

Missbruks- och beroendevård

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för hur missbruks- och beroendevården har utvecklats sedan den förra lägesrapporten 2013. Till de missbruks- och beroenderelaterade verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvården hör bland annat tillnyktringsverksamhet och abstinensvård som bland annat omfattar åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, exempelvis olika aktiviteter i dagverksamheter, arbetsrehabilitering och vård i behandlingshem. I vissa fall kan en person med missbruks- eller beroendeproblem även vårdas mot sin vilja, vilket regleras i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Andelen unga som dricker alkohol har fortsatt att sjunka. Ungefär hälften av alla niondeklassare och knappt 80 procent av gymnasieeleverna uppger att de har druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Motsvarande andelar för tio år sedan var cirka 73 respektive 90 procent.
- Allt fler dör med en narkotikarelaterad diagnos. De narkotikarelaterade dödsfallen var 529 stycken år 2012, varav 134 kvinnor och 395 män. Nivån är den högsta någonsin, även i relation till befolkningsutvecklingen.
- Omfattningen av tvångsvården enligt LVM har minskat i ett längre tidsperspektiv. Totalt har antalet utskrivningar minskat med cirka 50 procent sedan 1994.
- Socialtjänstens tillämpning av tvångsvård visar på skillnader på regional nivå. Socialstyrelsen kan konstatera att tvångsvårdens fördelning inte har något samband med höga nivåer av missbruk i länen.
- Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser uppger drygt 70 procent av kommunerna att de regelbundet erbjuder stöd till de anhöriga till sina patienter med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen konstaterar att både kommuner och landsting fortfarande kan bli bättre på att kartlägga målgrupperna och deras behov samt att följa upp det egna arbetet inom missbruks- och beroendevården.

Nationell strategi styr utvecklingen

Regeringens strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) perioden 2011–2015 har som mål att samhället ska vara fritt från narkotika och dopning. Dessutom vill regeringen minska tobaksbruket och de medicinska och sociala skador som orsakas av alkohol. Det övergripande målet har brutits ned till sju långsiktiga politiska mål med en rad delmål. Följande långsiktiga mål bedöms ha särskild relevans för Socialstyrelsens verksamhet:

- Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak (mål nr 2).

- Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska (mål nr 4).
- Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet (mål nr 5).
- Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska (mål nr 6).

Aktuell utveckling

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen bland annat för den aktuella utvecklingen när det gäller konsumtionsmönster och dödlighet kopplat till missbruk i befolkningen. Vi berör även den pågående utredningen om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Andelen unga som dricker alkohol fortsätter att sjunka

Andelen unga som dricker alkohol fortsätter att sjunka och ligger i dag på den lägsta nivå som någonsin uppmätts i Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings mätningar.⁴⁸ I senaste mätningen uppger ungefär hälften av alla niondeklassare och knappt 80 procent av gymnasieeleverna att de har druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Motsvarande andelar för tio år sedan var cirka 73 respektive 90 procent. Alkoholkonsumtionen har också fortsatt att minska och ligger i dag i årskurs 9 på cirka hälften av den nivå som uppmättes i början av 00-talet (då nivåerna var som högst) [1].

Ökad riskkonsumtion och ökade missbruksrelaterade problem bland äldre

Socialstyrelsen anser att missbruks- och beroendevården bättre behöver möta äldre med missbruksrelaterade problem. Äldre har tidigare druckit mindre alkohol än yngre. Men enligt en epidemiologisk studie [2] är de som i dag är 60–70 år, som ofta har god ekonomi och ordnade förhållanden, och som har vuxit upp med en liberal syn på alkohol, mellanöl och hasch, en specifik riskgrupp för missbruks- och beroendeproblem. De har tidigt etablerat relativt höga konsumtionsnivåer och riskerar att få ökade problem vid inträdet i pensionsåldern.

Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

Hösten 2012 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av den läkemedelsassisterade behandlingen av personer med opiatberoende, även kallad LARO-behandling. Resultaten visade att behandlingsformen hade ökat i omfattning, och att det fanns stora regionala skillnader när det gällde behandlingens tillgänglighet. En annan slutsats var att flera frågor behövde fördjupas, bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS

⁴⁸ Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har haft ansvaret för mätningarna sedan 1986.

2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende och för registreringen i Socialstyrelsens läkemedelsregister [3]. Enligt Socialstyrelsens läkemedelsregister har en ökning skett av antalet LARO-patienter de fem senaste åren, från cirka 3 150 personer 2008 till cirka 3 700 personer 2012.

Våren 2013 gav regeringen Socialstyrelsen ett förnyat uppdrag att öka kunskapen om behandlingsformen. Aspekter som ska belysas är behandlingens omfattning och tillgänglighet, förskrivningen av de aktuella läkemedlen, eventuellt läckage av läkemedlen och de dödsfall som bedöms vara relaterade till läkemedlen. Även möjligheten att göra uppföljningar på individnivå ska belysas. Myndigheten avser att i samband med detta uppdrag genomföra en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27). Som en del av översynen har Socialstyrelsen genomfört en hearing med profession, experter och brukare.

Uppdraget befinner sig i uppstartsfasen, och ännu finns inga delresultat färdiga. Viktiga pågående aktiviteter är dock en inventering av LARO-verksamheterna i landet samt en enkät med syfte att närmare beskriva tillgängligheten till behandlingen och behandlingens innehåll. Dessutom har uppgifter om polisbeslag av LARO-läkemedel börjat samlas in. Genom informationen på de beslagtagna förpackningarna kan detta sannolikt bidra till att närmare beskriva läkemedlens ursprung. Även dödligheten i och utanför programmen ska studeras och kopplas till läkemedelseffekter.

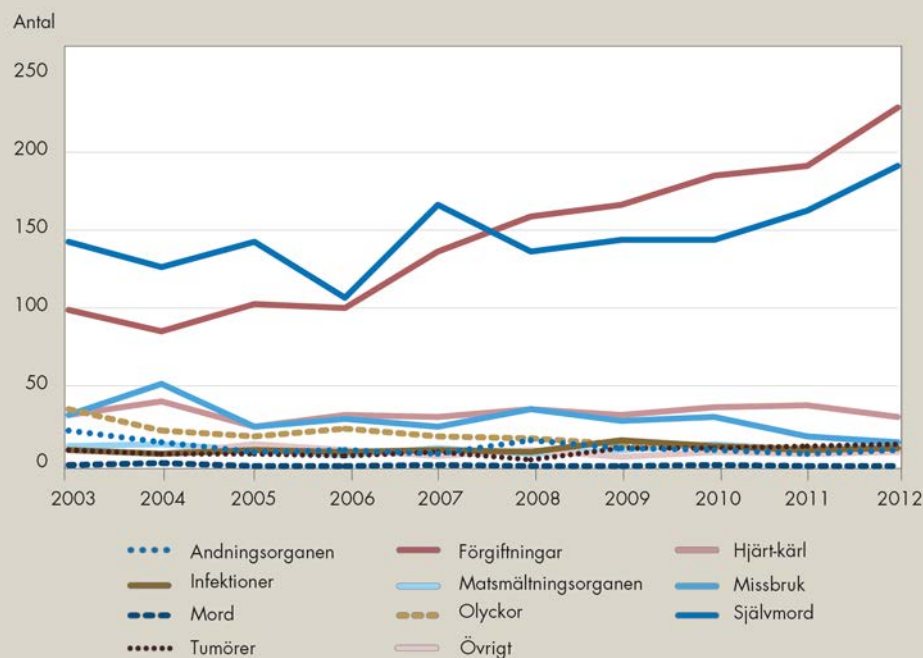
De narkotikarelaterade dödsfallen ökar

Allt fler dör med en narkotikarelaterad diagnos. År 2012 var de narkotikarelaterade dödsfallen 529 stycken, varav 134 kvinnor och 395 män. Nivån var den högsta någonsin, även i relation till befolkningsutvecklingen. Figur 6:1 visar dödsfallen fördelade på den underliggande dödsorsaken.

En viktig förklaring till ökningen är de dödsfall som faller in i kategorin förgiftningar och som kan avse både traditionella gatudroger och läkemedel. En annan betydande kategori i sammanhanget har varit och är i ökande grad självmord (inkluderar även skadehändelser med oklar avsikt).

Figur 6:1. Narkotikarelaterade dödsfall och underliggande dödsorsak

Antal drogrelaterade dödsfall per år och underliggande dödsorsak, 2003–2012.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Statistiken innehåller också dödsfall där drogen inte har något tydligt medicinskt samband med själva dödsfallet, som till exempel tumörsjukdomar (87 stycken 2003–2012) och mord (5 stycken 2003–2012). Förklaringen till att dessa dödsfall räknas som narkotikarelaterade ligger i konstruktionen av det index som används för narkotikarelaterad död; det räcker med att minst en dödsorsak räknas som narkotikarelaterad oberoende av dess förklaringsvärde. Det kan handla om en bidragande dödsorsak men där den underliggande och huvudsakliga dödsorsaken är någon annan, till exempel självmord. Summeras de dödsfall som enligt de underliggande dödsorsakerna har sin förklaring i andningsorganens sjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar, mord, självmord, tumörsjukdomar och övriga sjukdomar, så utgjorde dessa hälften av de narkotikarelaterade dödsfallen.

Den sammantagna bilden är att de dödsfall som räknas in i den officiella statistiken har en avsevärd variationsbredd när det gäller kopplingen till preparaten i fråga. I ena änden av spektrumet kan det finnas fall där kopplingen är mycket direkt i form av överdoser, medan det i den andra änden kan handla om förekomsten av ett narkotiskt läkemedel för till exempel smärtbehandling. Ökningen är dock i sig alarmerande, och frågan kommer att vara föremål för fördjupade analyser bland annat inom Socialstyrelsens så kallade LARO-projekt.

Barn i familjer med missbruk

Det saknas ofta ett familje- och föräldraskapsperspektiv i missbruks- och beroendevården. Forskning har visat att en rad kända riskfaktorer är vanligare i familjer med missbruk än i andra familjer, till exempel psykisk ohälsa och våld. Barn med föräldrar med alkoholproblem utvecklar oftare än andra själva missbruk som unga vuxna [4].

När det gäller barn och unga i familjer med missbruk har Socialstyrelsen initierat och stödjer ett utvecklingsarbete i fem kommuner som handlar om att samordna socialtjänstens utredningar och insatser för barn och föräldrar i familjer med missbruk eller beroende.

I utvecklingsarbetet ska kommunerna ta fram rutiner och samordnade arbetssätt så att

- barn som lever i familjer med missbruk upptäcks så tidigt som möjligt
- utredningar genomförs med tvärprofessionell kompetens
- insatser för adekvat stöd erbjuds till såväl barn, föräldrar som hela familjen
- systematisk uppföljning genomförs.

Utvecklingsarbetet påbörjades i november 2012 och pågår till och med första halvåret 2014 [5].

Socialstyrelsen har också ett nära samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Inom ramen för SKL:s satsning Kunskap till praktik finns det processledare i alla län. De har dels kartlagt föräldrar i missbruks- och beroendevården och deras barn, dels genomfört en fördjupningsutbildning för ett förstärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården [6].

Socialstyrelsen har även genomfört en registerstudie om förekomsten av alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser bland spädbarn och mödrar (fetalt alkoholsyndrom) för åren 2001–2010.⁴⁹ Totalt fick 37 individer diagnosen fetalt alkoholsyndrom (FAS) under denna tioårsperiod. Drygt hälften, 20 individer, fick diagnosen när de var äldre än 16 år. Studien visar även att det finns stora regionala skillnader, 10 diagnoser sattes i Västra Götalandsregionen, 6 i Region Skåne och 4 i Stockholms läns landsting [7].

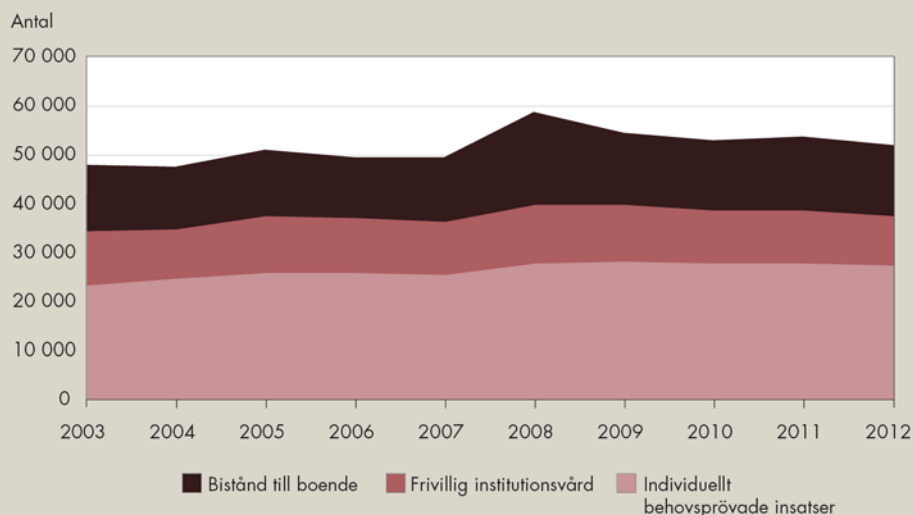
Vad socialtjänststatistiken visar

Med Socialstyrelsen officiella statistik för 2012 som utgångspunkt redovisar Socialstyrelsen här vad som hänt inom socialtjänsten sedan föregående år och hur utvecklingen ser ut i ett längre perspektiv.

Figur 6:2 ger en översiktlig bild av hur av de tre vanligaste insatserna för socialtjänstens biståndsbeslut inom missbruks- och beroendevård har utvecklats under de senaste tio åren.⁵⁰

⁴⁹ Registerbearbetningen rör medicinska födelseregistret (MFR) och patientregistret (PAR).

⁵⁰ Individuellt behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård och bistånd som rör boende redovisas endast som mängdstatistik i registren. Därför går det inte att se hur många personer som hade minst en av de redovisade insatserna från socialtjänsten.

Figur 6:2. Antal inskrivningar och bistandsbeslut till öppenvård 2003–2012

Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2003–2012, Socialstyrelsen.

Jämförelser med föregående statistiskår visar att det har skett små förändringar i antalet insatser från socialtjänsten för den aktuella målgruppen. Tabell 6:1 visar dock att samtliga insatser enligt SoL, utom frivillig institutionsvård, har minskat något sedan 2011.

Av de vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem som hade pågående insatser den 1 november 2012 hade drygt 6 200 personer bistånd för boende (en ökning med 3 procent) och cirka 11 200 personer hade individuellt behovsprövade öppna insatser (en minskning med drygt 1 procent).

Tabell 6.1. Antal kvinnor och män som den 1 november år 2011 och 2012 har fått behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård, bistånd som avser boende samt tvångsvård på institution.

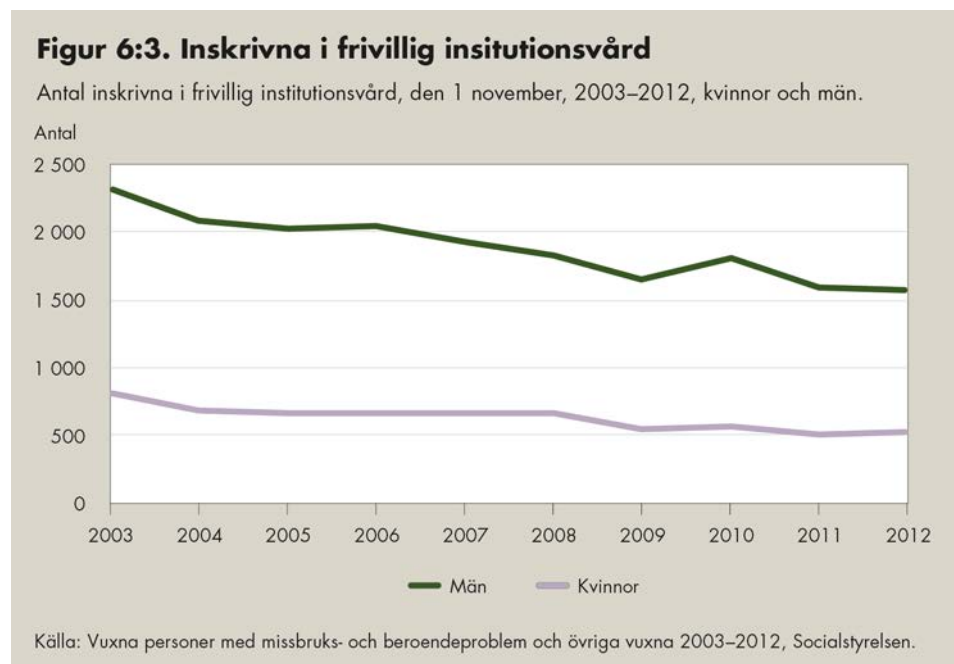
Procentuell förändring mellan 2011 och 2012. Avrundade värden.

Län	2011	2011	2012	2012	Förändring år 2011–2012 (%)
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Både kvinnor och män (total grupp)
Individuellt behovsprövade insatser	3 500	7 800	3 400	7 800	-1
Frivillig institutionsvård	500	1 600	500	1 600	0
Bistånd till boende	1 400	4 600	1 450	4 750	3
Tvångsvård på institution	110	170	85	165	-11

Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2011–2012, Socialstyrelsen.

Frivillig institutionsvård har minskat under ett längre tidsperspektiv

Figur 6: 3 visar antalet män och kvinnor som var inskrivna i frivillig institutionsvård på mät dagen mellan 2003 och 2012, det vill säga den 1 november varje år. Mellan 2003 och 2012 har antalet personer som får frivillig institutionsvård minskat med 32 procent bland män och 33 procent bland kvinnor. Den 1 november 2012 vårdades 2 100 personer med missbruks- och beroendeproblem i frivillig institutionsvård enligt SoL.



Antalet tvångsvårdade personer med missbruks- och beroendeproblem har minskat över tid

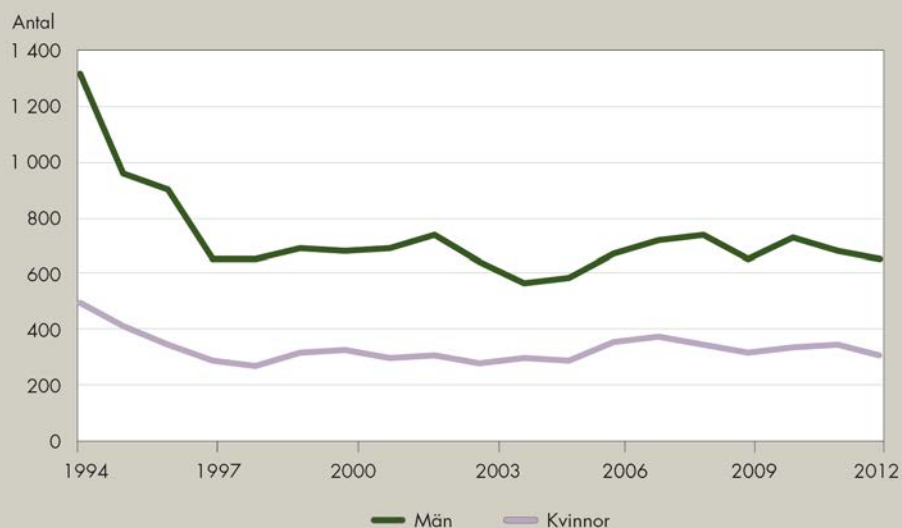
Tvångsvård enligt LVM sker efter beslut från förvaltningsrätten efter en ansökan från socialnämnden. Tvångsvården ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader. Enligt 13 § LVM får socialnämnden besluta att en missbrukare omedelbart ska omhändertas, om det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av denna lag, och rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren 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 missbrukaren till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Omfattningen av tvångsvården har minskat i ett längre tidsperspektiv (figur 6:4), och sedan 1994 har det totala antalet utskrivningar minskat med

cirka 50 procent.⁵¹ Antalet män som skrivs ut har minskat med cirka 50 procent och antalet kvinnor med cirka 40 procent.

Figur 6:4. Utskrivningar från tvångsvård

Antal utskrivningar från tvångsvård av personer med missbruks- och beroendeproblem, 1994–2012, män och kvinnor.



Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 1994–2012, Socialstyrelsen.

Olika skäl för tvångsomhändertagande

Socialstyrelsen har också analyserat antalet vårdade per åldersgrupp och typ av missbruk. Den 1 november 2012 vårdades 265 personer i åldern 18 år eller äldre i LVM-hem⁵². Av dessa var 66 procent män. Åldersgruppen 18–29 år var störst (36 procent), följt av gruppen 30–39 åringar (17 procent).

Personer under 30 år som tvångsvårdas enligt LVM vårdades nästan uteslutande på grund av narkotikamissbruk. Äldre personer som vårdades hade oftare problem med alkohol.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

Kunskapsbaserad vård och omsorg innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet, samt att den enskildes erfarenheter tas till vara.

⁵¹ I statistiken redovisas tvångsvården i form av omedelbara omhändertaganden, ansökningar om LVM-vård, beslut om vård enligt LVM samt utskrivningar från LVM-hem. Till skillnad från statistiken från socialtjänsten är denna statistik personnummerbaserad.

⁵² Hem för tvångsvård av personer med missbruksproblem, enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall.

Kunskapsbaserade behandlingsinsatser kan tillämpas i högre utsträckning

Forskning om missbruk och beroende bedrivs både internationellt och nationellt. Forskningen gäller alkohol, droger samt spel om pengar. Under senare år har det tillkommit en rad farmakologiska behandlingsalternativ som förbättrar behandlingsresultaten när det gäller alkohol- och opiatberoende. Patienter med missbruks- och beroendeproblem har också i stor utsträckning neuropsykiatriska tillstånd, och de har i många fall god hjälp av långtidsbehandling med centralstimulerande medel som har effekt även på missbruket eller beroendet [8].

Ett flertal psykosociala behandlingsformer som anpassats till beroendområdet har visat goda resultat när det gäller beroendetillstånd såväl hos vuxna som unga. Framför allt gäller det olika varianter av kognitiv beteendeterapi, KBT, men även psykodynamiska terapier. Även psykologiska metoder, till exempel i form av motiverande samtalsbehandling, har introducerats och används i allt större omfattning. Andra behandlingsinsatser är bland andra Community Reinforcement Approach och 12-stegsprogram som visat sig effektiva i forskning [9].

Samtidigt är det tydligt att nya kunskapsbaserade behandlingsinsatser tillämpas endast i liten omfattning i det praktiska vårdarbetet. Missbruksutredningen *Bättre insatser vid missbruk (SOU 2011:35)*, konstaterade att få huvudmän kunde erbjuda mer än en psykosocial behandlingsform med kunskapsstöd för vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem. Detta gäller samtliga yrkesgrupper som har kontakt med patienter med beroendeproblem [9].

SKL:s satsning Kunskap till praktik har sedan 2008 bland annat stöttat kommuner och landsting i att utvärdera missbruks- och beroendevården, utbildat personal i kunskapsbaserade behandlingsmetoder samt erbjudit fördjupningskurser för olika yrkeskategorier [9]. Utvärderingen av Kunskap till praktik visade att andelen personal som rapporterade att de regelbundet använde standardiserade bedömningsinstrument och rekommenderade behandlingsmetoder ökat sedan satsningen startade år 2008 [10].

Beroendemedicin föreslås bli ny läkarspecialitet

Socialstyrelsen föreslår i en utredning att beroendemedicin blir en reglerad specialitet eftersom en reglering som en egen specialitet i form av gren- eller tilläggspecialitet kan bidra till att minska de problem som i dag ses i omhändertagandet av beroendepatienter [8].

Säker vård och omsorg

I 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL och i 24 b–24 g §§ och 23 e § LSS finns bestämmelserna om lex Sarah. Lex Sarah gäller även för verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse. Enligt lex Sarah ska anställda genast rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamhet enligt SoL eller LSS. Den som bedriver verksam-

heten ska utreda och avhjälpa eller undanröja det rapporterade missförhållandet utan dröjsmål. Om det visar sig att missförhållandet är allvarligt, ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Socialstyrelsens har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.

Ökning av beslutade lex Sarah-ärenden

Under 2013 fattades det beslut i 37 ärenden inom området missbruk, vilket är en fördubbling jämfört med tidigare år. Anledningen till ovan nämnda ökning av lex Sarah-anmälningar är okänd. Detta kan vara ett tecken på att anmälningsplikten enligt lex Sarah blir alltmer känd.

Tillsyn av LARO-verksamheter

Under 2012–2013 genomförde Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet Syd inspektioner av sju verksamheter som erbjuder läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO). I anknytning till tillsynen har enheten även granskat två hem för vård eller boende (HVB), som tar emot personer som har en pågående läkemedelsassisterad behandling eller önskar att få behandlingen, samt inspekterat en kriminalvårdsanstalt.

Syftet med tillsynen var att granska om den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27). De brister som uppmärksammades var att det saknades vårdplaner eller att dessa var bristfälliga och att verksamheten överlät till patienten att redan efter en till två månader ta hand om vissa doser själv. I några fall har behandlingen getts till patienter som inte haft ett opiatmissbruk under det senaste året [7].

Individanpassad vård och omsorg

Individanpassad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för patientens specifika behov, förväntningar och integritet, samt att individen ges möjlighet att vara delaktig i vården. Det är med andra ord viktigt att alla insatser utgår från, och bidrar till, att den enskilde både kan och vill styra sitt eget liv.

Rutinerna för den enskildes delaktighet kan förbättras

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att kommunerna och stadsdelarna fortfarande kan bli bättre på att kartlägga målgrupperna och deras behov samt att följa upp det egna arbetet inom missbruks- och beroendevården.

Endast omkring 40 procent av kommunerna och ännu färre landsting har kartlagt målgruppens behov samt utvärderat de insatser som genomförts. För beroendemottagningar är resultaten bättre. De använder också i högre grad den enskildes egna synpunkter för att utveckla sin verksamhet [12].

Flertalet verksamheter erbjuder stöd till anhöriga

I de öppna jämförelserna ställer Socialstyrelsen frågor om anhörigstöd. Av kommunerna var det 74 procent som uppgav att de regelbundet erbjuder stöd till anhöriga till sina patienter med missbruks- och beroendeproblem.

Beroendemottagningarna svarade att de erbjuder stöd till anhöriga i lika hög omfattning. Anhörigprogrammen innehåller bland annat föreläsningar, samtal enskilt eller i par, samt anhöriggrupper [11].

Jämlik vård och omsorg

Jämlik vård och omsorg innebär att vården och omsorgen tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

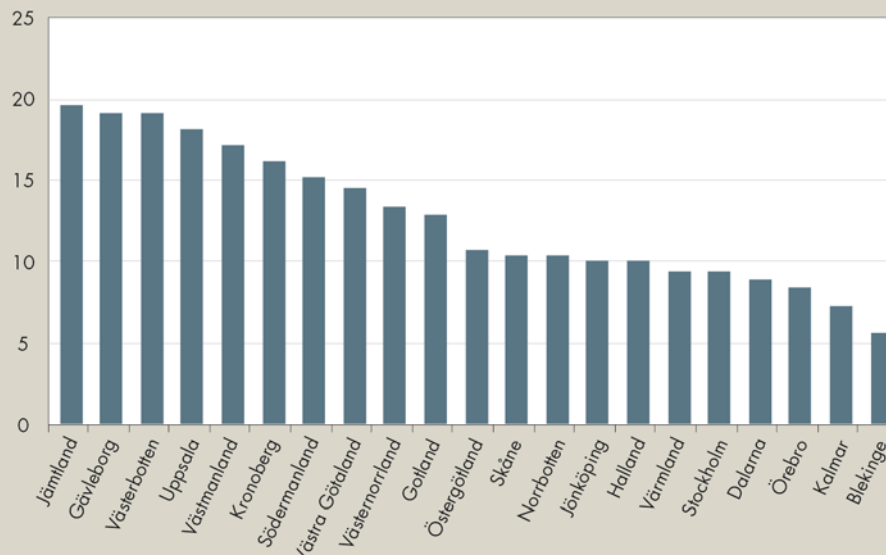
Regionala skillnader i socialtjänstens tillämpning av LVM

När tvångsvården relateras till befolkningsmängden i varje län ser man tydligt att omfattningen varierar på regional nivå. Det län som har den högsta nivån av tvångsvårdade ligger ungefär 3,5 gånger så högt som länet med den lägsta nivån tvångsvårdade. I figur 6:5 visas skillnaderna som varierar mellan 5,7 och 19,6 utskrivna personer per 100 000 invånare 21 år och äldre.

Figur 6:5. Antal utskrivningar från tvångsvård per län

Antal utskrivningar från tvångsvård, per län. Antal per 100 000 invånare, 21 år och äldre.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Vuxna personer med missbruk- och beroendeproblem och övriga vuxna, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen kan inte se att antalet tvångsvårdade personer sammanfaller med nivåerna av missbruk i ett län. Jämtlands län låg t.ex. påtagligt lågt och Gävleborg samt Uppsala län på en genomsnittlig nivå avseende omfattningen

av injektionsmissbruk trots att de har bland de högsta nivåerna av tvångsvård [12].

Indikatorer baserade på alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser i slutenvården och i Socialstyrelsens dödsorsaksregister, pekar i samma riktning. År 2011 vårdades något fler personer per 100 000 invånare med alkohol diagnos i Jämtlands läns slutenvård (210 jämfört med rikets 188). Motsvarande siffra med narkotikadiagnos är dock väsentligt lägre (47 jämfört med rikets 87). Dödsorsaksstatistiken ger en delvis likartad bild, och här låg illustrativt nog Blekinge län högre än Jämtland år 2012 avseende alkoholrelaterad dödlighet, och på en något lägre nivå avseende den narkotikarelaterade dödligheten.

Sammanfattningsvis kan konstateras att tvångsvårdens fördelning inte visar något tydligt samband med allvarligt missbruk. Förklaringar till de regionala skillnaderna i användningen av LVM kan vara lokala och regionala skillnader i lagtolkningar och arbetsrutiner. Det kan inte heller uteslutas att organiseringen och tillgängligheten till andra, frivilliga vårdalternativ kan ha betydelse för skillnaderna.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det ska vara lätt för den som behöver få kontakt med en verksamhet och att få vård och omsorg inom rimlig tid. Det innebär också att information och kommunikation ska vara begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov, samt att kommunikationen mellan den enskilde och professionen ska präglas av ömsesidighet och dialog.

Förbättrad information på kommunernas webbplatser

För personer med missbruks- och beroendeproblem är vårdens tillgänglighet mycket viktig. Motivation är nämligen en avgörande faktor för att vården ska ge resultat, och bristande tillgänglighet kan leda till att den enskildes motivation att ta itu med problemet minskar eller att missbruket trappas upp.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att väntetiden för ett första personligt besök i majoriteten av verksamheterna är en vecka och i många fall bara några dagar. Vidare visar de öppna jämförelsernas granskning av kommunernas webbplatser att informationen om hur man överklagar beslut, lämnar synpunkter och klagomål samt att kommunen erbjuder anhörigstöd har ökat sedan förra granskningen år 2011. Däremot finns det få eller inga förbättringar när det gäller information om rådgivning, information eller länkar till landstingets beroendevård eller till frivillig- och brukarorganisationer [11].