

# Missbruks- och beroendevård

---

## Sammanfattande iakttagelser

- De alkoholrelaterade skadorna fortsätter att öka, särskilt bland kvinnor, och allt fler vårdas till följd av narkotikarelaterade diagnoser.
- Dödligheten i narkotikarelaterade diagnoser är väsentligt högre i Malmö, jämfört med Göteborg och Stockholm. Dödligheten i dessa diagnoser tycks vara starkt kopplat till missbruket av opiater, främst heroin, som är vanligare i Malmö än i de två övriga storstäderna.
- Den trend som tidigare har uppmärksammats, med en ökad prioritering av öppenvård i jämförelse med institutionsvård, håller i sig. Det innebär att antalet tvångsvårdade numera minskar.
- Det pågår en omfattande satsning inom missbruks- och beroendevården – med stöd av statliga medel – för att öka kunskapsnivån och användningen av evidensbaserade metoder samt för att utveckla praktiken. Även om satsningen är föremål för en utvärdering tycks de nationella riktlinjerna ha fått ett ökat genomslag.
- 2010 års öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården visar generellt stora regionala skillnader. Det område som är mest eftersatt är delaktighet. Indikatoren är en värdering av förekomsten av lokala riktlinjer och rutiner för bland annat brukarråd och vårdplaner.
- Nivåer på förskrivningen av verksamma läkemedel mot såväl alkoholberoende som opiatberoende tyder på en underförskrivning. Socialstyrelsen kan också notera stora regionala variationer i förskrivningsnivån.
- Antalet sprututbytesverksamheter är få och ur smittskyddssynpunkt är det angeläget att antalet verksamheter ökar.

Detta kapitel redogör för aktuell utveckling inom missbruks- och beroendevården och omfattar insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Slutligen beskrivs måluppfyllelsen inom följande kvalitetsområden [1,2,3]:

- tillgänglig vård och socialtjänst
- säker vård och rättssäker socialtjänst
- kunskapsbaserad vård och socialtjänst
- integritet och självbestämmande i socialtjänsten.

Ovanstående kvalitetsområden som handlar om God vård beskrivs mer utförligt i inledningskapitlet samt i bilaga 1.

## Aktuell utveckling

I detta avsnitt beskrivs utvecklingen inom såväl hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård som kommunernas stöd till målgruppen. Förstagångsvårdade, utskrivningar och förekomst av opiatmissbruk är några av måtten som kommenteras.

### Uppemot 100 000 personer med missbruk återfinns i samhällets stödsystem

Uppskattningsvis finns över 100 000 personer med missbruk i något av samhällets vård- och behandlingssystem. Ett rimligt antagande är att de flesta av dem har allvarliga missbruks- och beroendeproblem. Även om de olika uppgifterna till viss del överlappar varandra är följande uppgifter ändå intressanta:

- Antalet personer med missbruks- och beroendeproblem som är aktuella inom socialtjänsten beräknas vara fler än 50 000 [4]. Uppskattningen baseras dels på de över 28 000 personer som under ett år fick individuellt behovsprövade insatser och tvångsvård, dels på de som beräknas få rådgivning eller annat stöd utan biståndsbeslut i olika verksamheter.
- År 2009 fick cirka 36 600 personer med missbruks- och beroendeproblem insatser i slutenvård inom hälso- och sjukvården, varav nära 25 800 hade en alkoholdiagnos och 6 700 en narkotikadiagnos [5]. Bland dessa finns en grupp på cirka 4 100 personer som hade både en alkohol- och en narkotikarelaterad diagnos.
- I kriminalvården hade omkring 13 000 personer missbruks- och beroendeproblem den 1 april 2007<sup>10</sup>, varav 3 900 personer fanns på en anstalt och 9 000 i frivården [6].

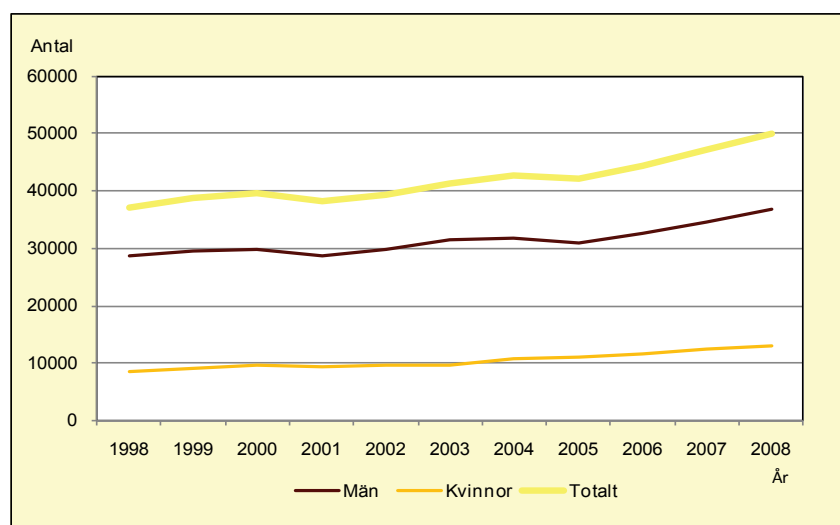
### Andelen kvinnor med alkoholskador ökar mest

Socialstyrelsen förfogar över flera register som kan ge information och underlag för ställningstaganden angående till exempel särskilda satsningar inom missbruks- och beroendevården på lokal, regional och nationell nivå. Med utgångspunkt i Socialstyrelsens hälsodataregister kan utvecklingen av missbruk och beroende beskrivas i termer av deras konsekvenser. Patientregistret innehåller uppgifter om den slutna sjukhusvården i Sverige, vilka som har vårdats och under vilken diagnos. Registret fångar inte in alla personer som har missbruks- och beroendeproblem, men ett tillräckligt stort antal för att översiktligt kunna beskriva den medicinska skadeutvecklingen och hur den förändras över tid. Inledningsvis beskrivs vården för personer med en alkoholdiagnos under perioden 1998 och 2008. Därefter beskrivs vården för dem med en narkotikadiagnos sedan slutet av 1980-talet.

---

<sup>10</sup> Senare uppgift saknas.

Figur 7:1. Antal utskrivningar från slutenvård där en alkoholdiagnos ingick, för kvinnor, män och totalt, åren 1998–2008



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 7:1 visar att det skedde en ökning av antalet alkoholrelaterade utskrivningar mellan 1998 och 2008. 1998 låg nivån strax över 37 000 utskrivningar, för att därefter öka till nära 50 000 år 2008 [5]. Det motsvarar en ökning med 34 procent. Flest utskrivningar gäller män, där antalet ökade från strax under 28 700 till nära 37 000 (28 procent). Antalet utskrivningar av kvinnor ökade från 8 500 till 13 000 (54 procent). Relativt sett var ökningen alltså kraftigare bland kvinnorna, men ökningen skedde från en väsentligt lägre nivå jämfört med männen. Kvinnornas andel av det totala antalet utskrivningar ökade från 23 till 26 procent.

Det genomsnittliga antalet vårdtillfällen ökade något för män, medan det förblev oförändrat bland kvinnor.

Ökningarna av utskrivningarna är tydligast bland yngre (–29 år) och äldre (50– år) personer. Åldrarna däremellan avviker i det avseendet att en tydlig minskning kan noteras. Minskningen skedde i huvudsak bland männen.

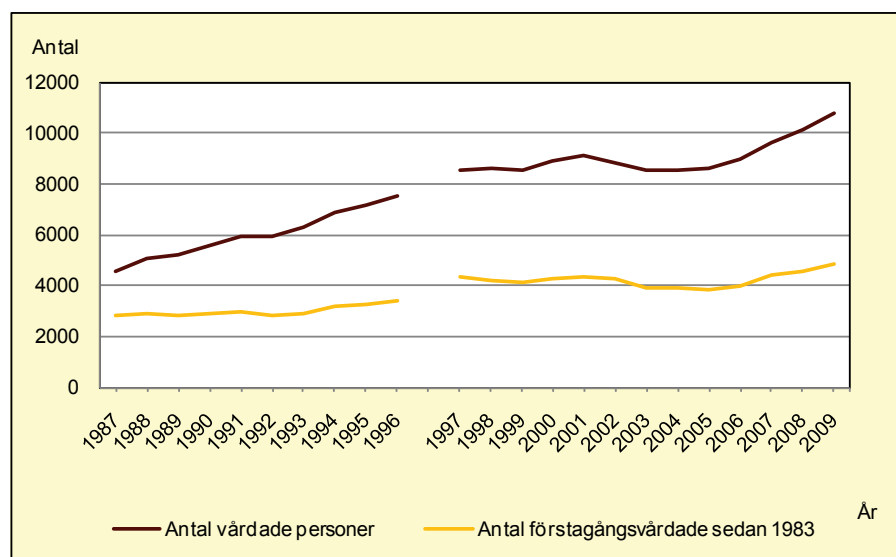
Det finns också stora skillnader mellan kvinnor och män i de olika åldersgrupperna, även om det finns en tendens att kvinnor och män överlag blir mer lika när det gäller utskrivningar för dessa diagnoser. I den yngsta åldersgruppen är skillnaderna mellan könen små, för att därefter successivt öka med stigande ålder.

### Ökande trend av förstagångsvårdade för narkotikaskador

Figuren nedan, som bygger på uppgifter i patientregistret, beskriver utvecklingen av narkotikaskador åren 1987–2009, det vill säga en period om 22 år.

Uppgifterna i figuren beskriver antal personer som erhöll vård per år (oavsett antal vårdtillfällen), där en narkotikadiagnos ingick. Ingen hänsyn tas till eventuella tidigare vårderfarenheter. Trenden är stigande med en plåtå i början av 2000-talet.

Figur 7:2. Antal patienter med narkotikadiagnos i slutenvård, totalt och första-gångsvårdade, 1987–2009



Brottet mellan tidsperioderna 1987–1996 och 1997–2009 kan hänföras till bytet mellan diagnoskoderna i ICD9 och ICD10. Den något högre nivån under den senare perioden förklaras av det nya kodsystemet.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifterna i figuren beskriver även antalet personer som sedan 1987 fick slutna vård för första gången, vilket således är ett mått på nya fall. Dessa personer skulle även kunna kallas för första-gångsvårdade. Två perioder med likartade nivåer kan noteras. Tillgängliga data visar också en ökande trend de senaste åren [5]. Efterfrågan på behandling för denna grupp nådde också sin högsta nivå under 2009 (4 850 individer). Under samma period ökade även befolkningen i antal och 1990 år var andelen första-gångsvårdade 0,36 per 1 000 invånare. År 2009 var motsvarande andel 0,52 per 1 000 invånare.

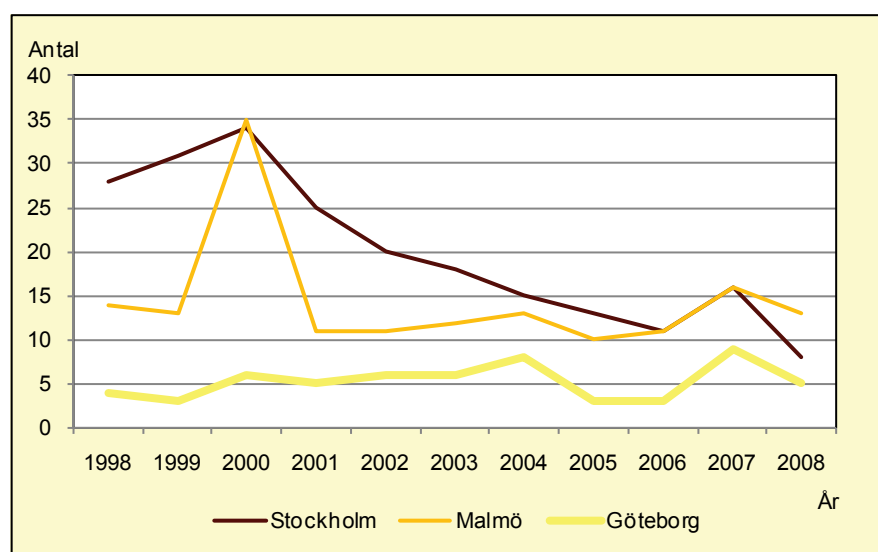
Med utgångspunkt i samtliga vårdtillfällen, som under perioden ökat från nära 8 000 till nästan 18 000, varierade kvinnornas andel mellan 31 och 36 procent utan någon tydlig trendriktning. 2008 uppgick andelen till 36 procent.

### Andelen opiatrelaterade dödsfall är högst i Malmö

Den vanligaste drogen bland personer med tyngre missbruk i Sverige har under lång tid varit amfetamin. Detta är fortfarande ett faktum. Med utgångspunkt i dödsorsaksstatistiken har situationen i de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö analyserats. Detta har sin bakgrund i att frågor har rests om den relativt höga narkotikarelaterade dödligheten i Malmö och om den antagna låga förekomsten av heroin i Göteborg.

Figur 7:3 visar att nivån för den totala narkotikarelaterade dödligheten var högst i Malmö kommun med 9,8 dödsfall per 100 000 invånare år 2008, följt av Stockholm (6,5 per 100 000) och Göteborg (6,2 per 100 000) [7]. Det kan finnas flera förklaringar till detta, till exempel narkotikamissbrukets omfattning och mönster, förekomsten av smittsamma sjukdomar och tillgången till hälsovård.

Figur 7:3. Antal opiatrelaterade dödsfall per 100 000 invånare i de tre storstads-kommunerna, 1998–2008



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter om opiatrelaterade dödsfall i de tre städerna bekräftar att heroin är relativt ovanligt i Göteborg. Det visar också att de högre nivåerna av narkotikarelaterad dödlighet i Malmö mycket väl kan förklaras av det faktum att heroin, med dess högre toxicitet, är vanligare där jämfört med de andra storstäderna. Summeras dödsfallen under perioden var andelen opiatdödsfall (jämfört med det totala antalet narkotikarelaterade dödsfall) 24 procent i Göteborg, 31 procent i Stockholm och 47 procent i Malmö, vilket placerar städerna i en rangordning där en stor andel av opiatrelaterade dödsfall sammanfaller med en högre nivå av total narkotikarelaterad dödlighet.

### Individuellt behovsprövade insatser dominerar socialtjänsten

I nedanstående tabell (tabell 7:1) presenteras utvecklingen 2003–2009 för frivillig vård, till exempel strukturerad dagvård, personligt stöd eller en kontaktperson. Åtgärder enligt tvångsvårdslagstiftningen redovisas i nästa avsnitt.

Antalet personer som beviljas *individuellt behovsprövade insatser* ökar. År 2009 beviljades närmare 28 200 sådana insatser, vilket var något fler än året dessförinnan. I det längre tidsperspektivet (2003–2009) ses en tydlig uppgång, drygt 20 procent [4].

Den 1 november samma år fick närmare 12 300 personer individuellt behovsprövade insatser, vilket var på samma nivå som året innan.

*Frivillig institutionsvård* är en insatsform som främst bedrivs hem för vård och boende (HVB). Sammanlagt genomfördes 11 477 inskrivningar i HVB under 2009, vilket var en minskning från år 2008 med närmare 5 procent.

Tabell 7:1. Socialtjänstens insatser inom missbruks- och beroendevård 2003–2009

| Typ av insats                              | 2003      | 2004    | 2005    | 2006    | 2007   | 2008    | 2009    |
|--------------------------------------------|-----------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|
| Individuellt behovsprövade insatser        | 23 400    | 24 600  | 25 800  | 26 000  | 25 700 | 27 900  | 28 200  |
| Inskrivningar i frivillig institutionsvård | 11 110    | 10 096  | 11 918  | 11 134  | 10 738 | 12 037  | 11 500  |
| Vårddygner i frivillig institutionsvård    | 1 016 892 | 897 441 | 868 512 | 893 064 | 873 44 | 952 311 | 864 500 |
| Inskrivningar i bistånd som avser boende   | 13 488    | 12 992  | 13 193  | 12 546  | 13 153 | 18 780  | 14 800  |

Källa: Vuxna med missbruksproblem och övriga vuxna 2009, Socialstyrelsen.

Under perioden 2003–2009 låg antalet inskrivningar relativt stilla och pendlade kring 11 000 per år. Antalet vårddygner, som kan ses som ett mått på verksamhetens omfattning, har minskat med 9 procent under det senaste året. Trenden från 2003 med minskande antal beviljade vårddygner tycks därför stå sig.

*Familjehemsvård* utgör ett alternativ till frivillig institutionsvård som berör relativt få personer. Den 1 november 2009 behandlades 198 personer i denna vårdform. På årsbasis erhöll sammanlagt 552 personer sådan vård, vilket var en minskning från föregående år med cirka 18 procent.

*Bistånd som avser boende* är beteckningen för ytterligare en insatsform, som redovisas i statistiken. Under 2009 genomfördes närmare 14 800 inskrivningar i denna insatsform. Det var en kraftig minskning från året innan med närmare 22 procent, men i det längre tidsperspektivet tycks antalet inskrivningar successivt öka.

Sammanfattningsvis har de individuellt behovsprövade insatserna fortsatt att öka, medan övriga institutions- och boendeinsatser har minskat. Möjligen kan detta sättas i samband med en starkare prioritering och medvetna satsningar på öppenvård.

## Tvångsvården minskar

Tvångsvård enligt LVM utgör en relativt liten del av institutionsvården. Antalet tvångsvårdade minskade radikalt från mitten av 1990-talet fram till början av 2000-talet, men har därefter ökat [5]. Det gäller särskilt åren 2005–2007. Denna ökning har sannolikt påverkats av statliga stimulansmedel. Sedan stödet upphörde har antalet vårdade minskat med 10 procent och år 2009 omfattades totalt 973 personer av tvångsvård enligt LVM (tabell 7:2).

Tabell 7:2. Antal utskrivna från LVM-vård samt andel kvinnor respektive män, 2003–2009.

|                   | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Antal personer    | 877  | 819  | 822  | 970  | 1028 | 1081 | 973  |
| Andel kvinnor (%) | 31   | 35   | 34   | 34   | 35   | 32   | 33   |
| Andel män (%)     | 69   | 65   | 66   | 66   | 65   | 68   | 67   |

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Institutionsvård, både i frivillig form och med tvång, har således minskat samtidigt som individuellt behovsprövade insatser och antalet klienter ökar. Det betyder att den trend som observerades tidigare under 2000-talet återigen är märkbar. Tidigare har bland annat kostnadsskäl och skepsis mot institutionsvårdens effektivitet framförts i diskussionerna om skälen till den prioritering som sker av öppenvård. Huruvida prioriteringen av öppenvård är till gagn för den enskilde är oklart.

### Svag kostnadsutveckling för socialtjänstens missbruks- och beroendevård

Socialtjänstens kostnader för missbruks- och beroendevården uppgick 2009 till cirka 5,5 miljarder kronor [8]. Landstingets kostnader för missbruksvården år 2007 har beräknats uppgå till cirka 6–7 miljarder kronor [9].

Kostnaderna för missbruks- och beroendevården ökade med drygt 1 procent under tidsperioden 2005–2009 (tabell 7:3).

Tabell 7:3 Kostnadsutveckling för insatser till vuxna i missbruks- och beroendevården, 2005–2009, 2009 års priser, miljoner kronor samt procent

| Insatser                                 | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | Förändring<br>05–09,<br>mnkr | Förändring<br>05–09,<br>% |
|------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------|---------------------------|
| <b>Vuxna med miss-<br/>bruk/beroende</b> | 5 476 | 5 743 | 5 759 | 5 814 | 5 534 | 58                           | 1,1                       |
| Institutionsvård                         | 2 309 | 2 467 | 2 430 | 2 430 | 2 352 | 43                           | 1,9                       |
| Familjehemsvård                          | 155   | 174   | 160   | 179   | 173   | 18                           | 11,4                      |
| <b>Öppna insatser</b>                    |       |       |       |       |       |                              |                           |
| Bistånd som avser<br>boende              | 1 414 | 1 446 | 1 535 | 1 471 | 1 399 | –15                          | –1,1                      |
| Individuellt behovs-<br>prövade insatser | 788   | 840   | 808   | 852   | 878   | 90                           | 11,4                      |
| Övriga öppna insat-<br>ser               | 809   | 815   | 826   | 882   | 732   | –77                          | –9,5                      |

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2005–2009, SCB.

Under det senaste året har dock kostnaderna sjunkit med 5 procent [8]. Minskningarna gäller samtliga områden av verksamheten, med undantag för individuellt behovsprövade insatser. Betraktas kostnadsutvecklingen för socialtjänstens övriga verksamhetsområden under perioden 2005–2009 framgår det att missbruks- och beroendevården hade en svag kostnadsut-

veckling jämfört med andra områden inom individ- och familjeomsorgen. Missbruks- och beroendevården är det enda området där det skedde en total minskning av kostnaderna under perioden 2008–2009.

## Tillgänglig vård och socialtjänst

### Kommunernas information behöver förbättras

Socialstyrelsen har granskat informationen om missbruks- och beroendevård på samtliga kommuners och landstings webbplatser [9]. Avsikten är att bedöma hur tillgänglig och fyllig informationen om missbruks- och beroendevård är. Grundläggande frågor är om det finns information om vart personer kan vända sig för att få rådgivning och vilka insatser som erbjuds.

Granskningen visar att knappt en tredjedel av kommunerna får godkänt när det gäller att enkelt hitta fyllig information. Ytterligare en tredjedel av kommunerna har hemsidor där det finns viss information, men som ändå har förbättringspotential. Slutligen kan en tredjedel betraktas som underkända. Jämförelsen visar även stora skillnader mellan stora och små kommuner när det gäller informationen på hemsidorna. Omkring hälften av de godkända kommunerna återfinns i storstadslänen, Stockholm, Västra Götaland och Skåne.

Granskningen av landstingens hemsidor visar att det finns ett omfattande behov av att förbättra informationen. Fyra landsting får högsta poäng i webbgranskningen och klart godkänt. Ytterligare sex landsting får godkänt, men kan förbättra sina hemsidor. Hälften av landstingen uppfyller inte något av sökkriterierna och är underkända.

Att utveckla informationen på webbsidan är ett viktigt steg i att öka tillgängligheten till missbruks- och beroendevården och för att ge den enskilde lättillgänglig information om de insatser som erbjuds.

## Säker vård och rättssäker socialtjänst

I nedanstående avsnitt redogörs för indikatorn patient- och klientsäkerhet inom ramen för öppna jämförelser samt sprutbytesverksamheter.

### Stor förbättringspotential för klient- och patientsäkerhet

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården rekommenderas ett flertal bedömningsinstrument för att på ett säkert sätt identifiera och bedöma den enskildes problem och behov av hjälp [10]. Detta återkommer även i Socialstyrelsens arbete med öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården [9]. För värdering av förutsättningarna för klient- och patientsäkerhet ställs tretton enkätfrågor, varav sju rör policy och användning av instrument för screening, bedömning av problemtyngd och hjälpbehov samt uppföljning av enskilda ärenden. Av 259 svarande kommuner och kommundelar uppgav 45 procent att de har en fastställd och dokumenterad policy för att använda något av de rekommenderade instrumenten för upptäckt av missbruks- och beroendeproblematik, och 75 procent att de har en sådan policy för bedömning av problemtyngd och hjälpbehov. Vidare uppgav 65 procent att de har en fastställd och dokumenterad policy som anger att de

ska använda instrumenten för uppföljning av enskilda klienter. Endast 30 procent uppgav att de använder instrumenten för planering och uppföljning på verksamhetsnivå. Övriga sex frågor inom området rör hanteringen av fel och brister samt klagomål inom verksamheten. Drygt 80 procent av de svarande 259 kommunerna och kommundelarna uppgav att de har en fastställd och dokumenterad rutin för att samla in synpunkter och klagomål från klienter och anhöriga. En motsvarande rutin för att samla in uppgifter om fel och brister i verksamheten som påtalats av personal har endast hälften av de svarande.

### **Sprututbytesprogram viktiga för att motverka blodsmitta**

Intravenöst drogmissbruk är den största riskfaktorn för blodsmitta av hiv, hepatiter och andra blodburna infektioner utanför sjukvården. För att motverka hiv-epidemin bland människor med intravenöst missbruk startades på 1980-talet sprututbytes- eller sprututdelningsprogram i olika former på flera platser i västvärlden, och i dag finns sådana program över stora delar av världen. År 1986 startade en sprututbytesverksamhet i Lund och året därpå i Malmö. I båda fallen bedrivs verksamheterna vid infektionsklinikerna i respektive stad. Fram till 2006 tilläts inga andra sprutbytesverksamheter starta i Sverige.

Det primära målet med sprututbytet är att förebygga spridning av hiv och andra blodburna infektioner bland personer med intravenöst missbruk. Verksamheten ska också arbeta med att motivera dem som deltar i sprututbytet att bryta sitt missbruk och ta emot vård och behandling. Därför ställs krav på att personalen har infektionsmedicinsk kompetens, beroendemedicinsk kompetens och psykosocial kompetens.

Sedan den 1 juli 2006 ger lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler alla landsting möjlighet att bedriva sprututbytesverksamhet, om ett tillstånd beviljas av Socialstyrelsen [11]. För närvarande (2010-12-31) har endast Region Skåne ansökt om och beviljats tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet vid infektionsklinikerna i Malmö och Lund, som ju startade som försöksverksamhet redan på 1980-talet, samt vid en verksamhet i Helsingborg, som startade hösten 2010. Stockholms läns landsting beslutade i juni 2010, att inom ramen för en bredare satsning på förebyggande och hälsofrämjande insatser till missbrukare, införa ett tidsbegränsat sprututbytesprojekt. Diskussion om införande av sprututbytesprogram pågår för närvarande även i flera andra landsting.

Socialstyrelsen bedömer att antalet sprutbytesverksamheter bör öka. Sprutbytesverksamheter är en viktig hälsopolitisk insats och motverkar smittspridningen av hepatit och hiv bland missbrukare.

### **Kunskapsbaserad vård och socialtjänst**

I detta avsnitt diskuteras statliga satsningar och dess effekter samt läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och opiatmissbruk.

## Statliga satsningar har fått positiva effekter

Fördelningen av statligt stöd i form av bland annat organisationsstöd och stimulansmedel utgör en viktig beståndsdel i utvecklingen av missbruks- och beroendevården. Det statliga stödet innefattar särskilda satsningar, årligt verksamhetsbidrag till rikstäckande organisationer som bedriver frivilligt arbete inom alkohol- och drogområdet samt årliga projektbidrag till frivilligorganisationer för att förebygga alkohol- och drogmissbruk.

## Verksamhetsbidrag får tydligare mål och styrning

Riksrevisionen har genomfört en effektivitetsgranskning av statens alkoholpolitik med fokus på barns- och ungas alkoholkonsumtion [12]. Granskningsrapporten publicerades i november 2010. Huvudkonklusionen i rapporten är följande:

”Riksrevisionens granskning ger inget underlag för att hävda att bidragsgivningen till förebyggande projekt och stödet till tillsynen skulle ha någon större påverkan på barns och ungas alkoholkonsumtion”.

Detta illustrerar behovet av att dokumentera resultat av insatserna så att samhällets resurser kan kanaliseras dit effekterna är störst. Riksrevisionen anser vidare att det bör satsas på färre, större och mer långsiktiga projekt. Därtill pekas på behovet av att styra över det statliga stödet till insatser som har belagda effekter på alkoholkonsumtionen, till exempel tillgångsbegränsning. Socialstyrelsens verksamhetsbidrag till de ideella organisationerna har från och med i år inriktats mot mål- och resultatstyrning. Det är en process som involverar de ideella organisationerna, med syfte att göra processen så tydlig och transparent som möjligt.

## Nationella riktlinjer får allt större genomslag

Under hösten 2008 inledde Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett projekt vid namn ”Kunskap till praktik”, som alltså pågår. Utgångspunkten är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [10]. Projektet, som bygger på en överenskommelse med regeringen, syftar till att ge kommuner och landsting gemensamma förutsättningar för att införa riktlinjerna. SKL har i sin tur upprättat avtal med samtliga landsting samt kommun- och regionförbunden i länen, och i avtalen ingår bland annat att finansiera processledare. I avtalen har också ingått att tillsätta styrgrupper på länsplanet med chefer från socialtjänst, primärvård, psykiatri och beroendevård. Samverkan med kriminalvård och Statens institutionsstyrelse (SiS) förutsätts också. En väsentlig del i projektet är utbildning och kompetensutveckling.

Inom ramen för projektet har en omfattande organisation skapats i syfte att utveckla en evidensbaserad praktik i samverkan mellan kommuner och landsting. Vid utgången av 2010 beräknas närmare 10 000 personer ha deltagit i baskursen. Lunds universitet utvärderar för närvarande effekterna av

satsningen, på uppdrag av Socialstyrelsen. Utvärderingen beräknas vara klar i slutet av 2011.

Hösten 2010 publicerade Socialstyrelsen en preliminär version av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder [13]. Ett stort antal rekommendationer om matvanor, fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol och tobak redovisades med inriktning på hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga ohälsa. En slutlig version av riktlinjerna beräknas vara klar under våren 2011. Under 2011 kommer även en revidering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården att påbörjas. Ytterligare resonemang om riktlinjerna förs i kapitlet om hälso- och sjukvård.

## Låg förskrivning av läkemedel vid behandling av alkohol- och opiatmissbruk

I tidigare lägesrapporter kommenterades förskrivningen av läkemedel som används mot alkoholberoende (substanserna Akamprosot och Naltrexon) [14,15]. Preparaten rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer, bland annat för att de minskar alkoholsug och risk för återfall [10]. År 2009 förskrevs drygt 13 000 personer något av dessa preparat (tabell 7:4) [16]. Preparaten förskrivs dock, enligt Socialstyrelsens uppfattning, i låg omfattning satt i relation till antalet personer som kan antas ha behov av dem. Det råder en osäkerhet om hur många personer i befolkningen som är alkoholberoende, men det torde röra sig om en vida större population.

*Tabell 7:4. Antal personer som förskrevs Akamprosot och Naltrexon under åren 2006–2009*

| Typ av Läkemedel | Antal individer 2006 | Antal individer 2007 | Antal individer 2008 | Antal individer 2009 |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Akamprosot       | 7 020                | 7 240                | 7 750                | 7 530                |
| Naltrexon        | 4 710                | 5 780                | 6 020                | 5 830                |
| Disulfiram       | 14 870               | 14 680               | 15 240               | 14 710               |
| <b>Totalt</b>    | <b>11 730</b>        | <b>27 700</b>        | <b>29 010</b>        | <b>28 070</b>        |

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Det totala antalet personer som förskrevs något av de ovan beskrivna läkemedlen mot alkoholberoende uppgick 2009 till cirka 28 100. Majoriteten av personerna var 50 år eller äldre och det övergripande mönstret är att förskrivningen ökar med stigande ålder. Det gällde för kvinnor såväl som män. Kvinnornas andel var 30 procent.

Det är främst två läkemedel som förskrivs mot opiatmissbruk, Buprenorfin och Metadon. Antalet personer som får dessa läkemedel ökar, sannolikt som en följd av ökad kännedom om behandlingens positiva effekter [17]. År 2009 förskrevs preparaten till totalt 3 660 personer, fördelat på 1 750 uttag av Metadon och 1 920 av Buprenorfin [16]. Antalet personer som fått Buprenorfin har ökat med över 30 procent sedan 2006. Ökningen för metadon är inte lika hög, men ändå betydande.

År 2006 – som var det första hela år som data registrerades i läkemedelsregistret – fick totalt 2 760 personer förskrivet antingen Metadon (1 270)

eller Buprenorfin (1 490) någon gång under året (tabell 7:5). Av dessa var 28 procent kvinnor och 72 procent män. Det betyder att Metadon hade en större relativ ökning mellan 2006 och 2009, jämfört med Buprenorfin.

*Tabell 7:5: Antal personer som har förskrivs Buprenorfin respektive Metadon under åren 2006–2009, avrundade värden*

| Typ av läkemedel | Antal individer<br>2006 | Antal individer<br>2007 | Antal individer<br>2008 | Antal individer<br>2009 |
|------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Buprenorfin      | 1 490                   | 1 580                   | 1 650                   | 1 920                   |
| Metadon          | 1 270                   | 1 460                   | 1 770                   | 1 750                   |
| <b>Totalt</b>    | <b>2 760</b>            | <b>3 040</b>            | <b>3 180</b>            | <b>3 670</b>            |

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att underhållsbehandlingen för personer med opiatberoende har ökat i omfattning. Den ojämförligt största gruppen är män i åldersspannet 30–49 år. Andelen kvinnor ökade något under denna relativt korta period, till 29 procent, jämfört med 28 procent de föregående åren. En tydlig skillnad är att de yngsta (–29 år) huvudsakligen förskrivs Buprenorfin, medan de som är äldre övervägande förskrivs Metadon. Bilden är likartad för kvinnor såväl och män.

### *Stora regionala skillnader i läkemedelsassisterad behandling av alkohol- och opiatberoende*

Förskrivningen av läkemedel som används vid beroendetillstånd och missbruk och som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ytterligare en indikator som används i öppna jämförelser för att bedöma verksamhetens kvalitet [9]. Förskrivningsnivåerna är nära dubbelt så höga för personer med ett diagnostiserat opiatmissbruk jämfört med alkoholmissbruk (22 procent för alkohol och 41 procent för opiater i riket år 2009). I öppna jämförelser har uppgifter om förskrivningen av dessa läkemedel insamlats på länsnivå. Sammanställningen visar stora regionala variationer i förskrivning, särskilt när det gäller läkemedel för opiatmissbruk.

## Självbestämmande och integritet i socialtjänsten

### Delaktigheten är sämre i mindre kommuner

Delaktighet är ett av de kvalitetsområden som beskrivs i handboken ”God kvalitet i socialtjänsten” [2]. Av handboken framgår:

”Att tjänsterna ska bygga på respekt för människors självbestämmande understryker vikten av att genomförda insatser utgår ifrån och bidrar till, att den enskilde klienten både kan och vill styra sitt eget liv”.

Inom ramen för öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården ställdes fyra enkätfrågor om policy och rutiner för bland annat brukarråd och vårdplaner [9]. Svaren har vägts ihop till ett samlat kvalitetsomdöme. Delaktighet är det område där kommunerna uppnår det lägsta medelvärdet, 2,7 av 5 möjliga, för riket. En fråga som ställdes i enkäten var om det finns

en fastställd och dokumenterad policy om att aktivt verka för brukarinflytande på verksamhetsnivå genom till exempel brukarråd, brukarrevisioner eller deltagande i en referens- eller styrgrupp. Av svarande kommunerna och kommundelarna (259 stycken) uppgav endast 20 procent att de har en sådan policy som anger att de aktivt ska verka för brukarinflytande i verksamheten. Rutiner för strukturerade och systematiserade uppföljningssamtal och/eller avslutande samtal i enskilda ärenden uppgav endast drygt hälften (55 procent) av de svarande att de har. Anmärkningsvärt få, 58 procent, uppgav också att de har en fastställd och dokumenterad rutin för hur klienter och handläggare gemensamt utarbetar vårdplanen.

## Helhetssyn, samordning och kontinuitet

### Flest gemensamt drivna beroendeenheter finns i Stockholmsområdet

Arbetet med öppna jämförelser inom socialtjänsten, när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser, har avgränsats till att omfatta den beroendevård som bedrivs av landsting och kommuner gemensamt.

I ungefär hälften av landstingen finns beroendeenheter som drivs tillsammans med en eller flera kommuner [9]. Uppskattningsvis finns omkring 50 sådana enheter i landet, varav en betydande andel återfinns i Stockholms län. Denna ojämna förekomst kan också ses som ett uttryck för de regionala skillnader inom området som har påtalats tidigare, bland annat i Socialstyrelsens tidigare lägesrapporter [14,15].