

Missbruks- och beroendevården

Sammanfattande iakttagelser

- De alkoholrelaterade skadorna fortsätter att öka, särskilt bland kvinnor, och allt fler äldre personer med alkoholproblem vårdas i hälso- och sjukvården. Även dödligheten i alkoholrelaterade orsaker ökar bland de allra äldsta. Fler vårdas också till följd av narkotikarelaterade diagnoser.
- Utvecklingen av alkoholrelaterade skador och dödlighet för kvinnor och män i olika åldersgrupper behöver analyseras närmare. Många av de kvinnor som nu går i pension tar med sig sina alkoholvanor in i pensionsåldern. En trolig konsekvens blir en ökad andel riskkonsumenter och mer alkoholrelaterade skador, vilket kommer att ställa ökade och delvis nya krav på missbruks- och beroendevården. Signaler från äldreomsorgen tyder också på att detta är ett växande problem. Öppna jämförelser visar att den verksamhet som missbruks- och beroendevården uppger sig ha minst internt samarbete med är just äldreomsorgen.
- Biståndsbedömd öppenvård minskar något jämfört med föregående år. Framväxten av service som ges utan biståndsbedömning innebär dock att en krympande andel av socialtjänstens insatser fångas in i den officiella statistiken. Parallellt med detta är en annan trend att färre män och kvinnor får institutionsvård.
- Den statliga satsningen inom Kunskap till praktik för att öka kunskapsnivån och användningen av evidensbaserade metoder har en fortsatt god spridning i landet.
- Socialstyrelsen anser att det är oroväckande att föreståndarna vid HVB inte har föreskriven kompetens.
- Socialtjänsten tillgodoser inte de enskildas rättssäkerhet fullt ut i sin handläggning och dokumentation vid utredningar. De formella kraven på handläggningen uppfylls inte. I viss utsträckning handlar det också om att underlaget för nämndens beslut är bristfälligt. Dessutom dokumenterar socialtjänsten inte de enskildas delaktighet tillräckligt.
- Socialtjänstens verksamhetsuppföljning är ett område med stor förbättringspotential. Socialtjänsten behöver också utveckla rutiner och system för uppföljning av serviceinsatser som ges med stöd av SoL.

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom missbruks- och beroendevården. Till de verksamheter som bedrivs inom hälso- och sjukvården hör bland annat tillnyktringsverksamhet och abstinensvård, och de omfattar insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kan till exempel vara olika aktiviteter i dagverksamheter, arbetsrehabilitering eller vård i behandlingshem. I undantagsfall kan en person med missbruksproblem även vårdas mot sin vilja, vilket regleras i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Aktuell utveckling

Den statliga missbruksutredningen presenterade i år sitt slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (SOU 2011:35). Utredningens förslag omfattar följande reformområden:

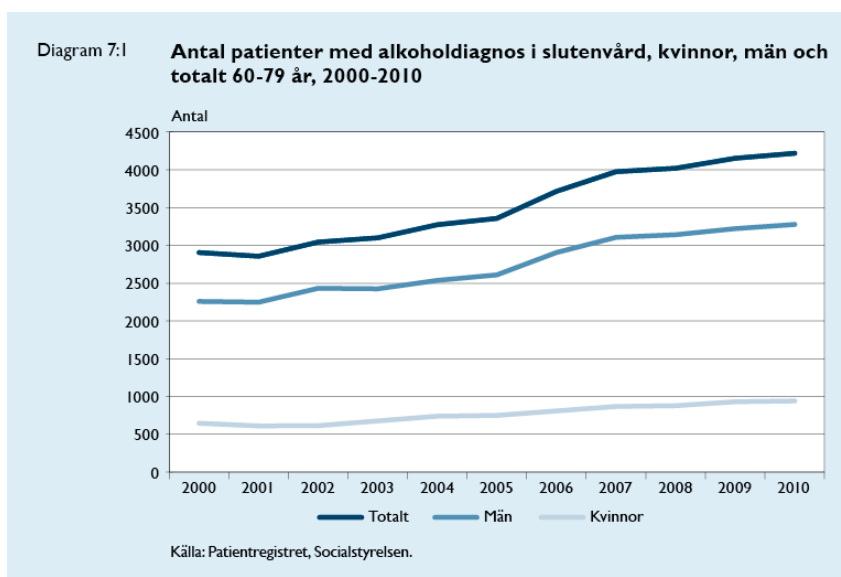
- Tidig upptäckt och kort intervention mot riskbruk
- Tydligare ansvar för kommun och landsting för effektivare vård
- Stärkt ställning för individen så att den enskildes motivation och erfarenheter bättre tas tillvara i planering och genomförande av vården
- Vårdens innehåll, boende och sysselsättning
- Bättre kvalitet, kunskap och kompetens
- Vård utan samtycke
- Polisens och kriminalvårdens roll
- Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen.

Antalet äldre personer med riskfylld alkoholkonsumtion ökar

Den totala alkoholkonsumtionen har gått ned något de senaste åren [1]. Men de regionala variationerna i alkoholkonsumtion är stora. Dessutom har skillnaden mellan män och kvinnor minskat som en följd av ökade konsumtionsnivåer bland kvinnor.

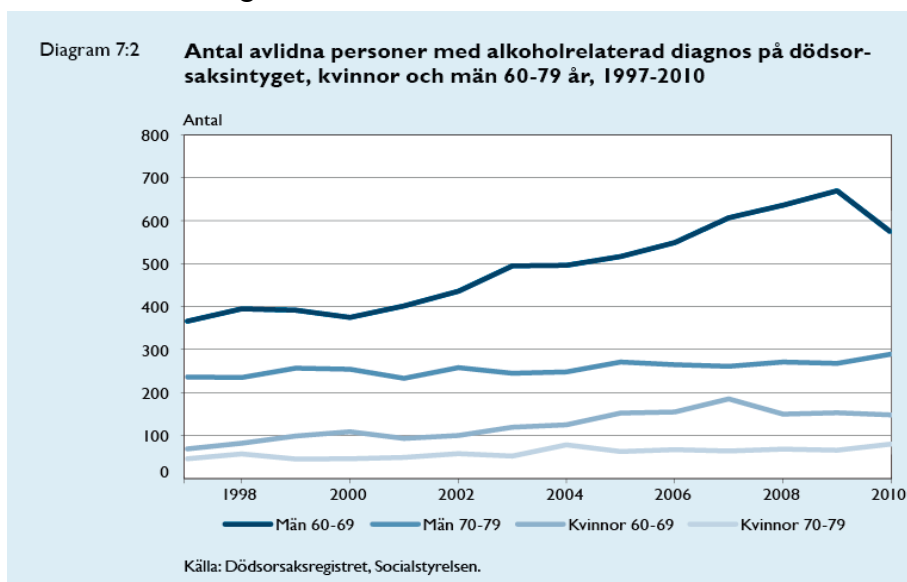
Alkoholkonsumtionen bland äldre uppmärksammas allt mer. Äldre har tidigare druckit mindre alkohol än yngre, men generationerna födda på 1920- och 30-talen ersätts nu av en ny generation pensionärer med betydligt högre alkoholkonsumtion. Särskilt äldre kvinnor tycks ha ökat sin konsumtion. Många av de kvinnor som nu går i pension tar med sig sina alkoholvanor in i pensionsåldern. En trolig konsekvens blir en ökad andel riskkonsumenter och mer alkoholrelaterade skador, vilket kommer att ställa ökade och delvis nya krav på insatser från missbruks- och beroendevården. Den traditionella beroendevården saknar i stort sett behandlingsprogram för äldre kvinnor, trots att alkoholen är en större hälsofara för äldre än för yngre, bland annat på grund av att många äldre medicinerar. Signaler från äldreomsorgen tyder också på att detta är ett växande problem. Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården visar att den verksamhet som socialtjänstens missbruks- och beroendevård uppger sig ha minst internt samarbete med är just äldreomsorgen.

Socialstyrelsen har tittat närmare på utvecklingen för just män och kvinnor i åldersgruppen 60–79 år som vårdas med en alkoholdiagnos. Som framgår av figur 7:1 ökade antalet patienter i åldersgruppen 60–79 år som vårdas i slutenvården kraftigt under perioden 2000–2010. Ökningen uppgår till cirka 45 procent och gäller både män och kvinnor. Vi kan även se att kvinnornas andel ökar av samtliga som har vårdats för alkoholrelaterade diagnoser. Ökningen för kvinnor är 16 procent och för män 1 procent under perioden.



Allt fler äldre dör med en alkoholrelaterad diagnos. Dödligheten har ökat mest dramatiskt för män i åldersgruppen 60–69 år (figur 7:2). Den relativa ökningen är dock störst bland kvinnor i åldersgruppen 70–79 år. Även när vi tar hänsyn till demografiska förändringar kvarstår bilden.

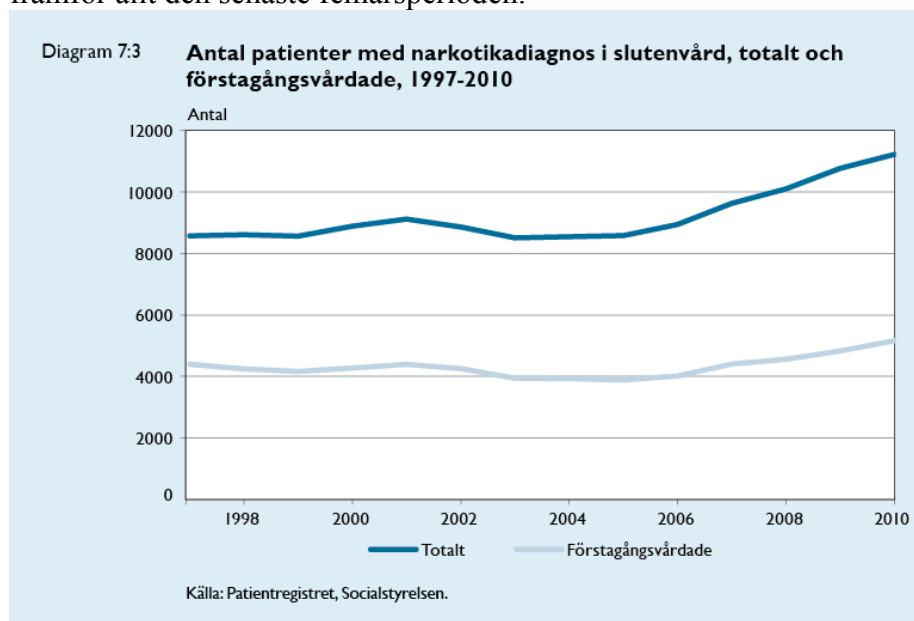
Den alkoholrelaterade dödligheten för samtliga kvinnor över 15 år låg på samma nivå år 2010 som 1997, med 10 döda per 100 000 invånare. Utvecklingen för män över 15 år totalt visar en nedåtgående trend under de senaste åren med en lägsta nivå år 2010, då 40 män per 100 000 invånare avled med en alkoholrelaterad diagnos.



Narkotikaanvändningen ökar

Narkotikautvecklingen är svårbedömd eftersom det rör sig om illegala droger. Statistik över beslag och lagföringar visar dock på en tydlig ökning under det senaste årtiondet. Det gäller inte minst cannabis, heroin och kokain. Priserna på dessa narkotikapreparat på "gatunivå" har samtidigt sjunkit drastiskt. Liksom för alkohol präglas narkotikaanvändningen och missbruket av relativt stora re-

gionala skillnader [2]. Antalet personer med så kallat tungt narkotikamissbruk förefaller ha stabiliserats.⁹ Något under 30 000 personer bedöms tillhöra denna grupp [3]. Utvecklingen för narkotikarelaterade sjukdomar är ganska entydig. Antalet vårdtillfällen, antalet vårdade personer samt antalet förstagångsvårdade har stadigt ökat det senaste decenniet. I figur 7:3 framgår att antalet förstagångsvårdade och det totala antalet slutenvårdade med narkotikadiagnos ökade med 18 respektive 31 procent under tidsperioden 1997–2010. Ökningen gäller framför allt den senaste femårsperioden.



I dag tycks det som att antalet vårdade på grund av olika missbruksrelaterade orsaker ökar, men att vi inte ser en motsvarande uppgång i alkoholkonsumtion och inte heller i experimentellt och tungt narkotikamissbruk. En tänkbar förklaring är att de personer som har ett etablerat missbruk eller beroende kan öka sin konsumtion eller sitt intag eftersom priserna på alkohol och narkotikapreparat sjunker.¹⁰ Detta resonemang stämmer också med en modell som går ut på att det sker en polarisering i befolkningens förhållande till alkohol och illegala droger. Fler väljer helnykterhet eller måttlighet, eller avstår från att experimentera med droger, samtidigt som de som redan konsumerar mycket har ökat sin konsumtion ytterligare med ökad risk för akuta vårdbehov.

En annan förklaring kan helt enkelt vara att fler personer med beroendeproblem söker vård. Missbruksutredningen bedömer att vården i dag endast når cirka 20 procent av alla personer med olika typer av beroendetillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Personer som har ett riskbruk och som ännu inte har hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador nås i ännu lägre utsträckning.

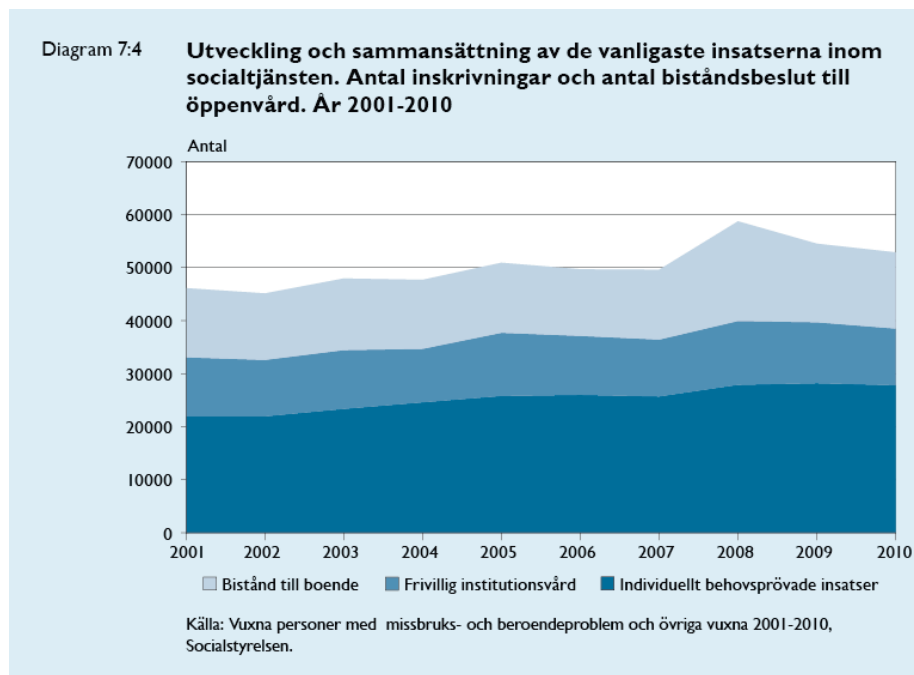
Vad socialtjänststatistiken visar

Med Socialstyrelsens officiella statistik för 2010 som utgångspunkt redovisar Socialstyrelsen här vad som hänt sedan föregående år samt hur utvecklingen ser ut i ett längre perspektiv [4].

⁹ Tungt missbruk; injektionsmissbruk vid minst ett tillfälle det senaste året eller dagligt eller så gott som dagligt bruk av narkotika.

¹⁰ Lägre realpris på alkohol respektive lägre gatupriser för narkotikapreparat.

Figur 7:4 ger en översiktlig bild av hur sammansättningen av biståndsbesluten har utvecklats för de tre vanligaste insatsformerna inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård under de senaste tio åren¹¹.



Institutionsvård ökar något sedan 2009

Jämförelser med föregående statistikår visar på små förändringar av socialtjänstens insatser. Av tabell 7:1 framgår att det framför allt är heldygnsvården som har ökat något, det vill säga institutionsvården. Den relativt största ökningen, 18 procent, finns i tvångsvård på mät dagen den 1 november.

Tabell 7:1. Antal personer som den 1 november år 2009 och 2010 har fått behovsprövade öppna insatser, frivillig institutionsvård, bistånd till boende samt tvångsvård på institution. Procentuell förändring mellan år 2009 och 2010. Avrundade värden.

	2009	2010	Förändring år 2009–2010 %
Individuellt behovsprövade insatser	12 300	11 700	– 5
Frivillig institutionsvård	2 200	2 400	9
Bistånd till boende	6 300	6 200	– 2
Tvångsvård på institution	240	290	21

Källa: Vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna 2009–2010, Socialstyrelsen.

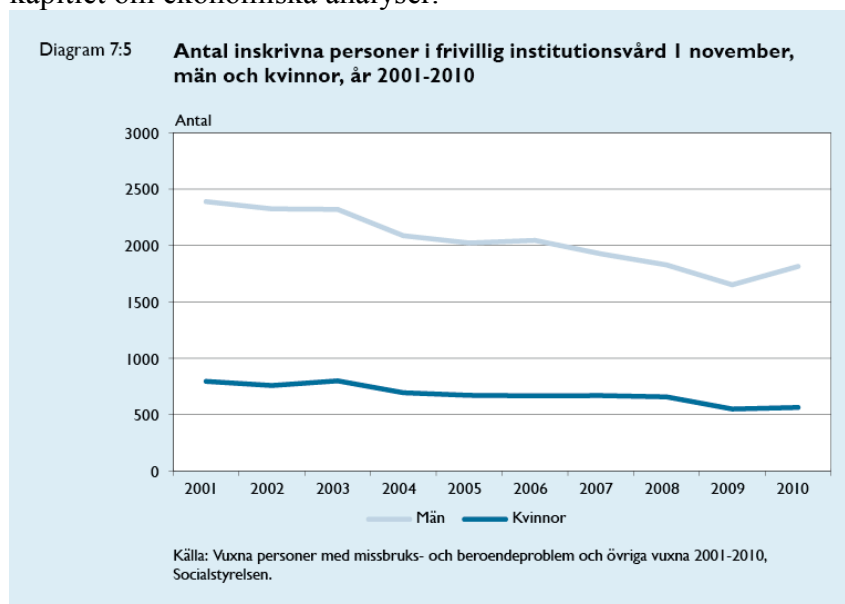
Ett annat statistikmått är antal insatser under ett helt år. Sett över hela året minskade antalet personer i frivillig institutionsvård med 2 procent jämfört med 2009 och den genomsnittliga vårdtiden var 7 dygn kortare år 2010. Färre personer får således institutionsvård, och de får vården under kortare tid. Det återstår att studera om detta är ett resultat av att vården bedrivs mer kunskapsbaserat och effektivt eller om det snarare beror på snävare ekonomiska ramar.

¹¹ Individuellt behovsprövade öppna insatser och bistånd som rör boende redovisas endast som mängdstatistik. Därmed går det inte att i statistiken utläsa hur många personer som hade minst en av de redovisade insatserna från socialtjänsten.

För insatsen bistånd till boende ökar däremot antalet boendedygn per inskrivning och den insatsen är i genomsnitt 7 dygn längre 2010 än året innan. Även för personer i tvångsvård är den genomsnittliga vårdtiden 7 dygn längre än 2009.

Frivillig institutionsvård minskar under 2000-talet

Figur 7:5 visar antalet män och kvinnor inskrivna i frivillig institutionsvård på mät dagen den 1 november varje år från år 2001 till och med 2010. En tydlig trend är att färre män och kvinnor får institutionsvård. Antalet män och antalet kvinnor har minskat med 24 respektive 29 procent 2010 jämfört med år 2001. Individuellt beviljade öppna insatser har ökat med 2 procent under samma period, alltså de så kallade hemmaplanslösningarna som bland annat antas kunna ersätta heldygnsvården. Denna utveckling visar sig också i kostnadsutvecklingen för socialtjänstens missbruks- och beroendevård. Kostnaden för alla verksamheter, utom individuellt behovsprövade öppna insatser, minskar under den studerade perioden. Mer om kostnadsutvecklingen finns att läsa i kapitlet om ekonomiska analyser.



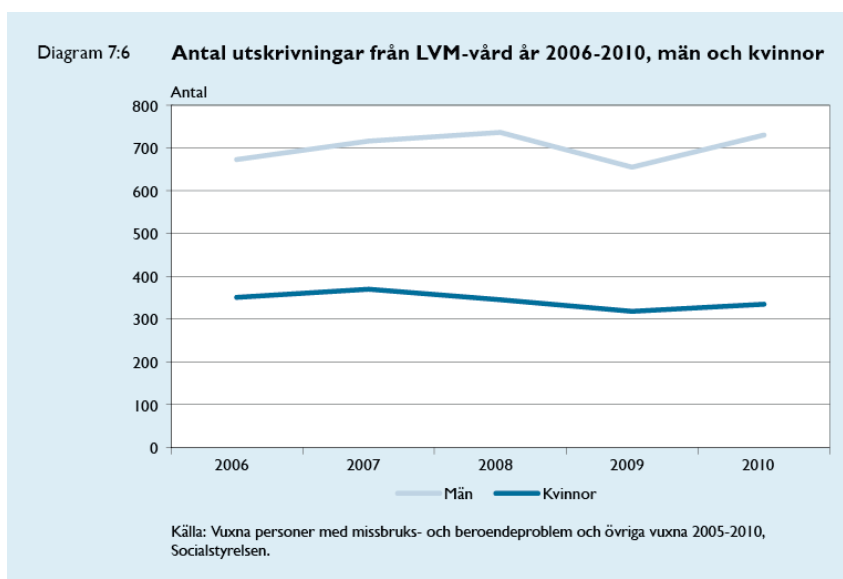
Alla insatser fångas inte i statistiken

Den officiella statistiken fångar en allt mindre del av socialtjänstens insatser i takt med att det blir vanligare att erbjuda så kallade servicetjänster, alltså insatser enligt socialtjänstlagen utan individuella biståndsbeslut. Dessa insatser kan idag inte redovisas i statistiken. För att inventera förekomsten av servicetjänster inom äldre- och handikappomsorgen genomförde Socialstyrelsen en studie under 2011 [5]. Studien visar att en stor andel av kommunerna erbjuder olika insatser utan biståndsbeslut. Även inom missbruks- och beroendområdet är det vanligt att erbjuda servicetjänster. Det finns exempelvis kommuner där mer än hälften av alla insatser erbjuds som service.

Den officiella statistiken visar att antalet personer som den 1 november hade behovsprövade öppna insatser har minskat något från 2009. Om detta är ett uttryck för minskad efterfrågan, minskat utbud eller en övergång från biståndsbedömda (registrerade) insatser till serviceinsatser (oregistrerade) är omöjligt att veta. Sannolikt sker en förskjutning från biståndsbedömda insatser till serviceinsatser. Även inom detta område finns det antagligen stora regionala skillnader.

Tvångsvården på stabil nivå över åren

Tvångsvården har förändrats något under den studerade perioden (figur 7:6). Totalt är det en ökning av antalet utskrivningar med 4 procent sedan 2006¹². En ökning för män med 8 procent och en minskning för kvinnor med 5 procent.

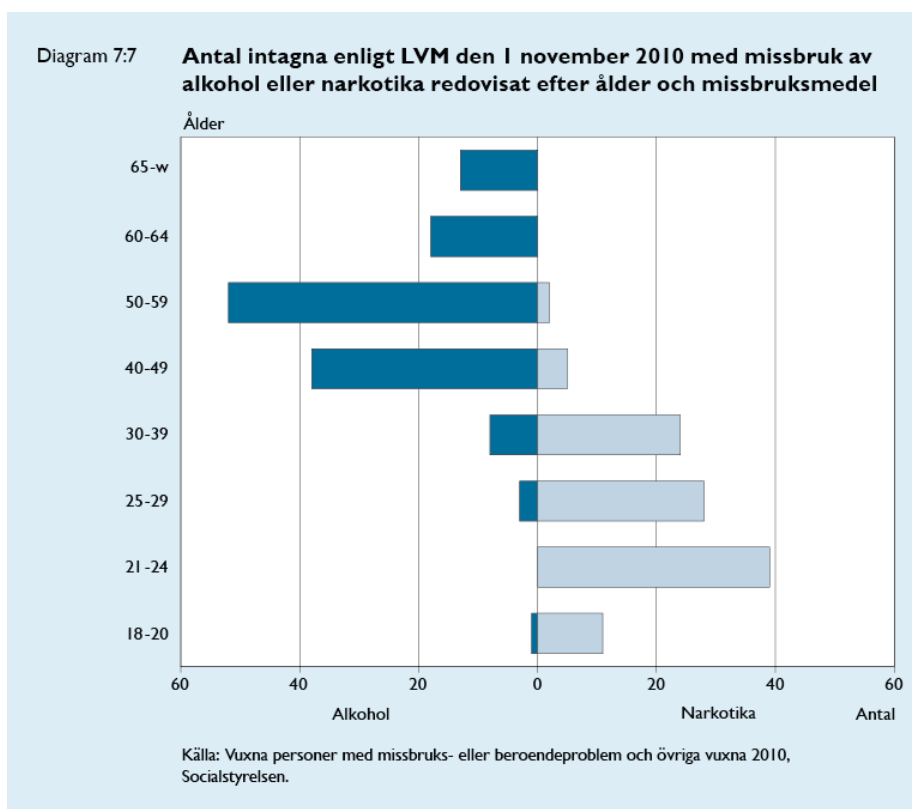


Olika skäl till tvångsomhändertagande av äldre och yngre personer

Socialstyrelsen har också studerat antalet vårdade efter ålder och missbruk per den 1 november 2010. Då vårdades 301 personer över 18 år i LVM-hem¹³. Av figur 7:7 framgår att personer under 30 år nästan uteslutande omhändertas på grund av problem med narkotika. De äldre åldersgrupperna har oftare problem med missbruk av alkohol. Antalet vårdade den 1 november har ökat med 22 procent sedan 2006. De största ökningarna finns i åldersgruppen 50–59 år med alkoholproblem och i åldersgruppen 30–39 år med narkotikaproblem, 62 respektive 100 procent.

¹² 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 socialtjänststatistiken är denna statistik personnummerbaserad.

¹³ hem avsett för tvångsvård av personer med missbruksproblem



Patientfokuserad vård och självbestämmande och integritet i socialtjänsten

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Det är viktigt att insatser utgår från, och bidrar till, att den enskilde både kan och vill styra sitt eget liv.

De flesta kommuner har rutiner för klienters delaktighet

2011 års öppna jämförelser belyser bland annat socialtjänstens förutsättningar för god kvalitet inom området självbestämmande och integritet. Två indikatorer på detta är om socialtjänsten har rutiner för klientens medverkan i vårdplaneringen och om de genomförde en brukarundersökning under 2010. Drygt 70 procent av kommunerna och stadsdelarna har en rutin i sitt ledningssystem för hur den enskilde ska göras delaktig och knappt 40 procent genomförde en brukarundersökning [6].

Den enskilde klientens eller patientens möjlighet till delaktighet är också något som behandlas i den samordnade tillsynens avrapportering 2011 [6]. Här framgår att de personer som behandlades i öppenvården enligt socialtjänstlagen som regel var delaktiga i att planera och följa upp behandlingen, och att de hade möjlighet att påverka den. Vissa metoder som användes byggde också på delaktighet, till exempel CRA-behandling¹⁴ där mottagaren styr innehållet på ett tydligt sätt. Möjligheterna till delaktighet kunde däremot ifrågasättas, särskilt när

¹⁴ CRA-behandling (Community Reinforcement Approach). En av fem psykosociala metoder med effekter på narkotikamissbruk som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

delaktigheten inte synliggjordes i genomförandeplaner eller annan dokumentation, och när verksamheten inte systematiskt tog till vara synpunkter från dem som behandlades.

Inom beroendevården anger nästan alla verksamheter att patienterna är delaktiga i att planera sin vård, och ungefär två gånger av tre medverkar patienterna i att dokumentera planeringen i form av till exempel en vårdplan [6]. Inom primärvården är det mindre vanligt att planera vården tillsammans med patienten.

Tillgänglig vård och omsorg

Tillgänglig vård och omsorg innebär att det är lätt att få kontakt med verksamheten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. För personer med missbruks- och beroendeproblem är hög tillgänglighet en mycket viktig faktor. Bristande tillgänglighet kan leda till att den enskildes motivation att ta itu med problemet minskar eller att missbruket trappas upp. Motivation är en avgörande faktor för att vården ska ge resultat.

Bara var tionde verksamhet anser att väntetiderna är för långa

Väntetiderna för att komma till ett första personligt möte tycks inte vara något större bekymmer. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser [6]. I regel får den sökande en tid inom en vecka och i många fall inom några dagar. Detta styrks också av tillsynen som konstaterar att det som regel går snabbt att få kontakt för ett första samtal. Det finns inte heller några väntetider för att få börja en behandling inom socialtjänstens öppenvård. Beroendevårdens verksamheter anser inte heller att de har problem med långa väntetider. Färre än en tiondel anger att väntetiderna var problematiska.

Primärvården är en viktig aktör för tidig upptäckt och insatser för personer med riskbruk. Tillsynen konstaterar också att tillgängligheten till primärvården i allmänhet är god. Dessutom har primärvården i regel rutiner för vad de ska göra när en person har komplexa vårdbehov som de inte kan tillgodose, liksom rutiner för informationsöverföring.

De flesta kommuner erbjuder olika insatser

I arbetet med att presentera öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården redovisar Socialstyrelsen vilka insatser kommunen kan erbjuda, oavsett vem som är utförare. De allra flesta kommuner uppger sig kunna erbjuda de tjänster som vi efterfrågar: strukturerad öppenvård¹⁵ med program som pågår dagligen, öppenvård med mindre omfattande program, arbetsträning eller selsättning, familje- och nätverksarbete, stöd i eget boende med målsättning att utveckla förmågan att klara ett eget boende, samt stöd i eget boende av tillsynskaraktär. Strukturerad öppenvård med program som pågår dagligen är den insats som är minst vanlig, och ändå är det drygt 60 procent av kommunerna som svarat som uppger sig kunna erbjuda den.

Tillsynen har granskat insatser som är särskilt riktade till kvinnor med missbruks- och beroendeproblem. Relativt få verksamheter inom primärvården er-

¹⁵ Öppenvård. Individuellt behovsprövade insatser enligt 4 kap. 1 § SoL, som t.ex. strukturerad dagvård, personligt stöd och behandling eller en kontaktperson.

bjuder sådana, med något undantag för gravida kvinnor och spädbarnsmödrar med missbruks- och beroendeproblem. Dessa grupper kan få speciella insatser vid en del vårdcentraler och barnmorskemottagningar.

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.

Personalens kompetens på HVB-hem behöver utvecklas

En grundläggande förutsättning för att kunna erbjuda passande tjänster med god kvalitet är att personalen har god kunskap om behoven hos sina klienter. Knappt hälften av kommunerna (45 procent) inventerade behoven hos sina klientgrupper under 2010 och ännu något färre uppger att de har gjort en samlad bedömning av hur väl kommunens tillgängliga insatser svarar mot behoven [6].

Det blir allt vanligare att använda olika bedömningsinstrument, både för att upptäckta missbruks- eller beroendeproblematik och för att bedöma problemtyngd och hjälpbehov. Instrumenten kan också användas för att ta fram statistik som underlag för verksamhetsutveckling. Kommunerna har dock ännu inte rutinemässigt börjat använda instrumenten för att ta fram lokal statistik. Endast en tredjedel av kommunerna anger att de gör det.

En iakttagelse från tillsynen är att en del personal inom både öppenvården och hem för vård eller boende (HVB) saknar grundutbildning inom vård och omsorg på lägst gymnasienivå, och att föreståndare vid HVB saknar föreskriven högskoleutbildning. En slutsats från tillsynen är därför att personalen vid HVB behöver höja sin kompetensnivå. En annan slutsats är att det är en kvalitetsfaktor om föreståndaren har föreskriven kompetens.

Nationella riktlinjer fortsätter att spridas i landet

Sedan några år pågår ett arbete i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) regi för att utveckla missbruks- och beroendevården med hjälp av statliga medel: Kunskap till praktik. Målet är bland annat att den vård och det stöd som erbjuds ska utgå från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård och annan aktuell kunskap. Insatserna ska vara samordnade mellan huvudmännen och ingå i en sammanhängande vårdkedja, och de enskilda ska ha inflytande över insatserna.

SKL har träffat överenskommelser med kommun- och regionförbunden samt landstingen och regionerna i alla län om att delta i arbetet. I utvecklingsarbetet ingår bland annat att kartlägga vilka behov målgrupperna har, vilken verksamhet som bedrivs, hur aktörerna samverkar och vad som saknas i jämförelse med riktlinjerna. Vidare ingår att ta fram förslag till förbättringar och att implementera styrdokumentet, liksom att utbilda personal, chefer och politiker. Utbildningen av personal, chefer och politiker ses som en viktig del i arbetet.

Säker vård och rättssäker omsorg

Bristande dokumentation inom socialtjänsten är fortfarande ett problem

Behov och kvalitetsbrister upptäcks och påtalas både av klienter och av personal. För att åstadkomma en kvalitetsutveckling behöver verksamheten därför ha både ett externt och ett internt perspektiv för att säkra tjänster och säkerhet. Socialtjänstens missbruks- och beroendevård tycks uppmärksamma båda dessa perspektiv i lika hög utsträckning. En majoritet av kommunerna uppger att de tar till vara synpunkter från enskilda, deras anhöriga och personal i samma utsträckning. Närmare 70 procent av kommunerna uppger att de använder sammanställningar av synpunkter och klagomål som underlag för att analysera och utveckla verksamheten.

Tillsynens iakttagelser handlar återigen om att socialtjänsten inte tillgodoser de enskildas rättssäkerhet fullt ut i sin handläggning och dokumentation av utredningar. De formella kraven på handläggningen uppfylls inte. I viss utsträckning handlar det också om att underlaget för nämndens beslut är bristfälligt. Dessutom dokumenterar socialtjänsten inte de enskildas delaktighet tillräckligt.

Tillsynen av socialtjänstens hantering av anmälningar visar att socialtjänsten ibland är för passiv i försöken att få kontakt med den enskilde. Exempel på detta kan vara att socialtjänsten nöjer sig med alltför få försök att få kontakt med den enskilde.

Hösten 2010 och våren 2011 genomförde Socialstyrelsen en tillsyn av samtliga LVM-hem. Vi identifierade flera områden för huvudmannen, Statens institutionsstyrelse (SiS), att förbättra och utveckla:

- förankringen och uppföljningen av centralt utarbetade rutiner
- samarbetet med socialtjänsten, beroendekliniker och psykiatriska kliniker, såväl under vårdtiden som inför utskrivningen
- dokumentationen
- det självmordsförebyggande arbetet och dess implementering
- läkemedelshanteringen, delegeringen och ordinationerna enligt generella direktiv
- den nationella samverkan mellan LVM-hemmen
- anordnandet av ändamålsenliga lokaler vid behov av vård i enskildhet
- hanteringen av tvångsvården, mot bakgrund av att den upplevs som förvaring.

Samverkan och kontinuitet

Den enskildes samlade livssituation är utgångspunkten för socialtjänstens arbete. När personer har behov av tjänster som bedrivs inom olika verksamheter eller av olika utförare och professioner är det viktigt att tjänsterna är samordnade och att det finns en tydlig ansvarsfördelning.

Överenskommelser om samverkan med psykiatri är vanligast

Det är inte särskilt vanligt med dokumenterade rutiner för intern samverkan. Drygt hälften av kommunerna uppger att missbruks- och beroendevården har rutiner för samverkan med personal som arbetar med barn samt med personal som arbetar med ekonomiskt bistånd [6]. Det är ännu färre kommuner som har

rutiner för samverkan med dem som arbetar med personer med funktionsnedsättning och med äldre personer. Omkring en tredjedel uppger sig ha sådana.

Skriftliga överenskommelser för extern samverkan är relativt vanliga. Vanligast är överenskommelser med psykiatri, och nästan 75 procent har sådana. Knappt hälften har en överenskommelse med primärvården. Överenskommelser med frivilligorganisationer har mindre än 20 procent av kommunerna.

Ansvarsfördelningen för insatser till personer med samsjuklighet regleras i de flesta fall i den skriftliga överenskommelsen med den landstingsfinansierade beroendevården eller psykiatri.

Endast omkring hälften av kommunerna uppger att missbruks- och beroendevården har följt upp sin externa eller interna samverkan.

I den samordnade tillsynen har samverkan också varit föremål för granskning. Inom hälso- och sjukvården har primärvården och den specialiserade beroendevården ofta svårt att samverka, särskilt när beroendevården bedrivs vid psykiatriska kliniker. Primärvården och socialtjänsten har däremot som regel en väl fungerande samverkan, enligt verksamhetsföreträdarna.

Tillsynen noterar vidare att gränsen mellan beroendevård och öppenvård inte dras på samma sätt i alla regioner. I delar av landet tolkar beroendevården sitt uppdrag snävt och hänvisar de flesta med missbruks- och beroendeproblem till den kommunala öppenvården. Integrerade mottagningar med både hälso- och sjukvård och socialtjänst fungerar dock bra. De kan ge samtidiga insatser till personer som behöver det, och har oftast ett brett utbud av stöd och behandlingar. De integrerade mottagningarna i landet ingår också i öppna jämförelser och får besvara den årliga enkäten. Resultaten i årets öppna jämförelser visar genomgående på ett bättre utfall för beroendemottagningarna jämfört med renodlad kommunal missbruks- och beroendevård [6].

I tillsynen påpekar Socialstyrelsen att huvudmännen ansvarar för att erbjuda den vård som behövs och för att tillhandahålla en vårdkedja och samverkanslösningar så att personer får de insatser som de behöver. Det är inte tillfredsställande om vården hänvisar personer till verksamheter utifrån hur vården är organiserad i stället för att utgå från vilka insatser den enskilde behöver.

Referenser

1. Drogutvecklingen i Sverige 2010. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2010.
2. Äldres hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Folkhälsoinstitutet; 2011.
3. Narkotikatillgängligheten i Sverige 1988–2010. En analys av priser och beslag. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2011.
4. Insatser år 2010 för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna. Korrigerad 14 oktober 2011. Socialstyrelsen; 2011.
5. Ej biståndsbeslutade insatser inom kommunal äldre- och handikappomsorg. Resultat av en enkätundersökning. Socialstyrelsen; 2011.
6. Missbruks- och beroendevården – Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008–2010. Socialstyrelsen; 2011.
7. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47).