- EMCCDA (2009). *Drug use: An overview of general population surveys in Europe.*
- Europeiska kommissionen (2007). *Health and long-term care in the European Union.* Special Eurobarometer 283.
- Ewing, JA. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907.

- Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2010). *Kåren och köerna – en ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård*. Rapport 2010:9.
- Faraone, S.V., & Biederman, J. (2004). *Prevalence of adult ADHD in the United States*. Paper presented at the 157th American Psychiatric Association annual meeting, New York.
- Ferreira, MP & Weems, MKS. (2008). Alcohol consumption by aging adults in the United States: Health benefits and detriments. *J Am Diet Assoc.* 108, 1668–76.
- Fleming, MF, Mundt, MP, French, MT, Manwell, LB, Stauffacher, EA, Barry, KL. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 26(1), 36–43.
- Folkhälsoinstitutet (2006). *Beroendeskapande läkemedel – ett folkhälsoproblem som ökar*.
- Folkhälsoinstitutet (2008). *Barn i familjer med missbruksproblem*.
- Folkhälsoinstitutet (2009). *Livsstilsrapport 2008*.
- Folkhälsoinstitutet (2009). *Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder*.
- Folkhälsoinstitutet (2009). *Det drogförebyggande arbetet i Sverige 2008*, s. 24–25.
- Folkhälsoinstitutet (2010). *Folkhälsorapport 2009*.
- Folkhälsoinstitutet (2010). *Minskade skador av alkoholkonsumtion och ett narkotikafritt samhälle*. Uppföljning av de nationella handlingsplanerna för alkohol och narkotika 2006–2010.
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the Enigma*, USA, Malden, Blackwell Publishing, 2:a upplagan.
- Fäldt, J., Storbjörk, J., Palm, J., Oscarsson, L. och Stenius, K., (2007). *Vårdkedjeprojektet. Tre utvärderingsperspektiv*. SiS Rapport nr 2.
- Gerdner, A. (2005). *Missbruksvårdens mål – framgångsfaktorer och hinder*. Bilaga i betänkandet: Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling (SOU 2005:82).
- Gerdner, A. och Berglund, M., (2009 och 2011). Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. I: *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6).
- Gerdner, A. och Fridell, M. (2007). *Effects of psychologists' assessments of patients within compulsory care – A matched-control*

- trial*. 50th International ICAA Conference on Dependences, Stockholm.
- Goine, H. och Uppmark, M. (2009). *Socialförsäkringen och missbruk*. Rapport till Missbruksutredningen.
- Goldfinger, SM; Schutt, RK; Tolomiczenko, GS; Seidman, L; Penk, WE; Turner, W; Caplan, B (1999). Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatric Services*. 50(5); 674–79.
- Grant, B. F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse* 7(4):481–497.
- Grant, B. F. Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P. S. Dufour, M.C., Wilson, C., Pickering, R. P. och Kaplan. K. (2004). Prevalence and Co-Occurance of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. *Archives of General Psychology*, 61:807–816.
- Gumpert. C. H., Winerdal, U., Grundtam, M., Berman, A. H., Kristiansson, M., Palmstierna, T. (2010). The relationship between substance abuse treatment and crime relapse among individuals with suspected mental disorder, substance abuse and antisocial behavior. Findings from the MSAC study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9:82–92.
- Gustafsson, E. (2001). *Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Guthmann, D., & Sandberg, K. (1998). Assessing substance abuse problems in deaf and hard of hearing individuals. *American Annals of the Deaf*, 143 (1), 14–21.
- Guthmann, D., & Blozis, S.A. (2001). Unique issues faces by deaf individuals entering substance abuse treatment and following discharge. *American Annals of the Deaf*, 146 (3), 294–304.
- Guttormsson, U., Andersson, A. och Hibell, B. (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Stockholm, CAN.
- Göransson, M., Magnusson, A., Bergman, H., Rydberg, U., Heilig, M. (2003). Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction*, 98, 1513–1520.

- Göransson, M. (2004). *Alcohol Consumption During Pregnancy: How Do We Separate Myth From Reality?* Neurotec Department, Karolinska Institutet, Stockholm,
- Göransson, M., Magnusson, A., Heilig, M. (2006). Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 85, 657–662.
- Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, Kissling W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114:265–273.
- Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68:992–997.
- Hansagi, H. & De Marinis, V. (2006). *Familjesociala mottagningen: specialiserad beroendevård för gravida*. FoU sektionen, Beroendecentrum Stockholm.
- Hanson, BS. (1994). Social network, social support and heavy drinking in elderly men – a population study of men born in 1914, Malmö, Sweden. *Addiction*, 89, 725–32.
- Harris, KB, & Miller, WR. (1990). Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychol Addict Behav*, 4, 82–90.
- Hedberg, C, Engström, I, Vickhoff, R, Lynöe, N. (2009). Interventions should be both evidence-based and value-based. *Läkartidningen* 106(43), 2781–2782.
- Heinemann, A. W., Schmidt, M. F., & Semik, P. (1994). Drinking patterns, drinking expectancies, and coping after spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 38(2), 134–153.
- Heinemann, A. W., & Hawkins, D. (1995). Substance abuse and medical complications following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 125–140.
- Hermansson, U. (2005). *Riskbruk av alkohol i arbetslivet*. Stockholm, CAN.
- Hofvander, B, Delorme, R., Chaste, P, Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., Herbrecht, E., Stopin, A., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M. & Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 10, 9:35.

- Hollar, D. (2005). Risk behaviours for varying categories of disability in NELS:88. *Journal of School Health*, 75, 350–359.
- Holmqvist, M. (2009). *Gravida kvinnors alkoholvanor samt kvinnors uppfattning av mödravårdens information och råd angående alkohol under graviditet*. Riskbruksprojektet, Statens Folkhälsoinstitut. Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet.
- Hulse, GK & Tait, RJ. (2003). Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*, 98(8), 1061–1068.
- Hurlburt, MS; Hough, RL; Wood, PA (1996). Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatric Services*. 47(7); 731–6.
- Högskoleverket (2004). *Utvärdering av grundutbildning i psykologi på fristående kurser och psykologprogram samt forskarutbildning i psykologi vid svenska universitet och högskolor*.
- Jakobsson, J, Richter C, Tengström A, Borg, S (2011). *Ungdomar och missbruk – kunskap och praktik*. Rapport för Missbruksutredningen.
- Jung, K. (2011). *Boende och hemlöshet för personer med missbruk och beroende i fem kommuner i Västra Götaland*. Rapport till Missbruksutredningen.
- Justitiedepartementet (2005). *Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården*. Opublicerat manuskript.
- Kakko, J. (2009). *Improving Maintenance Treatment of Heroin Addiction: the Role of Buprenorphine*. Dept of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet.
- Kaner, EF, Dickinson, HO, Beyer, FR, Campbell, F, Schlesinger, C, Heather, N et al. (2007). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. The Cochrane Library.
- Karlsson, T. (2009). *Beroendevårdens organisation och resurser i fem län – en kartläggning*. Rapport för Missbruksutredningen.
- Kertesz, SG; Mullins, AN; Schumacher, JE; Wallace, D; Kirk, K; Milby, JB (2007). Long-term housing and work outcomes among treated cocaine-dependent homeless persons. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 34(1). 17–33.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik,

- K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E., & Zaslavsky, A.M., (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am. J. Psychiatry* 163, 716–723.
- Kolakowsky-Hayner, S.A., Gourley, E.V. 3rd, Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Cifu, D.X., & Mckinley, W.O. (1999). Pre-injury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. *Brain Injury*, 13(8), 571–581.
- Kolakowsky-Hayner, S.A., Gourley, E.V. 3rd, Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Meade, M.A., & Cifu, D.X. (2002). Post-injury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. *Brain Injury*, 16(7), 583–592.
- Kollins, S.H. (2008). ADHD, Substance Use Disorders, and Psychostimulant Treatment. Current Literature and Treatment Guidelines. *Journal of Attention Disorders*, 12 (2), 115–125.
- KOM (2006). 625. *En EU-strategi för att stödja medlemsstaterna i arbetet med att minska de alkoholrelaterade skadorna.*
- KOM (2008). 567/4. *Solidaritet i hälsa. Att minska ojämlikheten i hälsa i EU.*
- KROD (2007). *Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning 2002–2007.* Birgitta Göransson, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2008). *Våga välja. Utvärdering av återfall för åren 2002–2006.* Maria Danielsson, Fredrik Dahlin och Martin Grann, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2008). *Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning 2002–2007.* Birgitta Göransson, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2009). *Årsbok 2008.*
- Kriminalvården (2009). *12-stegsprogram i Kriminalvården. Utvärdering av återfall i ny brottslighet för programdeltagare för åren 2003–2006.* Maria Danielsson, Axel Fors & Ingrid Freij, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2009). *1+1=3. Utvärdering av ITOK-projektet ur ett socioekonomiskt perspektiv och ur ett samverkansperspektiv.* Eva Nilsson Lundmark & Ingvar Nilsson, Kriminalvården.
- Kriminalvården (2009). *Lägesrapport och förslag till inriktning och prioriteringar på alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet, promemoria av den 28 september 2009.*

- Kringlen, E., Torgersen, S. och Cramer, V. (2001). *A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study*. *American Journal of Psychiatry* 158:1091–1098.
- Krishef, C. H., & DiNitto, D. M. (1981). Alcohol abuse among mentally retarded individuals. *Mental Retardation*, 19(4), 151–155.
- Kullberg, C., Alexanderson, K., Henriksen, A., Oscarsson, L. och Petersén, A. (2009). *Vårdöverenskommelsen – stimulansmedel till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk*. Socialstyrelsen.
- Källström, L. & Elvhage, C. (2010). *Ambulatoriegruppen – samverkan kring gravida missbrukande kvinnor*. Verksamhetsberättelse 2009. Malmö Stad och Region Skåne.
- Lander, I., Olsson, B., Rönneling, A. och Skrinjar, M. (2002). *Narkotikamissbruk och marginalisering*. MAX-projektet, slutrapport. CAN.
- Landgren, M., Svensson, L., Stromland, K., Andersson, G.M. (2010). Prenatal alcohol exposure and neurodevelopmental disorders in children adopted from eastern Europe. *Pediatrics*, 125, 1178–1185.
- Magnusson, Å., Göransson, M., Heilig, M. (2005). Unexpectedly high prevalence of alcohol use among pregnant Swedish women: failed detection by antenatal care and simple tools that improve detection. *J. Stud. Alcohol*, 66, 157–164.
- Magnusson, Å., Göransson, M., Heilig, M. (2007). Hazardous alcohol users during pregnancy: psychiatric health and personality traits. *Drug Alcohol Depend.*, 89, 275–281.
- Magnusson, Å., Wallhed, S (2010). *Vården för gravida med riskbruk, missbruk och beroende samt de barn som exponerats för substansmissbruk i moderlivet*. Rapport för Missbruksutredningen.
- McGillicuddy, N. B., & Blane, H. T. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addictive Behaviors*, 24(6), 869–878.
- McHugo, GJ; Bebout, RR; Harris, M; Cleghorn, S; Herring, O; Xie, H; Becker, D; Drake, RE (2004). A Randomized Controlled Trial of Integrated Versus Parallel Housing Services for Homeless Adults With Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4):969–82.

- Miller, WR, & Taylor, CA. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addict Behav*, 5, 13–24.
- Miller, WR, Gribskov, CJ, Mortell, RL. (1981). Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *Int J Addict*, 16, 1247–1254.
- Miller, W, Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing, Preparing people for Change*. Guilford Press, New York.
- Mobilisering mot narkotika. (2007). *Den nationella narkotikapolitiska samordnarens slutrapport för verksamheten 2002–2007*. MOB.
- Monti, PM, Colby, SM, Barnett, NP, Spirito, A, Rohsenow, DJ, Myers, M, Woolard, R, Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consulting Clinical Psychology*, 67(6), 989–994.
- Moore, D., & McAweeney, M. (2006–2007). Demographic characteristics and rates of progress of deaf and hard of hearing persons receiving substance abuse treatment. *American Annals of the Deaf*, 151 (5), 508–512.
- Moore, D., Guthmann, D., Rogers, N., Fraker, S., & Embree, J. (2009). E-therapy as a Means for Addressing Barriers to Substance Use Disorder Treatment for Persons who are Deaf. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XXXVI (4), 75–92.
- Moos, RH, Brennan, PL, Schutte, KK, Moos, BS. (2010). Social and financial resources and high-risk alcohol consumption among older adults. *Alcohol Clin Exp Res* 1;34(4), 646–54.
- Moos, RH, Schutte, KK, Brennan, PL, Moos, BS. (2009). Older adults' alcohol consumption and late-life drinking problems: a 20-year perspective. *Addiction* 104(8), 1293–302.
- Möller, K. (2009). *Vård och behandling av missbruk för personer med begränsning i att höra*. SiS-rapport.
- Nationell psykiatrisamordning (2006). *Så vill vi ha det. Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet*. Rapport 2006:6.
- NHS Confederation (2010). *Too much of the hard stuff: what alcohol costs the NHS*. Briefing, January 2010, issue 193. <http://www.nhsconfed.org>

- NIAAA. (1998). NIAAA Research Monograph No. 33. *Alcohol problems and aging*. NIH Publications No. 98-4163 Bethesda MD.
- Nilsen, P., Holmqvist, M., Hultgren, E., Bendtsen, P., Cedergren, M. (2008). Alcohol use before and during pregnancy and factors influencing change among Swedish women. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 87, 768–774.
- Nilsen, P, Kaner, E, Babor TF. (2008). Brief Intervention, Three Decades On – An Overview of Research Findings and Strategies for More Widespread Implementation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 453–468.
- Nilsen, P., Holmqvist, M., Bendtsen, P., Hultgren, E., Cedergren, M. (2010). Is questionnaire-based alcohol counseling more effective for pregnant women than standard maternity care? *J. Womens Health (Larchmt.)*, 19, 161–167.
- Nordström, A & Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry*, 62, 250–255.
- O'Connor, M.J. & Whaley, S.E. (2007). Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am. J. Public Health*, 97, 252–258.
- Olsson, B., Adamsson Eharen, C. och Byqvist, S. (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. CAN.
- Pack, R. P., Wallander, J. L., & Browne, D. (1998). Health risk behaviors of African American adolescents with mild mental retardation: Prevalence depends on measurement method. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 409–420.
- Padgett, DK; Gulcur, L; & Tsemberis, S (2006). Housing First Services for People Who Are Homeless with Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Research on Social Work Practice*. No 1, 74–8.
- Prop. 1996/97:44. *Om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring, m.m.*
- Prop. 1977/78:105. *Om åtgärder mot narkotikamissbruk.*
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten.*
- Prop. 1981/82:8. *Om lag av vård av missbrukare i vissa fall m.m.*
- Prop. 1981/82:100. *Förslag till statsbudget för budgetåret 1982/83.*

- Prop. 1987/88:147. *Tvångsvård av vuxna missbrukare.*
- Prop. 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård.*
- Prop. 1996/97:63. *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration mm.*
- Prop. 2000/01:20. *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador.*
- Prop. 2001/02:91. *Nationell narkotikahandlingsplan.*
- Prop. 2002/03:20. *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.*
- Prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan.*
- Prop. 2004/05:1. *Budgetpropositionen för 2005.*
- Prop. 2004/05:80. *Forskning för bättre liv.*
- Prop. 2004/05:123. *Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.*
- Prop. 2005/06:30. *Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner.*
- Prop. 2006/07:129. *Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården mm.*
- Prop. 2007/08:136. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*
- Prop. 2008/98:50. *Ett lyft för forskning och innovation.*
- Prop. 2008/09:200. *Socialförsäkringsbalken.*
- Prop. 2009/10:1. *Budgetpropositionen för 2010.*
- Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*
- Prop. 2009/10:135. *En ny fängelse- och häkteslagstiftning.*
- Prop. 2010/11:1. *Budgetpropositionen för 2011.*
- Prop. 2010/11:47. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.*
- Regier, DA, Farmer, ME, Rae, DS, Locke, BZ, Keith, SJ, Judd, LL, Goodwin, FK. (1990). Comorbidity of mental health with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *J Am Med Assc*, 264, 2511–2518.
- Rehm, J, Gnam, WH, Popva, S, Patra J, Sarnocinska-Hart, A. (2008). *Avoidable Cost of Alcohol Abuse in Canada in 2002.* Centre for Addiction and Mental Health, Canada.

- Rehnman, J. (2010). *Kunskapssammanställning gällande boende och missbruk*. Socialstyrelsen, avd f kunskapsstyrning.
- Reuter, A. (2009). *Verksamhetsberättelse 2008 Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga*. Primärvården i Göteborg och Södra Bohuslän och Beroendekliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Reuter, A. (2010). *Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga – en resursenhet för gravida kvinnor med missbruksproblem och deras barn i primärvården Göteborg och Södra Bohuslän i nära samverkan med Beroendekliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Årsrapport 2009*. Västra Götalandsregionen.
- Richter, C. (2011). *Ungdomar och missbruk – möjliga organisatoriska lösningar*. Rapport för Missbruksutredningen.
- Riksrevisionen (2009). *Kriminalvårdens arbete med att förebygga återfall i brott. Verkställighetsplanering och samverkan inför de intagnas frigivning*. Rapport 2009:27.
- Rose, D; Fleischmann, P; Tonkiss, F; Campbell, P; Wykes, T. (2002). *Review of the literature: user and carer involvement in change management in mental health context*. Service User Research Enterprise (SURE), Institute of Psychiatry. London.
- Ross, H. E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence* 39:111–128.
- Sanchez-Craig, M, Leigh, G, Spivak, K, Lei, H. (1989). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *Br J Addict*, 84, 395–404.
- Sanchez-Craig M, Spivak K, Davila R. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects. *Br J Addict* 1991;86: 867–76.
- Saunders, J, Aasland, O, Babor, TF, De La Fuente J, Grant M. (1993). Development of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
- SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*.

- SBU (2003). *Missbruk av androgena steroider – prevention och behandling*.
- Seltz, M., Radnitz, C., & Bauman, W.A. (2004). The relationship of spinal cord injury trauma to alcohol misuse: a study of monozygotic twins. *J Spinal Cord Med.*, 27(1), 18–21.
- Sigurdsson, JA, Getz, L, Hetlevik, I. (2004). Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. *Läkartidningen*, 101, 1412–1415.
- Sjöqvist, F., Rane, A. och Garle, M. (2008). Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society. *Lancet* 2008;371:1872–82.
- SKL (2010). *Vårdbarometern – Befolkningen syn på vården, Årsrapport 2009*.
- SKL (2010). *Nationell kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*.
- Skårberg, K. (2009). *Anabolic-androgenic steroid users in treatment: social background, drug use patterns, and criminality*. Örebro universitet.
- Sobell, L, & Sobell, M. (1993). *Problem drinkers – Guided Self Change Treatment*. The Guilford Press.
- Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Socialdepartementet (2009). *Regeringens åtgärdsprogram för ANDT-området*.
- Socialdepartementet (2010). *Regeringens åtgärdsprogram för ANDT-området*.
- Socialdepartementet och SKL (2010). *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården – Förslag till satsning 2011–2015*.
- Socialstyrelsen (1994). *Öppenvård för alkoholmissbrukare*.
- Socialstyrelsen (1996). *Kursändring i missbrukarvården – mot öppnare former*.
- Socialstyrelsen (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*.
- Socialstyrelsen (1997). *Hälsovård före, under och efter graviditet*.

- Socialstyrelsen (2000). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården – IKB 1999.*
- Socialstyrelsen (2000). *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten.*
- Socialstyrelsen (2002). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården – IKB 2001.*
- Socialstyrelsen (2003). *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård.*
- Socialstyrelsen (2003). *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling.*
- Socialstyrelsen (2004). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003 – IKB 2003.*
- Socialstyrelsen (2006). *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär.*
- Socialstyrelsen (2006). *Faktaunderlag till nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.*
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.*
- Socialstyrelsen (2007). *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem.*
- Socialstyrelsen (2008). *Missbruks- och beroendevårdens öppenvård – en nationell kartläggning.*
- Socialstyrelsen (2008). *Tvångsvården 2008 – Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008.*
- Socialstyrelsen (2008). *Kvalitetsutveckling i missbruks- och beroendevård.*
- Socialstyrelsen (2009). *Boendelösningar för hemlösa personer – en systematisk kartläggning av internationellt publicerade effektutvärderingar.*
- Socialstyrelsen (2009). *Kunskapsöversikt boende vid hemlöshet.*
- Socialstyrelsen (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009.*
- Socialstyrelsen (2009). *Skattning av problematisk narkotikaanvändning 2007.*
- Socialstyrelsen (2009). *ASI-manualen – anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning.*

- Socialstyrelsen (2009). *En ny vårdform – En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.*
- Socialstyrelsen (2010). *En fast punkt – Vägledning om boendelösningar för hemlösa personer.*
- Socialstyrelsen (2010). *Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendområdet.*
- Socialstyrelsen (2010). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2009.*
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni.*
- Solberg, LI, Maciosek, MV, Edwards, NM. (2008). Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med*, 34(2), 143–152.
- SoRAD (2007). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till 2006.*
- SoRAD (2009). *Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige 2008.*
- SoRAD *Tal om alkohol – en statistisk årsrapport från Monitorprojektet.* Ramstedt M, Boman U, Engdahl B, Sohlberg T, Svensson J. SoRAD.
- SOU 1948:23. *Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård mm.*
- SOU 1967:36. *Nykterhetsvårdens läge.*
- SOU 1968:55/56. *Bot eller böter.*
- SOU 1974:39. *Socialvården. Mål och medel.*
- SOU 1977:40. *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg: lagar och motiv.*
- SOU 1980:44. *Socialutskottets betänkande med anledning av bl.a. proposition 1979/80:1 Om socialtjänsten.*
- SOU 1981:7. *LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall.*
- SOU 1987:22. *Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget.*
- SOU 1987/88:25. *Om tvångsvård av vuxna missbrukare.*
- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård av psykiskt störda.*
- SOU 1994:24. *Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge.*
- SOU 1994:27. *Vård av alkoholmissbrukare.*
- SOU 1996:138. *Ny behörighetslag på hälso- och sjukvårdens område mm.*

- SOU 1999:21. *Lindqvist nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder.*
- SOU 2002:117. *Polisverksamhet i förändring – del 2, Utredningen om översyn av polisens arbetsuppgifter m.m.*
- SOU 2004:3. *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.*
- SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i en ny tid.*
- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.*
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar.*
- SOU 2007:72. *Kommunal kompetens i utveckling.*
- SOU 2006:91. *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare.*
- SOU 2008:7. *Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen.*
- SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik i socialtjänsten – till nytta för brukarna.*
- SOU 2008:37. *Vårdval i Sverige.*
- SOU 2008:120. *Bättre kontroll av missbruksmedel. En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning, m.m.*
- SOU 2008:127. *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning.*
- SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga.*
- SOU 2010:65. *Behörighet och kompetens.*
- Statens institutionsstyrelse (2008). *Årsrapport DOK 07. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2007.* SiS-Rapport.
- Statens Institutionsstyrelse (2009). *Årsrapport DOK08.* SiS-rapport.
- Stefancic, A; & Tsemberis, S (2007). Housing first for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. *The Journal of Primary Prevention.* 28(3–4); 265–79
- Stenius, K. (2009). *Missbruksvårdens politik och dess organisering och finansiering: erfarenheter från sju länder.* Rapport för Missbruksutredningen.
- Stenström, N. (2009). *Det drogförebyggande arbetet i Sverige. Rapport om det förebyggande arbetet mot alkohol, narkotika, tobaks-, och dopningsproblem.* Statens Folkhälsoinstitut.

- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan J. W., Huang, B. och Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence* 80:105–116.
- Suris, J.-C., & Parera, N. (2005). Sex, drugs and chronic illness: Health behaviours among chronically ill youth. *European Journal of Public Health*, 15, 484–488.
- Tariq, L, van den Berg, M, Hoogenveen, RT, van Baal, PH. (2009). Cost-effectiveness of an opportunistic screening program and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. *PLoS One*. 4(5), 5696.
- Tate, D.G., Forchheimer, M.B., Krause, J.S., Meade, M.A., & Bombardier, C.H. (2004). Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: risk factors and correlates. *Arch Phys Med Rehabil.*, 85(11), 1837–1847.
- Teesson, M., Hall, W., Lynskey, M. och Degenhardt, L. (2000). Alcohol- and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34:206–213.
- Tengström, A (2006). Ung och oberoende – en studie av Maria Umgdoms klienter. I: *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige?* MOB.
- Thiblin, I. (2011). Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning. I: *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6).
- Thiblin, I. och Pettersson, A. (2005). ”Pharmacoepidemiology of anabolic androgenic steroids: a review”. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, 19(1): 27–44.
- Thiblin, I. (2008). Yttrande över förekomst och vissa konsekvenser av illegalt användande av anabola androgena steroider. I: *Narkotikautredningens betänkande*, SOU 2008:120, bilaga 5.
- Thompson, B.L., Levitt, P., Stanwood, G.D. (2009). Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. *Nat. Rev. Neurosci.*, 10, 303–312.

- Titus, J.C., Schiller, J.A. & Guthman, D. (2008). Characteristics of youths with hearing loss admitted to substance abuse treatment. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13 (3) , 336–350.
- Tsemberis, S; Gulcur, L; & Nakae, M (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health, Research and Practice*, 94 (4), 651–6.
- Turner, A.P., Bombardier, C.H., & Rimmele, C.T. (2003). A typology of alcohol use patterns among persons with recent traumatic brain injury or spinal cord injury: implications for treatment matching. *Arch Phys Med Rehabil.* 84(3), 358–64.
- Vägverket (2008). *Alkoholrelaterad olycksstatistik. En beskrivning av vedertagen data.* PM från Vägverket, daterad 2008-02-04.
- Västerbottens läns landsting (2005). *Alkoholvanor bland patienter inom primärvården – relaterat till ångest och depression.* FoU-rapport.
- Västerbottens läns landsting (2006). *Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården.* FoU-rapport.
- Västerbottens läns landsting (2007). *Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa.* FoU-rapport.
- Västerbottens läns landsting (2008). *Alkoholvanor, tobaksbruk och psykisk ohälsa inom somatisk öppenvård.* FoU-rapport.
- Westermeyer, J., Kemp, K., & Nugent, S. (1996). Substance disorder among persons with mild mental retardation: A comparative study. *The American Journal on Addictions*, 5(1), 23–31.
- WHO (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization.*
- Wigzell, K. (1999). Personalen skyddas – inte klienterna. *DN Debatt.*
- Wilens T., Faraone S., Biederman J. & Gunawardene S. (2003). Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A meta-analytic Review of the Literature. *American Academy of Pediatrics* 111, 179–185.

- Winklbaaur, B., Kopf, N., Ebner, N., Jung, E., Thau, K., Fischer, G. (2008). Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. *Addiction*, 103, 1429–1440.
- Wright, A., Walker, J. (2001). Drugs of abuse in pregnancy. *Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 15, 987–998.
- Wutzke, SE, Shiell, A, Gomel, MK, Conigrave KM. (2001). Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med*, 52(6), 863–870.
- Wåhlin, S. (2009). Implementering av frågeformulär om levnadsvanor. *Allmän Medicin*, 4, 27–30.
- Wåhlin, S. (2009). Att samtala om alkohol. *Läkartidningen*, 37, 2289–2292.
- Young, M. E., Rintala, D. H., Rossi, C. D., Hart, K. A., & Fuhrer, M. J. (1995). Alcohol and marijuana use in a community-based sample of persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(6), 525–532.
- Zimmer, K. (2009). *AUDIT som instrument på screening av riskbruk och missbruk av alkohol. Litteraturstudie samt resultat av AUDIT-studie bland småbarnsföräldrar i Stockholms läns landsting.* Karolinska Institutet, Stockholm.
- Öjehagen, A. (2009 och 2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. I: *Kunskapen, Missbruket, Vården* (SOU 2011:6).
- Öjehagen, A. (2011). Psykosocial behandling vid alkohol- och narkotikaberoende. I: J. Franck och I. Nylander, *Beroendemedicin*, Studentlitteratur, under publicering.

Statens offentliga utredningar 2011

Kronologisk förteckning

1. Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. U.
2. Välfärdsstaten i arbete. Inkomsttrygghet och omfördelning med incitament till arbete. Fi.
3. Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. S.
4. Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. N.
5. Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. A.
6. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. S.
7. Transporter av frihetsberövade. Ju.
8. Den framtida gymnasiesärskolan – en likvärdig utbildning för ungdomar med utvecklingsstörning. U.
9. Barnen som samhället svek. Åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården. S.
10. Antidopning Sverige. En ny väg för arbetet mot dopning. Ku.
11. Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande. Fi.
12. Medfinansiering av transportinfrastruktur – utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. N.
13. Uppföljning av signalspaningslagen. Fö.
14. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011 – geologin, barriärerna, alternativen. M.
15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. S.
16. Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? Ju.
17. Förvar. Ju.
18. Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. M.
19. Tid för snabb flexibel inläring. U.
20. Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straffrättsligt samarbete. Dataskyddsrambeslutet, Europolanställdas befattning med hemliga uppgifter. Ju.
21. Utrikesförvaltning i världsklass. UD.
22. Spirit of Innovation. UD.
23. Revision av livsmedelskedjans kontrollmyndigheter. L.
24. Sänkt restaurang- och cateringmoms. Fi.
25. Utökat polissamarbete i Norden och EU. Ju.
26. Studiemedel för gränslös kunskap. U.
27. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – En bit på väg. N.
28. Cirkulär migration och utveckling – förslag och framåtblick. Ju.
29. Samlat, genomtänkt och uthålligt? En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punktskrift. A.
30. Med rätt att välja – flexibel utbildning för elever som tillhör specialskolans målgrupp. U.
31. Staten som fastighetsägare och hyresgäst. S.
32. En ny upphovsrättslag. Ju.
33. Rapportera, anmäla och avhjälpa missförhållanden – för barns och elevers bästa. U.
34. Etappmål i miljömålssystemet. M.
35. Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individens, kunskapen och ansvaret. S.

Statens offentliga utredningar 2011

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Transporter av frihetsberövade. [7]
Allmän skyldighet att hjälpa nödställda? [16]
Förvar. [17]
Dataskydd vid europeiskt polisiärt och straffrättsligt samarbete.
Dataskyddsrambeslutet, Europolanställas befattning med hemliga uppgifter. [20]
Utökat polissamarbete i Norden och EU. [25]
Cirkulär migration och utveckling
– förslag och framåtblick. [28]
En ny upphovsrättslag. [32]

Utrikesdepartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. [21]
Spirit of Innovation. [22]

Försvarsdepartementet

- Uppföljning av signalspaningslagen. [13]

Socialdepartementet

- Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. [3]
Missbruket, Kunskapen, Vården.
Missbruksutredningens forskningsbilaga. [6]
Barnen som samhället svek.
Åtgärder med anledning av övergrepp och allvarliga försummelse i samhällsvården. [9]
Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. [15]
Staten som fastighetsägare och hyresgäst. [31]
Bättre insatser vid missbruk och beroende
– Individ, kunskapen och ansvaret. [35]

Finansdepartementet

- Välfärdsstaten i arbete.
Inkomsttrygghet och omfördelning med incitament till arbete. [2]
Långtidsutredningen 2011. Huvudbetänkande. [11]
Sänkt restaurang- och cateringmoms. [24]

Utbildningsdepartementet

- Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. [1]
Den framtida gymnasiesärskolan
– en likvärdig utbildning för ungdomar med utvecklingsstörning. [8]
Tid för snabb flexibel inläring. [19]
Studiemedel för gränslös kunskap. [26]
Med rätt att välja
– flexibel utbildning för elever som tillhör specialskolans målgrupp. [30]
Rapportera, anmäla och avhjälpa missförhållanden – för barns och elevers bästa. [33]

Landsbygdsdepartementet

- Revision av livsmedelskedjans kontrollmyndigheter. [23]

Miljödepartementet

- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2011
– geologin, barriärerna, alternativen. [14]
Strålsäkerhet – gällande rätt i ny form. [18]
Etappmål i miljömålssystemet. [34]

Näringsdepartementet

- Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. [4]
Medfinansiering av transportinfrastruktur
– utvärdering av förhandlingsarbetet jämte överväganden om brukaravgifter och lånevillkor. [12]
Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – En bit på väg. [27]

Kulturdepartementet

- Antidopning Sverige.
En ny väg för arbetet mot dopning. [10]

Arbetsmarknadsdepartementet

- Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. [5]

Samlat, genomtänkt och uthålligt?

En utvärdering av regeringens nationella
handlingsplan för mänskliga rättigheter
2006–2009. + Lättläst + Daisy + Punkt-
skrift. [29]