

Missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Antalet slutenvårdade personer med missbruks- och beroendeproblematik tycks öka, oavsett vilken typ av missbruk som har orsakat problemen.
- Socialstyrelsen kan konstatera att det är stora skillnader i både alkoholrelaterad och narkotikarelaterad dödlighet beroende på utbildningsnivå, där de med lägst utbildning löper störst risk att dö på grund av sitt missbruk.
- Det finns geografiska skillnader i möjligheter att få god vård för personer med missbruks- och beroendeproblem. En förklaring kan vara skillnader i landstingens och kommunernas möjligheter att rekrytera kompetent personal.
- En kartläggning av läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering vid opiatberoende visar att en stor del av vårdenheter, drygt 60 procent, har uteslutit patienter från behandlingsprogrammen. Grunden för uteslutning är, enligt verksamhetscheferna, nästan enbart patienternas upprepade återfall i narkotikamissbruk.
- Biståndsbedömd öppenvård ökar något jämfört med 2011. Däremot är det en tydlig trend att färre får institutionsvård: antalet män och antalet kvinnor har minskat med 32 respektive 33 procent mellan 2002 och 2011.
- Andelen kommuner och stadsdelar som uppger att de har gjort en brukarundersökning har ökat från cirka 40 procent till 50 procent. Även andelen kommuner som uppger att de använder sammanställningar av synpunkter och klagomål som underlag för att utveckla verksamheten har ökat något från föregående år.

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av missbruks- och beroendevården. Till de verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvården hör bland annat tillnyktringsverksamhet och abstinensvård, och de omfattar åtgärder enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, är exempelvis olika aktiviteter i dagverksamheter, arbetsrehabilitering eller vård i behandlingshem. I undantagsfall 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.

Utvecklingen inom missbruks- och beroendevården för barn och unga tas inte upp här, utan i Socialstyrelsens tematiska rapport om barn och unga som publiceras i mars 2013.

Regeringens strategi

Regeringens strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) perioden 2011–2015 har 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 i sju långsiktiga politiska mål med en rad delmål. Följande långsiktiga mål bedöms ha särskild relevans för Socialstyrelsens verksamhet:

- Att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak (mål nr 2)
- Att antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska (mål nr 4)
- Att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet (mål nr 5)
- Att 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

Antalet personer slutenvårdade för missbruksrelaterade orsaker tycks öka, oavsett vilket missbruk det gäller.¹⁸ Däremot kan Socialstyrelsen inte se en motsvarande uppgång i alkoholkonsumtion eller experimentellt och tungt narkotikamissbruk [1]. En förklaring till ökningen av antalet vårdade kan vara att de personer som redan har en hög konsumtion eller ett etablerat missbruk eller beroende nu kan öka sin konsumtion till följd av sjunkande priser (lägre realpris på alkohol respektive lägre gatupriser på narkotika).

Enligt statistik och undersökningar av alkoholkonsumtionsvanor tenderar många vuxna jämfört med tidigare att välja helnykterhet eller måttlighet samtidigt som andra med riskkonsumtion eller redan hög konsumtion dricker ännu mer, med påtagliga konsekvenser. Det innebär att personer som redan har utvecklade missbruks- och beroendeproblem drabbas av fler somatiska och psykiatriska sjukdomstillstånd.

Män dricker ungefär dubbelt så mycket som kvinnor. Alkoholkonsumtionen är inte heller jämnt fördelad över Sverige och det finns stora regionala skillnader. Boende i storstäder uppvisar ofta högre konsumtions- och skadenivåer [2].

Ojämna villkor – socialt betingade skillnader i missbruksrelaterad dödlighet

Personer med missbruks- och beroendeproblem utgör en av flera grupper som till följd av skillnader i boende, yrkesliv och social situation riskerar att bli marginaliserade.

¹⁸ Se bl.a. Socialstyrelsens patientregister.

Socialstyrelsen har i rapporten Ojämna villkor för hälsa och vård – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården [3] lyft fram att det är stora skillnader i alkoholrelaterad dödlighet beroende på utbildningsnivå, där de med lägst utbildning löper störst risk att dö av sitt missbruk. Ett liknande mönster finns när det gäller narkotikarelaterad dödlighet. Dessutom ökar dessa utbildningsrelaterade skillnader bland män sedan början av 1990-talet. Det är oklart vad ökningen beror på, men en delförklaring kan vara att utbildningens betydelse ökat i samhället och att livsvillkoren därför på olika sätt har blivit svårare för personer med både missbruks- och beroendeproblem och låg utbildning.

Det finns också stora geografiska skillnader i enskildas möjligheter att få god vård. Skillnaderna finns i landstingens och kommunernas prioriteringar (bland annat på grund av ekonomiska förutsättningar och traditioner) och i deras möjligheter att rekrytera kompetent personal. Detta gör att verksamheter som riktar sig till personer med missbruks- och beroendeproblem ser mycket olika ut i olika delar av landet. I storstadsregionerna finns ofta god tillgång till olika slags behandlande och stödjande insatser som ges av specialister eller väl utbildad personal. Där har det också utvecklats särskilda beroendeteam med både landsting och kommun som huvudmän, så kallade integrerade mottagningar. Vid dessa kan den enskilde erbjudas såväl medicinska som psykosociala eller sociala insatser. På andra håll i landet, utanför storstäderna, saknas dock ofta såväl tillräckliga resurser som kompetens [3].

Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen under hösten 2012 kartlagt läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering vid opiatberoende (LARO). Kartläggningen avser bland annat vårdhuvudmännens utbud och hur detta relaterar till behovet av denna typ av behandling, till exempel genom att redovisa kötider. Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens register och telefonintervjuer med verksamhetschefer vid landets LARO-mottagningar [4].

I dag beräknas nära 5 000 personer få läkemedelsassisterad behandling vid 114 enheter i landet. De allra flesta av dessa enheter bedrivs i offentlig regi. Kartläggningen visar att en stor andel av dem, cirka 70 stycken, har uteslutit patienter från behandlingsprogrammet. Totalt handlar det om fler än 350 patienter. Enligt verksamhetscheferna är grunden för uteslutning nästan enbart patientens upprepade återfall i narkotikamissbruk.

Socialstyrelsen bedömer att tillgängligheten till vård för den enskilde är tillfredsställande i ungefär hälften av landets län. En fördjupad analys av tillgängligheten har inte varit möjlig att genomföra inom ramen för uppdraget.

När det gäller läckage av metadon och buprenorfin från LARO-verksamheterna och förekomsten av icke medicinskt bruk (t.ex. illegal förskrivning av läkemedlen utanför LARO-programmen och smuggling) kan Socialstyrelsen konstatera att det finns en stor osäkerhet kring omfattningen och varifrån läkemedlen kommer. I nuläget kan Socialstyrelsen inte heller bedöma på vilka grunder sådan förskrivning sker och till vilka patienter. Vi

kan inte heller utesluta att det förekommer ett visst läckage från LARO-programmen, det vill säga att mediciner som skrivits ut inom ramen för LARO-programmen når personer som inte ingår i dessa program. Vi har i kartläggningen försökt identifiera de enheter inom hälso- och sjukvården som förskriver läkemedlen, och analysen tyder på att det förekommer förskrivning även på enheter som saknar specialistkompetens.

En annan fråga som Socialstyrelsen försökt att belysa är de senaste årens ökning av metadonförekomst bland narkotikarelaterade dödsfall. De opiatrelaterade dödsfallen har ökat både inom och utanför programmen, särskilt under tidsperioden 2006–2009 men med en viss stabilisering under de senaste åren. I dagsläget kan inte Socialstyrelsen dra några säkra slutsatser om vad detta beror på och om eventuella kopplingar finns till förskrivningen av de aktuella läkemedlen. Relativt sett har dock andelen avlidna i LARO-programmen varit lägre än bland opiatmissbrukare som inte får LARO-behandling [4].

Modell för att skatta förekomsten av intravenöst narkotikamissbruk

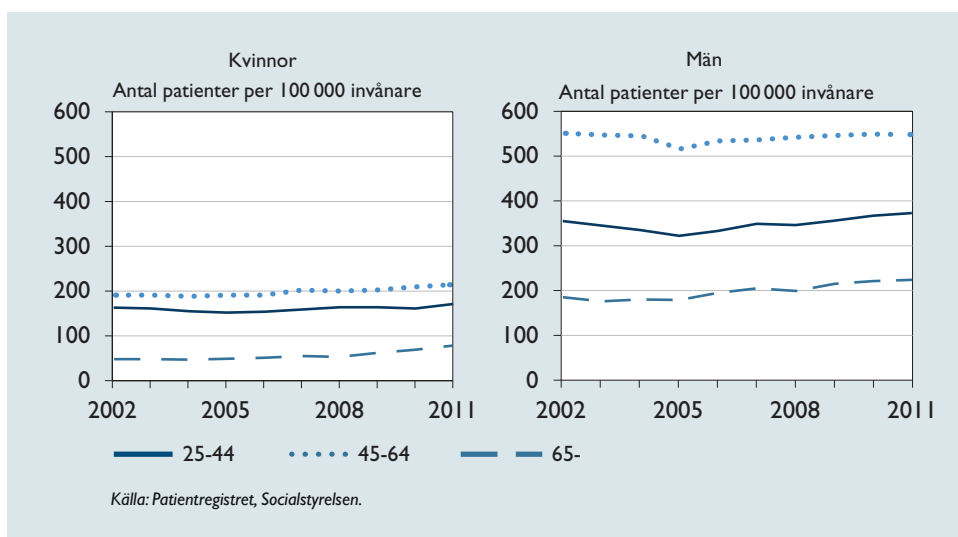
Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet har konstaterat att det saknas uppdaterad information om förekomsten av personer med ett injektionsmissbruk av narkotika. Flera skattningar har gjorts av antalet personer med allvarligare narkotikamissbruk, baserat på de diagnoser som är registrerade i patientregistret. I registret saknas det dock information om intagningsättet, exempelvis om det sker i tablettform eller injiceras. Denna avsaknad har lett till att det finns många olika beskrivningar av hur omfattande problemet är, och de baseras på antaganden snarare än aktuella uppgifter. Ur ett smittskyddsperspektiv är det dock viktigt att vi kan beskriva förekomsten av personer med injektionsmissbruk, eftersom de utgör en riskgrupp. Detta är bakgrunden till att Smittskyddsinstitutet tillsammans med Socialstyrelsen arbetar med att ta fram en modell som kan ge aktuell information gällande förekomsten av intravenöst missbruk. Att ha tillgång till aktuella uppgifter är av betydelse när smittskyddsåtgärder planeras på regional och lokal nivå. Registeruppgifterna kan även användas när man följer upp genomförda insatser.

Preliminära analyser från Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen visar att injektionsmissbruk kan vara mindre utbrett än vad som framgår av uppgifter som förekommit i media. Om detta stämmer skulle det i så fall vara i linje med den trend som kan ses i flera andra europeiska länder där injektionsmissbruk blivit mindre vanligt [5].

Vård av personer med missbruks- och beroendediagnos i slutenvård för psykisk sjukdom ökar i de flesta åldersgrupperna

Diagram 6:1 visar att antalet patienter med missbruks- och beroendediagnos i slutenvård har ökat något de senaste tio åren. Detta gäller för de flesta ålderskategorierna. I ålderskategorin män i åldern 45–64 år finns det högsta antalet patienter med sådan diagnos under perioden: omkring 550 patienter per 100 000 invånare mellan 2002–2011.

Diagram 6:1 Vård av personer med missbruks- och beroendediagnos i slutenvård. Antal patienter per 100 000 invånare, år 2002–2011.



De stora skillnaderna när det gäller patienter med missbruks- och beroendediagnos som vårdas i slutenvård finns dock mellan könen. Oavsett ålder vårdas nämligen generellt sett färre kvinnor än män.

Den största ökningen finns bland de äldsta patienterna. Ökningen gäller för både kvinnor och män. Bland kvinnor som är 65 år eller äldre ökar antalet med 30 patienter per 100 000 invånare från 2002 till 2011. Ökningen för män under samma period är 39 patienter per 100 000 invånare.

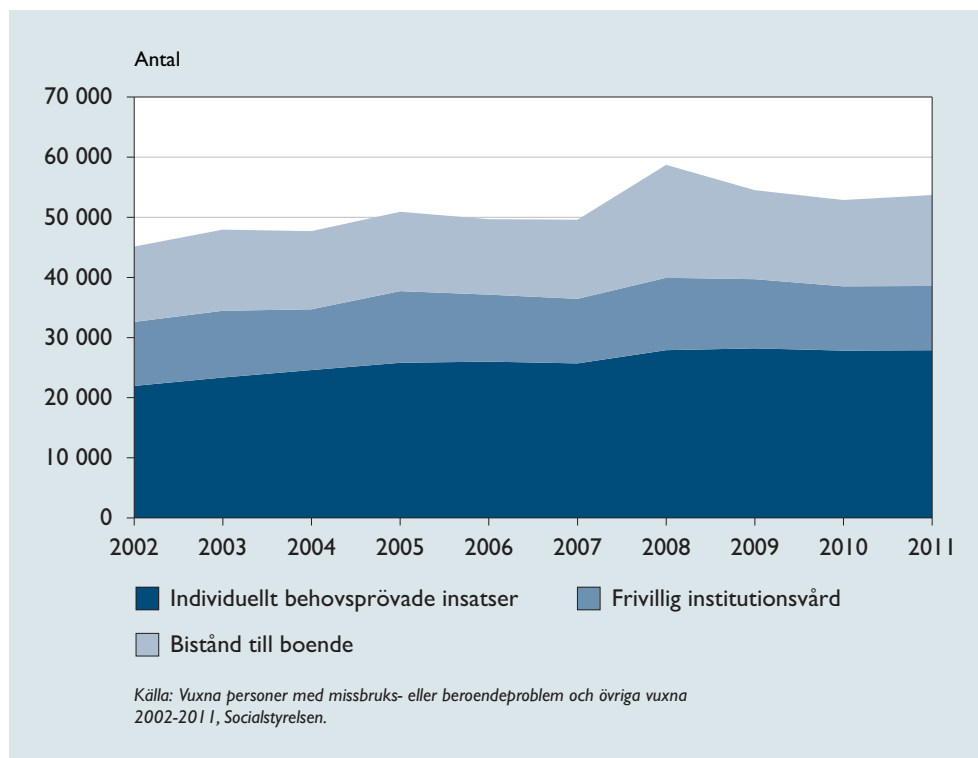
Vad socialtjänststatistiken visar

Med Socialstyrelsens officiella statistik för 2011 som utgångspunkt redovisar vi här vad som hänt sedan föregående år och hur utvecklingen ser ut i ett längre perspektiv.

Diagram 6:2 ger en översiktlig bild av hur av socialtjänstens biståndsbeslut har utvecklats för de tre vanligaste insatsformerna inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård under de senaste tio åren.¹⁹

¹⁹ 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.

Diagram 6:2 Utvecklingen av de vanligaste insatserna inom socialtjänsten. Antalet inskrivningar och antalet biståndsbeslut till öppenvård, år 2002–2011.



Institutionsvården minskar något sedan 2010

Jämförelser med föregående statistikår visar på små förändringar av antalet insatser från socialtjänsten för den aktuella målgruppen. Av tabell 6:1 framgår att samtliga insatser enligt SoL endast har minskat något sedan 2010.

Tabell 6:1 Antalet personer som den 1 november år 2010 och 2011 har fått behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård, bistånd som avser boende samt tvångsvård på institution. Procentuell förändring mellan 2010 och 2011. Avrundade värden.

	2010	2011	Förändring år 2010–2011 (%)
Individuellt behovsprövade insatser	11 700	11 300	–3
Frivillig institutionsvård	2 400	2 100	–12
Bistånd till boende	6 200	6 000	–3
Tvångsvård på institution	290	280	–3

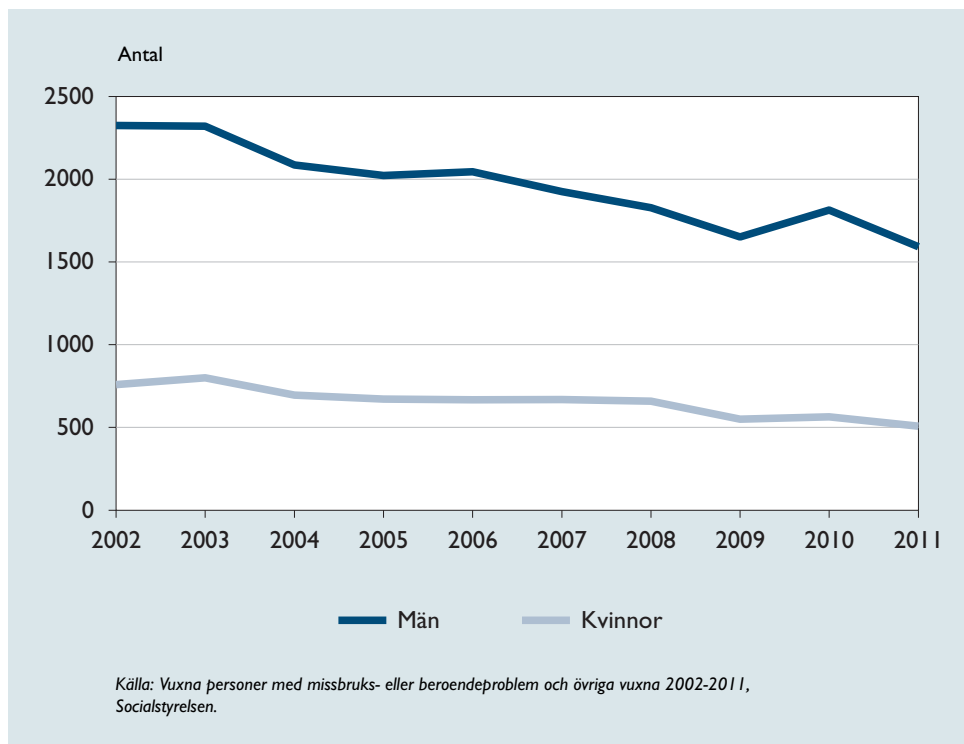
Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2010–2011, Socialstyrelsen.

Däremot ökade antalet boendedygn per inskrivning för insatserna *bistånd till boende* och *tvångsvård på institution*. Dessa två insatser var i genomsnitt sju dygn längre 2011 än året innan.

Frivillig institutionsvård minskar under 2000-talet

Diagram 6:3 visar antalet män och kvinnor som var inskrivna i frivillig institutionsvård på mät dagen, det vill säga den 1 november varje år från 2002 till och med 2011. En tydlig trend är att färre personer får frivillig institutionsvård. Mellan 2002 och 2011 har antalet minskat med 32 procent bland män och 33 procent bland kvinnor. Den 1 november 2011 vårdades 2 100 personer med missbruks- och beroendeproblem i frivillig institutionsvård enligt SoL.

Diagram 6:3 Antalet personer inskrivna i frivillig institutionsvård enligt LVM, den 1 november, 2002–2011, kvinnor och män.

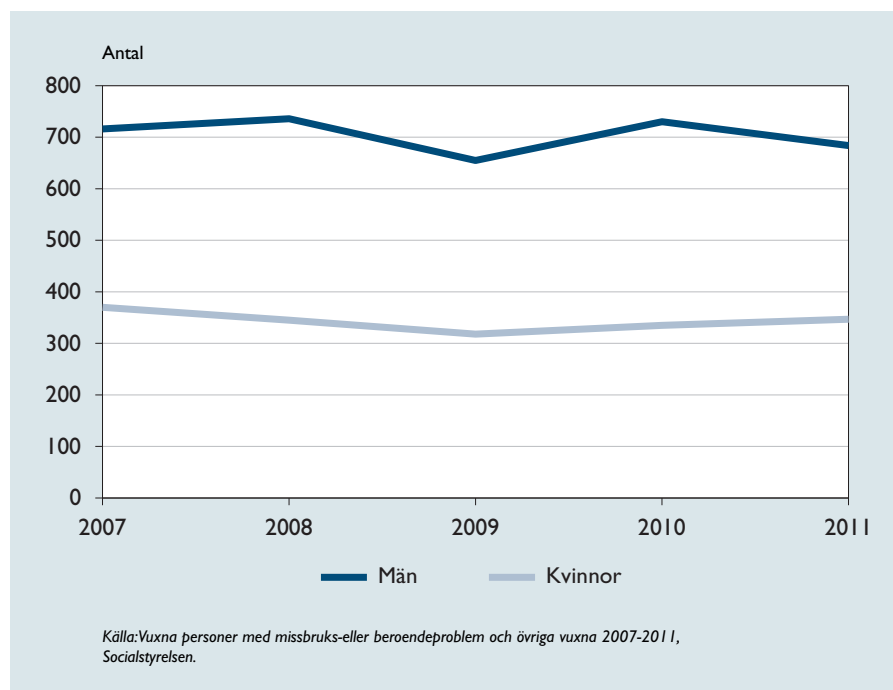


Tvångsvård av personer med missbruks- och beroendeproblem på stabil nivå under åren 2007 till 2011

Antalet vårdade personer med missbruks- eller beroendeproblem i tvångsvården har endast förändrats något under perioden 2007 till 2011 (diagram 6:4). Totalt minskade antalet utskrivningar med 5 procent sedan 2007.²⁰ Antalet män som skrivs ut har minskat med 4 procent och antalet kvinnor har minskat med 6 procent.

²⁰ 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.

Diagram 6:4. Antalet utskrivningar från tvångsvård av personer med missbruks- eller beroendeproblematik, 2007–2011, män och kvinnor.



Olika skäl till att tvångsomhänderta äldre och yngre personer

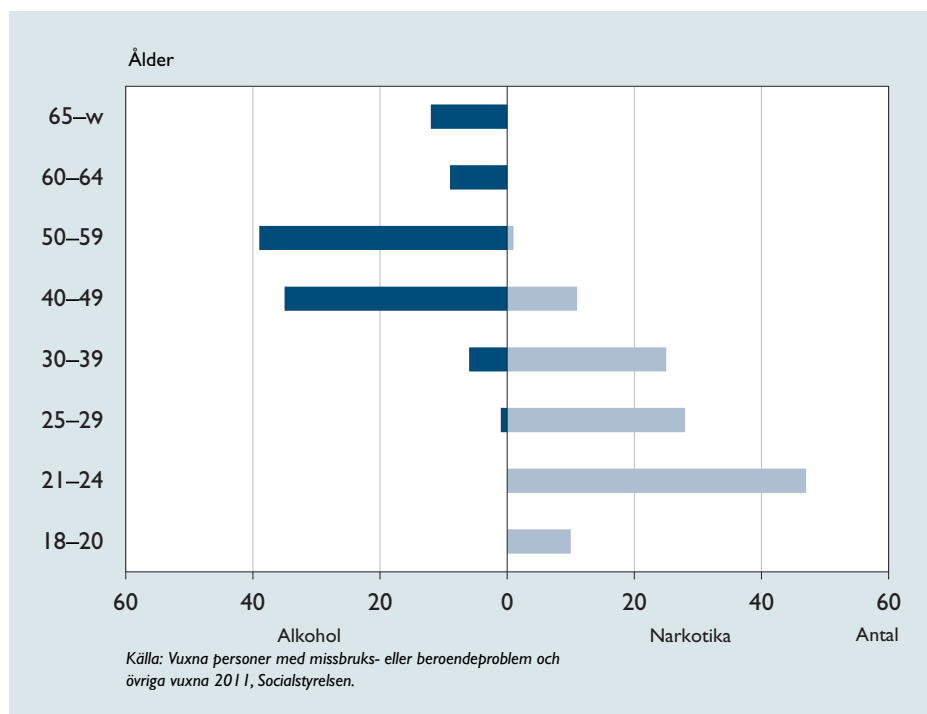
Socialstyrelsen har också analyserat antalet vårdade per åldersgrupp och typ av missbruk. Den 1 november 2011 vårdades 288 personer över 18 år i LVM-hem²¹. Av dessa var 63 procent män.

Av diagram 6:5 framgår det att personer under 30 år som tvångsomhändertas enligt LVM nästan uteslutande vårdas på grund av sina problem med narkotikamissbruk. Äldre personer som vårdas har oftare problem med missbruk av alkohol.

Antalet personer som omhändertogs för alkoholmissbruk minskade mellan 2007 och 2011, medan antalet som vårdas på grund av narkotikamissbruk har ökat under denna period.

²¹ Hem för tvångsvård av personer med missbruksproblem, enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall.

Diagram 6:5 Antalet vårdade enligt LVM den 1 november 2011 med missbruk av alkohol eller narkotika redovisat efter ålder och missbruk.



Patientfokuserad vård och självbestämmande och integritet i socialtjänstens missbruks- och beroendevård

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för patientens specifika behov och förväntningar samt att dessa vägs in i de kliniska besluten. Socialtjänstens insatser bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet. 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.

Rutiner för klienters delaktighet har förbättrats något

I Socialstyrelsens öppna jämförelser undersöks årligen i vilken utsträckning systematiska brukarundersökningar har genomförts under den senaste 24-månadersperioden. Resultaten av 2012 års öppna jämförelser visar att

- något fler kommuner och stadsdelar har genomfört en inventering av målgruppen.
- andelen kommuner och stadsdelar som uppger att de har gjort en brukarundersökning har ökat från cirka 40 procent till cirka 50 procent.
- knappt 50 procent av kommunerna har någon gång under de senaste två åren stämt av hur deras utbud av insatser svarar mot målgruppens behov

(när det gäller landstingens beroendevård uppger endast 7 av de 17 landsting som svarat att de gjort en motsvarande avstämning).

Enligt en kartläggning som Socialstyrelsen lät göra under 2011 [6] finns det olika former av brukarmedverkan. Däremot är det oklart vad denna medverkan leder till för den enskilde. Socialstyrelsen har därför nyligen fått i uppdrag av regeringen (S2012/272/FST) att ta fram en vägledning om brukarmedverkan och brukarinflytande.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det är lätt att få kontakt med en verksamhet och vid behov få vård och omsorg inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog.

För personer med missbruks- och beroendeproblem är hög tillgänglighet mycket viktigt. 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.

Korta väntetider för ett första personligt besök

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att väntetiden för ett första personligt besök i majoriteten av verksamheterna är mindre än en vecka och i många fall bara några dagar. Närmare 25 procent av verksamheterna erbjuder vanligtvis en tid för ett första besök inom 3 dagar. Drygt 80 procent av verksamheterna erbjuder en tid för ett första besök inom en vecka.

I de öppna jämförelserna redovisas även vilka insatser en kommun kan erbjuda, oavsett vem som är utförare. Cirka 70 procent av kommunerna uppger sig kunna erbjuda strukturerad öppenvård med program som pågår dagligen under vardagar.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

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

Kunskap till praktik inspirerar

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) satsning Kunskap till praktik är ett omfattande försök att utveckla den evidensbaserade praktiken inom missbruksvården och har pågått sedan 2008. Statskontoret har regeringens uppdrag att följa upp en överenskommelse mellan regeringen och SKL om evidensbaserad praktik i socialtjänsten där Kunskap till praktik ingår. I sin andra delrapport konstaterar Statskontoret att det går att dra lärdomar från Kunskap till praktik till andra områden. De pekar på att det tack vare satsningen har inrättats styrgrupper på regional och lokal nivå och att aktörer på

olika nivåer har ingått avtal som preciserar ansvarsfördelningen dem emellan. Enligt Statskontoret kan tillvägagångssättet inom Kunskap till praktik tjäna som inspiration både för överenskommelsen som helhet och för de olika delområdena. Givetvis måste dock arbetet anpassas till respektive områdes förutsättningar [7].

Kunskapsläget gällande insatser för vissa specifika målgrupper är fortfarande begränsat

Det ställs ökade krav på missbruks- och beroendevårdens effektivitet och på en evidensbaserad praktik. Kunskapen när det gäller insatser och behandling för vissa specifika målgrupper är dock fortfarande begränsat. Till exempel är kombinationen av funktionsnedsättning och missbruk ett försummat område där det krävs tydliga förbättringar [3].

Säker vård och rättssäker omsorg

Den 1 juli 2011 ändrades SoL och LSS, och Socialstyrelsens beslutade om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. Detta innebär bland annat att lex Sarah-bestämmelserna nu gäller inom hela socialtjänsten, inklusive verksamheter vid Statens institutionsstyrelse. Syftet med dessa bestämmelser är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen [8].

Under perioden januari–december 2012 fattade Socialstyrelsen beslut i 19 lex Sarah-ärenden inom området missbruk.

Andel kommuner som använder synpunkter och klagomål för att utveckla verksamheten ökar något

I de öppna jämförelserna ställer Socialstyrelsen frågor som rör förutsättningarna för en god kvalitet i verksamheten. Vi har jämfört enkätsvaren från kommuner och beroendeenheter med föregående års svar. Svaren visar genomgående att en högre andel beroendeenheter har de efterfrågade förutsättningarna för kvalitet. Även andelen kommuner som uppger att de använder sammanställningar av synpunkter och klagomål som underlag för att utveckla verksamheten ökade från 67 procent till 71 procent [9].

Socialstyrelsens iakttagelser vid tillsynen

Socialstyrelsen har under 2012 genomfört flera inspektioner på enheter som bedriver LARO i Skåne. Granskningen har initierats som en följd av de brister som framkommit vid tidigare tillsyn och i befintliga klagomålsärenden från patienter och klienter eller deras närstående. Inspektionerna har bland annat visat att verksamheterna inte följer reglerna om läkemedelshantering enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende som säger att sex månader av stabil läkemedelsbehandling ska förflyta innan patienten själv får hantera läkemedlen [4].