

Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar

Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i
förhållande till det nationella ANDT-arbetet och
spel om pengar

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-4-7277

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2021

Förord

Rapporten belyser läget och utvecklingen bland de som söker vård och stöd från socialtjänst och hälso- och sjukvård relaterat till narkotiska substanser, alkohol och spel om pengar. Rapporten beskriver insatser som ges för substansrelaterade problem samt regionala skillnader. Rapporten beskriver även tillgängligheten till skademinskande insatser i Sverige liksom dödlighet orsakad av alkohol, narkotika och läkemedel.

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i kommun och region, företrädare för civilsamhällets organisationer, forskare, brukare, patienter och närstående.

Rapporten har sammanställts av Lina Pastorek. Följande medarbetare har bidragit i arbetet: Rocio Winnersjö, Karin Gavelin, Peter Salmi, Ylva Ginsberg, Kristina Sinadinovic, Stefan Brené, Agnes Lundström, Lena Lindahl, Gunnel Hedman Wallin, Christina Höglom, Hanna Jarvad, Iréne Nilsson Carlsson, Magdalena Helgesson, Ann-Sofie Bertilsson och Daniel Svensson. Stina Hovmöller har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Summary	14
Den nationella ANDT-strategin, Agenda 2030 och mänskliga rättigheter	19
Definitioner, avgränsningar, metod och struktur	21
Samverkan samt insatser av staten och civilsamhället	25
Ohälsosamma levnadsvanor, ANDT – mål 3	28
Daglig rökning och riskbruk av alkohol i befolkningen är oförändrad ...	28
Åtgärder för ohälsosamma levnadsvanor begränsade och skillnader finns mellan regioner	28
Vård och insatser för substansrelaterade diagnoser och spelberoende inom hälso- och sjukvården, ANDT – mål 4	31
Vård för diagnoser relaterade till alkohol, flera substanser i kombination och opioder är vanligast	31
Vård för skadligt bruk och beroende utgör störst andel av den substansrelaterade vården	32
Akuta förgiftningar orsakade av alkohol eller narkotika är vanligare bland barn och unga än vuxna	33
Få barn under 18 år med substansrelaterade diagnoser identifieras genom barn- och ungdomspsykiatri	34
Vård för narkotikarelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården ökar och de alkoholrelaterade minskar	35
Vård för alkoholrelaterade diagnoser minskar mest för män	36
Vård för narkotikarelaterade diagnoser innehåller stora variationer	38
Över tid har vård för spelberoende ökat	40
Vården för substansrelaterade diagnoser varierar mellan regioner	42
Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd vid substansrelaterade diagnoser vanligt	46
Samsjuklighet med skadligt bruk och beroende vanligt bland spelberoende	47
Insatser inom hälso- och sjukvården	48
Behandling med läkemedel vid alkoholberoende minskar över tid	48
Behandling med läkemedel för opioidberoende svårt att följa på nationell nivå	49
Återinskrivning i slutenvård omfattande och oförändrad över tid	51
Insatser och stöd inom socialtjänsten, ANDT-mål 4	54
ASI-underlag kan användas för att beskriva behov hos klienter inom socialtjänsten	54

Alkoholproblem minskar och narkotikaproblem ökar bland socialtjänstens klienter.....	55
Skillnader mellan mäns och kvinnors hjälpbehov	57
Yngre har mest problem med narkotika och äldre med alkohol	58
Uppföljningar visar på större förbättringar vid alkoholproblem jämfört med narkotikaproblem	58
Frivilliga insatser till personer med missbruksproblem har ökat de senaste två åren.....	59
Enligt uppföljningsverktyget UBÅT är boendeinsats vanligaste insats.....	61
Minskande frivillig institutionsvård sett över tid och med regionala variationer.....	62
Insatser till individer med spelproblem ökar.....	62
LVM-vården fluktuerar över tid och tar emot allt yngre klienter.....	63
Regionala skillnader hur tvångsvården tillämpas	64
Socialtjänstens insatser som följs upp genom öppna jämförelser	65
Fördjupad analys: Möjliga orsaker till regionala skillnader i LVM-vård	67
Dödlighet relaterad till ANDT – mål 5.....	70
Metod för redovisning av dödlighet	70
Dödsfall orsakade av narkotika eller läkemedelsförgiftningar minskar men inte för kvinnor	70
Regionala skillnader finns vad gäller dödsfall orsakade av narkotika eller läkemedelsförgiftningar	71
Vanligt att avlidna i läkemedels- och narkotikaförgiftningar har lägre utbildning.....	72
Dödligheten bland vårdade med narkotikadiagnos har minskat för män, men inte för kvinnor.....	72
Vård för suicidförsök är hög bland de som vårdats för substansrelaterade diagnoser.....	73
Dödlighet orsakad av alkoholförgiftning minskar mer för män än för kvinnor	74
Dödlighet bland vårdade med alkoholrelaterade diagnoser ökar mer för kvinnor än män.....	75
Skademinskande insatser, ANDT – mål 5	77
Behandling av hepatit C ökar i Sverige	77
Allt fler personer som injicerar nås av sprututbytesverksamheter.....	79
Naloxon som nässpray når allt fler individer.....	80
Perspektiv: Anhöriga, ANDT – mål 5.....	83
Perspektiv: Brukarinflytande, ANDT – mål 3, 4 och 5.....	85
Avslutande reflektion	88
Bilaga 1: Definitioner i ICD-10 och urval för registeruttag patientregistret.....	89
Bilaga 2: Förekomsten av ANDT och S i befolkningen	92
Bilaga 3: Utvecklingen av vård för ett urval substanser	95

Flera substanser i kombination: F19	95
Opioider: F11	95
Sedativ hypnotika: F13	97
Cannabis: F12.....	98
Bilaga 4: Organisationer representerade i Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor till och med 15 juni 2021	100
Bilaga 5: Exempel på arbete med brukarinflytande	101
Brukarrevision av missbruks- och beroendevården i region Sörmland och dess kommuner	101
BISAM i region Stockholm.....	102
Brukarcertifiering, ungdomsteamet i Luleå	103
Brukarråd och arbete med mininätverk: socialtjänstens vuxenavdelning Sollentuna	103
Bilaga 6: Öppna jämförelser 2020 Missbruks- och beroendevården Registerdata tom 2018	105
Referenslista	106

Sammanfattning

Alkohol, narkotika och spel om pengar orsakar problem för många människor och deras närstående. I denna rapport beskriver Socialstyrelsen vård och insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst; vilka substanser individerna söker stöd för, skillnader mellan kvinnor och män, utbildningsbakgrund hos de vårdsökande, vilka insatser som ges samt utvecklingen över tid. Myndigheten använder i rapporten termen missbruk i samband med socialtjänstens verksamhet och termerna substansrelaterade diagnoser, skadligt bruk och beroende när hälso- och sjukvårdens verksamhet eller insatser beskrivs.

Rapporten belyser olika områden utifrån data och statistik tillgänglig hos Socialstyrelsen avseende individer som söker vård och stöd.

Förflyttning från slutenvård mot mer öppna vårdformer fortsätter och regionala skillnader förekommer

Fler personer får eller söker vård för substansrelaterade diagnoser inom sjukvården i dag än för tio år sedan och framförallt ökar insatser i specialiserad öppenvård. Institutionsvård för missbruk beviljad av socialtjänst minskar både i andel individer som får insatsen (18,6 individer/100 000 år 2009 till 16,5 individer/100 000 år 2019) och vårdtidens längd (från 115 dagar år 2009 till 102 dagar år 2019). Även socialtjänstens öppna insatser sett över tid minskar. Det finns regionala skillnader i hur vård och stöd till personer med narkotika- och alkoholrelaterade problem organiseras och i vilken utsträckning olika insatser ges. Delvis kan skillnader förklaras av hur huvudmännen delar upp ansvaret, men det kan också signalera att det finns skillnader som behöver uppmärksammas och åtgärdas för att säkerställa jämlik tillgång till vård och stöd över hela landet.

Färre får eller söker vård och stöd för enbart alkoholrelaterade problem

Andelen av befolkningen som får eller söker vård och stöd för enbart alkoholrelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården, eller alkoholmissbruk inom socialtjänsten, har minskat under de senaste tio åren. Inom hälso- och sjukvården är minskningen 14 procent för diagnoserna skadligt bruk eller beroende. Alkoholförgiftningar utgör fortsatt en stor andel av den alkoholrelaterade vården. Behandling med läkemedel för alkoholberoende har också minskat över tid. Det är framför allt bland män och i yngre åldersgrupper som färre sökt hjälp för alkoholrelaterade problem, medan fler äldre får vård och stöd för sådana problem inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vård för alkoholrelaterade diagnoser var vanligast bland män med förgymnasial utbildning som högsta utbildning. Dödlighet på grund av alkoholförgiftning har minskat över tid. Den minskning av vård och stöd samt behandling med läkemedel vid alkoholberoende som belyses i denna rapport behöver inte vara ett uttryck för sämre tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet, utan skulle kunna bero på minskade alkoholrelaterade problem i befolkningen och/eller att fler individer använder flera substanser i kombination.¹

Fler får eller söker vård och stöd för narkotikarelaterade problem

Andelen av befolkningen som får eller söker vård och stöd för narkotikarelaterade problem både inom socialtjänst och hälso- och sjukvård har ökat den senaste tioårsperioden. Inom hälso- och sjukvården är ökningen uppemot 40 procent. Problemen varierar beroende på kön och ålder och inom respektive substans varför det är svårt att tala om *en* homogen grupp eller *en enda* utveckling. Skadligt bruk och beroende utgör störst andel av den narkotikarelaterade vården som helhet.

Yngre har mer narkotikarelaterade problem än äldre. Inom hälso- och sjukvården har andelen som vårdats för diagnoser relaterade till cannabis, flera substanser i kombination samt opioider ökat mest den senaste tioårsperioden. Data från socialtjänsten visar att andelen klienter som uppger att injektionsmissbruk och opioider är deras huvudsakliga problem minskar, men att fler än tidigare nu anger att missbruk av olika lugnande läkemedel, amfetamin och cannabis är huvudproblemet.

Socioekonomiska faktorer, såsom utbildningsbakgrund, kan ha betydelse för utveckling av substansrelaterade problem. Bland dem som söker eller får vård för narkotikarelaterade problem är det betydligt vanligare med endast förgymnasial utbildning, vilket också uppmärksammats i en ny rapport av Folkhälsomyndigheten [1]. Bland de som vårdas för cannabisrelaterade diagnoser avviker männen från ovanstående mönster genom att det är vanligast att män med eftergymnasial utbildningsnivå söker eller får vård.

Återinskrivningar i slutenvård inom ett år efter behandling för narkotikarelaterad diagnos inom slutenvården är fortsatt på hög nivå. År 2018 återinskrivs 40 procent av kvinnorna och 43 procent av männen inom ett år.

Fler får vård och insatser för problem relaterade till spel om pengar

Andelen i befolkningen som får eller söker vård inom hälso- och sjukvården för diagnos relaterad till spel om pengar har ökat över en tioårsperiod, även om vården alltjämt är mycket begränsad, i huvudsak omfattar män samt visar att en viss nedgång har skett efter 2018. Omkring 35 procent av de som vårdats för spelberoende hade en annan samtidig psykiatrisk diagnos. Vanligast var problem relaterade till alkohol eller narkotika, men även depressioner

¹ Under den senaste tioårsperioden har totalkonsumtionen i befolkningen minskat, ungas alkoholvanor förändrats och riskkonsumtionen varit oförändrad, enligt nationella mätningar.

(främst kvinnor) och ångestsyndrom (främst män) var vanliga. En lagändring 2018 gav kommunerna ett utvidgat ansvar för stöd och behandling vid missbruk av spel om pengar², vilket har inneburit att allt fler nu ges insatser inom socialtjänsten.

Omfattande psykiatrisk samsjuklighet hos patienter och klienter

Bland dem som fått vård för substansrelaterad diagnos är det vanligt med vård också för andra psykiatriska tillstånd: 52 procent av männen och 65 procent av kvinnorna med substansrelaterade problem hade minst en annan psykiatrisk diagnos, vilket är i samma storleksordning som motsvarande skattning gjord av Socialstyrelsen år 2019. Förutom depressioner och ångestsyndrom var adhd vanligt, en diagnos som också i stor utsträckning förekom samtidigt med andra psykiatriska diagnoser. Ungefär 50 procent av dem som söker stöd hos socialtjänsten för missbruksrelaterade problem uppger att de någon gång fått sluten psykiatrisk vård och 30 procent att de fått öppen psykiatrisk vård, utöver insatserna för missbruk.

Skillnader i vilka som får eller söker vård och stöd mellan kvinnor och män

I data från socialtjänsten uppges män ha mer problem med narkotika och försörjning och arbete medan kvinnorna uppges ha mer problem med psykisk ohälsa, alkohol och familj/eller umgänge. Drygt en tredjedel av socialtjänstens öppna insatser och vård med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ges till kvinnor, men andelen kvinnor sjunker till en fjärdedel för insatserna boende och frivillig institutionsvård. Behandlingstiden i frivillig institutionsvård är kortare för kvinnor än män. Av dem som får vård för substansrelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården utgör kvinnor cirka 30 procent, men med variationer mellan olika substanser där kvinnor exempelvis utgör en stor andel av de vårdade för diagnoser relaterade till lugnande läkemedel. Den registrerade dödligheten orsakad av narkotika och läkemedel minskar bland män, men fortsätter att öka bland kvinnor. Utvecklingen är även sämre för kvinnor än för män vad gäller andelen som avlider inom ett år från att ha fått vård för alkoholrelaterade problem. Dödligheten för kvinnor ökade från 2,9 till 3,6 procent mellan 2009 och 2019 och för män från 5,1 till 5,3 procent.

Substansrelaterade problem en riskfaktor för suicid

Rapporten visar att det är vanligt att de som fått vård för narkotikarelaterad diagnos också inom ett år fått vård efter suicidförsök (kvinnor 16 procent och

² Se 3 kap. 7 § och 5 kap. 1 § SoL samt prop. 2016/17:85 *Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk* s. 27 f.

män 8 procent). Motsvarande andelar för de som fått alkoholrelaterad vård var drygt 8 procent för kvinnorna och 4 procent för männen. I intervjuer genomförda i samband med LVM-vård uppgger 45 procent av kvinnorna och 31 procent av männen att de någon gång försökt ta sitt liv. Data från socialtjänsten visar på att cirka 30 procent av klienterna som söker stöd för missbruksrelaterade problem någon gång försökt begå suicid.³ År 2019 utgjordes ungefär 30 procent av förgiftningar orsakade av läkemedel eller narkotika av suicid.

Skadaminskande insatser når allt fler och kan bidra till förbättrad livskvalitet och minskad dödlighet

De skadaminskande insatserna i Sverige för narkotikarelaterade problem utvecklas och når allt fler. Över tid har behandling för hepatit C nått allt fler personer som injicerar narkotika. Under 2019 hade 4 817 personer besökt någon av de 26 sprututbytesverksamheterna som 2019 fanns i 16 av landets regioner, en ökning på 30 procent jämfört med 2018. År 2020 startade ytterligare en verksamhet. Trots att insatsen är relativt ny, har tillgängliggörandet till patienter av den opioidhävande nässprayen naloxon (som effektivt häver effekten av opioider vid livshotande opioidförgiftning) nått ut brett i landet. Mellan 2019 och 2020 har antalet regioner som bedriver ett sådant systematiskt arbete ökat från 13 till 18. Erfarenheterna från det skadaminskande arbetet kan bidra till fortsatt utveckling inom området.

Barn i familjer med missbruk, skadligt bruk och beroende behöver uppmärksammas

Många barn växer upp i familjer med missbruk eller beroende eller har påverkats negativt av en förälders alkoholproblem enligt studier. Barnen behöver uppmärksammas tidigt och insatser för att arbeta med hela familjen behöver utvecklas och förstärkas för att förhindra att svårigheter förs vidare till nästa generation.

Arbetet med brukarinflytande går långsamt

Uppmätt brukarinflytande inom socialtjänstens öppna jämförelser är fortsatt lågt. Tolv procent av kommunerna som följs inom öppna jämförelser har en skriftlig rutin om att erbjuda enskilda att ta med stödperson på möten, 17 procent har genomfört en brukarrevision det senaste året. I rapporten presenteras utifrån genomförda intervjuer framgångsfaktorer för arbetet med brukarinfly-

³ ASI-data

tande; såsom behovet av strukturerade processer, brukarinvolvering i alla delar av processer och behov av att stödja brukare för att jämna ut maktobalanser.

Fortsatt arbete

Rapporten är framtagen i brytpunkten mellan ANDT-strategin 2016–2020 och en ny ANDTS-strategi som beslutades av regeringen i mars 2021 för åren 2021–2025. Utredningar med bäring på området har nyligen presenterats eller kommer inom kort att presentera förslag. Denna rapport lutar sig i första hand på data fram till 2019 och omfattar därför inte pandemins påverkan på ANDTS-området. Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa och analysera utvecklingen inom ramen för kommande strategi, men även övriga uppdrag och utredningar. Kommande uppföljningar och analyser är inte bara viktiga för att kunna följa utvecklingen utan bidrar också till att utveckla stöd till regioner och kommuner.

Summary

Alcohol, illicit drugs and gambling create problems for many individuals and their families. This report, by the Swedish National Board of Health and Welfare, describes the problems presented by individuals receiving care and interventions within health care and social services settings: the substances that cause problems for individuals, differences between women and men, the educational background of those seeking care, interventions provided, and development over time. In its report, the Board uses the term abuse when related to the activities of the social services. When describing the activities or interventions of the healthcare services the terms substance-related diagnoses, harmful use, and dependence/addiction are used.

The report covers various areas based on data and statistics available to the Board, concerning individuals seeking care and support.

The move from inpatient care to more open forms of care continues but with regional differences

More people are receiving or seeking care within the health services for substance-related diagnoses than was the case ten years ago. In particular, there has been an increase in interventions within specialised outpatient care. Provision by social services of residential care for substance abuse is decreasing, both in terms of the proportion of individuals receiving this intervention (18.6/100,000 in 2009 to 16.5/100,000 in 2019) and the length of time spent in care (from 115 days in 2009 to 102 days in 2019). Outpatient interventions by the social services are also decreasing over time. There are regional differences in the organisation of care and support for people with problems related to illicit drugs and alcohol and interventions can vary. Such differences may partly be due to differences in the division of responsibility between regions and municipalities, but might also indicate that there are differences that require attention and action to ensure equal access to care and support throughout the country.

Fewer people receive or seek care and support solely for alcohol-related problems

The proportion of the population receiving or seeking care and support solely for alcohol-related diagnoses within healthcare services, or for alcohol abuse within the social services, has decreased during the last ten years. The health care services have seen a decrease of 14 percent in diagnoses of harmful use

or dependence. Treatment for alcohol poisoning remains a large part of alcohol related care. There has also been a reduction over time of prescription drug treatment for alcohol addiction. It is principally among men and in younger age groups that fewer people have sought help with alcohol-related problems, while larger numbers of older people are receiving care and support for such problems within both healthcare and social services. Care in connection with alcohol-related diagnoses was most common among men without post-compulsory education. Mortality from alcohol poisoning has decreased over time. Therefore, it is not necessarily the case that the reduction in care and support or prescription drug treatment for alcohol addiction, highlighted in this report, is due to reduced availability of good quality care and support. It could be a response to the reduction of alcohol-related problems in the population or that more individuals develop problems due to alcohol in combination with illicit drugs.⁴

More people receive or seek care and support for drug-related problems

The proportion of the population receiving or seeking care and support for problems related to illicit drugs, within both healthcare and social services, has increased over the last decade. Within healthcare, the increase approaches 40 percent. These problems differ across gender and age as well as for the different substances and it is therefore difficult to talk about a single uniform group or a single development. Harmful use and dependence constitute the largest proportion of all care related to illicit drugs.

Younger people often have more drug-related problems compared to older people. Within healthcare, the largest increase over the last decade has been in the proportion treated for diagnoses related to cannabis, to several substances in combination, or to opioids. Data from social services show a reduction in the proportion of clients who state that their problem is abuse of mainly injected drugs and opioids, but increased numbers now claim to mainly abuse various tranquillisers, amphetamines, and cannabis.

Socio-economic factors, such as educational background, may be of importance for the development of substance-related problems. It is more common among individuals seeking or receiving care for drug-related problems to have only compulsory education, something that also mentioned in a new report by the Public Health Agency of Sweden.⁵ Care for cannabis-related diagnoses differs from this pattern in that mostly men with post-compulsory education seek or receive care. Readmissions to inpatient care within a year after inpatient treatment for a drug-related diagnosis remain at a high level. In 2018, 40 percent of women and 43 percent of men were readmitted within a year.

⁴ According to national measurements, the most recent ten-year period has seen a reduction in total consumption by the population, a change in young people's alcohol habits, and a stable incidence of dangerous consumption.

⁵ Narkotikaanvändningen och dess negativa konsekvenser i Sverige – Studier av socioekonomiska skillnader och hälsotillstånd hos användare och deras närstående, Folkhälsomyndigheten 2021

More people receive care and interventions for problems related to gambling

The proportion of the population receiving or seeking care within healthcare for gambling-related diagnoses has increased during the last decade. Even if such care is still limited, it mainly involves men and has shown some decline since 2018. About 35 percent of those treated for gambling addiction had also been diagnosed with another psychiatric condition. Most frequently this involved problems related to alcohol or illicit drugs, but depression (mainly women) and anxiety syndrome (mainly men) were also common. An amendment to the legislation in 2018 extended the responsibility of municipalities for support and treatment of gambling dependency⁶, which has had the effect that more individuals receive interventions within the social services.

Extensive psychiatric comorbidity in patients and clients

Among those receiving care for a substance-related diagnosis it is common that care has also been received for other psychiatric conditions: 52 percent of men and 65 percent of women with substance-related problems had received at least one other psychiatric diagnosis. This is of the same order of magnitude as the corresponding estimate provided by the Board in 2019. In addition to depression and anxiety syndrome, ADHD was also common. The latter diagnosis often occurred together with other psychiatric diagnoses. Of those seeking the support of social services for problems related to abuse, about 50 percent indicate that they at some stage had received inpatient psychiatric care; whilst 30 percent had received outpatient psychiatric care, in addition to interventions related to their substance abuse.

Differences between women and men receiving or seeking care and support

Data from social services indicate that men have more problems with illicit drugs and earning a living or working, while women have more problems with mental health, alcohol and family or friends. Just over a third of the social services' non-institutional interventions and care on the basis of the Care of Abusers (Special Provisions) Act go to women, but the proportion of women is reduced to a quarter for residential services and voluntary residential care. The period of treatment in voluntary residential care is shorter for women than for men. Women constitute about 30 percent of people receiving care for substance-related diagnoses within healthcare, but with variations between different substances, where for instance women make up a large part

⁶ See 3 Ch. 7 § and 5 Ch.. 1 § SoL and proposition 2016/17:85 *Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk* s. 27 f.

of those receiving care for diagnoses related to tranquillisers. Recorded mortality from illicit drugs and prescription drugs among men is decreasing, but continues to increase among women. There is a more negative trend in respect of women than in respect of men in terms of the proportion dying within a year after having received treatment for alcohol-related problems. For women, the mortality rate increased from 2.9 to 3.6 percent between 2009 and 2019, while for men it increased from 5.1 to 5.3 percent.

Substance-related problems are a risk factor for suicide

The report shows that it is common that those who have received care for a drug-related diagnosis also have received care after an attempted suicide within a year (women 16 percent and men 8 percent). The corresponding proportions for those receiving alcohol-related care were just over 8 percent for women and 4 percent for men. In interviews carried out in connection with compulsory care under the Care of Abusers Act, 45 percent of women and 31 percent of men state that they have at some point tried to take their lives. Data from the social services indicate that about 30 percent of clients seeking support for abuse-related problems have at some point attempted suicide.⁷ About 30 percent of the cases of poisoning caused by prescription drugs or illicit drugs in 2019 were suicides.

An increased number of individuals receive harm-reducing interventions

Harm-reducing interventions for drug-related problems are expanding in Sweden and are reaching more people. Over time, treatment of Hepatitis C has reached greater numbers of people injecting drugs. During 2019, 4,817 individuals visited one of the 26 syringe exchange services that existed in 16 of the 21 county councils in Sweden, an increase of 30 percent compared with 2018. In 2020, yet one more region opened a syringe exchange service. The opioid antidote Naloxone (in the form of a nasal spray) has been made widely available to drug users in the country even though this intervention is relatively new. Naloxone is an efficient antidote in cases of life-threatening opioid poisoning. Between 2019 and 2020 the number of regions carrying out such systematic work increased from 13 to 18. Experience gathered from such harm-reducing work could contribute to further development within this field.

Children in families with substance abuse, harmful use, and dependency need attention

Studies have shown that many children grow up in families where the parents have problems with abuse or addiction and where the children have been

⁷ ASI data

negatively affected by this. Such children need early attention, and interventions addressing the whole family need to be developed to prevent difficulties being carried over into the next generation.

Work on user influence is slow

User influence, as measured within the social services “open comparisons” data set, is still low. Twelve percent of the municipalities monitored through “open comparisons” have written procedures for inviting individuals to bring a support person to meetings. Seventeen percent have carried out a user audit during the previous year. Based on a series of interviews, the report sets out success factors for work on user influence, such as the need for structured processes, user involvement in all aspects of processes and the need to provide support to users to compensate for the imbalance of power.

Further work

The report has been produced at the intersection of the 2016–2020 ANDT strategy and a new ANDTS strategy for 2021–2025, adopted by the Government in March 2021. Various commissions of enquiry related to the subject have recently presented, or will shortly present, proposals. This report relies primarily on data up to 2019 and does therefore not cover the effects of the pandemic within the ANDTS area. The Swedish National Board of Health and Welfare continues to monitor and analyse developments within the framework of the new strategy, but also other assignments and enquiries. Future follow-up and analysis is important, not only to make it possible to monitor developments but also as a contribution to the development of support for regions and municipalities.

Den nationella ANDT-strategin, Agenda 2030 och mänskliga rättigheter

Socialstyrelsens arbete kring alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar relaterar till flera olika strategier och ramverk såväl nationellt som internationellt. Hittills har det saknats en nationell strategi för området spel om pengar. Den nationella strategin för alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) gällde för åren 2016–2020 och en ny strategi för ANDTS-området beslutades i mars 2021 [2]. Strategin 2016–2020 hade sex målområden och många insatsområden. Socialstyrelsens arbete och denna rapport berör i huvudsak tre av målen och berör förebyggande, behandlande och skademinskande perspektiv.

Mål 3: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.

Mål 4: Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.

Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska minska.

FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter tydliggör i artikel 12 alla människors rätt till bästa möjliga hälsa. Artikel 12 är därför av stor betydelse för området missbruk, skadligt bruk och beroende. FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen), som sedan den 1 januari 2020 gäller som svensk lag, innehåller i artikel 24 barns rätt till hälsa och i artikel 33 konventionsstaternas ansvar att vidta åtgärder för att skydda barn från olaglig användning av narkotika. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning innehåller i artikel 25 konventionsstaternas ansvar när det avser hälsa för personer med funktionsnedsättning. Flera andra konventioner har också betydelse för området.

Sedan 2016 arbetar Socialstyrelsen aktivt för att bidra till att uppfylla målen i Agenda 2030. Utöver de mer generella målen berörs området missbruk och beroende särskilt av agendamål 3, om hälsa och välbefinnande, mer specifikt

- delmål 3.5, som innebär att insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholmissbruk ska stärkas, och⁸

⁸ Notera att termerna i översättningen till svenska inte överensstämmer med de termer och begrepp som i övrigt används i denna rapport.

- delmål 3.4, om att genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Definitioner, avgränsningar, metod och struktur

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen syftet med rapporten, vilken metod som har använts för att sammanställa rapporten, hur den är strukturerad och förhåller sig till den nationella ANDT-strategin 2016–2020 samt området spel om pengar.

Rapportens syfte och struktur

Rapporten är avsedd att ge en bild av vård och insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst; vilka substanser individerna har problem med, skillnader mellan kvinnor och män, utbildningsbakgrund hos de vårdsökande, vilka insatser som ges samt utvecklingen över tid. Rapporten är strukturerad så att de olika kapitlen relaterar till olika mål i ANDT-strategin och dess insatsområden och är en ”pilotrapport” för att pröva möjligheten att beskriva området i en egen rapport utifrån den ram som den nationella ANDT-strategin utgör. Även om all vård utgår från individens behov, förutsättningar och rättigheter kan det finnas behov av att beskriva ”populationen” med substansrelaterade diagnoser och missbruk för att kunna utveckla vård och stöd, men också för att förstärka och anpassa de tidiga och förebyggande insatserna i samhället. De huvudsakliga frågeställningarna som besvaras i rapporten är:

- Hur ser trenderna ut vad avser andel individer i befolkningen som uppmärksammas av hälso- och sjukvård och socialtjänst för substansrelaterade diagnoser och missbruk fördelat på olika substanser, spel om pengar, kvinnor och män, utbildningsbakgrunder och olika åldersgrupper sett över tid?
- Hur ser utvecklingen ut vad avser dödlighet orsakad av substansrelaterade förgiftningar och vilka variationer finns mellan åldrar, kön och dödsorsak?
- Hur utvecklas de skadaminskande insatserna relaterade till narkotika över tid?
- Finns det regionala skillnader i vård och insatser?
- Vilka slutsatser kan dras av utvecklingen inom ANDTS-området utifrån data från både socialtjänst och hälso- och sjukvård?

Eftersom skillnader mellan enskilda år oftast är små har Socialstyrelsen valt att belysa utvecklingen de senaste 10 åren, men med fokus på åren 2016–2019 för att visa på utvecklingen de senaste åren där ANDT-strategin för åren 2016–2020 varit ramverket. I varje kapitel beskrivs först individer och variationer inom grupper/kvinnor/män/åldrar och därefter ett urval av de insatser som de fått och som Socialstyrelsen kan följa. Myndigheten använder i rapporten termen missbruk i samband med socialtjänstens verksamhet och termerna substansrelaterade diagnoser, skadligt bruk och beroende när hälso-

och sjukvårdens verksamhet eller insatser beskrivs.⁹ Med termen missbruk avses inom socialtjänsten ett bruk som skadar hälsan och/eller får sociala konsekvenser. Sociallagstiftningen saknar dock en exakt definition av vad missbruk är eller specifika kriterier motsvarande sådana som finns inom hälso- och sjukvården för att fastslå exempelvis diagnosen skadligt bruk eller diagnosen beroende.

Avgränsningar

Det finns långt fler personer än dem som beskrivs i denna rapport som har problem relaterade till narkotika, alkohol eller spel om pengar och mörkertalet är stort [3]. Det saknas i stor utsträckning aktuella skattningar av hur många som har substansrelaterade diagnoser, missbruk eller problem relaterade till spel om pengar i Sverige.¹⁰ Det är naturligtvis alltid viktigt att också reflektera över vilka som eventuellt inte nås av vården- och omsorgen och förbättra tillgängligheten på olika sätt, vilket behöver vara ett kontinuerligt utvecklingsarbete.

Socialstyrelsen har endast möjlighet att redovisa behov, vård och insatser som kan följas genom myndighetens register, statistik och de svar från huvudmännen som erhållits genom enkäter.

Människor med substansrelaterade problem kan komma i kontakt med hälso- och sjukvården på olika sätt; genom vårdcentraler, akutmottagningar, specialiserade beroendemottagningar, barnavårdscentraler med mera. Socialstyrelsen har i arbetet med rapporten använt Socialstyrelsens patientregister som visar insatser i specialiserad öppenvård och slutenvård. Insatserna utförs i stor utsträckning i öppen specialiserad psykiatrisk vård av andra yrkesgrupper än läkare men då dessa yrkesgrupper ännu inte får registrera data i patientregistret omfattas sådan vård inte i dagsläget. Myndigheten har, när inte annat redovisas, valt att redogöra för både huvud- och bidiagnos tillsammans för att ringa in så många som möjligt av de individer som får vård under ett år. Huvuddiagnos är det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt. Utöver den obligatoriska huvuddiagnosen kan som bidiagnos registreras ett eller flera tillstånd som haft betydelse för vårdkontakten. Det innebär att en individ kan ha sökt vård för andra problem än de substansrelaterade, men de substansrelaterade problemen har uppmärksamats vid vårdtillfället och registrerats som huvud- eller bidiagnos. Detta registeruttag ger en bild av trender över tid och variationer inom den vårdsökande gruppen, men ska inte förstås som ett sätt att redogöra för hur många som tar del av vård och behandling för substansberoende, vilket innehåll en sådan behandling har eller hur utfallet av behandlingen blir. I rapporten redovisas ett urval insatser för behandling inom hälso- och sjukvården, men detta skulle behöva utvecklas i en uppföljning av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Redovisad data från socialtjänsten beskriver individer som tar kontakt och får en insats vid missbruksenheterna inom socialtjänsten. Däremot inkluderas inte alla klienter inom socialtjänstens olika verksamhetsgrenar som också

⁹ En fullständig beskrivning över metod och terminologi finns i bilaga 1.

¹⁰ En översiktlig sammanställning över prevalens av ANDTS i befolkningen finns i bilaga 2.

skulle kunna identifieras som personer med missbruk (såsom inom ekonomiskt bistånd, funktionshinder, äldre osv). Socialstyrelsen redogör för skillnader avseende ålder, kön, socioekonomiska faktorer och övrig livssituation bland individer som söker stöd vid en missbruksenhet. Vidare visar data från socialtjänsten vilka insatser som ges inom området missbruk, men insatsernas innehåll kan inte närmare redovisas eller bedömas vad gäller kvalitet. Socialtjänstens öppna jämförelser, som också utgör underlag för rapporten, följer implementeringen av kvalitetsbaserade metoder, i huvudsak vad gäller socialtjänstens arbete.

Även om det nationella målet är ett samhälle fritt från narkotika och användning av narkotika är olagligt i Sverige, har Socialstyrelsen i rapporten fokus på de individer som söker eller får vård och stöd för problem orsakade av narkotikaanvändning. Socialstyrelsens arbete eller uppföljning inom området brottsförebyggande arbete ingår inte i rapporten.

Arbetet med att följa användningen av dopningspreparat i befolkningen och insatser för att erbjuda vård och stöd relaterad till dopningsanvändning beskrivs heller inte i denna rapport trots att substansen omfattas av ANDT-strategin.¹¹ Socialstyrelsen skrev 2017 att det sammantaget är svårt att uppskatta vårdbehovet för dopningsmissbruk och beroende i Sverige eller insatser för detsamma [4].

Socialstyrelsen kommer inte heller i denna rapport att lyfta frågan om gaming eller överdrivet datorspelande, tobaksanvändning annat än daglig rökning och har heller inte lyft tandvården som aktör för vård- och stöd inom området.

Metod

Rapporten bygger på underlag som finns tillgängliga i Socialstyrelsens olika register såsom det nationella patientregistret, dödsorsaksregistret, registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall, läkemedelsregistret samt ur Concise (som är en databas för läkemedelsuttag och inköp). I vissa fall har registren samkörts med utbildningsregistret (UREG) som Statistiska centralbyrån ansvarar för. Mer exakta redogörelser för hur de olika uttagen ur registren genomförts finns i respektive kapitel samt i bilaga 1. Två enkäter har skickats till samtliga regioner: en för att följa den skadaminskande och livräddande insatsen för tillgängliggörande av naloxon till personer med risk för opioidöverdos och en annan enkät till regionerna för att följa primärvårdens insatser rörande ohälsosamma levnadsvanor.

Socialstyrelsen har i arbetet med denna rapport beställt samtliga verksamhetsberättelser gällande sprututbytesverksamheter av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Rapporten innehåller även information inhämtad genom den officiella statistik inom området socialtjänstens insatser till vuxna personer som Socialstyrelsen sammanställer och som uppdateras årligen.

¹¹ Diagnoskod F55.9 innehåller dock även andra substanser, exempelvis steroider eller hormoner vilket gör att koden i dagsläget är svår att använda för att följa behandlingsinsatser relaterade till dopning. Vad gäller socialtjänstens insatser så finns ingen uppdelning på substanser i de insatser som redovisas till Socialstyrelsen varför det också där saknas indikatorer som gör det möjligt att följa dopningsområdet.

Inför framtagandet av denna rapport har även en förfrågan skickats till samtliga landets kommuner om godkännande av data som hanteras inom ramen för Addiction Severity Index (ASI) samt Uppföljning och beskrivning av åtgärder (UBÅT). Socialstyrelsen har beställt data i avsikt att göra en nationell och aggregerad sammanställning.

För att beskriva utvecklingen vad gäller brukarinflytande har Socialstyrelsen i denna rapport valt att lyfta några exempel på arbetssätt och metoder från socialtjänst och beroendevård. Exempelen har valts ut i dialog med Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor och Sveriges kommuner och regioner (SKR) och bygger på intervjuer med företrädare för ett urval verksamheter.

Andra lägesrapporter

Socialstyrelsen publicerar årligen lägesrapporter inom områdena Individ och familjeomsorg, Hälso- och sjukvård, Funktionshinder och Äldre. Vidare publicerade Socialstyrelsen 2017 två rapporter som innehöll data inom området från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård [5, 6]. Denna rapport ska ses som ett komplement till ovanstående publikationer.

Pandemi och Covid-19

År 2020 har inneburit särskilda påfrestningar för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst i och med den pandemi som drabbat Sverige och världen. Det har bland annat inneburit att Socialstyrelsen under 2020 varit återhållsam med att sända ut enkäter till huvudmännen för att minska belastningen för regioner och kommuner. Denna rapport har inte för avsikt att beskriva ett specifikt års insatser utan snarare att ge en bild av utvecklingen över tid inom området missbruk och substansrelaterade diagnoser. Data som redovisas har i de flesta fall 2019 som slutår. Det är ännu för tidigt att bedöma hur pandemin har påverkat bruk, riskbruk och utvecklingen av missbruk och substansrelaterade diagnoser i befolkningen. Detta kan komma att påverka insatser som ges inom socialtjänst och hälso- och sjukvård framöver.

Samverkan samt insatser av staten och civilsamhället

I denna rapport beskriver Socialstyrelsen de individer som får vård och insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst; vilka substanser individerna söker hjälp och stöd för, skillnader mellan kvinnor och män, utbildningsbakgrund hos de vårdsökande, vilka insatser som ges samt utvecklingen över tid. Eftersom många aktörer bidrar till vård och stöd för personer med missbruk, skadligt bruk eller beroende är det inte helt enkelt att uttala sig om utvecklingen eller göra analyser om orsaker. För att ge en bakgrund till huvudmännens arbete i rapporten, redovisar Socialstyrelsen i detta kapitel samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård genom utveckling av gemensamma överenskommelser, Kriminalvårdens vård- och behandlingsinsatser, stödinsatser genom civilsamhällets organisationer samt tillsyn av huvudmännens arbete som utförs av IVO. Tillsammans med huvudmännens insatser utgör dessa aktörers insatser de samlade vård- och stödinsatserna inom området.

Innehållet i överenskommelser mellan region och kommun på länsnivå varierar

Kommuner och regioner ska ingå överenskommelser om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.¹² Syftet med överenskommelserna är att stärka samverkan mellan region och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen. För att överenskommelserna ska bidra till utveckling och utgöra stöd i samverkan är det viktigt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.¹³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har tidigare följt upp lagändringen från 2013 [7].

SKR har nyligen samlat in och analyserat de nu gällande överenskommelserna och genomgången visar att överenskommelserna inte alltid är fullt ut tydliga vad gäller ansvarsfördelningen.¹⁴ SKR bedömde att 57 procent av överenskommelserna inte har gemensamma och specifika mål. Vidare visar SKR:s analys att 86 procent innehåller krav på lokala överenskommelser, 62 procent beskriver hur tvister ska hanteras och 57 procent beskriver ansvaret för tidig upptäckt.

När det handlar om att beskriva vem (kommun eller region) som ansvarar för olika insatser är det på övergripande nivå relativt väl beskrivet enligt

¹² Det framgår av 5 kap. 9 § a socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

¹³ Se prop. 2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* s. 1 och 15 f.

¹⁴ SKR har i syfte att arbeta fram en checklista för området genomfört en strukturerad innehållsanalys för områden valda med utgångspunkt i Prop. 2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks och beroendevården*. Analysen har även innefattat områden som inte har lagstadgade krav.

SKR:s bedömning, men när det gäller de specifika insatserna är det mer oklart formulerat i överenskommelserna. Exempelvis pekar genomgången på att

- 38 procent visar tydligt vem som har ansvaret för psykologisk behandling
- 43 procent visar tydligt vem som ansvarar för psykosocial behandling
- 57 procent visar tydligt vem som har ansvar för abstinensbehandling
- 57 procent visar tydligt vem som har ansvar för LARO, Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende
- 14 procent visar tydligt vem som har ansvar för tillnyktring och omhändertagande av berusade personer
- 28 procent har en tydlig ansvarsfördelning vad gäller spelmissbruk och spelberoende
- 19 procent nämner sprututbyte.¹⁵

Vård och behandling inom Kriminalvården

Många av Kriminalvårdens klienter har missbruks- och beroendeproblem och vård och behandling ges även vid anstalt. Av de klienter som var inskrivna på anstalt 1 oktober 2019 bedömdes 58 procent ha problem med någon form av missbruk eller beroende. Inom frivården (kriminalvård som äger rum ute i samhället) var siffran något högre. Narkotikamissbruk var vanligast (36 procent), följt av blandmissbruk (16 procent). En större andel av de manliga klienterna bedömdes ha problem med missbruk jämfört med de kvinnliga klienterna [8].

Enligt uppgift från Kriminalvården bedriver myndigheten olika behandlingsprogram i syfte att minska risken för att klienter återfaller i brott. Målet är att så många som möjligt av de klienter som har medelstor eller hög risk för återfall ska nås av något behandlingsprogram. Behandlingen riktar sig mot den enskilda individens problem. Behandlingsprogram bedrivs inom olika områden: generell kriminalitet, våldsbrott, relationsvåld, sexualbrott och missbruk. Under 2019 fullföljde 3 593 individer behandlingsprogram antingen vid anstalt eller inom frivården, varav 1 344 (37 procent) med inriktning på missbruk. På anstalt fullföljde 2254 individer behandlingsprogram, varav 988 individer tog del av program (44 procent) inriktade mot missbruk. På anstalt både deltog och fullföljde kvinnor behandlingsprogram i mindre utsträckning än män enligt Kriminalvården. Detta skulle exempelvis kunna bero på att utbudet av program generellt inte är lika brett på mindre anstalter, som kvinnoanstalterna är, eller att den till antalet lägre kvinnopopulationen begränsar möjligheten att bedriva olika grupprogram.

Stöd och insatser inom civilsamhället

Utöver de insatser med vård och behandling som ges av socialtjänsten, hälso- och sjukvården eller staten, finns en rad insatser och aktiviteter som utförs av

¹⁵ SKR presentation, diarieförd på Socialstyrelsen 30859/2020-3

civilsamhället, av kamratföreningar eller som stöd till närstående. Stödlinjer inom området tar emot och hjälper många människor med missbruks- och beroendeproblem eller deras närstående. Civilsamhällets insatser utgör ett viktigt bidrag som komplement till socialtjänsten, hälso- och sjukvårdens och statens insatser.

IVO:s tillsyn inom området i huvudsak riktad mot socialtjänst

IVO menar att vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblem inte är tillräckligt samordnad. IVO fortsätter att inom sin tillsyn se brister i samordningen av vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblem [9].

Under 2019 gjordes en särskild genomgång av 57 tillsynsärenden inom socialtjänstens missbruksarbete där IVO hade riktat kritik. I nio ärenden handlar kritiken om brister i samordningen. Man konstaterar att det behövs förbättringar när det gäller överenskommelser mellan kommuner och regioner, rutiner för att informera om samordnade individuella planer (SIP) och rutiner för intern samordning i kommunerna. Det finns indikationer på att socialtjänsten inte alltid erbjuder insatser som svarar mot personens behov och är passiv i sin handläggning. Ett exempel är att förhandsbedömningar och utredningar inte alltid bedrivs skyndsamt. IVO såg i 28 procent av de 57 tillsynsärendena med kritik att en beviljad insats inte motsvarade individens behov. Detta innebär enligt IVO att de beviljade insatserna inte har varit lämpliga för att hjälpa de berörda personerna ur deras missbruk och beroende på ett effektivt sätt. I 30 procent av dessa tillsynsärenden riktade IVO kritik mot brister i tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), exempelvis att socialtjänsten inte alltid har inlett utredning trots att det kan finnas skäl att ge en person tvångsvård för missbruket [10]. IVO har de senaste åren inte genomfört någon särskild granskning av beroendevården inom hälso- och sjukvården.

Ohälsosamma levnadsvanor, ANDT – mål 3

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen riskkonsumtionen av alkohol samt daglig rökning i befolkningen och hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor. Mål 3 i ANDT-strategin anger att antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak successivt ska minska.

Daglig rökning och riskbruk av alkohol i befolkningen är oförändrad

Enligt data från Folkhälsomyndigheten för personer mellan 16–84 år rökte 7 procent av kvinnor och män dagligen, medan 12 procent av kvinnorna, respektive 20 procent av männen, hade ett riskbruk av alkohol år 2020 [11]. Under perioden 2006 – 2020 minskade andelen som uppgav riskkonsumtion bland yngre, medan den ökade bland äldre och bland personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå. Riskkonsumtionen på befolkningsnivå var i stort sett oförändrad under perioden 2006–2020 [12].

Åtgärder för ohälsosamma levnadsvanor begränsade och skillnader finns mellan regioner

Hälso- och sjukvårdens åtgärder för att stödja personer att minska alkoholkonsumtionen respektive att sluta röka genomförs ofta i primärvården. Socialstyrelsen följer sedan 2013 primärvårdens arbete med att ge åtgärder med stöd i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, till bland annat personer som röker och som har ett riskbruk av alkohol. Uppföljningen görs i form av en enkät som skickas till regionerna.¹⁶ Figur 1 visar hur rådgivningen i primärvården har utvecklats sedan 2013 i fråga om riskbruk av alkohol respektive rökning. Kurvorna visar andelen individer i primärvården som har fått någon åtgärd för att ändra levnadsvanorna. Rådgivningen om alkohol inom primärvården ökar, men i förhållande till andelen personer med riskbruk i befolkningen är rådgivningen ändå på en låg nivå. Endast 1,5 procent av primärvårdens patienter hade 2019 fått en dokumenterad åtgärd till följd av rökning och 0,9 procent hade fått

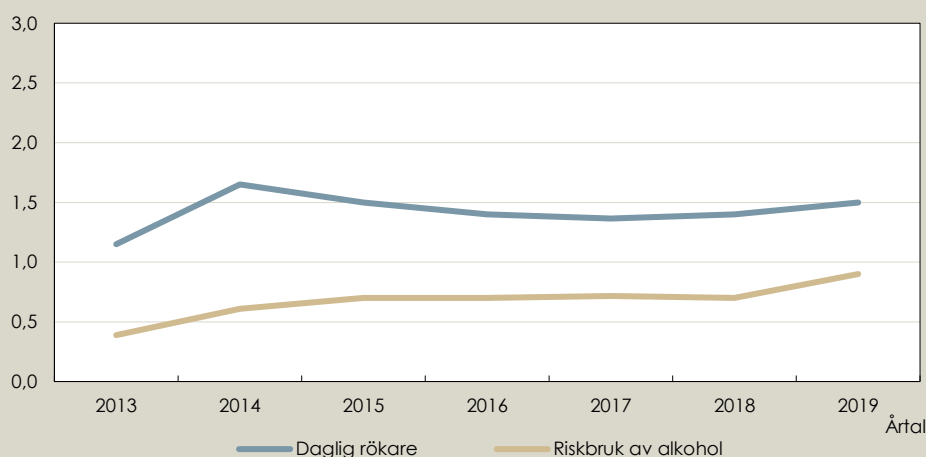
¹⁶ De första åren var det låg svarsfrekvens från regionerna på enkäten så jämförelser mellan åren behöver göras med viss försiktighet även om alla regioner svarade på 2019 års enkät. Variationer i registrering mellan regionerna kan förekomma.

motsvarande samtal om riskbruk av alkohol. Andelen är relaterad till samtliga patienter och det går därför inte att göra en bedömning av hur stor andelen är i förhållande till dem som har behov av åtgärden.

Figur 1. Åtgärder till personer med ohälsosam levnadsvana

Andelen av primärvårdens patienter som har fått en dokumenterad åtgärd på grund av ohälsosam levnadsvana år 2013-2019.

Procent



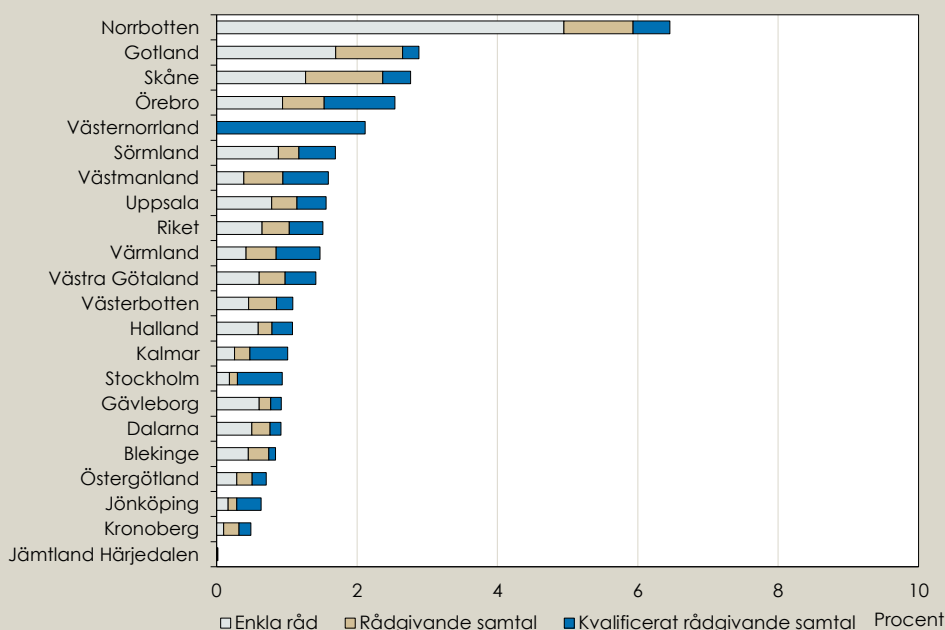
Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 och 2020.

Figur 2 och 3 visar åtgärder beträffande rökning och alkohol per region. Norrbotten ligger fortfarande i topp när det gäller att genomföra någon form av rådgivning för alla levnadsvanor. Många i Norrbotten får dock enkla råd. Det är bra att inleda rådgivningen med enkla råd men ibland behöver man följa upp med de mer effektiva åtgärderna.¹⁷ Regionernas dokumentation av när man lämnar enkla råd varierar, vilket kan förklara en del av skillnaderna mellan regionerna. Rådgivningen om tobak prioriteras högt både för rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I sex regioner, Västernorrland, Norrbotten, Örebro, Västmanland, Gotland och Värmland, fick minst 1 procent av patienterna i primärvården rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal om rökning under 2019. För att stödja personer med riskbruk av alkohol att ändra sina dryckesvanor ges högst prioritet till rådgivande samtal [13]. Fem regioner, Skåne, Västmanland, Västernorrland, Norrbotten och Gotland genomförde år 2019 rådgivande eller kvalificerat rådgivande samtal med minst 0,5 procent av besökarna i primärvården.

¹⁷ Enligt definition i nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor, 2018, s.21 respektive 68.

Figur 2. Åtgärder till personer som är daglig rökare

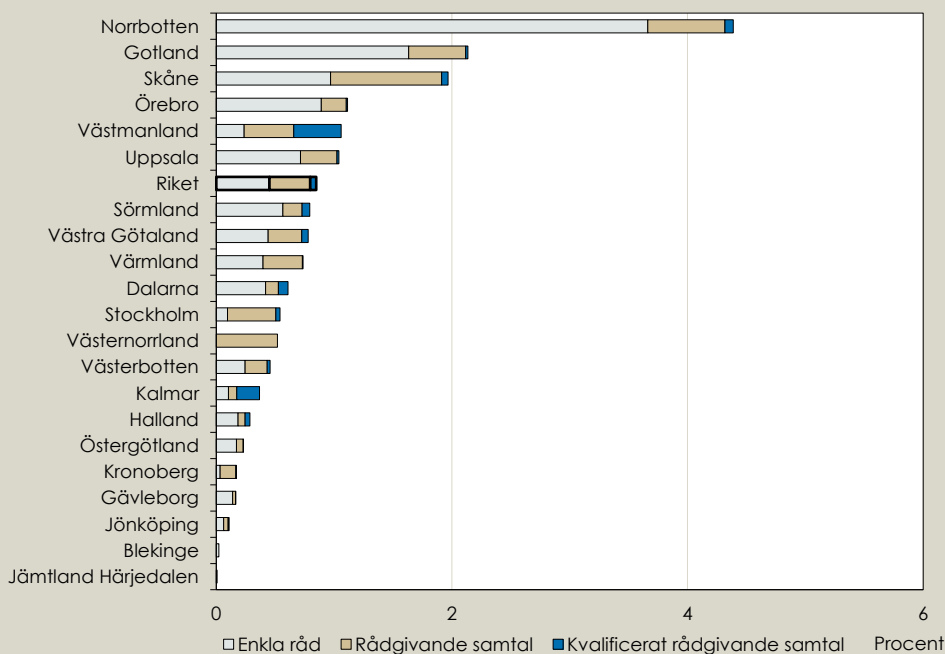
Andelen av primärvårdens patienter som under året har fått en dokumenterad åtgärd på grund av daglig rökning. År 2019.



Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, 2020.

Figur 3. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol

Andelen av primärvårdens patienter som under året har fått en dokumenterad åtgärd på grund av riskbruk av alkohol. År 2019.



Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, 2020.

Vård och insatser för substansrelaterade diagnoser och spelberoende inom hälso- och sjukvården, ANDT – mål 4

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för vilka som får eller söker vård inom hälso- och sjukvården för substansrelaterade problem och spel om pengar samt vilka insatser som ges. Kapitlet utgår från ANDT-strategins mål 4 som handlar om att kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende utifrån sina förutsättningar och behov ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.

För att ta reda på mer om vilka förutsättningar och behov som kan finnas beskriver Socialstyrelsen de individer som uppmärksammas av den specialiserade öppenvården eller slutenvården för substansrelaterade diagnoser och spelberoende och vilka problem som är vanligast. Myndigheten tydliggör skillnader mellan olika åldrar, kön, utbildningsbakgrund (som en socioekonomisk variabel) liksom förekomsten av samsjuklighet. Även om all vård utgår från individens behov, förutsättningar och rättigheter kan det finnas behov av att beskriva ”populationen” med substansrelaterade diagnoser för att kunna utveckla vård och stöd och de tidiga och förebyggande insatserna i samhället. Myndigheten beskriver i kapitlet också regionala skillnader.

Vidare beskriver Socialstyrelsen ett urval insatser som ges för beroendorelaterade diagnoser såsom läkemedelsinsatser för alkoholberoende och opioidberoende samt återinskrivningar.

Vård för diagnoser relaterade till alkohol, flera substanser i kombination och opioder är vanligast

Skadligt bruk och beroende är två av de totalt sju diagnoser som används för att registrera vård för substansrelaterade problem inom specialiserad öppenvård och slutenvård. För mer information om uttag och koder se bilaga 1. Notera att uttagen i kapitlet kan variera i olika avsnitt exempelvis att bidiagnos ibland inkluderas, ibland särskiljs barn- och unga under 18 år, ibland kan en individ förekomma flera gånger under samma år med mera. Vilka diagnoskoder och åldrar som omfattas redovisas i respektive tabell och figur.

Både som andelen i befolkningen och som antal individer utgör alkoholrelaterade diagnoser det vanligaste skälet till vård inom specialiserad öppenvård och slutenvård för substansrelaterade diagnoser. Därefter följer flera substanser i kombination (det som brukar kallas blandmissbruk/blandberoende), opioder, lugnande läkemedel (sedativ/hypnotika) och cannabis. Det finns stora variationer mellan vårdkonsumtion hos kvinnor och män och

olika substanser. Se antal och fördelning på kvinnor och män i tabell 1 som syftar till att illustrera problemens omfattning.

Tabell 1 Vanligaste substansrelaterade diagnoserna i öppen- och slutenvård, 2019

2019	Totalt	Kvinnor	Män
Alkoholrelaterade diagnoser (F10)	40440	13535	26905
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera substanser i kombination och av andra psykoaktiva substanser (F19)	17883	5422	12461
Opioidrelaterade diagnoser (F11)	9705	3196	6509
Diagnoser relaterade till sedativa hypnotika, det vill säga lugnande läkemedel (F13)	5915	2674	3241
Cannabisrelaterade diagnoser (F12)	5694	1304	4390
Diagnoser relaterade till annan stimulantia (F15)	3083	945	2138
Kokainrelaterade diagnoser (F14)	1049	218	831
Spelberoendediagnos (F63.0)	779	162	617
Hallucinogenrelaterade diagnoser (F16)	375	116	259
Diagnoser relaterade till flyktiga lösningsmedel (F18)	139	51	88

Källa: Patientregistret, 15 år och äldre, huvud- och bidiagnos, öppen- och slutenvård. Antal individer är unika individer per substans, men en individ kan förekomma flera gånger om vård givits för olika substanser samma år.

Vård för skadligt bruk och beroende utgör störst andel av den substansrelaterade vården

Personer med substansrelaterade diagnoser kan uppmärksammas i olika delar av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har undersökt vilka kliniska verksamheter som nydiagnostiserat personer som vårdas för substansrelaterade problem som huvuddiagnos år 2019. Det var framför allt internmedicin, allmänpsykiatri och beroendevård som, i ungefär lika stor omfattning, ställde den första diagnosen under året. Sextiofem procent av individerna som nydiagnostiserades 2019 kunde hänföras till dessa verksamheter. Även akutverksamhet var ofta ansvarig för den första diagnosen: detta skedde för omkring 15 procent av individerna som fick en substansrelaterad diagnos som huvuddiagnos.

Tabell 2 visar vilken diagnos som främst beskrev det kliniska tillståndet hos individen. I tabellen redovisas individer som vårdats för huvud- eller bidiagnos och omfattar då 67 972 unika individer under 2019 (vårdade för endast huvuddiagnos utgör cirka 51 506 unika individer). Som framgår av tabellen kan panoramat i diagnoser vara olika beroende på vilken substans individen sökt vård för. Exempelvis är beroende det vanligaste kliniska tillståndet vid opioidrelaterad vård medan skadligt bruk är det vanligaste vid cannabisrelaterad vård. Vid hallucinogenrelaterad vård är akuta intoxikationer vanligast och beroende eller skadligt bruk är sällsynt. Skadligt bruk och beroende utgör totalt sett den största andelen av vård för substansrelaterade diagnoser och utesluter engångsföreteelser relaterade till substansbruk. Se vidare i tabell 2.

Tabell 2. Panoramaf av diagnoser vid vård för olika substanser 2019

Tabellen beskriver det kliniska tillståndet som ställs för respektive substans vid vårdtillfället uttryckt som procent. En person kan ha vårdats för intag av fler än en substans eller vårdats för fler än ett kliniskt tillstånd inom en specifik grupp av substans under året 2019. Tabellen omfattar specialiserad öppenvård och slutenvård, huvud- och bidiagnos, 15 år och äldre F10–F16, F18–F19.

	Akut intoxication	Skadligt bruk	Beroende	Abstinens*	Psykotisk störning**	Psykiska störningar***	Amnesisyndrom
Alkohol	21,5	18,3	45,0	10,2	1,6	3,1	0,4
Opioider	11,0	6,8	72,0	6,8	0,3	3,0	0,0
Cannabis	6,1	45,8	28,7	1,2	10,4	7,7	0,0
Sedativa/hypnotika	38,1	15,7	31,0	9,8	0,8	4,6	0,1
Kokain	24,2	38,9	22,8	0,9	4,6	8,5	0,1
Andra stimulantia	22,8	25,0	29,7	1,4	14,5	6,5	0,1
Hallucinogener	50,8	9,4	3,9	5,2	18,1	11,8	0,8
Fler än en substans	50,5	7,3	24,8	3,7	0,0	13,8	0,0

*Abstinens med eller utan delirium. ** Psykotisk störning med eller utan sen debut eller som ett resttillstånd.

***Specifika eller ospecifiserade psykiska störningar och beteendestörningar

Akuta förgiftningar orsakade av alkohol eller narkotika är vanligare bland barn och unga än vuxna

Tabell 3 illustrerar inverkan av ålder på om det kliniska tillståndet klassas som akut intoxication eller som ett skadligt bruk eller beroende. För barn 10–17 år som får substansrelaterad vård är det mycket vanligt med akuta intoxicationer, i synnerhet om alkohol, lugnande läkemedel eller intag av hallucinogener är orsak till vården. Akut intoxication hos ungdomar kan exempelvis bero på överkonsumtion av alkohol vid en fest och behöver inte nödvändigtvis innebära fortsatt riskbruk eller skadligt bruk. Vid intag av cannabis bland barn under 18 år var den vanligaste diagnosen skadligt bruk.

För vuxna över 18 år är det framförallt substanserna alkohol, lugnande läkemedel och hallucinogener som fortsatt utgörs till stor del av intoxicationer och mindre andel skadligt bruk eller beroende.

Tabell 3. Akut intoxikation i förhållande till skadligt bruk eller beroende efter ålder 2019

Tabellen beskriver det kliniska tillståndet som ställs för respektive substans vid vårdtillfället uttryckt som procent. En person kan ha vårdats för intag av fler än en substans eller vårdats för fler än ett kliniskt tillstånd inom en specifik grupp av substans under året 2019. Tabellen omfattar specialiserad öppenvård och slutenvård, huvuddiagnos, 10 år och äldre, F10–F16, F18–F19.

	Akut intoxikation			Skadligt bruk eller beroende*		
	10–17 år	18–24 år	25– år	10–17 år	18–24 år	25– år
Alkohol	90,5	73,5	25,9	9,5	26,5	74,1
Opioider	50,8	23,8	11,4	49,2	76,2	88,6
Cannabis	13,2	8,2	8,2	86,8	91,8	91,8
Sedativa/hypnotika (lugnande läkemedel)	83,1	67,0	46,2	16,9	33,0	53,8
Kokain	57,1	35,6	27,3	42,9	64,4	72,7
Andra stimulantia	61,5	47,9	27,8	38,5	52,1	72,2
Hallucinogener	78,3	60,2	60,6	21,7	39,8	39,4
Fler substanser i kombination	44,1	31,1	30,1	55,9	68,9	69,9

*Skadligt bruk eller beroende innefattar även beroendesyndrom, abstinens, psykotisk störning, psykiska störningar, amnesisyndrom

Få barn under 18 år med substansrelaterade diagnoser identifieras genom barn- och ungdomspsykiatri

I Socialstyrelsens analyser framkommer att trots att 1 750 barn mellan 10 och 17 år för första gången fick vård för intag av beroendeframkallande substanser 2019, nydiagnostiserades en mycket liten andel av dem med huvuddiagnos (cirka 6 procent) av barn- och ungdomspsykiatri. Bland barn kan sådant intag ofta röra sig om akuta intoxikationer och vård ges då oftast och av förklarliga skäl inom akutsjukvård eller liknande och det är också där huvuddiagnosen ställs, vilket då inte hamnar under barn- och ungdomspsykiatriens verksamhet. Samtidigt är samsjuklighet mellan substansrelaterade diagnoser och andra psykiatriska diagnoser väl känd (exempelvis är adhd en känd riskfaktor för skadligt bruk och beroende) och de individer som får vård inom barn- och ungdomspsykiatri får antas ha förhöjd risk för att utveckla substansrelaterade problem. Resultaten indikerar att barn- och ungdomspsykiatri kan behöva ha arbetssätt för att identifiera barn som riskerar att utveckla ett mer omfattande skadligt bruk eller beroende och samverka med andra relevanta aktörer för att kunna erbjuda adekvat stöd. Vidare skulle analyser som också identifierar bidiagnoser kunna bidra till kunskap inom området.

Vård för narkotikarelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården ökar och de alkoholrelaterade minskar

I följande avsnitt beskriver Socialstyrelsen substansrelaterade diagnoser som helhet, inte bara diagnoserna skadligt bruk och beroende. För att ringa in så många individer som möjligt som har kontakt med hälso- och sjukvården och som uppvisar substansrelaterade problem, innehåller redovisningen både huvud- och bidiagnos, öppen- och slutenvård, 15 år och äldre.

Andelen invånare som får en vårdinsats för narkotikarelaterad diagnos har ökat med cirka 40 procent de senaste tio åren. Det kan finnas flera förklaringar såsom att inrapporteringen i patientregistret förbättrats, att fler söker vård och att skam och stigma minskat, att fler insatser sker inom hälso- och sjukvården jämfört med tidigare med mera. Samtidigt går det inte att utesluta att andelen individer i befolkningen som utvecklar narkotikarelaterade diagnoser ökat.¹⁸ En stor ökning av vård till personer som vårdas för narkotikarelaterade diagnoser inom öppenvården har skett samtidigt som slutenvården under samma tid inte minskat. Andelen personer som får slutenvård för narkotikarelaterade diagnoser har ökat mest i åldersgruppen 15–29 år, med en större ökning för män än för kvinnor, vilket ligger i linje med rapportering från Socialstyrelsen 2017 [14].

Andelen som får vård inom öppen specialiserad vård eller slutenvård för alkoholrelaterad diagnos har minskat med cirka 8 procent de senaste tio åren. För diagnoskoderna skadligt bruk eller beroende har andelen minskat med 14 procent under samma tidsperiod (vilket utesluter exempelvis förgiftningar).

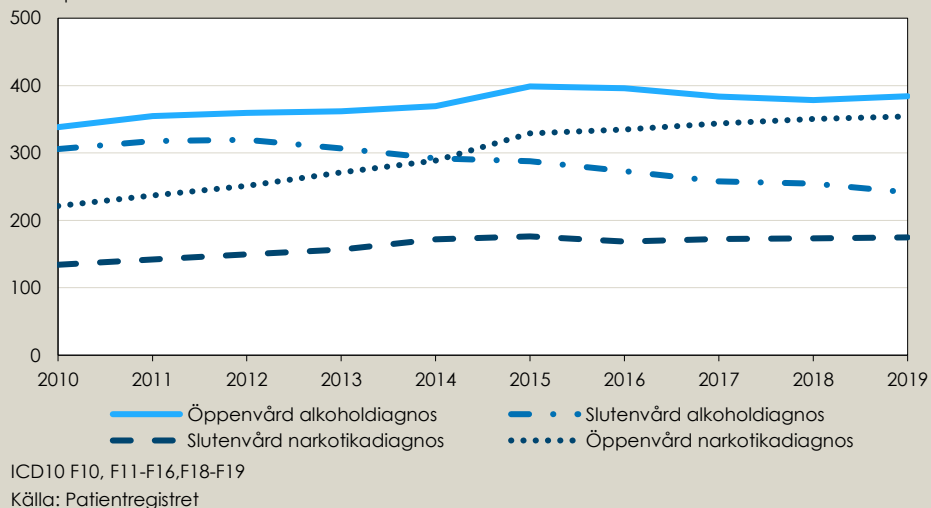
I figur 4 visas antalet individer per 100 000 invånare som erhåller öppen- eller slutenvård för substansrelaterade diagnoser. Trots att alkoholkonsumtionen i befolkningen är betydligt högre än narkotikabruket så utgörs vård för substansrelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården till nästan lika stor del av vård för narkotikarelaterade diagnoser som för alkoholrelaterade diagnoser, framförallt inom öppen specialiserad vård. Slutenvården är däremot något vanligare för alkoholrelaterad diagnos än för narkotikarelaterad diagnos. Se vidare figur 4.

¹⁸ Denna analys baseras på data ur patientregistret men också på att priset på narkotika i förhållande till mängden beslag också signalerar ökad tillgång till narkotika i samhället. Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2019. Se också ökningen av användningen av narkotika redovisad i Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2017.

Figur 4. Vårdade med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos 2010–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom sluten eller öppen specialiserad vård med alkohol- eller narkotikadiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Vård för alkoholrelaterade diagnoser minskar mest för män

För de alkoholrelaterade diagnoserna minskar andelen individer som erhåller vård inom öppen specialiserad vård och slutenvård sett över tid. Utvecklingen visar att slutenvård minskat under en tioårsperiod men att öppenvård ökat något och under senaste år varit stabil. År 2019 hade totalt 40 440 individer erhållit vård för alkoholrelaterade diagnoser varav 26 905 var män och 13 535 var kvinnor.¹⁹ För diagnoserna skadligt bruk eller beroende var det totalt 24 944 vårdade år 2019, varav 17 026 var män och 7 918 var kvinnor.

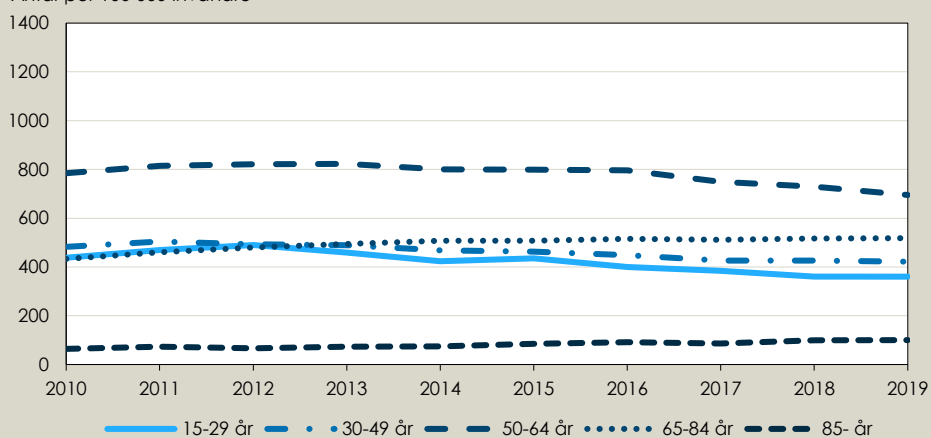
Det är framför allt i åldersgruppen 50–64 år som man kunnat se en tydlig minskning, men även i åldersgruppen 15–29 år. I åldersgrupperna 65 år och äldre är utvecklingen över tid relativt stabil eller ökande.

¹⁹ Huvud och bidiagnos, 15 år och äldre, öppen- och slutenvård.

Figur 5. Ålder. Vårdade med alkoholrelaterad diagnos 2010–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna- eller slutna specialiserade vården med en alkoholdiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare.

Antal per 100 000 invånare



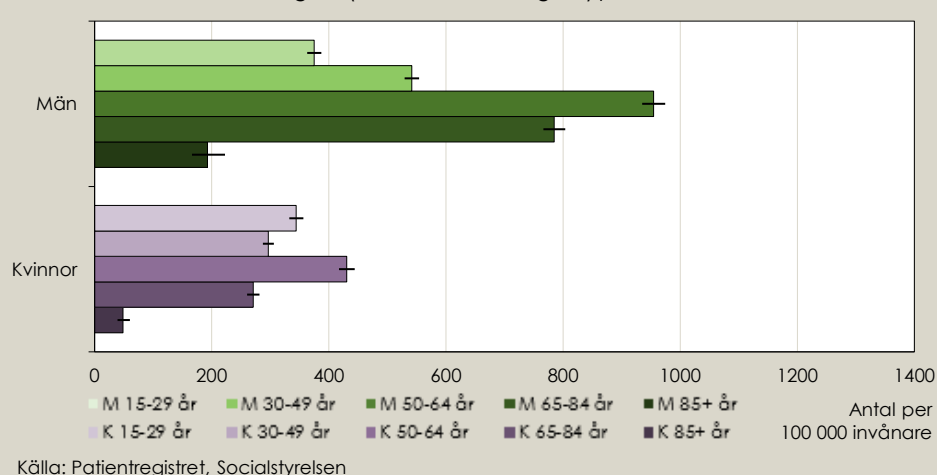
ICD10 F10

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Bland kvinnor är vård för alkoholrelaterade diagnoser vanligast i åldersgruppen 50–64 år och näst vanligast i åldersgruppen 15–29 år. Bland män är vård för alkoholrelaterad diagnos vanligast i åldersgruppen 50–64 år och näst vanligast i åldersgruppen 65–84 år. Se vidare figur 6.

Figur 6. Kön och ålder. Vårdade med alkoholrelaterad diagnos 2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna- eller slutna specialiserade vården med en alkoholdiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare.



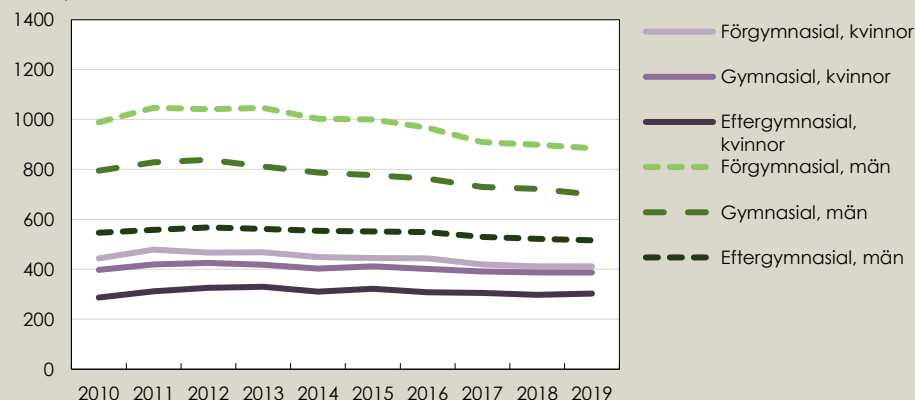
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Vård för alkoholrelaterade diagnoser var vanligast bland män med förgymnasial utbildning som högsta utbildning. Se vidare figur 7.

Figur 7. Utbildning. Vårdade med alkoholrelaterad diagnos 2010-2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna- eller slutna specialiserade vården med en alkoholdiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden. ICD 10 F10.

Antal per 100 000 invånare



Om en förälder har högre utbildning än individen har den använts för personer 15-30 år
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Vård för narkotikarelaterade diagnoser innehåller stora variationer²⁰

Vård för cannabisrelaterade diagnoser och flera substanser i kombination ökar mest sett över tid

Utvecklingen av vård för narkotikarelaterade diagnoser har ökat med 40 procent de senaste 10 åren, men utvecklingen skiljer sig åt mellan olika substanser.

Totalt hade 33 563 personer fått vård för narkotikarelaterade diagnoser 2019, varav 11 049 var kvinnor och 22 514 var män.²¹ En majoritet hade erhållit vård relaterad till diagnoskoderna skadligt bruk eller beroende av narkotika, år 2019 var det totalt 24 839 individer, varav 17 609 var män och 7 230 var kvinnor, som erhållit specialiserad öppenvård eller slutenvård för skadligt bruk eller beroende.²²

I figur 8 beskrivs utvecklingen över tid för de olika substanserna. Andelen som erhåller vård för cannabisrelaterad diagnos har ökat med 81 procent och varit stabil de senaste fyra åren, flera substanser i kombination har ökat med cirka 54 procent med den största ökningen mellan 2010 och 2014, opioidrelaterade diagnoser har ökat 42 procent och diagnos relaterad till lugnande läkemedel har ökat med 11 procent. Kokainrelaterade diagnoser har tredubblats

²⁰ I bilaga 3 finns en mer utförlig beskrivning av vård de senaste tio åren relaterad till de fyra vanligaste narkotikarelaterade diagnoserna, information om vård fördelad på män respektive kvinnor, olika åldrar och utbildningsbakgrund som en socioekonomisk variabel.

²¹ 15 år och äldre, huvud- och bidiagnos, öppen- och slutenvård, F11-F16 samt F18-F19.

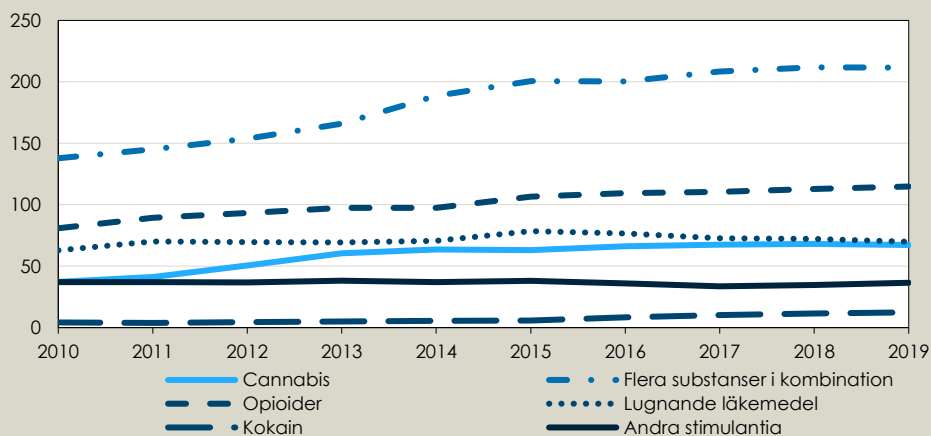
²² 15 år och äldre, huvud- och bidiagnos, öppen- och slutenvård, F11.1-2; F12.1-2; F13.1-2; F14.1-2; F15.1-2; F16.1-2; F18.1-2; F19.1-2.

över tid, men är fortsatt begränsad som andel av befolkningen.²³ Utvecklingen av vård för andra stimulantia är i princip oförändrad.

Figur 8. Vårdade med narkotikarelaterade diagnoser 2010–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom sluten- eller öppen specialiserad vård med narkotikarelaterade diagnoser (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



* ICD-10: Cannabis F12, flera substanser i kombination F19, opioider F11, lugnande läkemedel F13, kokain F14, andra stimulantia F15

Källa: Patientregistret

Ingen ökad förskrivning av opioider i Sverige

Trots att vård för opioidrelaterade diagnoser ökat vilket Socialstyrelsen beskrivit ovan så förefaller förskrivningen av opioider i Sverige inte ha ökat under samma period. Läkemedelsverket har nyligen kartlagt förskrivningen av opioider i Sverige baserat på läkemedelsregistret [15]. Kartläggningen omfattar vuxna individer (18–64 år), undantaget personer med diagnostiserad cancer eller med nyinsatt opioidbehandling under åren 2012–2015. Rapporten visar att nyförskrivningen av opioider varit stabil under åren 2006–2015. Under samma period har förskrivningen av tramadol minskat, samtidigt som förskrivningen av oxikodon ökat i motsvarande grad. Även om det skett ett skifte mellan substanser är förskrivna mängd opioid (vid jämförelse av morfinekvivalenter) oförändrad. Läkemedelsverket har också kartlagt användningens utveckling över tid vad avser de personer som nyinsatt opioidbehandling [16]. Patienter som tidigare behandlats för psykisk sjukdom eller beroendesjukdom har fler uttag av opioider än den grupp som tidigare inte fått vård för psykiatriska diagnoser eller beroendediagnoser. Flera uttagstillfällen, framför allt i kombination med flera olika förskrivare, kan vara ett varningstecken på bakomliggande beroendesjukdom. Kartläggningen visar också att en tidigare hög vårdkonsumtion kan vara ett varningstecken vid svårvärderat önskemål om opioider som smärtlindring.

²³ Det kan finnas flera förklaringar såsom att inrapporteringen i patientregistret förbättrats, att fler söker vård och att skam och stigma minskat, att fler insatser sker inom hälso- och sjukvården jämfört med tidigare med mera. Samtidigt går det inte att utesluta att andelen individer i befolkningen som utvecklar narkotikarelaterade diagnoser ökat.

Nya behandlingsrekommendationer inom tandvården

Nya behandlingsrekommendationer inom tandvården innebär att tandvården övergår till att skriva ut morfin som är en starkare opioid än tramadol eller kodein, men som skrivs ut för en kortare tid och i en lägre dos [17]. Bedömningen är att behandling av stark smärta i tandvården blir mer effektiv och risken för beroendutveckling kan därmed komma att minskas.

Variationer mellan män och kvinnor och olika åldrar

Vård för narkotikarelaterade diagnoser ges i störst utsträckning till män, men med variationer mellan olika substanser. Bland vårdade för diagnoser relaterade till lugnande läkemedel utgjorde kvinnor 45 procent av de individer som fick vård, vid opioder eller flera substanser i kombination utgjorde kvinnor 30 procent av individer som fick vård, för cannabisrelaterad vård 24 procent för att ge några exempel. Utveckling av andelen vård som utgörs av vård till kvinnor är relativt stabil över tid för de respektive substanserna.

Andelen av de individer som vårdas för narkotikarelaterad diagnos som utgörs av unga under 30 år är störst för diagnoser relaterade till cannabis, lugnande läkemedel och flera substanser i kombination.

Vanligast att individer som får vård för narkotikarelaterade diagnoser har förgymnasial utbildningsnivå

Bland de individer som söker vård för substansrelaterade problem är andelen med förgymnasial utbildningsbakgrund betydligt större än bland dem som har eftergymnasial utbildning. Särskilt tydligt är sambandet vad gäller opioidrelaterad vård. Vård för cannabisrelaterade diagnoser avviker från mönstret där det är vanligast att män med eftergymnasial utbildningsnivå får vård och mindre vanligt att män med endast förgymnasial utbildning får vård.

Över tid har vård för spelberoende ökat

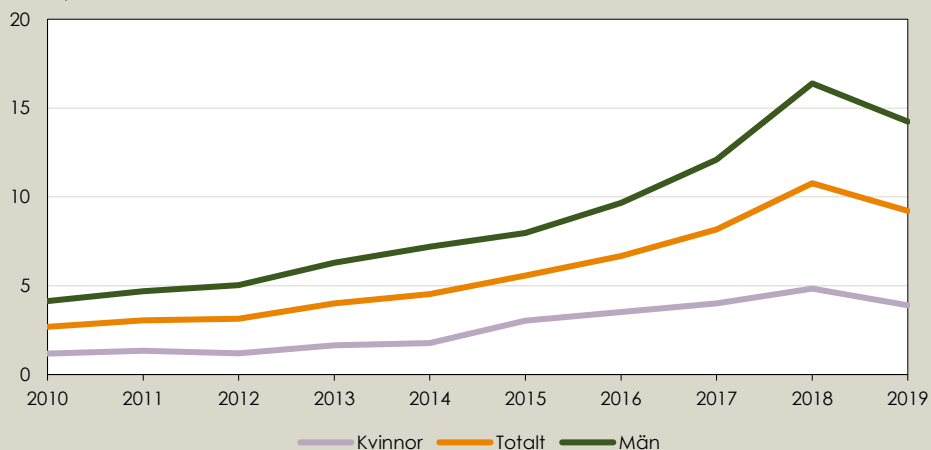
Andelen personer som vårdats för problem relaterade till spel om pengar har ökat den senaste tioårsperioden, men från låga nivåer.²⁴ Vården sker i huvudsak inom öppenvården. En ökande andel fick vård mellan 2015 och 2018. Se vidare figur 9. Efter 2018 har denna utveckling mattats av vilket skulle kunna förklaras av att förändringar i socialtjänstlagen medförde att även socialtjänsten fick ett ansvar för dessa frågor. Andra insatser på nationell nivå för att begränsa spel om pengar kan ha haft betydelse, såsom exempelvis införandet av Spelpaus.se som innebär att spelare kan stänga av sig från spel som kräver registrering hos de spelbolag som har licens att bedriva spel om pengar i Sverige. Som antal per 100 000 invånare är vård för spelberoende dock fortsatt mycket begränsad (cirka 9 per 100 000 invånare). År 2019 behandlades 779

²⁴ Spelberoende, eller hasardspelsyndrom, klassificeras sedan 2013 som ett beroendetilstånd och som en diagnos (F63.0) under impulskontrollstörningar F63.

unika individer för problem relaterade till spel om pengar.²⁵ En övervägande del, 727, erhöll behandling inom specialiserad öppenvård (jämfört med 214 individer 2010) och 52 inom slutenvården. Det är vanligast att vård för spelberoende ges i åldern 30–49 år och näst vanligast i åldersgruppen 15–29 år. Vården ges i huvudsak till män (80 procent) medan en minoritet är kvinnor (20 procent).

Figur 9. Totalt vårdade med diagnosen spelberoende, specialiserad öppenvård, 2010–2019, F63.0

Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret

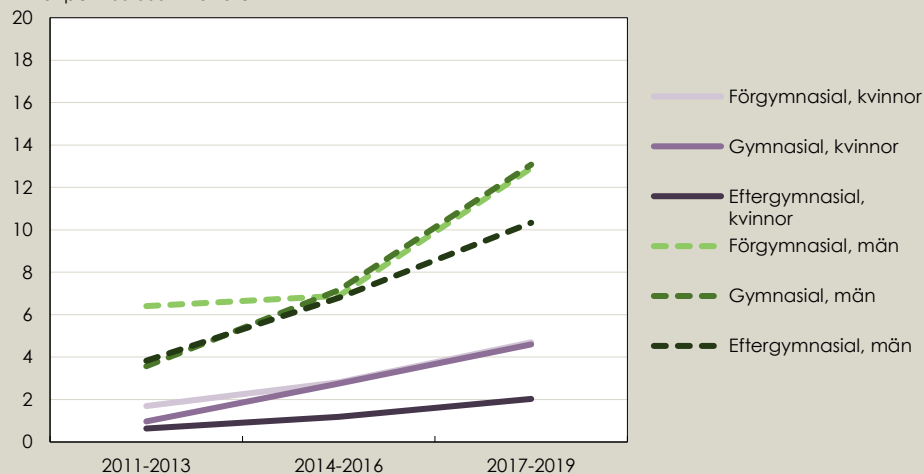
Bland individer som får vård för spelrelaterad diagnos är det vanligast med vård till män med endast förgymnasial utbildning. Skillnaderna i vård relaterat till patientens utbildningsbakgrund är mindre för de män som sökt vård för spelberoende än för substansrelaterade diagnoser. Notera att behandling för spelberoende också kan ske inom primärvården, men att sådana uppgifter saknas. Se vidare figur 10.

²⁵ Dessa siffror omfattar både huvud- och bidiagnos, till skillnad från redovisningen av samsjuklighet senare i kapitlet som endast omfattar individer med spelberoende som huvuddiagnos.

Figur 10. Utbildning. Öppenvårdade för spelberoende 2011–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna specialiserade vården för spelberoende (ICD10 F63.0 huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Om en förölder har högre utbildning än individen har den använts för personer 15–30 år

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Vården för substansrelaterade diagnoser varierar mellan regioner

Det finns regionala skillnader vad gäller vård för substansrelaterade diagnoser. Socialstyrelsens verkar för en god och jämlik vård över hela landet [18]. Området har flera huvudmän som ger vård- och stödinsatser och överenskommer regionalt och lokalt reglerar också ansvarsfördelningen. Detta försvårar analysen av de regionala skillnader som kan behöva studeras närmare för att kunna förklaras. Även skillnader i hur vårdbesök registreras i patientregistret i olika regioner kan påverka. Här belyses några skillnader vad gäller specialiserad öppenvård och slutenvård.

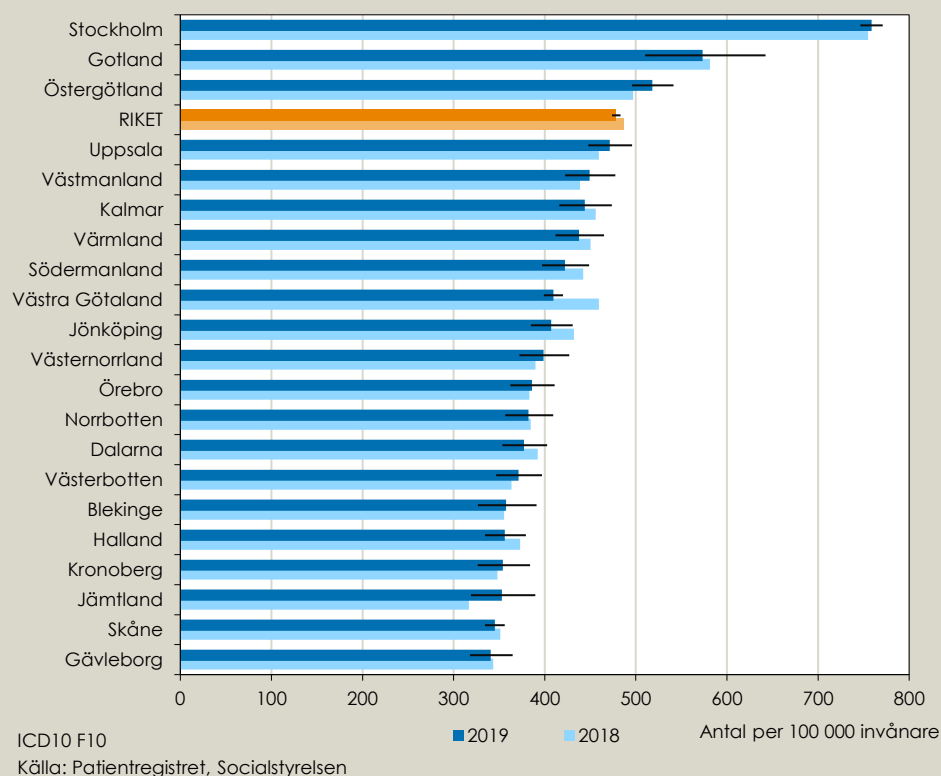
Alkoholrelaterade diagnoser

Antalet individer per 100 000 invånare som fick vård för alkoholrelaterade diagnoser varierar inte mycket mellan 2018–2019. Andelen personer som år 2019 fick vård för alkoholrelaterade diagnoser inom specialiserad öppenvård och slutenvård var högst i Stockholm med cirka 760 individer per 100 000 invånare och lägst andel individer fick vård i Gävleborg med ca 340 individer per 100 000 invånare. Genomsnittet i riket var cirka 480.²⁶ Se vidare figur 11.

²⁶ Gotland är Sveriges minsta region sett till befolkningsmängd varför data kan behöva tolkas med viss försiktighet. Uttaget baseras på folkbokförda i respektive region och omfattar inte tillfälliga besökare.

Figur 11. Region. Vårdade med alkoholrelaterad diagnos 2018–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med en alkoholrelaterad diagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.



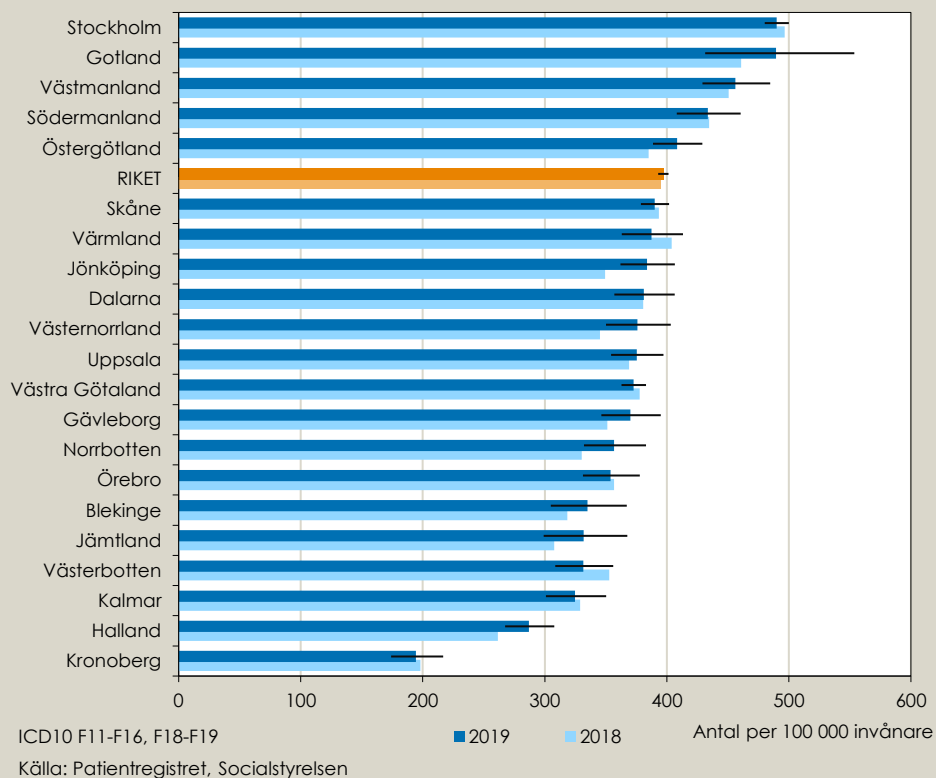
Narkotikarelaterade diagnoser

Antalet individer per 100 000 invånare som fick vård för narkotikarelaterade diagnoser varierar inte mycket mellan 2018–2019. Vanligast var narkotikarelaterad vård inom specialiserad öppenvård och slutenvård år 2019 i Stockholm där 490 individer per 100 000 invånare fick vård och lägst antal individer fick vård i Kronoberg med 194 individer per 100 000 invånare. Genomsnittet i riket var cirka 397.²⁷ Se vidare figur 12.

²⁷ Gotland är Sveriges minsta region sett till befolkningsmängd varför data kan behöva tolkas med viss försiktighet. Uttaget baseras på folkbokförda i respektive region och omfattar inte tillfälliga besökare.

Figur 12. Region. Vårdade med narkotikarelaterad diagnos 2018-2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med en narkotikarelaterad diagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.



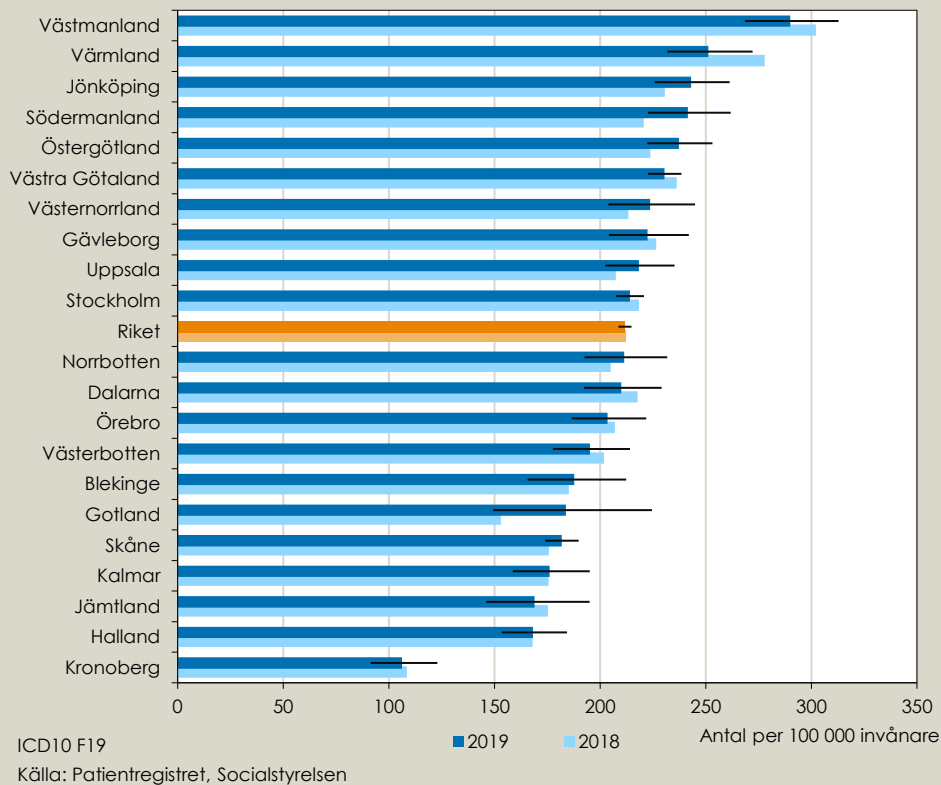
Flera substanser i kombination

Antalet individer per 100 000 invånare som fick vård för diagnoser relaterade till flera substanser i kombination varierar inte mycket mellan 2018–2019.

Högst antal individer per 100 000 invånare som fick sådan vård år 2019 var i Stockholm där 490 individer per 100 000 invånare fick sådan vård. Lägst andel var i Kronoberg där 194 individer per 100 000 fick vård. Genomsnittet i riket var ca 397 individer per 100 000 invånare. Se vidare figur 13.

Figur 13. Region. Vårdade med diagnoser relaterade till flera substanser i kombination 2018–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med diagnosen flera substanser i kombination (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.



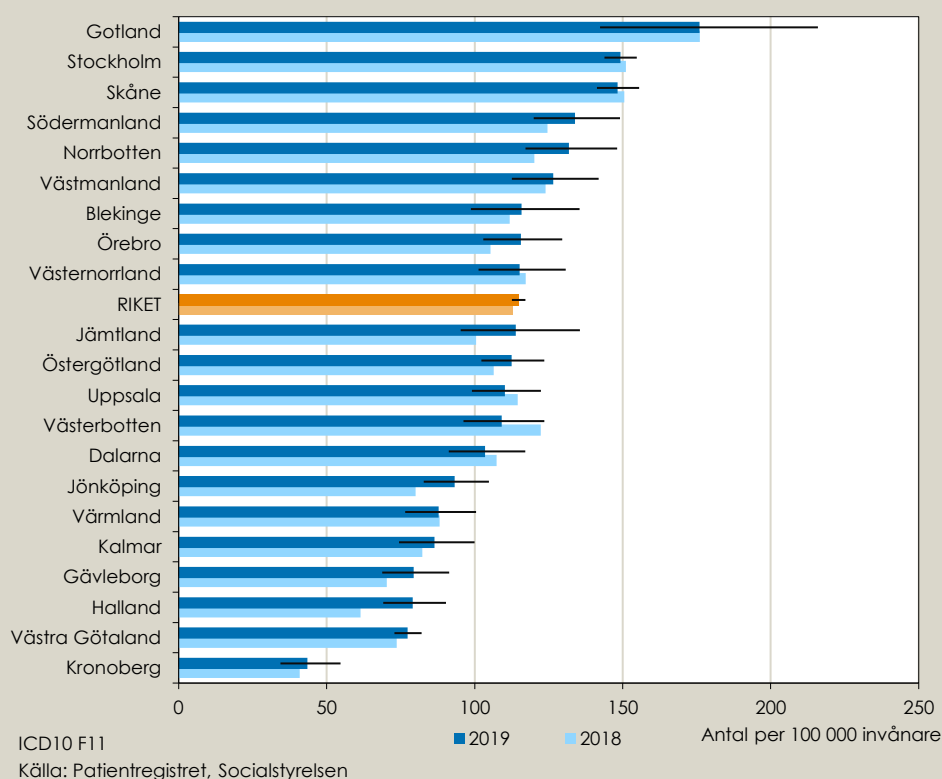
Opioïdrelaterade diagnoser

Det finns också regionala skillnader vad gäller opioïdrelaterad vård. Det är tre gånger så vanligt med vård för opioïdrelaterad diagnos i Stockholm än i Kronoberg och mer än dubbelt så vanligt i Stockholm jämfört med Västra Götaland.²⁸ Det kan tyda på att det finns olika konsumtionsmönster i olika regioner exempelvis vad gäller tillgång till illegala opioïder i regionen och/eller tillgänglighet till opioïdrelaterad behandling. Exempelvis kan det inte uteslutas att de regioner med god tillgänglighet till LARO också registrerar fler individer med opioïdrelaterade diagnoser. Se vidare figur 14.

²⁸ Gotland är Sveriges minsta region sett till befolkningsmängd varför data kan behöva tolkas med viss försiktighet. Uttaget baseras på folkbokförda i respektive region och omfattar inte tillfälliga besökare.

Figur 14. Region. Vårdade med opioidrelaterad diagnos 2018–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna- eller slutna specialiserade vården med opioiddiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.



Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd vid substansrelaterade diagnoser vanligt

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att samsjuklighet, det vill säga att ha två eller flera diagnoser samtidigt, är mycket vanligt bland personer som vårdas för beroendeframkallande substanser [19]. I denna rapport har Socialstyrelsen uppdaterat registeranalysen utifrån senast tillgängliga data och utfallet visar inga stora skillnader jämfört med tidigare kartläggning som utgick från år 2017. Även om majoriteten av dem som vårdas för substansrelaterade diagnoser är män (närmare 70 procent) är samsjuklighet vanlig inom båda könen och förekomsten är högre bland kvinnor än män.

Av de 51 998 individer som vårdades för substansrelaterade diagnoser som huvuddiagnos under 2018 hade 52 procent av männen och 65 procent av kvinnorna fått minst en psykiatrisk diagnos till mellan 2017 och 2019 (totalt 29 242 individer). Tabell 4 visar förekomsten av psykiatriska diagnoser bland personer som har vårdats för substansrelaterade diagnoser. Förutom depression och ångestsyndrom var adhd vanligt. Adhd var också den diagnos som i stor utsträckning förekom samtidigt med andra psykiatriska diagnoser i fall där fler än en psykiatrisk diagnos förelåg.

Tabell 4. Förekomst av psykiatriska diagnoser bland personer med skadligt bruk eller beroende

Andelen (%) personer med psykiatrisk diagnos 2017–2019 bland personer 10 år eller äldre som vårdades för substansrelaterade diagnoser 2018, öppen- och slutenvård (n = 29 242). En person kan ha fått mer än en psykiatrisk diagnos under perioden 2017–2019.

	Schizofreni och liknande tillstånd	Bipolärt syndrom	Depression	Ångestsyndrom	Ät- och sömnstörningar	Personlighetsyndrom	Autism	Adhd	Beteendestörningar (ej adhd)
Pojkar/Män									
10–17 år	2,0	1,5	14,7	20,0	5,5	0,1	8,7	39,6	8,0
18– år	9,1	4,8	20,3	32,7	3,3	4,2	3,5	17,8	4,4
Flickor/Kvinnor									
10–17 år	0,8	1,9	20,1	31,2	7,8	1,5	5,7	22,7	8,4
18– år	4,6	6,5	20,4	34,9	4,8	9,6	2,9	12,9	3,5

Samsjuklighet med skadligt bruk och beroende vanligt bland spelberoende

Socialstyrelsen har i arbetet med den här rapporten för första gången närmare undersökt samsjuklighet i form av psykiatriska tillstånd bland personer som har ett spelberoende. Under 2018 vårdades 525 personer 18 år och äldre för spelberoende som huvuddiagnos inom specialiserad öppenvård eller slutenvård.²⁹

Av dem som hade en spelberoendediagnos som huvuddiagnos år 2018 hade 185 individer, det vill säga 35 procent, fått minst en annan psykiatrisk diagnos till mellan 2017 och 2019. Av de individer som också hade en annan psykiatrisk diagnos (jänte spelberoendediagnosen) var 75 procent män och 25 procent kvinnor. Tabell 5 visar de vanligaste psykiatriska diagnoserna bland personer med spelberoende. Skadligt bruk eller beroende (på grund av substans) var betydligt vanligare bland män (32 procent) än kvinnor (12 procent). Depressioner var framför allt uttalade bland kvinnor med spelberoende, men även ångestsyndrom (som också var vanligt bland män). Adhd-diagnos, som också hade hög förekomst (10 procent), var lika vanlig hos båda könen. Schizofreni, bipolär sjukdom, personlighetssyndrom, autism och beteendestörningar förekom, men i begränsad omfattning.

Tabell 5. Spelberoende och samtidig annan psykiatrisk diagnos

Andelen (%) personer 18 år och äldre som har spelberoende jämsides en annan psykiatrisk diagnos under perioden 2017–2019, öppen- och slutenvård (2018 n= 185).

	Beroendeframkallande substanser	Depression	Ångestsyndrom	Adhd
Män	32,2	18,4	30,5	9,2
Kvinnor	12,1	39,4	27,3	10,6

²⁹ Notera att vårdinsatser också kan ges inom primärvård och av socialtjänst.

Insatser inom hälso- och sjukvården

I viss mån kan den vård som beskrivits tidigare i kapitlet ses som ett uttryck för olika problem som förekommer i populationen, men också ses som en kontakt med hälso- och sjukvården som kan innehålla en behandlingskomponent. De individer som uppmärksammas inom specialiserad öppenvård eller slutenvård ska ju också få en behandlande insats för problemet individen söker vård för.

Det saknas indikatorer eller mått som skulle kunna beskriva tillgängligheten till vård för skadligt bruk och beroende eller den insats som ges samt som kan följas över tid. Nedan presenteras därför ett urval av de insatser som ges, bland annat utifrån rekommendationer i nationella riktlinjer, och utvecklingen över tid.

Behandling med läkemedel vid alkoholberoende minskar över tid

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende framkommer att det i dag finns en underbehandling med läkemedel vid alkoholberoende. Personer med alkoholberoende bör enligt de nationella riktlinjerna erbjudas behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon [20]. Dessa preparat faller under en gemensam kod för uttag ur läkemedelsregistret där förskrivningen per 1 000 invånare beskrivs.³⁰ Det är vanligt att dessa läkemedel förskrivs på recept och hämtas på apotek, varför utvecklingen lämpligen kan följas genom läkemedelsregistret. Över en tioårsperiod har insatsen att behandla alkoholberoende med läkemedel minskat i användning. Under 2010 erhöll i genomsnitt 3,55 män och 1,46 kvinnor per 1 000 invånare läkemedelsbehandling för alkoholberoende. År 2019 var motsvarande siffra 2,96 män och 1,47 kvinnor per 1 000 invånare enligt uttag ur läkemedelsregistret. Det finns flera datakällor som tyder på att alkoholrelaterade problem förefaller minska i befolkningen vilket exempelvis kan vara en följd av att totalkonsumtionen i befolkningen minskat, att riskkonsumtionen av alkohol i befolkning varit oförändrad de senaste åren och att vård inom öppen specialiserad och slutenvård för alkoholrelaterade diagnoser minskat [11, 21]. Den minskning av vård och stöd samt behandling med läkemedel vid alkoholberoende som belyses i denna rapport behöver inte vara ett uttryck för sämre tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet utan skulle kunna bero på minskade alkoholrelaterade problem i samhället och/eller att individer använder flera substanser i kombination.

Det finns även regionala skillnader i omfattningen av läkemedelsbehandling av alkoholberoende, mätt som uttag av läkemedel vid alkoholberoende per 1 000 invånare.³¹ Kalmar, Gotland och Jämtland är de regioner som har högst antal personer per 1 000 invånare som behandlas med läkemedel för alkoholberoende.³² Se vidare figur 15.

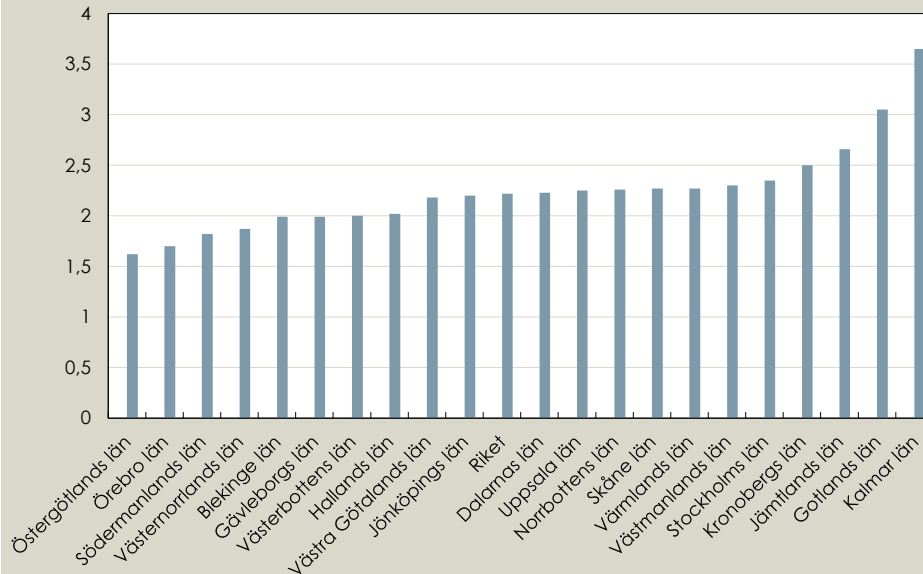
³⁰ ATC-kod N0(noll)7BB

³¹ ATC-kod N0(noll)7BB

³² Gotland är Sveriges minsta region sett till befolkningsmängd varför data kan behöva tolkas med viss försiktighet.

Figur 15. Apoteksuttag av alkoholläkemedel per 1000 invånare, 2019

Patienter per
1000 inv.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Behandling med läkemedel för opioidberoende svårt att följa på nationell nivå

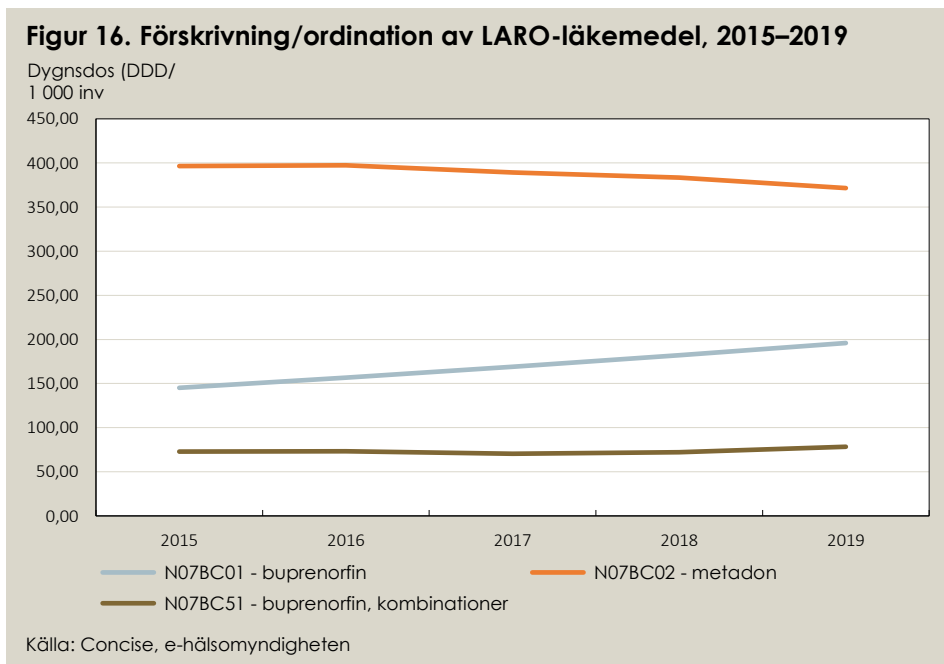
En vanlig behandlingsinsats vid opioidberoende är LARO, läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Socialstyrelsen har föreskrifter och allmänna råd om LARO [22]. I mars 2020 publicerade Socialstyrelsen ett kunskapsstöd för behandlingen och insatsen har hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. I kunskapsstödet tydliggörs bland annat att för att behandlingen ska fungera så bra som möjligt behöver den innehålla en farmakologisk insats, men att den också innefattar psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser liksom god samverkan med olika aktörer [23]. Socialstyrelsen genomför årligen en uppskattning av antalet individer i behandling vilken också används som underlag för internationell rapportering [24].

Kombinationsbehandling med buprenorfin och naloxon har högst prioritet i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, följt av buprenorfin och sist metadon [20]. Den nationella trenden är att metadon fortsatt är vanligare än buprenorfin i behandlingen även om användningen av buprenorfin ökar, medan förskrivning av metadon i LARO-verksamheter minskar. Detta gäller dels läkemedel som förskrivits, dels sådana som inhandlats på rekvisition.³³ Kombinationsbehandling används minst och följsamheten till nationella riktlinjer kan därför behöva förbättras. Det behöver

³³ Dygnsdos/1 000 invånare

noteras att användningen av metadon i vissa regioner kan bero på historiska faktorer såsom att behandlingen funnits länge och startades med metadon. Se vidare figur 16.

Sedan 2020 inkluderas även depotläkemedel i läkemedelsförmånen och är ytterligare preparat som kan användas i LARO-behandling, men som ännu inte går att redovisa.

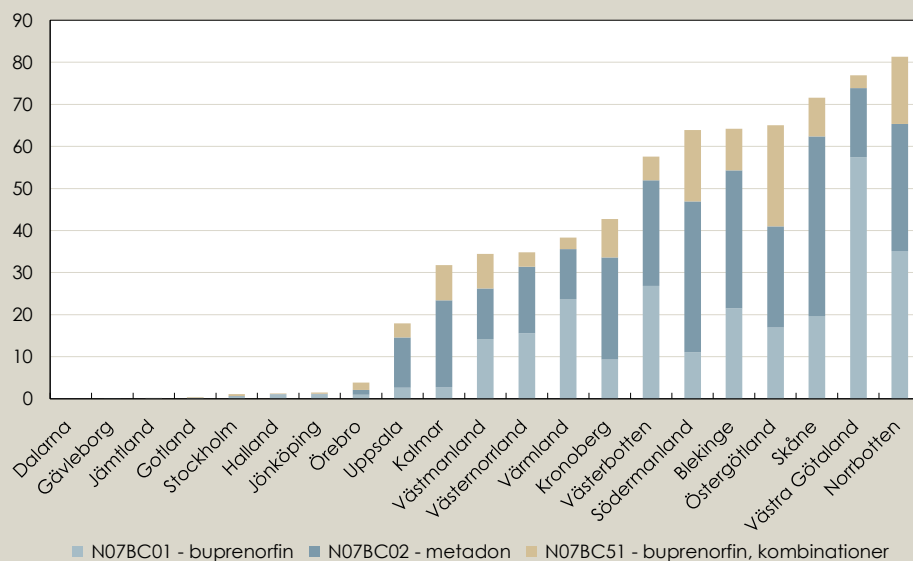


En fullständig indikator för nationell uppföljning av LARO saknas.³⁴ Det finns skäl att fortsatt följa området och att förbättra uppföljningen. Många regioner köper in läkemedlen och fördelar dem vid LARO-mottagningar utan att detta registreras i Läkemedelsregistret, så kallade rekvisitioner. Rekvisitioner har också ökat som andel av totalen över tid vilket gör att det blir allt svårare att följa insatsen enbart genom läkemedelsregistret. Då uttag för läkemedel som rekvisitioner beräknas som dygnsdos utgör det inte ett underlag för att beräkna antalet individer eftersom dygnsdosen varierar mellan olika patienter i LARO. I figur 17 redovisas hur stor andel av LARO som utgörs av rekvisitionsläkemedel och vilka substanser eller preparat som rekvisiteras. Norrbotten, Västra Götaland och Skåne har exempelvis en stor andel av LARO-läkemedlen som rekvisitioner.

³⁴ Då rapporteringen i patientregistret behöver kompletteras med en KVÅ och ACT kod för att kunna följa antalet patienter i LARO-behandling, är underlaget i patientregistret inte tillräckligt för att kunna beräkna antalet individer som får behandlingen. Eftersom det är vanligt att verksamheterna och regionerna inte heller förskriver läkemedlen på recept, utan i stället köper in preparaten och fördelar som så kallade rekvisitionsläkemedel på mottagningen, är möjligheterna att följa behandlingen genom läkemedelsregistret också begränsad. Kvalitetsregistret *Bättre beroendevård* arbetar också med frågan.

Figur 17. Rekvisitionsläkemedel i LARO, fördelat på substans och region 2019

Dygnsdos
DDD/1000 inv.



Källa: Concise, e-hälsomyndigheten

År 2010 uppskattade Socialstyrelsen utifrån uttag registrerade i läkemedelsregistret att det fanns 3 568 personer i LARO-behandling. Under samma år hade totalt 5 593 individer fått specialiserad öppenvård eller slutenvård för diagnosen opioidberoende³⁵. Motsvarande uppskattning för 2018 var 4 015 personer i LARO-behandling och totalt 7 917 individer som fått vård för opioidberoende. Det innebär att år 2010 uppskattade Socialstyrelsen att 64 procent av det totala antalet individer som vårdats inom öppen- och slutenvården för opioidberoende tagit del av LARO-behandling, medan för 2018 motsvarande siffra var 50 procent. Det kan finnas många förklaringar till detta, exempelvis att skattningarna för antal individer i LARO är alltför låga, att individer vill ha andra alternativa behandlingar eller erbjuds sådana i stället för LARO, eller andra faktorer.

Återinskrivning i slutenvård omfattande och oförändrad över tid

Socialstyrelsen följer regelbundet ett antal registerindikatorer som redovisas som öppna jämförelser för hälso- och sjukvård inom området substansrelaterade diagnoser. Indikatorerna redovisas i sin helhet som fristående bilaga, bilaga 6 till denna rapport.

Att följa upp återinskrivningarna ett år efter behandling i slutenvården är relevant eftersom detta i viss mån är ett mått på det fortsatta omhändertagandet efter det att patienten skrivits ut. Beroendesjukdomar kräver ofta insatser

³⁵ F11.2

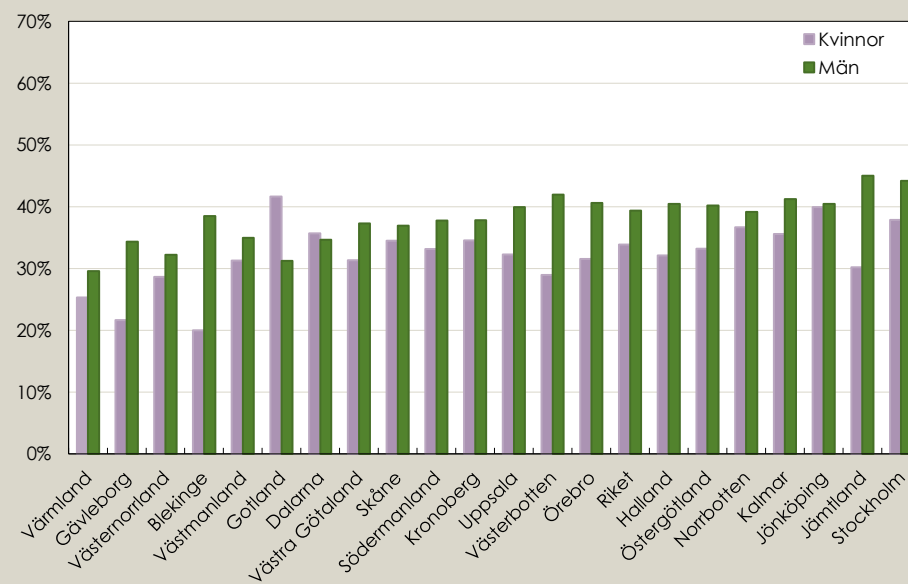
under lång tid och återfall är en vanlig del av sjukdomsbilden.³⁶ En återinskrivning kan i vissa lägen vara viktig och nödvändig om inte vård eller behandling kan erbjudas i annan form. En återinskrivning kan också indikera att vård och stöd efter slutenvård inte fungerat och att behov av slutenvård kvarstår eller uppkommer igen.

Återinskrivningarna bland vårdade med en alkoholrelaterad diagnos har gått ned något över tid mellan åren 2009 och 2018 totalt sett. Andelen kvinnor som återinskrivs varierar mellan 34 och 36 procent under tidsspannet 2009–2018, medan under samma period andelen män som återinskrivs varierar mellan 39 och 42 procent.

Andelen återinskrivningar inom 365 dagar för vårdade med en narkotika-relaterad diagnos (F11–16,18,19) är i princip oförändrad under perioden 2009–2018. Andelen kvinnor som återinskrivs varierade mellan 37 och 40 procent medan motsvarande andel för männen var något högre, mellan 43 och 49 procent.

Det finns regionala skillnader som redovisas i diagrammen nedan för alkohol respektive narkotika under år 2018. För alkohol varierade återinskrivningarna från som lägst 28 procent i Värmland till högst 42 procent i Stockholm, med ett genomsnitt för riket på 38 procent. För narkotika varierade återinskrivningarna från som lägst 37 procent i Värmland till som högst 52 procent i Norrbotten med ett genomsnitt för riket på 44 procent. Se vidare figur 18 och 19.

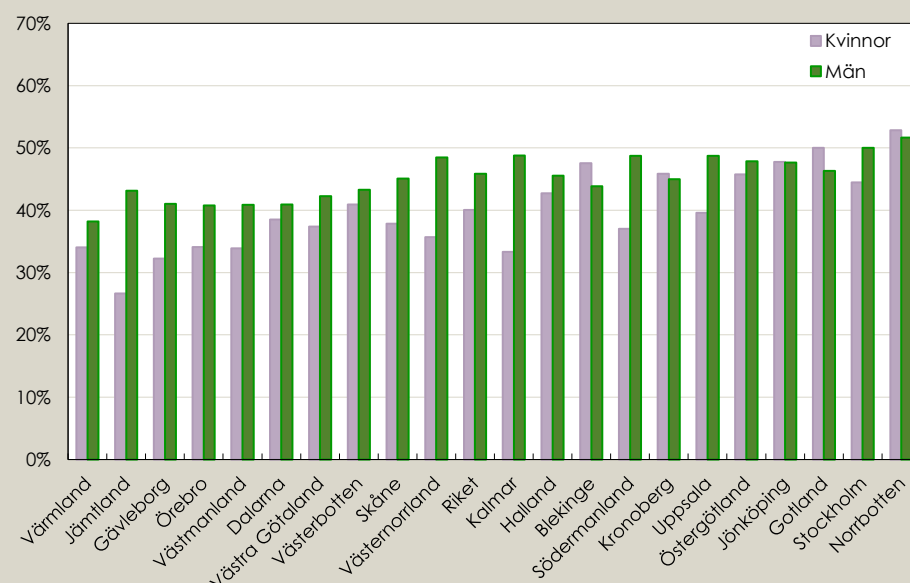
Figur 18. Återinskrivna i slutenvård inom ett år efter vård med alkoholdiagnos under 2018. Andel kvinnor, män och totalt per län (region) och riket, år 2018–2019.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

³⁶ Behandling inom slutenvård handlar oftast om akut avgiftning, tillnyktring, behandling av levercirros, gastrit, alkoholpsykos, alkoholförgiftning, olycksfall samt vård orsakad av våld eller misshandel eller behandling av annan tillkommande sjuklighet.

Figur 19. Återinskrivna i slutenvård inom ett år efter vård med narkotikadiagnos under 2018. Andel kvinnor, män och totalt per län (region) och riket, år 2018–2019.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Insatser och stöd inom socialtjänsten, ANDT-mål 4

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen hur problemen varierar avseende substanser, kön, ålder, samsjuklighet och över tid bland de individer som söker stöd inom socialtjänsten för missbruksrelaterade problem utifrån ASI-data. Myndigheten beskriver också vilka insatser som ges inom socialtjänsten. Vad gäller de regionala skillnader som relaterar till LVM-vård som uppmärksammats i tidigare lägesrapporter [4], redovisar myndigheten också möjliga förklaringar till dessa skillnader i en fördjupad analys. Mål 4 i ANDT strategin handlar om att kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende utifrån sina förutsättningar och behov ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.

ASI-underlag kan användas för att beskriva behov hos klienter inom socialtjänsten

För socialtjänsten, och även hälso- och sjukvården, finns ASI (Addiction Severity Index) som standardiserad metod för att bedöma behov av insatser för personer med alkohol- och narkotikaproblem. Metoden är intervjubaserad och finns i två varianter: ASI Grund som används vid någon av de inledande kontakterna med klienten, och ASI Uppföljning som kan användas medan en behandling pågår eller efter en insats. ASI används i 260 missbruks- och beroendeenheter i landet. Användningen av ASI Grund har ökat i Sverige över tid medan ASI Uppföljning varit stabil över tid.

Underlaget är delvis en uppdatering av en tidigare kartläggning som myndigheten genomförde 2016 och som publicerades i Socialstyrelsens lägesrapport 2017 [14]. Socialstyrelsen fick hösten 2020 godkännande från 155 kommuner, stadsdelar och behandlingsenheter att använda deras data i avidentifierat skick, utifrån enheternas verksamhetsrapporter sammanställda på riksnivå, för tre olika tidsperioder.³⁷

Det är svårt att avgöra hur pass väl ASI-statistiken representerar de aktuella behoven hos individer inom socialtjänsten i landet. Det saknas aktuella studier som undersöker andelen ASI-grundintervjuer i förhållande till alla inledda klientärenden. Äldre sådana studier visar på att även om flertalet verksamheter inom missbruks- och beroendevården använder ASI-intervjun i klientarbetet, så görs den endast i en mindre del av klientmötena. Om detta fortfarande stämmer, representerar dataunderlag som genomförda ASI Grund

³⁷ Vilket är betydligt fler än de 66 kommuner och 3 beroendemottagningar som ingick 2017.

kan bidra med – och som presenteras nedan – bara en mindre del av det totala klientunderlaget i landet.³⁸

Majoriteten av klienterna inom socialtjänstens missbruksvård som ASI-intervjuats är män (drygt 70 procent), ensamstående och födda i Sverige och ungefär hälften bor i egen bostad. De som bor i egen bostad har minskat över tid. Under perioden 2009–2012 var andelen intervjuade klienter med eget boende 55 procent och under den senaste perioden, 2017–2020 var siffran 50 procent. Knappt 10 procent av klienterna bor tillsammans med partner och barn och denna siffra har inte förändrats över tid.

Medelålder för samtliga klienter är 39 år. Andelen yngre klienter, 18 till 30 år, är närmare 36 procent, vilket är en ökning med några procentenheter sedan första tidsperioden. Uppgifter om den enskildes situation de senaste 30 dagarna visar att knappt en tredjedel har försörjning med ekonomiskt bistånd och lika stor andel har försörjning från Försäkringskassan.

Alkoholproblem minskar och narkotikaproblem ökar bland socialtjänstens klienter

Det syns skillnader över tid när det gäller vilket preparat som klienterna som har intervjuats med stöd av ASI anser att de har mest problem med, se vidare figur 20. Drygt en tredjedel av klienterna uppger att alkohol är det största problemet. Detta är en klar minskning jämfört med perioden 2009–2012 då nästan hälften av de intervjuade klienterna uppgav alkohol som det största problemet. Drygt 40 procent av klienterna uppger att narkotika är det dominerande missbruksmedlet, vilket är en tydlig ökning sedan den första perioden, 2009–2012. Andelen klienter som uppger att både alkohol och narkotika är det största problemet är cirka 10 procent och är oförändrad över de studerade åren. Andelen klienter som någon gång injicerat har minskat något.³⁹

Andelen klienter som någon gång fått behandling för alkoholrelaterade problem har minskat över tid, medan det finns en tendens till ökning av andelen klienter som någon gång fått behandling för problem med narkotika.⁴⁰ Andelen klienter som någon gång fått psykiatrisk vård för andra psykiatriska diagnoser än substansrelaterade problem visar också på en tendens till att öka över tid avseende de klienter som har genomgått en ASI-intervju. Se vidare figur 20.

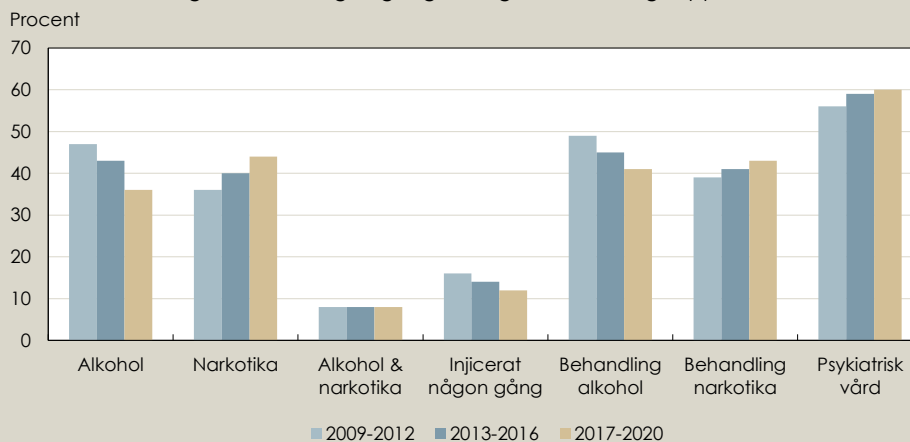
³⁸ För mer utförlig beskrivning av olika felkällor och representativitet gällande statistik hämtat från ASI-intervjuer, se Pilotstudie om en satsning på ASI i Jönköpings län – slutrapport. Socialstyrelsen 2020.

³⁹ Detta skulle kunna representera en skillnad i vilka som söker stöd inom socialtjänsten, men skulle också kunna förklaras av selektiviteten för vilka klienter som ASI används.

⁴⁰ Frågan i ASI utgår inte från vilken aktör som givit vården, det kan omfattas vård inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Figur 20. Dominerande substans och deltagande i behandling

Andel intervjuade klienter som angett alkohol, narkotika eller båda som dominerande substans samt angett att de någon gång deltagit i behandling i öppen- eller slutenvård.

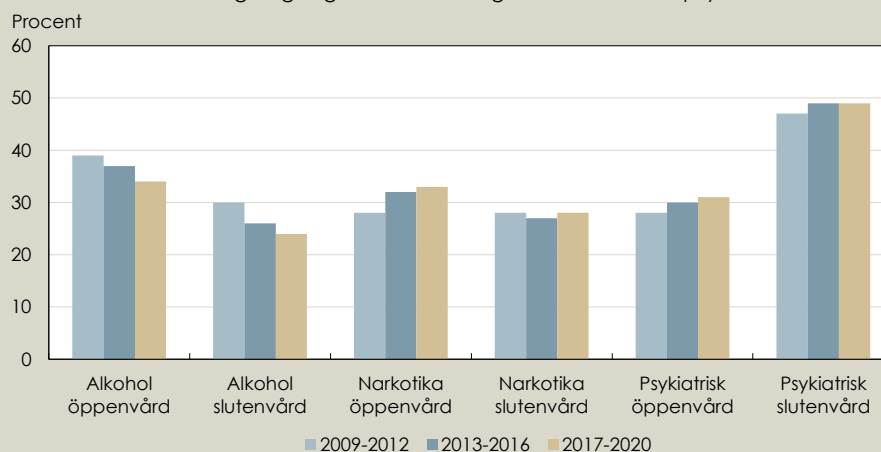


Källa: Data, ASI-net analys

Figur 21 visar andelen klienter som fått behandling, uppdelat efter om behandlingen har skett i öppenvård eller slutenvård.⁴¹ Andelen klienter som fått öppenvård respektive slutenvård för problem med alkohol har minskat över tid medan andelen som fått öppenvårdsbehandling för problem med narkotika har ökat något. I övrigt är det små förändringar. Andelen klienter som uppger att de haft suicidtankar (15–19 procent) eller har erfarenhet av suicidförsök (cirka 30 procent) är ungefär konstant mellan åren.

Figur 21. Behandling i öppen- respektive slutenvård

Andel klienter som någon gång fått behandling för missbruk eller psykiska besvär



Källa: Data, ASI-net analys

Skillnaderna mellan tidsperioderna är också små när det gäller vilka substanser som klienterna anser att de har mest problem med, se vidare figur 22. Det vanligaste preparatet, där klienten anger substansen som sin primärsubstans

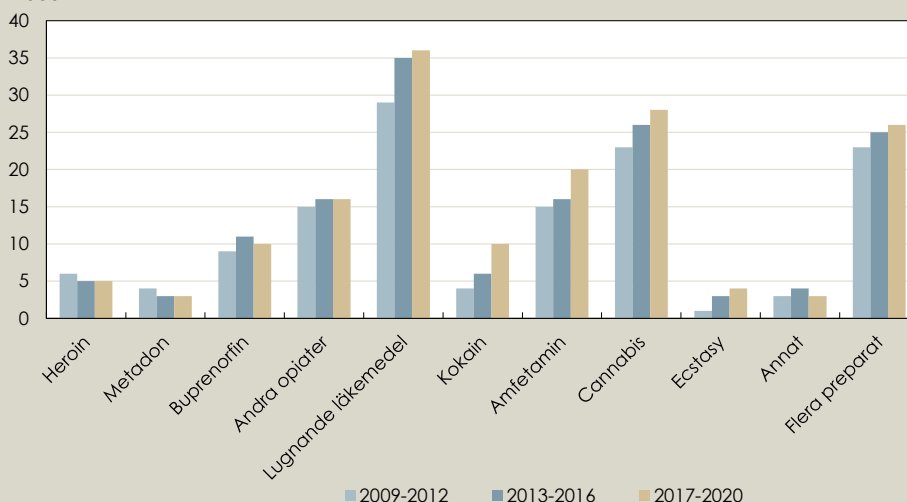
⁴¹ Frågan i ASI har inte utgångspunkt i vilken aktör som givit vården, det kan omfattas vård inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

och där det ökat mest, är olika lugnande medel eller sömnmedel. Näst vanligast är cannabis och missbruk av flera substanser i kombination. För heroin och metadon (opioider) syns däremot en minskning sedan 2009. Notera att vissa av preparaten är läkemedel och kan vara en del av behandling (exempelvis metadon).

Figur 22. Bruk av substanser senaste 30 dagarna

Andel som brukat olika substanser eller preparat som orsakat mest problem senaste 30 dagarna.

Procent



Källa: Data, ASI-net analys

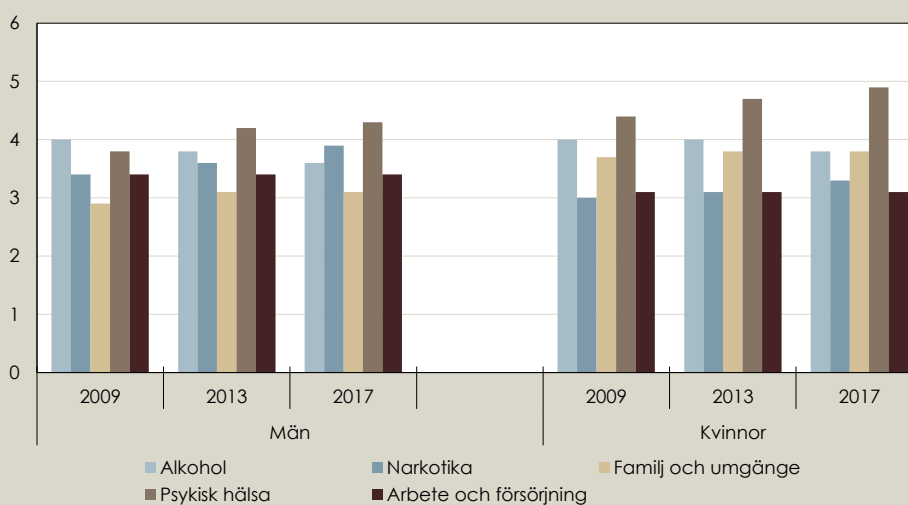
Skillnader mellan mäns och kvinnors hjälpbehov

Männen skattas av handläggarna ha mer problem med narkotika samt arbete och försörjning, medan kvinnorna skattas ha mer problem med psykisk hälsa, alkohol samt familj och umgänge.⁴² Se vidare figur 23.

⁴² Vid ASI-intervjuer skattas klienternas problem och behov av hjälp av intervjuarna (handläggarna). Skattningar görs efter manualbaserade kriterier på en skala 0–10, där stegen definieras i fem intervall (inget problem/hjälpbehov, litet problem/hjälpbehov, måttligt problem/hjälpbehov, påtagligt problem/hjälpbehov, mycket stora problem/hjälpbehov).

Figur 23. Handläggarnas skattning av problemområden för män och kvinnor

Medelvärde



Källa: Data, ASI-net analys

Yngre har mest problem med narkotika och äldre med alkohol

I ASI delas materialet in i följande åldersgrupper: unga upp till 30 år, medelålders mellan 31 och 46 år samt äldre från 47 år och uppåt.

En jämförelse mellan grupperna visar att den yngre gruppen har mer problem med narkotika, psykisk hälsa samt arbete och försörjning. De medelålders har mer problem med psykisk hälsa och alkohol, men en stor andel har även narkotikaproblem. I den äldsta gruppen är alkohol det dominerande problemet. För samtliga åldersgrupper skattas över tid allt större problem utvecklas med psykisk hälsa. Problem med familj och umgänge skattas vara högre bland yngre och medelålders, och minskar med stigande ålder. För de yngre syns mindre problem med alkohol sett över de tre tidsperioderna.

Uppföljningar visar på större förbättringar vid alkoholproblem jämfört med narkotikaproblem

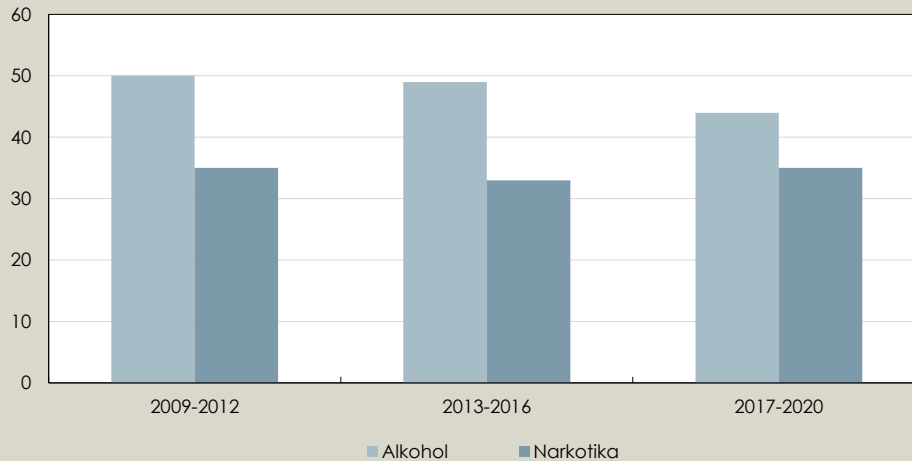
Figur 24 visar andelen klienter som intervjuats med stöd av ASI och vars problem förbättrats med minst 2 skalsteg.⁴³ Uppföljningar visar på större förbättringar vid alkoholproblem än vid narkotikaproblem. Förbättringen vid alkoholproblem minskar dock något under den sista perioden. Inga stora skillnader märks beträffande andelen klienter som uppvisar försämring över tid.⁴⁴

⁴³ Skattningar görs efter manualbaserade kriterier på en skala 0–10, där stegen definieras i fem intervall (inget problem/hjälpbehov, litet problem/hjälpbehov, måttligt problem/hjälpbehov, påtagligt problem/hjälpbehov, mycket stora problem/hjälpbehov).

⁴⁴ Användningen av ASI uppföljningsintervju bland de enheter som godkänt att Socialstyrelsen tar del av aggregerad data har minskat mellan åren 2009 och 2020. Den totala användningen av ASI-uppföljning har dock varit stabil över

Figur 24. Andel förbättrade klienter enligt intervjustatning

Andel klienter som intervjuats med stöd av ASI och vars problem förbättrats med minst två skalsteg.
Procent



Källa: Data, ASI-net analys

Frivilliga insatser till personer med missbruksproblem har ökat de senaste två åren

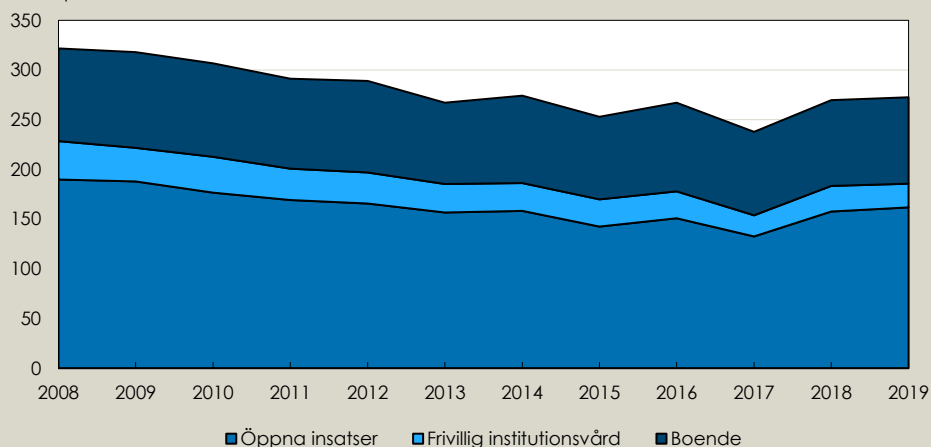
Socialtjänsten rapporterar årligen statistik till Socialstyrelsen (till skillnad från ASI som beskrivits tidigare). Inom socialtjänsten har under 2010–2019 andelen vuxna personer från 21 år och uppåt som fått vård- och stödinsatser för missbruksproblem varit tämligen stabil eller minskande. En viss ökning under de senaste två åren syns dock inom de frivilliga insatserna boende, institutionsvård och öppna insatser. Se vidare figur 25.

tid. Under den första perioden, 2009–2012, gjordes uppföljningsintervjuer med 24 procent av de klienter där ASI grundintervju hade genomförts. Motsvarande siffror för 2013–2016 och 2017–2020 var 19 respektive 15 procent. Uppföljningstiden, det vill säga intervallet mellan ASI grundintervju och ASI uppföljningsintervju, är dock kortare under den senare tidsperioden och uppföljningsintervjuer begränsade, vilket gör att resultaten inte är helt jämförbara och behöver tolkas med försiktighet.

Figur 25. Insatser enligt SoL till vuxna personer med missbruk

Antal personer per 100 000 invånare med bistånd som avser boende, institutionsvård eller öppna insatser enligt SoL den 1 november åren 2008-2019.

Antal per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas:

Socialstyrelsen följer årligen kommuners insatser inom vård- och omsorgsområdet genom att samla in officiell statistik över de insatser som ges till personer som sökt hjälp. Det finns ingen nationell statistik över hur många som sökt hjälp men inte fått en behovsprövad insats. Inom socialtjänsten ges ett flertal olika insatser anpassade efter individens behov och problembild. Den vanligaste SoL-insatsen till personer med missbruk är öppna insatser såsom exempelvis dagvård eller behandling⁴⁵, knappt 11 800 personer fick den 1 november 2019 någon form av öppen insats och två tredjedelar av mottagarna var män. I statistiken finns ingen redogörelse för insatsernas uppdelning mellan alkohol respektive narkotika eller spel om pengar.

Den näst vanligaste SoL-insatsen till personer med missbruk den 1 november 2019 var någon form av boende: drygt 6 300 fick boendeinsatser, varav 25 procent var kvinnor och 75 procent var män. Socialtjänstens boendeinsatser har sedan år 2015 blivit alltmer långsiktiga. Andelen personer i missbruk och beroende med ett långsiktigt boende har ökat från 39 procent år 2015 till 53 procent år 2018. Av socialtjänstens samlade boendeinsatser utgörs cirka en tredjedel av boendeinsatser till personer med missbruksproblem.⁴⁶ Ett boende är i de flesta fall en nödvändig förutsättning för att kunna ta del av behandlingsinsatser relaterade till missbruk. Drygt 1 900 personer fick heldygnsvård i hem för vård och boende (HVB) eller familjehemsvård enligt SoL [25].

Det syns en viss skillnad mellan män och kvinnor när det gäller vilka insatser som beviljas av socialtjänsten. Av dem som beviljas öppna insatser

⁴⁵ Med öppna insatser som är individuellt behovsprövade enligt 4 kp. 1 § SoL avses här exempelvis strukturerad dagvård, personligt stöd och behandling eller tillgång till en kontaktperson.

⁴⁶ Socialstyrelsens mängdstatistik boendeinsatser och anhörigstöd 2019 https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ovr/ och mängdstatistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019, https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mis/val.aspx

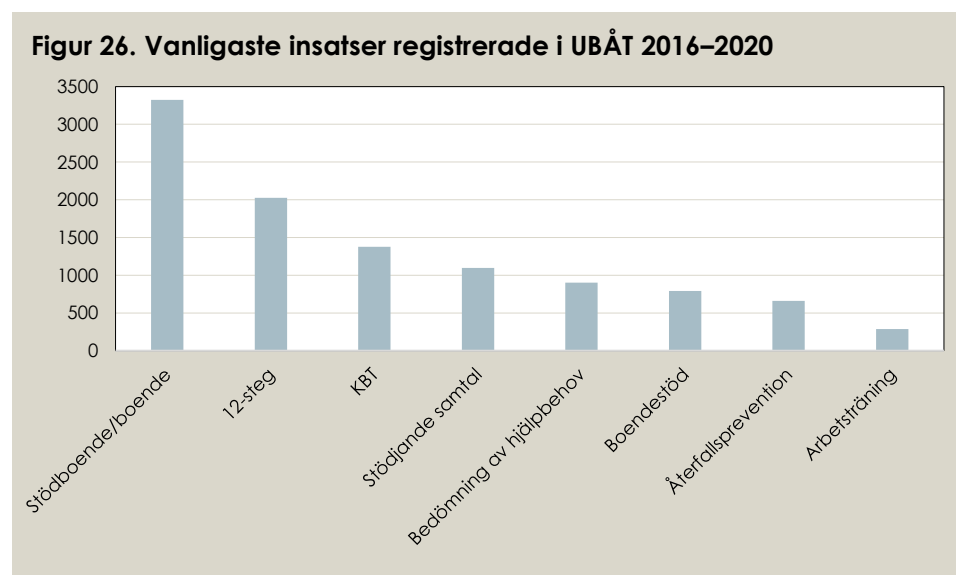
och vård med stöd av LVM är drygt en tredjedel kvinnor, men andelen sjunker till en fjärdedel för insatserna boende och frivillig institutionsvård [25]. Mer om LVM finns senare i kapitlet.

Tabell 6. Insatser per den 1 november, Mängdstatistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019, Socialstyrelsen

Vård och stödform	Kvinnor	%	Män	%	Totalt	%
Bistånd som avser boende	1 516	24	4 798	76	6 314	100
Individuellt behovsprövade öppna insatser	3 722	32	8 037	68	11 759	100
Heldygnsvård, varav	486	26	1 415	74	1 901	100
Frivillig institutionsvård	438	25	1 301	75	1 739	100
Familjehemsvård SoL och 27 § ⁴⁷	48	30	114	70	162	100

Enligt uppföljningsverktyget UBÅT är boendeinsats vanligaste insats

Socialtjänstens öppna insatser och boendeinsatser till personer med missbruksproblem kan också följas genom det ASI-relaterade verktyget UBÅT där olika insatser registreras av handläggaren.⁴⁸ Insatserna behöver inte ges av socialtjänsten för att registreras i UBÅT utan kan utföras av andra huvudmän, såsom exempelvis är fallet vid avgiftning eller LARO. I figur 26 redogör Socialstyrelsen för en sammanställning över åren 2016-2020 för de rapporterade enheterna som visar att boendeinsatser är vanligast, följt av 12-steps behandling och KBT.



⁴⁷ §27-vård avser när LVM övergår till frivillig vård.

⁴⁸ Företaget Råbe&Kobberstad som stöder kommunernas ASI-data, har verktyget UBÅT (Uppföljning och Beskrivning av Åtgärder) som dock används i begränsad utsträckning. År 2020 fanns 11 172 registreringar av åtgärder för 5297 klienter i hela Sverige UBÅT enligt information från företagets websida.

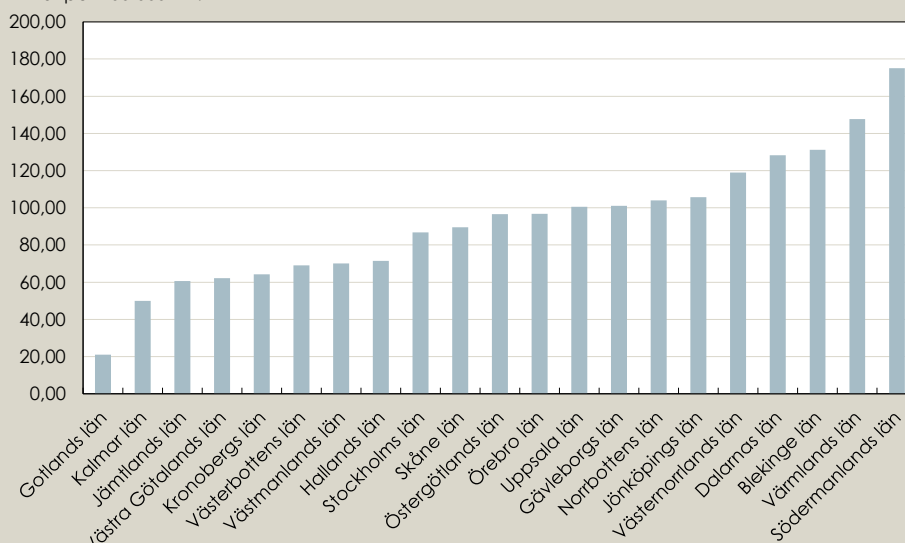
Minskande frivillig institutionsvård sett över tid och med regionala variationer

Inom socialtjänstens heldygnsvård för vuxna personer (från 21 år) har det skett en utveckling under de senaste 10 åren mot en minskning i antalet som får frivillig institutionsvård, och att den genomsnittliga vårdtiden samtidigt har blivit kortare. Den 1 november 2019 vårdades drygt 1 700 personer (438 kvinnor och 1 301 män) i frivillig institutionsvård, jämfört med år 2009 då 2 200 personer vårdades (550 kvinnor och 1 651 män). Sett som andel i befolkningen innebär det år 2009 18,6 individer per 100 000 invånare medan motsvarande siffra år 2019 var 16,5. Den genomsnittliga vårdtiden i frivillig institutionsvård har minskat sedan 2009 från genomsnittligt 115 dagar till 102 dagar (96 för kvinnor och 104 för män). De senaste fem åren har antalet vårddygn varit stabilt.

Det finns också regionala skillnader vad avser antal vuxna personer i frivillig institutionsvård per 100 000 invånare. Högst antal vårdade i frivillig heldygnsvård hade Södermanland med 175 per 100 000 och lägst Gotland med 20 per 100 000.⁴⁹ Se vidare figur 27.

Figur 27. Antal vuxna personer i frivillig institutionsvård under 2019 per län.

Antal per 100 000 inv.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas

Insatser till individer med spelproblem ökar

År 2018 infördes en ändring i socialtjänstlagen, som innebär att socialtjänsten har en skyldighet att ge insatser till personer som har ett spelmissbruk

⁴⁹ Gotland är Sveriges minsta region sett till befolkningens mängd varför data kan behöva tolkas med viss försiktighet.

(gäller spel om pengar).⁵⁰ År 2018 fick 497 personer insatser inom socialtjänsten för ett spelmissbruk. Ett år senare, 2019, hade det av kommunerna rapporterade antalet personer som fått motsvarande insatser ökat till 626, varav 23 procent var kvinnor [25].

LVM-vården fluktuerar över tid och tar emot allt yngre klienter

Institutionsvård består av både frivillig vård (exempelvis HVB) och tvångsvård (LVM). Den frivilliga institutionsvården har minskat och alltmer vård sker i öppenvården.

Antalet personer som vårdas med stöd av LVM fluktuerar över den senaste tioårsperioden mellan omkring 900 till 1 050 personer inskrivna per år, med en variation i antalet vårdade med 50 till 100 personer mellan åren. Det innebär att tvångsvården 2019 utgör en större andel av den totala institutionsvården jämfört med tidigare (från 7 procent år 2000 till omkring 15 procent år 2019).

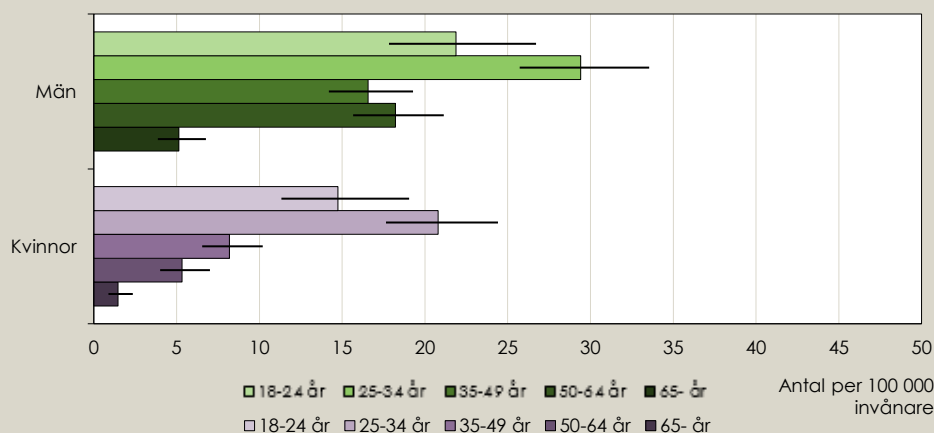
I en sammanställning av intervjuer som görs med intagna på LVM-hem redovisar Statens institutionsstyrelse (SiS) årligen information om klienternas problembild där det bland annat framkommer att drygt en tredjedel av klienterna har tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och nästan två tredjedelar har erfarenhet av frivillig psykiatrisk vård. Kvinnor anger i högre utsträckning än män att de har psykosociala problem. 45 procent av kvinnorna och 30 procent av männen anger att de någon gång försökt ta sitt liv [26].

Det finns även skillnader mellan åldersgrupperna och under 2019 var det vanligast att män och kvinnor mellan 18 och 34 år fick LVM-vård. Medianåldern för personer som vårdas med stöd av LVM har sjunkit från 43 till 35 år under den senaste tioårsperioden. Bland kvinnorna som vårdas med stöd av LVM ökar den yngsta gruppen, det vill säga kvinnor mellan 18 och 24 år. Se figur 28 och 29.

⁵⁰ Se 3 kap. 7 § och 5 kap. 1 § SoL samt prop. 2016/17:85 Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk s. 27 f.

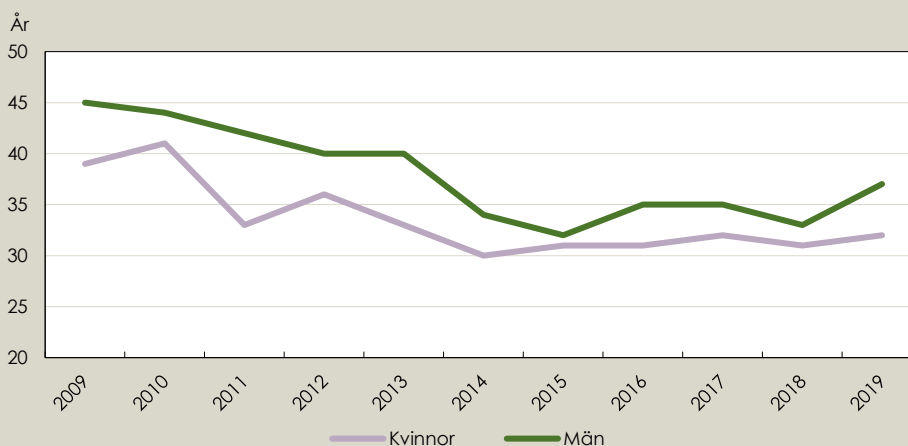
Figur 28 Vård enligt LVM fördelat på kön och ålder 2019

Antal utskrivningar från LVM-vård, redovisat efter kön och åldergrupper



Källa: Registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall

Figur 29. Medianålder utskrivna personer från LVM vård 2009–2019. Kvinnor och män.



Källa: Registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall, Socialstyrelsen

Regionala skillnader hur tvångsvården tillämpas

Det finns regionala skillnader vad gäller antalet personer per 100 000 invånare som vårdas med stöd av LVM. Skillnaderna mellan regioner har uppmärksammats i Socialstyrelsens lägesrapporter under flera år [4]. Gävleborg är det län vars kommuner har störst andel personer som vårdas med stöd av LVM. Kommunerna inom Stockholms län samt Kalmar, Halland, Skåne, Västerbotten och Jönköping har det i minst utsträckning (tre gånger vanligare i Gävleborg än i Stockholm).

Vård enligt LVM kan inledas med ett omedelbart omhändertagande.⁵¹ Ansökan om vård kan också göras utan att omedelbart omhändertagande beslutas.⁵² Under 2019 fattades beslut om vård med stöd av LVM för 1 105 personer. Hälften av besluten om vård med stöd av LVM inleddes med ett omedelbart omhändertagande. För ungefär 25 procent av de personer som får ett beslut om omedelbart omhändertagande avslutas vård enligt LVM efter avgiftning eller vård vid sjukhus eller en kortare tid på SiS. LVM-vården fortsätter inte eftersom kommunen inte ansöker om sådan vård eller för att förvaltningsrätten avslår ansökan.⁵³

Socialstyrelsen arbetar med att ta fram en handbok för tillämpningen av LVM lagstiftningen. Inom ramen för det arbetet genomfördes under 2019 en förstudie där Socialstyrelsen bland annat undersökte möjliga orsaker till de regionala skillnader som redovisas som en fördjupad analys i nästa kapitel.

Socialtjänstens insatser som följs upp genom öppna jämförelser

Öppna jämförelser är ett verktyg för att analysera, följa och utveckla socialtjänstens verksamheter på lokal, regional och nationell nivå. Socialstyrelsens indikatorbaserade öppna jämförelser kan användas som ett underlag i förbättringsarbetet. I öppna jämförelser svarar kommuner på enkätfrågor som sedan sammanställs inom exempelvis området missbruk och beroende.⁵⁴

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen och regionen tillsammans upprätta en individuell plan, om möjligt tillsammans med den enskilde.⁵⁵ Planen kallas ofta för samordnad individuell plan, SIP. Detta område är viktigt att belysa och uppmärksamma. En individuell plan ska också upprättas om en patient efter utskrivningen från sluten hälso- och sjukvård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.⁵⁶ En indikator utvecklad inom öppna jämförelser syftar till att belysa om kommunen har rutiner för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en SIP. Sådana rutiner är ett sätt att säkerställa att klienterna får kännedom om dessa möjligheter (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter). För att säkra att rutinen för SIP används och fungerar i verksamheten är det viktigt att den regelbundet följs upp. Det är 50 procent av kommunerna eller stadsdelarna som har rutiner för information om SIP (år 2020). Detta är samma resultat som 2019 men andelen har ökat sedan 2017 då resultatet var 43 procent.

En hög andel av kommunerna, 93 procent, angav år 2020 att de erbjuder minst en manualbaserad insats rekommenderad i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Några av de insatser

⁵¹ Se 13 § LVM

⁵² Jfr 11 § LVM.

⁵³ Registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall, Socialstyrelsen

⁵⁴ Mer om öppna jämförelser missbruk och beroende finns på <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/missbruk-och-beroendevard/>. Indikatorer som redovisas i öppna jämförelser socialtjänst baseras på enkätsvar från kommuner och stadsdelar.

⁵⁵ 2 kap. 7 § första och andra stycket SoL och 16 kap. 4 § HSL.

⁵⁶ 4 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

som omfattas av riktlinjerna och i vilken utsträckning kommunerna erbjuder de rekommenderade insatserna presenteras i tabell 7 nedan. De manualbaserade insatserna kan utföras i egen eller annan regi och erbjudas med eller utan biståndsbeslut.

Tabell 7. Manualbaserade insatser uppdelade på insatser och omfattning, procent, riket

Andel (%) kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg. Kommunundersökning, 2016–2020, riket.

Manualbaserade insatser	2016 n= 282	2017 n= 296	2018 n= 289	2019 n=288	2020 n=297
Motivational Enhancement Therapy (MET)	35 %	52 %	53 %	54 %	51 %
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	49 %	49 %	54 %	56 %	52 %
Återfallsprevention (ÅP)	91 %	90 %	92 %	Borttagen 2019*	
Community Reinforcement Approach (CRA)	48 %	49 %	59 %	60 %	62 %
Tolvstegsbehandling – strukturerad be- handling	69 %	68 %	70 %	71 %	71 %
Social Behaviour Network Therapy (SBNT)	7 %	7 %	7 %	11 %	11 %

*Återfallsprevention är endast borttagen från enkäten, inte som insats.

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2016, 2017, 2018, 2019 och 2020 Socialstyrelsen.

Andra resultat från öppna jämförelser var att 20 procent av de svarande kommunerna och stadsdelarna erbjöd insatsen bostad först, 33 procent erbjöd boende i form av vårdkedja och 32 procent erbjöd case management år 2020.

Fördjupad analys: Möjliga orsaker till regionala skillnader i LVM-vård

År 2019 genomförde Socialstyrelsen en förstudie om LVM vari ingick en sammanställning om regionala skillnader i LVM-tillämpning, samt teorier och möjliga orsaker.⁵⁷ Forskning saknas om vad skillnaderna i frekvensen av LVM-utskrivningar beror på. Tidigare forskning har berört vad som styr vårdvalen för personer med beroendeproblem men har inte utformats för att möjliggöra jämförelser mellan områden. Sammanställningen bygger på teorier och observationer framförda av professionsföreträdare och sakkunniga vid dialogmöten samt sex telefonintervjuer med sakkunniga.⁵⁸ Urvalet av intervjupersoner var strategiskt och syftade till att höra personer som genom sin forskning eller sitt praktiska arbete förväntades ha insyn i hur LVM-tillämpningen skiljer sig mellan län och kommuner. Sammanställningen gör inte anspråk på att besvara frågan om varför LVM används i olika utsträckning i olika delar av landet, utan endast att peka på några möjliga förklaringar som också skulle kunna användas som underlag vid fortsatta analyser. LVM-tillämpningen är kommunal men redovisas länsvis. Samtidigt påverkas LVM-tillämpningen av regionala omständigheter, såsom utbudet av regional beroendevård samt socialtjänstens och LVM-hemmens samverkan med den frivilliga beroendevården och psykiatrin.

Behovet av tvångsvård

En vanlig teori är att frekvensen av LVM-placeringar helt enkelt återspeglar behovsbilden (socioekonomi, glesbygdsproblematik, beroendemönster) i regionen eller kommunen. Behovet av tvångsvård skulle kunna vara avhängigt dels lokala trender i användning av alkohol och narkotika, dels hur den övriga vård- och omsorgskedjan för personer med beroende är utformad. Då det förefaller som om handläggare tycks mer benägna att ansöka om LVM-vård för unga personer än för äldre skulle en förändring i narkotikaanvändningen bland unga vuxna snabbt kunna ge avtryck i LVM-anmälningar, i synnerhet omedelbara omhändertaganden. Hur den övriga vård- och omsorgskedjan för personer med beroendeproblem fungerar i kommunen och regionen väntas också påverka behovet av tvångsvård, exempelvis i vilken utsträckning kommuner arbetar proaktivt och uppsökande med klienter med beroende, tillgången till LARO, psykiatri med mera. Ett mer proaktivt arbetssätt i socialtjänsten skulle sannolikt öka möjligheten att personer med beroendeproblem fångas upp och får stöd innan tillståndet blir så allvarligt att tvångsvård är nödvändigt. En fungerande vårdkedja kräver god samverkan mellan socialtjänsten, beroendevården och psykiatrin.

⁵⁷ Dnr hos Socialstyrelsen 28659/2019

⁵⁸ Fyra svenska forskare, en socialtjänsthandläggare och en medarbetare vid Statens institutionsstyrelse.

Tillämpning av lagen

En teori som framfördes av professionsföreträdare och sakkunniga i förstudien är att de regionala skillnaderna i LVM-utskrivningar delvis kan förklaras av att lagen tolkas olika på olika platser i landet, och att LVM ”blivit mer av en akutlag än den var skriven som från början”. Om handläggaren inte ser lagen som tvingande öppnas en möjlighet att låta valet av vårdform formas av andra omständigheter, såsom budgetbegränsningar och tillgången till andra behandlingsalternativ.⁵⁹

Synen på tvång som behandlingsmetod

En faktor som troddes påverka frekvensen av LVM-ansökningar i kommuner är grundläggande skillnader i synen på vad som utgör effektiv beroendevård. Man menade att det på vissa håll finns en utbredd skepsis mot tvångsvård som behandling för beroende. Också läkares och andra samhällsaktörers attityder till tvångsvård väntas påverka hur benägna de är att göra LVM-anmälningar, vilket i sin tur påverkar antalet utredningar och ansökningar.

Synen på LVM-hemmens insatser

Vidare framfördes att många som arbetar i socialtjänsten och beroendevården är missnöjda med att LVM saknar behandlingsinnehåll och att handläggarnas insyn i och möjlighet att påverka de insatser som erbjuds under placeringarna är begränsad. Flera respondenter påtalade att LVM-vistelser tenderar att ses som förvaring snarare än behandling. Samtidigt framkom att institutionerna i större utsträckning än tidigare erbjuder evidensbaserade och individanpassade behandlingsmetoder och att samverkan mellan LVM-hem och psykiatrin har förbättrats på senare år. Därtill påpekades att hur väl LVM-vården fungerar är avhängigt hur väl kommunerna fullföljer sitt planerings- och uppföljningsansvar för klienterna. Det anmärktes att många kommuner är dåliga på att fånga upp klienter efter utskrivning från LVM.

Socialkontorens styrning och organisering

Professionsföreträdare och sakkunniga påpekade också att socialkontorets organisering inverkar på hur LVM tillämpas lokalt och att följande kan ha betydelse

- handläggarens ålder och erfarenhet kan påverka hur och när man tillämpar LVM,

⁵⁹ Liknande slutsatser drogs i rapporten *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*. Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2019. Rapporten konstaterar: ”Vi ser fortfarande att personer med missbruks- och beroendeproblematik inte alltid erbjuds insatser som motsvarar deras behov. Socialtjänsten inleder inte alltid en utredning enligt lagen om vård av missbrukare trots att det kan finnas skäl att bereda personer tvångsvård. Vi ser även att socialtjänsten ibland undviker att inleda utredning med stöd av socialtjänstlagen, trots att det finns tecken på att en person behöver insatser. Socialtjänsten anpassar också ofta sitt stöd utifrån vilka insatser den egna kommunen kan erbjuda. Det innebär att vissa personer inte får insatser som är anpassade till deras behov, vilket ökar risken att insatserna inte får avsedd effekt.”

- vissa kommuner har rutiner för att föreslå andra insatser än LVM även när rekvisiten för tvångsvård är uppfyllda,
- enhetschefer som har budgetansvar och i vissa fall en annan utbildningsbakgrund kan prioritera annorlunda än handläggare och
- hög arbetsbelastning minskar handläggarnas möjligheter att arbeta förebyggande och kan leda till en bristande vårdkedja.

Extern granskning

Extern granskning – av IVO, media eller anhöriga – kan också påverka frekvensen av LVM-ansökningar i en kommun. Ibland följer granskningar på förändringar i den lokala narkotikaanvändningen eller en ökning av överdoser lokalt. När sådana erfarenheter kombineras med upplevelsen av ökad extern granskning kunde såväl ledning som handläggare bli mer ”på tårna”, och mer benägna att utreda och ansöka om LVM för sina klienter.

Ekonomi

Kommunernas ekonomi skulle kunna påverka i vilken utsträckning LVM-utredningar inleds och leder till ansökan. Jämfört med frivillig öppen- och heldygnsvård kan LVM vara ett kostsamt alternativ för kommunerna, vilket särskilt påverkar små kommuners årsbudget. Att det är sparkrav som ligger bakom lokala upp- och nedgångar i LVM-ansökningar var dock bara en hypotes av flera. Som stöd för teorin att LVM-tillämpningen påverkas av kommuners ekonomi hänvisade en intervjuperson till en utvärdering av den statliga satsningen ”Ett kontrakt för livet” (2005–2007). Under satsningen erbjöds socialnämnder ekonomiskt stöd för den vård som bedrevs enligt 27 § LVM. Under satsningen ökade det totala antalet intagna på LVM-hem med en fjärdedel, vilket tolkades som belägg för teorin att beslut om LVM delvis styrs av ekonomiska beaktanden [27].

Sammanfattning

De regionala skillnaderna vad gäller antalet personer per 100 000 invånare som vårdas med stöd av LVM har inte några enkla förklaringar. Socialstyrelsens förstudie pekar dock på möjliga förklaringar som var för sig, eller i samverkan, medverkar till skillnader över landet. En möjlig förklaring finns i lokala variationer i behov i befolkningen som i sin tur kan påverkas av hur väl vård- och omsorgskedjorna möter individens behov. Hur kommunen tolkar och tillämpar lagstiftningen kan även påverkas av synen på tvångsvård och synen på hur ändamålsenlig vården som erbjuds är. Även organisatoriska och ekonomiska förutsättningar verkar påverka tillämpningen av lagstiftningen. Skillnader över landet kan indikera brister såväl ur ett jämlikhets- som rätts-säkerhetsperspektiv.

Dödlighet relaterad till ANDT

– mål 5

Den nationella ANDT-strategin har som övergripande mål att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av ANDT-användningen. Som yttersta mål handlar det om att förhindra att individer dör till följd av ANDT-användning. I detta avsnitt beskriver Socialstyrelsen dödlighet relaterad till alkohol och narkotika inom mål 5.

Metod för redovisning av dödlighet

Det vanligaste sättet att beskriva kopplingen mellan missbruk eller beroende och död är redovisningar av dödsfall orsakade av läkemedels- och narkotikaförgiftningar eller alkoholförgiftning, för en viss period (vanligtvis under ett kalenderår) eller som utveckling över tid. Dödsfall där baspopulationen utgörs av hela befolkningen behöver inte nödvändigtvis bero på missbruk eller beroende utan det kan handla om självskada eller felanvändning av en substans. Det mått som används för att redogöra för registrerad dödlighet orsakad av alkohol respektive narkotika och läkemedel omfattar därför både personer med och utan diagnoserna skadligt bruk och beroende. Ett alternativt sätt att beskriva narkotikarelaterad dödlighet är att studera dödligheten i en definierad population med substansrelaterade diagnoser. Vanligt är då att en statistisk population med ett diagnosticerat beroende skapas, varefter dödligheten följs för just denna grupp, för samtliga dödsorsaker eller för viss specifika dödsorsaker. De registerindikatorer som redovisas i kapitlet är skapade på detta sätt och redovisas i sin helhet i en separat bilaga.

Dödsfall orsakade av narkotika eller läkemedelsförgiftningar minskar men inte för kvinnor

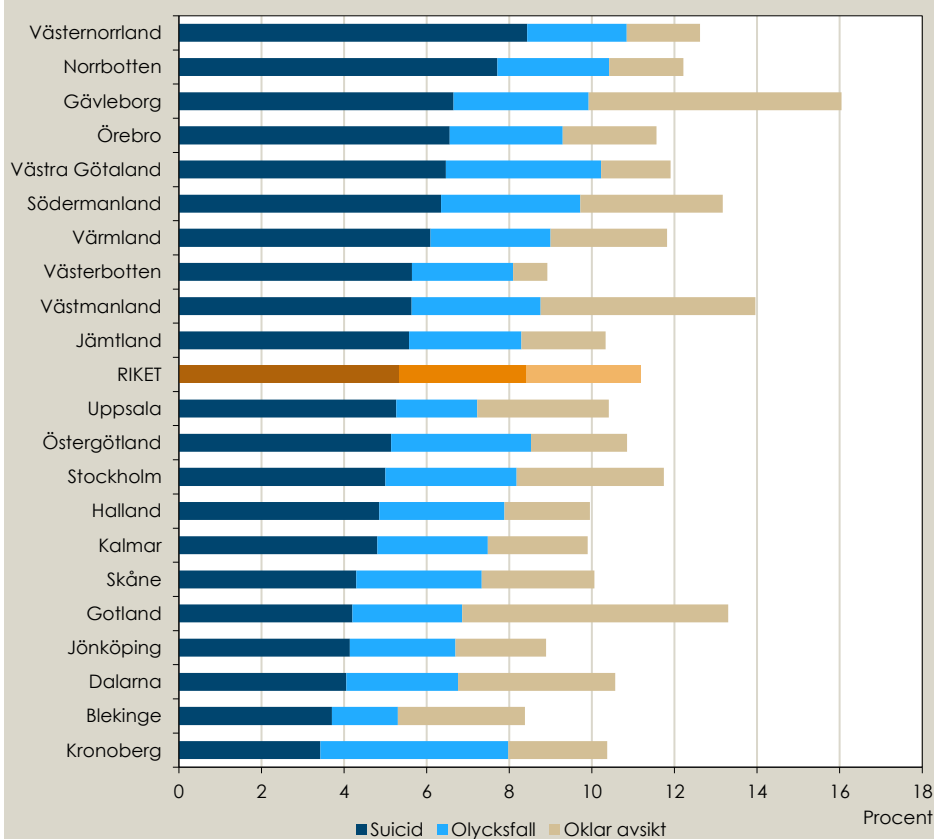
Socialstyrelsen redovisar regelbundet dödsfall orsakade av läkemedel och narkotika som underliggande orsak [28]. Det finns stora variationer mellan regioner beträffande om dödsfallen utgjorts av suicid, olycksfall (överdos) eller oklar avsikt, liksom mellan olika åldrar och kön. Sverige har hög registrerad dödlighet orsakad av narkotika eller läkemedelsförgiftningar, men de senaste två åren har dödligheten minskat med närmare 7 procent. Under 2019 avled 894 individer varav 525 var män och 369 var kvinnor (cirka 60 procent var män och 40 procent kvinnor). Dödligheten var som högst år 2017. Nedgången beror på minskande dödsfall bland män, dock ej bland kvinnor där dödsfallen fortsatt öka. I åldersspannet 15–29 har andelen kvinnor som dött till följd av förgiftningar ökat med cirka 85 procent sedan 2017 (från 3,3 till 6,1 per 100 000).

Regionala skillnader finns vad gäller dödsfall orsakade av narkotika eller läkemedelsförgiftningar

Högst antal dödsfall orsakade av läkemedels- eller narkotikaförgiftningar per 100 000 invånare fanns i Gävleborgs län och lägst i Blekinge. Andelen olycksfall (överdoser) i förhållande till samtliga anledningar var högst i Kronoberg. De stora regionala skillnaderna skulle till viss del kunna förklaras av olika sätt att kategorisera dödsfall i olika regioner men kan också tyda på reella skillnader i dödlighet.⁶⁰ Se vidare figur 30.

Figur 30. Region. Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar fördelat på avsikt 2015–2019

Andel dödsfall bland personer 15 år och äldre orsakad av läkemedels- och narkotikaförgiftningar, underliggande dödsorsak per 100 000 invånare, ålderstandardiserade värden.



ICD10 X40-X44, X60-X64, Y10-Y14

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

⁶⁰ Noteras bör att registrering av dödsfall redovisade i tabellen görs av Rättsmedicinalverket och inte inom hälso- och sjukvården. Skillnader i registrering kan förekomma mellan olika enheter inom Rättsmedicinalverket som är uppdelat på flera regioner i Sverige.

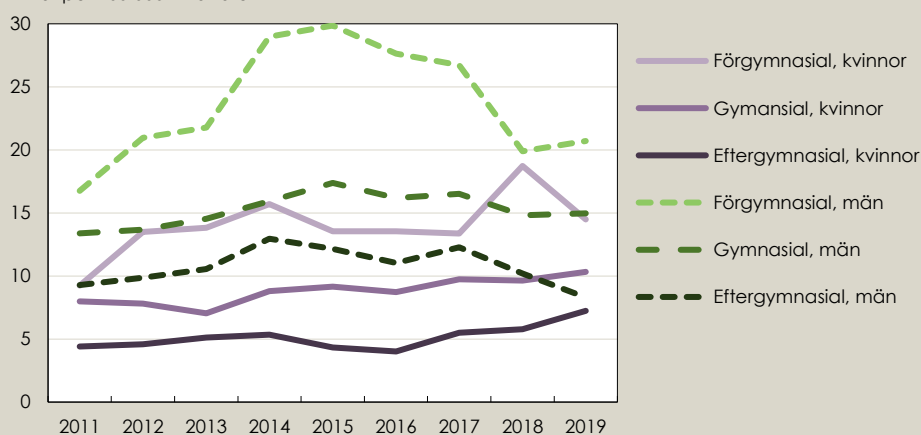
Vanligt att avlidna i läkemedels- och narkotikaförgiftningar har lägre utbildning

Bland män har läkemedels- och narkotikaförgiftningar som dödsorsak varit mycket vanligare för personer med endast förgymnasial utbildning, jämfört med de som fullföljt gymnasium eller eftergymnasial utbildning. Sedan 2014 har dock dödligheten bland män med endast förgymnasial utbildning minskat. Andelen kvinnor med eftergymnasial utbildningsnivå som avlider till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar har ökat sedan 2016, medan dödsfallen för män med eftergymnasial utbildning minskat under samma tidsperiod. Se vidare figur 31.

Figur 31. Utbildning. Dödsfall läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Antal dödsfall bland personer 15 år och äldre orsakad av läkemedels- och narkotikaförgiftningar underliggande dödsorsak per 100 000 invånare 2011-2019, ålderstandardiserade värden. ICD10 X40-X44, X60-X64, Y10-Y14

Antal per 100 000 invånare



Om en förälder har högre utbildning än individen har den använts för personer 15-30 år

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Dödligheten bland vårdade med narkotikadiagnos har minskat för män, men inte för kvinnor

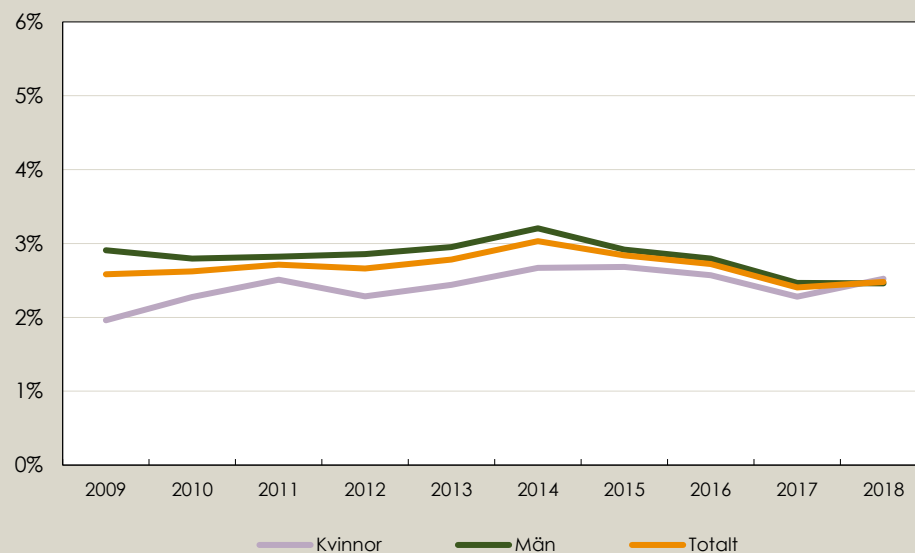
Socialstyrelsen följer också inom ramen för öppna jämförelser registerindikatorer för hälso- och sjukvården. En sådan indikator är andelen personer som inom ett år efter att de har vårdats för narkotikarelaterad diagnos avlider. Döden kan ha orsakats av annat än läkemedel eller narkotika.⁶¹

Dödlighet oavsett dödsorsak har för kvinnor som tidigare vårdats för narkotikarelaterad diagnos ökat från 2,0 till 2,5 procent mellan åren 2009 och 2019; för män har den minskat från 2,6 till 2,5 procent mellan åren 2009 och

⁶¹ Till skillnad från tidigare redogörelse för dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar.

2019.⁶² Genomsnittet för riket har minskat från 2,6 till 2,5 procent mellan åren 2009 och 2019. Regionala variationer förekommer, med som lägst 1,7 procent och som högst 3,2 procent. Se mer i figur 32 för skillnader över tid.

Figur 32. Dödlighet (samtliga dödsorsaker) bland personer som vårdats med narkotikadiagnos under åren 2009-2018. Andel kvinnor, män och riket totalt som avled inom 365 dagar efter vårdtillfället.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Vård för suicidförsök är hög bland de som vårdats för substansrelaterade diagnoser

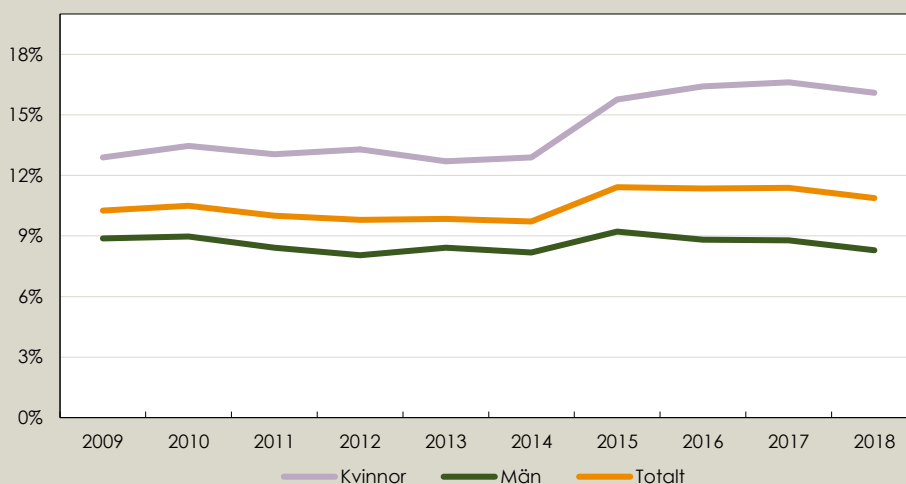
En andel av den narkotika- och läkemedelsorsakade dödligheten utgörs av suicid. I den åtgärdsplan som Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen presenterade år 2017 efterfrågades ökad kunskap om och uppföljning av narkotikarelaterad suicid [29].

Indikatorn nedan speglar andelen personer, 18 år eller äldre, som under ett kalenderår vårdats med narkotikadiagnos i slutenvård eller öppen specialiserad vård och som inom 365 dagar, efter utskrivning antingen avlider i dödsorsaken suicid eller som har vårdats för suicidförsök (totalt 3479 individer varav 1774 var män och 1705 var kvinnor). År 2018 fick 16 procent av kvinnorna och 8 procent av männen vård på grund av suicidförsök inom ett år efter att ha fått narkotikarelaterad vård.⁶³ Se vidare i figur 33. Inom ett år efter alkoholrelaterad vård fick 8,3 procent av kvinnorna och 4,2 procent av männen vård relaterat till suicid.

⁶² Dödligheten för hela befolkningen i Sverige och i samtliga dödsorsaker var 0,86 procent år 2019.

⁶³ Ökningen över tid, framför allt mellan åren 2014–2015 behöver tolkas med försiktighet då det kan handla om förändrad inrapportering från akutmottagningar.

Figur 33. Döda i suicid eller vårdade för suicidförsök inom ett år efter vårdtillfälle med narkotikadiagnos under åren 2009–2018. Andel kvinnor, män och riket totalt, år 2009–2019.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet orsakad av alkoholförgiftning minskar mer för män än för kvinnor

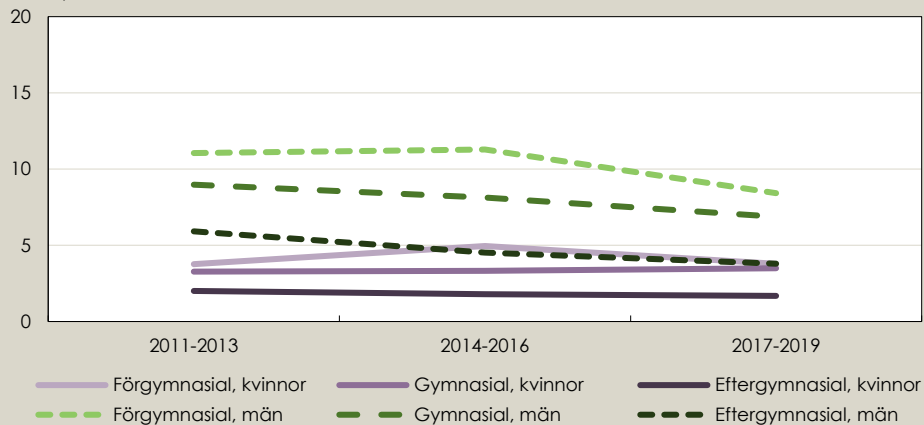
Dödlighet orsakad av alkoholförgiftning minskar över tid. År 2019 avled 351 individer i alkoholintoxikation, varav 114 var kvinnor och 257 var män. Som högst var dödligheten år 2010.

Andelen dödsfall orsakade av alkoholintoxikation minskar i befolkningen som helhet, men minskar mest hos män. Dödligheten minskar för män med samtliga utbildningsbakgrunder, men mest bland män med förgymnasial utbildning som högsta utbildning. Även bland kvinnor minskar dödsfall till följd av alkoholintoxikationer bland kvinnor med förgymnasial utbildning som högsta utbildning, men ingen nedgång syns bland kvinnor med gymnasial utbildning och trenden för kvinnor med högre utbildning verkar relativt oförändrad över tid. Se vidare figur 34.

Figur 34. Utbildning. Dödsfall alkoholförgiftning

Antal dödsfall bland personer 15 år och äldre orsakad av alkoholintoxikation som underliggande eller bidragande dödsorsak per 100 000 invånare 2011-2019, ålderstandardiserade värden. ICD10 T51 F100.

Antal per 100 000 invånare



Om en förälder har högre utbildning än individen har den använts för personer 15-30 år

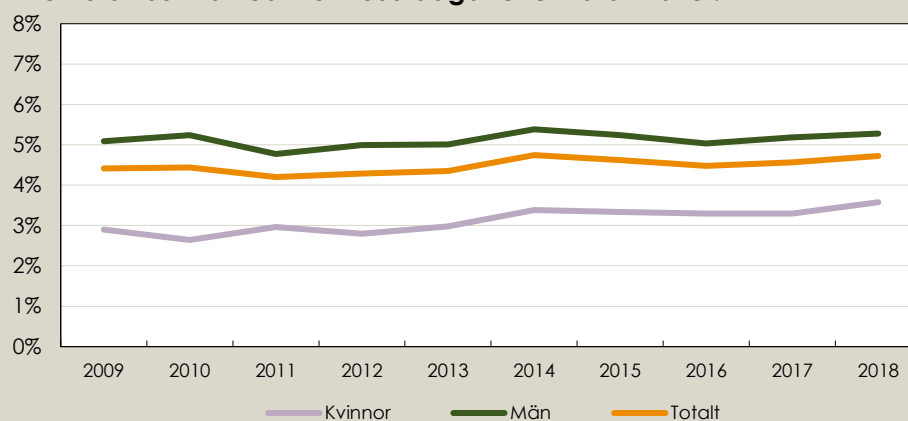
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Dödlighet bland vårdade med alkoholrelaterade diagnoser ökar mer för kvinnor än män

Socialstyrelsen följer inom ramen för öppna jämförelser registerindikatorer för hälso- och sjukvården. En sådan indikator är andelen personer som avlider inom ett år efter att de har vårdats för alkoholrelaterad diagnos. Detta avser samtliga dödsorsaker och dödsorsaken behöver inte relatera till alkoholdiagnosen, vilket tidigare redogörelse i rapporten över alkoholrelaterade intoxicationer gjorde.

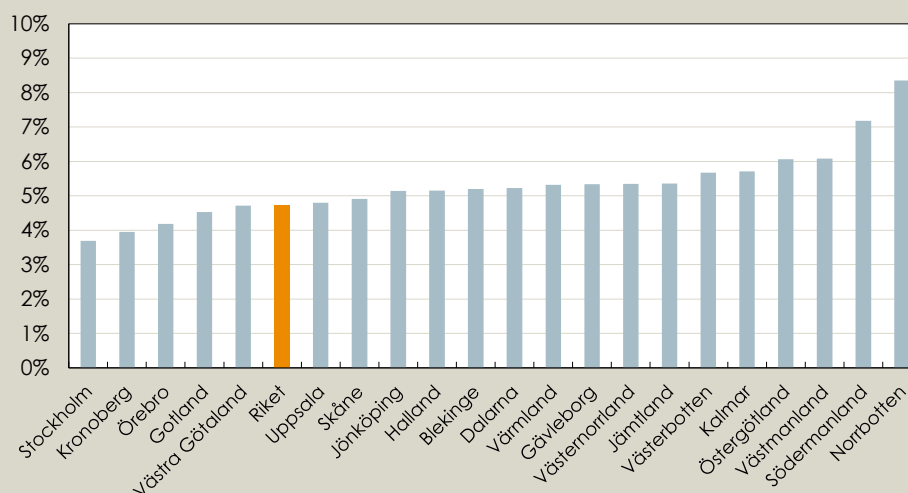
Dödlighet oavsett dödsorsak har för kvinnor med alkoholrelaterad diagnos ökat från 2,9 till 3,6 procent mellan åren 2009 och 2019; för män har den ökat från 5,1 till 5,3 procent mellan åren 2009 och 2019 och genomsnittet för både kvinnor och män har ökat från 4,4 till 4,7 procent mellan åren 2009 och 2019. Högst dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos mellan 2018 och 2019 hade Norrbotten med 8,4 procent och lägst Stockholm med 2,7 procent. Genomsnittet i riket var 4,7 procent. Se vidare figur 35 och 36.

Figur 35. Dödlighet (samtliga dödsorsaker) bland personer som vårdats med alkoholdiagnos under åren 2009–2018. Andel kvinnor, män och riket totalt som avled inom 365 dagar efter vårdtillfället.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Figur 36. Dödlighet, samtliga orsaker, inom ett år efter personer vårdats med alkoholdiagnos under 2018. Total andel per län (region) och riket, år 2018–2019.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Skademinnskande insatser, ANDT – mål 5

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen några skademinnskande insatser inom narkotikaområdet som syftar till att minska skador och död. Den nationella ANDT-strategin har som övergripande mål att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av ANDT-användningen. Det innebär inom ramen för mål 5 att antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som skadas på grund av sitt eget bruk av narkotika ska minska. Skademinnskande insatser som ges behöver inte ha som mål att behandla missbruk, skadligt bruk eller beroendet utan kan syfta till bättre hälsa rent generellt. De skademinnskande insatserna ingår som regel inte i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, med undantag för naloxon nässpray.

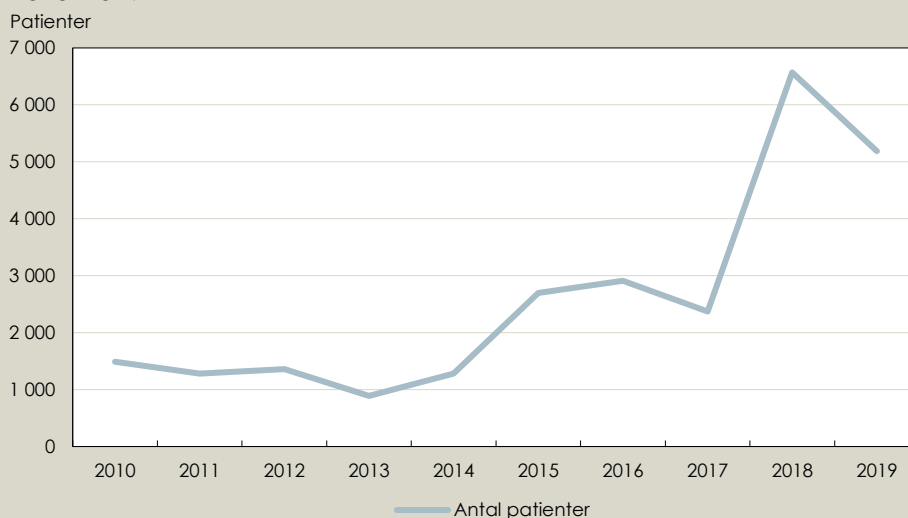
Behandling av hepatit C ökar i Sverige

Sverige har antagit WHO:s mål att eliminera hepatit C fram till 2030. Den främsta smittvägen för hepatit C i Sverige är genom orena verktyg som används för att injicera narkotika. Hepatit C är en sjukdom som går att förebygga genom olika insatser, men som också kan behandlas. Infektionen behandlas med läkemedel som riktar sig direkt mot hepatit C-viruset och i mer än 95 procent av fallen blir patienterna botade [30]. Det är därför av stor betydelse att verksamheter som arbetar med personer som injicerar narkotika också informerar om och bidrar till att lotsa vidare till verksamheter som arbetar med behandling för sjukdomen [31]. Behandlingen är en daglig läkemedelsbehandling som pågår under tre månader.⁶⁴

Sett över en tioårsperiod har allt fler individer nåtts av behandling vilket kan följas genom förskrivning av läkemedel. Den ökande förskrivningen mellan 2017 och 2018 handlade om förändrade riktlinjer för behandling. Under 2018 fick närmare 7 000 individer behandling, varav de flesta är personer som tidigare i livet injicerat narkotika eller fortfarande injicerar narkotika (se vidare figur 37). Trenden går därefter mot färre patienter vilket är naturligt eftersom antalet fall minskar och det över tid kan vara svårare att identifiera nya patienter [32]. Att antalet fall minskar beror bland annat på sjunkande incidens, det vill säga antal fall per 100 000 invånare och år, och ett ökat antal personer som har fått botande behandling. Se vidare i figur 37.

⁶⁴ 90 procent av alla hepatit C-läkemedel förskrivs på recept och hämtas ut via apotek vilket gör att det går att följa genom läkemedelsregistret. En ytterst liten del är så kallade rekvisitionsläkemedel.

Figur 37. Antal patienter som behandlats med hepatit-C läkemedel, 2010–2019



Även om behandlingen ökat över tid så finns fortsatt regionala skillnader i apoteksuttag av hepatit C-läkemedel. Under en tioårsperiod hade Kalmar, Halland och Kronoberg lägst apoteksuttag av hepatit-C läkemedel medan Värmland och Örebro hade högst. Se vidare i figur 38.

Figur 38. Apoteksuttag hepatit-C läkemedel, 2010–2019



Allt fler personer som injicerar nås av sprututbytesverksamheter

År 2019 rapporterade Socialstyrelsen att sedan en lagändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler trädde i kraft 2017 (och kommuners veto mot att inrätta sprututbyten inom regionen togs bort)⁶⁵ har antalet regioner med sprututbytesverksamhet ökat från 8 till 16 av 21 regioner. Under 2018 deltog 3 754 personer i sprututbytesverksamhet. Av dessa var 72 procent män och 28 procent kvinnor. Syftet och mervärdet med sprututbytesverksamheter beskrivs i ovanstående rapport [33].

Enligt 2019 års redovisningar var det då 16 regioner som hade sprututbyten. I fem av regionerna finns sprututbytesverksamhet på flera platser (Halland, Skåne, Stockholm, Norrbotten och Västra Götaland). Dalarna har tillstånd men har ännu inte startat verksamhet. Västernorrland, Gävleborg och Västmanland hade vid slutet av 2020 inte ansökt eller beviljats tillstånd. Enligt uppgift från IVO startade Värmland en verksamhet hösten 2020. Denna nystartade verksamhet omfattas inte av redovisningen nedan som utgår från år 2019.

Antalet individer som tar del av verksamheterna ökar. År 2019 hade 4 817 individer besökt verksamheterna minst en gång, en ökning med närmare 30 procent jämfört med året innan. Totalt fanns möjligheten att hämta och byta kanyler och sprutor på 25 platser i Sverige år 2019 plus en mobil verksamhet, det vill säga totalt 26 verksamheter. Tillgång till insatsen har ökat runtom i landet och den når nu allt fler individer.

Det är betydligt vanligare att besökare vid verksamheterna är män än kvinnor. Andelen besökare som var kvinnor varierade mellan 19–33 procent av besökarna och andelen män varierade med 67–81 procent av besökarna. Besökarna representerar de flesta åldersgrupperna, med gränsen för att kunna delta i verksamheten är satt till 18 år. Det är ovanligt med besökare som är under 20 år eller över 70 år.

Många verksamheter redovisar senast injicerade substans. Vanligast är amfetamin följt av opioider i någon form (t.ex. heroin, buprenorfin eller metadon). Det är även relativt vanligt att besökarna injicerar metylfenidat. Det finns regionala skillnader i senast injicerade preparat vilket kan ha att göra med tillgången till narkotika i olika delar av landet, olika brukarmönster eller olika tillgång till behandling.

Andelen återlämnade sprutor och kanyler varierar mellan olika verksamheter. Som lägst är den 51 procent och som högst 117 procent.⁶⁶ WHO har satt ett mål om 300 utdelade enheter (kanyler och sprutor) per person och år för att kunna påverka smittspridning [34]. Relativt få verksamheter når 2019 upp till detta mål.

⁶⁵ Se 2 § lagen om utbyte av sprutor och kanyler och prop. 2016/17:15 Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige.

⁶⁶ Att återlämningsgraden vid vissa verksamheter överstiger 100 procent förklaras med att sprutor och kanyler inte behöver vara exakt de som patienten mottagit och att sprutor och kanyler som införskaffats på annat sätt också kan återlämnas vid sprututbytet.

Många sprututbytesverksamheter arbetar också aktivt med att erbjuda eller underlätta tillgång till hepatit C-behandling, och 15 av 26 verksamheter erbjuder möjlighet till hepatit C-behandling inom verksamheten. Andra verksamheter slussar vidare och erbjuder behandlingen i samarbete med en infektionsklinik. Många verksamheter erbjuder också enklare somatisk vård då exempelvis infektioner, bölder och dylikt är vanligt förekommande. Det finns samverkan mellan landets sprututbytesverksamheter och psykiatri, beroendevård, mödrahälsovård, socialtjänst med mera. Många besökare rapporteras ha en pågående kontakt med någon av dessa verksamheter när de skrivs in vid sprututbytesverksamheten.

Ungefär hälften av verksamheterna (12 av 26) rapporterade 2019 att de påbörjat arbetet med att erbjuda brukare naloxon tillsammans med en utbildningsinsats.

I verksamhetsberättelserna från landets olika sprututbytesverksamheter beskrivs att verksamheten ofta fyller en viktig funktion för individen utöver utbytet av kanyler och sprutor. Ofta återkommer individer som inte längre injicerar till verksamheten då relationer utvecklats som bygger på icke-fördömande attityder. Flera verksamheter skriver i sina redovisningar att kravet på bosättning behöver tas bort för att verksamheterna ska kunna nå ännu fler individer, vilket Socialstyrelsen också rapporterat om tidigare [33]. Flera understryker att samverkan med LARO-behandling är viktig, men att individen kan uppleva en oro för att bli utskriven från LARO om man är öppen med att man också besöker sprututbytesverksamheten. Vid flera verksamheter finns en koppling till nationell forskning som studerar verksamheternas betydelse för smittspridning, dödlighet och behandling i stort. Flera verksamheter beskriver också fortsatt utvecklingsbehov för att öka tillgänglighet och behovet av ett lågtröskelperspektiv för att nå ännu fler.

Naloxon som nässpray når allt fler individer

Naloxon är ett effektivt och som nässpray lättanvänt läkemedel som kan häva överdoser av opioider. År 2019 uppdaterades Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende med en ny rekommendation om att hälso- och sjukvården bör erbjuda naloxon som nässpray och en utbildningsinsats till personer med opioidberoende och risk för överdos [20]. Socialstyrelsen genomförde 2019 en riktad enkät till alla regioner för att följa upp huruvida man påbörjat arbetet med att tillgängliggöra naloxon till personer med risk för opioidöverdos.⁶⁷ Samma enkät gick åter ut till alla regioner hösten 2020 och samtliga 21 regioner har svarat.

På frågan om en region bedriver ett systematiskt arbete för att tillgängliggöra naloxon till patienter svarade 18 av 21 regioner att de gör det, jämfört med 13 som hade påbörjat sådant arbete året innan. I dagsläget har region Sörmland, Västmanland och Dalarna rapporterat att de inte påbörjat arbetet.

⁶⁷ Med systematiskt arbete för att tillgängliggöra naloxon till patienter avses att förskrivningen av naloxon är integrerad i en annan verksamhet, som exempelvis sprututbyte, vård- och behandlingsinsatser, LARO eller dylikt.

Arbetet med att tillgängliggöra naloxon har nått ut brett i landet trots att insatsen är relativt ny. Regioner som ännu inte startat uppger att de blivit fördröjda i arbetet på grund av pandemin, men att det finns planer att påbörja det under 2021.

I regioner där man jobbar med naloxon är det vanligt att läkemedlet erbjuds på sprututbytesmottagningar men också på LARO-mottagningar eller inom annan beroendevård. Arbeta med naloxon kan även förekomma i andra sammanhang: som eftervård i primärvården för patienter som varit inneliggande för opioidintoxikation; inom psykiatrins vårdavdelningar där patienter med beroende får insatser; samt på integrerade mottagningar för unga (så kallade mini-marior), allmänpsykiatriska mottagningar och akutmottagningar med flera.

Tabell 8. Antal regioner som svarar att man erbjuder och vid vilken verksamhet

	Sprututbytesverksamhet	LARO	Annan beroendevård
Naloxon erbjuds vid alla av följande verksamheter	12	9	6
Naloxon erbjuds vid några men inte alla av följande verksamheter	1	8	6
Naloxon erbjuds inte vid följande verksamheter	3	1	5
Verksamheten listad i tabellen finns inte i regionen	2	0	1

Erfarenheter från arbetet med att tillgängliggöra naloxon till patienter

Flera regioner uppger att arbetet med att tillgängliggöra naloxon till patienter fungerar bäst om det finns god tillgänglighet till en beroendemottagning eller LARO-verksamhet. Dessutom framförs uppfattningen att naloxon skulle kunna nå fler om det kunde ges även till anhöriga och närstående, i stället för att som nu bara få förskrivas till patienten. Under pandemin har ibland svårigheter med att genomföra utbildningsinsatsen medfört att färre brukare fått naloxon förskrivet eftersom utbildningsinsatsen ska ges i samband med att läkemedlet ordineras. Några regioner framför att arbetet skulle förenklas om även kommunen (socialförvaltningen) kunde förskriva och utbilda i naloxonanvändning för att bättre nå personer med risk för överdos som inte har någon kontakt med hälso- och sjukvården. Region Skåne har erfarit att den största överraskningen och utmaningen är patienter som tackar nej till naloxon och att acceptansen har varierat mellan olika patientgrupper. Region Skåne har också riktat sig till smärtpatienter som behandlas med opioider. Vissa patienter uttrycker lättnad över att det finns ett motgift till deras potenta läkemedel. Andra avböjer med förklaringen att varken de själva eller personal tror att smärtpatienter kan drabbas av överdos och att utbildningen och nässprayen därför inte behövs. Från Region Skånes LARO-patienter återkopplas att det kan finnas en rädsla att väcka ogrundade misstankar om sidoanvändning av narkotika om man tar emot naloxon eftersom personal då kan tolka det som att man planerar att överdosera.

Utbildningsinsatser om naloxon och opioidöverdos till personal som i sin yrkesroll möter brukare

Det är framförallt personal inom regionen som har utbildats om naloxon och opioidöverdos de senaste två åren. Dock så har även personal inom kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvård utbildats men inte i samma utsträckning. Fyra regioner svarar att man även utbildat exempelvis polis, säkerhetsvakter och personal vid härbärgen/stödboenden.

Naloxon inom SiS och Kriminalvården

Socialstyrelsen har också haft kontakt med Kriminalvården och SiS för att efterfråga hur arbetet med att tillgängliggöra naloxon till brukare går. Socialstyrelsens nationella riktlinjer riktar sig i huvudsak till kommuner och regioner, men används också av andra aktörer såsom statliga myndigheter.

Inom SiS finns naloxon tillgängligt för personal på institutionerna att används vid behov till brukare som vårdas med stöd av LVM, till ungdomar som vårdas enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och till de ungdomar som vårdas enligt lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Inom LVM erbjuds samtliga klienter med opioidberoende utbildning i hjärt-lungräddning och i användningen av läkemedlet. Läkemedlet förskrivs till klienten som får med sig det när hen lämnar SiS. Under pandemin har dessa utbildningsinsatser inte helt kunnat fullföljas och det förekommer även att klienter inte vill ha läkemedlet.

Inom Kriminalvården har arbetet med att tillgängliggöra naloxon till klienter tillsammans med en utbildningsinsats inte påbörjats och det finns inte heller någon plan för när så ska ske. Enligt Kriminalvården handlar det om att de inte har något tydligt uppdrag inom området och saknar resurser, även om ett pilotprojekt är planerat, men detta har skjutits upp på grund av pandemin.

Perspektiv: Anhöriga, ANDT – mål 5

I detta kapitel beskriver Socialstyrelsen utvecklingen relaterat till mål 5 i ANDT-strategin, vilket anger att antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller *andras* bruk av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska minska. Eftersom insatser till barn som anhöriga också är en preventiv insats relaterar området även till mål 2 och 3 i ANDT-strategin. Det saknas indikatorer och mått för att kunna beskriva utvecklingen över tid.

Rökning bland föräldrar med spädbarn fortsätter att minska

Allt färre barn bor tillsammans med personer som röker. De senaste 15 åren har andelen barn med rökande mödrar mer än halverats. Under barnets första veckor är andelen rökande mödrar omkring 3 procent och vid 8 månaders ålder 4 procent. Även rökning bland spädbarnens fäder har minskat. För omkring 10 procent av barnen som föddes år 2018 var någon i hemmiljö rökare under barnets första år, vilket är en minskning jämfört med år 2017. Det är även en minskning jämfört med 1999, då cirka 18 procent av de yngsta spädbarnen bodde med någon som rökte och drygt 19 procent av barnen gjorde det vid 8 månaders ålder [35].

Allvarliga konsekvenser för barn som växer upp i familjer med missbruk eller beroende

Enligt en rapport från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har drygt 20 procent av alla barn i Sverige (upp till 430 000 barn) någon gång under uppväxten haft minst en förälder med alkoholproblem. 15 procent av alla barn i Sverige, (cirka 320 000) har påverkats negativt i någon utsträckning av sina föräldrars alkoholproblem [36]. Socialstyrelsens tidigare publicerade studier visar att närmare 8 procent av en normalpopulation barn har under uppväxten en förälder med så allvarligt missbruk eller psykisk ohälsa att föräldern fått sjukhusvård [37]. När även öppen vård för missbruk eller psykisk ohälsa samt missbruksrelaterade domar, såsom rattonykterhet och narkotikainnehav, räknas in är andelen 17 procent. Konsekvenserna för barnen är allvarliga. Under barndomen kan det innebära oro, orimligt ansvarstagande, förändringar i vardagen och svåra upplevelser, med svårigheter i skolan och egen ohälsa som följd. På längre sikt kan det vara en riskfaktor för att själv utveckla missbruk eller substansrelaterade problem och ökad risk att dö i förtid.

Att stärka barn- och föräldraperspektivet vid missbruk och beroende

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett ansvar för att ge stöd till barn vars förälder har ett missbruk och beroende. Socialnämnden ska verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden, främja en gynnsam utveckling hos barn och unga och bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa (fotnot till 5 kap. 1 § p. 1–3 SoL.). Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.⁶⁸ Barnen behöver uppmärksammas, få information om föräldrarnas svårigheter samt få det stöd de behöver och har rätt till – inte minst för att förebygga att svårigheterna förs vidare i generationer. Arbetssätt som utgår från förståelse för att, och på vilket sätt, hela familjen påverkas av en förälders missbruk har vuxit fram och tillämpas i allt fler kommuner. Detta familjeorienterade arbetssätt syftar till att säkerställa att inga barn eller föräldrar med en missbruks- eller beroendeproblem ska bli utan stöd och hjälp. I praktiken handlar det om att i missbruks- och beroendevården ställa frågor om föräldraskapet, att uppmärksamma barnen och deras behov samt att samordna föräldrarnas och barnets utredningar, bedömningar och insatser [38].

Anhöriga och närstående

Arbetet för att stödja närstående och anhöriga till personer med beroenderelaterade diagnoser och missbruk behöver utvecklas. Socialstyrelsen arbetar med ett regeringsuppdrag och ska lämna underlag till en nationell strategi för anhöriga. Inom öppna jämförelser för socialtjänsten har Socialstyrelsen regelbundet följt vilket stöd som erbjuds närstående till personer med missbruksproblem [39]. Även hälso- och sjukvård och civilsamhälle arbetar aktivt med stöd till anhöriga och närstående.

⁶⁸ 5 kap. 7 § första stycket p.1 HSL

Perspektiv: Brukarinflytande, ANDT – mål 3, 4 och 5

Ett viktigt perspektiv är det brukarperspektiv som genomsyrar flera av målen i ANDT-strategin. Det saknas till stor del indikatorer och mått varför kapitlet också belyser exempel på arbete med brukarinflytande.

Innebörden av brukarinflytande

Brukarinflytande blir en allt viktigare del av vård och omsorg. I grunden handlar det om att förändra ett synsätt från att *ge* information till personer som är berörda av olika insatser, till att ha *dialog* och erbjuda strukturer och processer som ger möjlighet att *påverka* och förbättra utfall och behandlingsresultat [40]. Detta gäller på individnivå, verksamhetsnivå och systemnivå. Socialstyrelsen har tagit fram vägledningen *Att ge ordet och lämna plats: Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård* för att bidra med kunskap om hur ett sådant perspektiv och arbete kan förstärkas [41]. Brukarinflytande och delaktighet är viktiga kvalitetsaspekter för arbetet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården och är därför viktigt att försöka fånga i öppna jämförelser.

Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor

Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor består av representanter från civilsamhället (bilaga 4) och träffas regelbundet för att bidra till ett brukarperspektiv inom Socialstyrelsens verksamhet. Rådet lyfter löpande frågor som är utmaningar för patienter, brukare och anhöriga, relaterat till jämlik och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Det handlar till stor del om möjligheten till vård, behandling, bostad och stöd i fungerande kedjor till brukare och patienter och om personcentrerade lösningar. Vidare finns en oro för en utveckling mot en enda lösning som ska fungera för alla (i motsats till person- och individanpassade lösningar), ökad medikalisering och kortare behandlingstider utan tid för återhämtning. Dessutom har man lyft fram behovet av att fokusera på att stärka egenmakt hos patienter och brukare och ett eventuellt behov av kunskapsstöd inom detta område. Även behov av insatser till anhöriga och närstående, både barn och vuxna, har påtalats av rådet.⁶⁹

⁶⁹ Rådets årsredovisning diarienummer hos Socialstyrelsen Dnr 681/2020-9

Uppmätt brukarinflytande ökar men bedöms fortsatt vara på en låg nivå

Att erbjudas att ta med en annan person som stöd på socialtjänstmöten kan stärka den enskildes position och minska obalansen i maktförhållandena i förhållande till den, eller de, professionella som utreder, beslutar och utför insatser. Detta har efterfrågats av brukarrepresentanter och kan bidra till ökat brukarinflytande. Att medverka och få makt över beslut och handlingar som rör det egna livet kan i sin tur öka självförtroendet och förändra självbilden [41]. Om en person av psykiska eller fysiska skäl inte själv är i stånd att ta in information som ges och själv bidra vid en utredning kan det kännas tryggt att ha en person med sig. Många kommuner kommenterar att det är självklart att klienter kan ta med en stödperson på möten om hen vill det. För den enskilde är det många gånger inte lika självklart och det kan därför underlätta om den informationen rutinmässigt finns med i kallelser och ges muntligt från socialtjänsten. Tolv procent av kommunerna uppger år 2019 att de har en aktuell skriftlig rutin om att erbjuda enskilda att ta med stödperson på möten inom socialtjänsten, en ökning med tre procentenheter från 2017 [42].

De mått i öppna jämförelser som visar brukarinflytande på verksamhets- och systemnivå tyder på en positiv utveckling, men är fortsatt på låg nivå. Det är fortsatt bara 17 procent år 2019 av de svarande kommunerna och stadsdelarna som angett att man genomfört en brukarrevision det senaste året, en ökning från 14 procent år 2017.⁷⁰ När det kommer till systematisk utveckling med brukarrevision som grund svarar 13 procent av de som svarat på enkäten att man arbetat så under året.

Kommuner och regioner ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.⁷¹ I öppna jämförelser 2020 svarade 24 procent att kommunen eller stadsdelen har inhämtat brukarorganisationers synpunkter och att dessa har påverkat innehållet i den gemensamma överenskommelsen om samarbete mellan kommun och region kring missbruks- och beroendevården.

Framgångsfaktorer för ökat brukarinflytande

Som komplement till indikatorer och mått rörande brukarinflytande i socialtjänsten, och för att följa området inom hälso- och sjukvårdens beroendevård, har Socialstyrelsen i denna rapport samtalat med olika aktörer för att bidra med konkreta exempel på hur arbetet kan gå till. Socialstyrelsens råd för

⁷⁰ Med brukarstyrd brukarrevision avses en metod för granskning av en insats, enhet eller verksamhet som ger vård, stöd eller service till människor. Den brukarstyrda brukarrevisionen utformas och utförs av brukare och/eller närstående med egna erfarenheter av likartad eller samma verksamhet.

⁷¹ Se 5 kap. 9 § a SoL och 16 kap. 3 § HSL.

missbruks- och beroendefrågor samt SKR har inkommit med förslag på verksamheter som arbetar aktivt med brukarinflytande och exemplen finns i bilaga 5. Socialstyrelsen har genomfört intervjuer med företrädare för verksamheterna. Gemensamma framgångsfaktorer som lyfts fram vid intervjuerna är bland annat:

- Brukarrevisioner behöver utgå från och genomföras av brukare i alla delar och tillåtas ta tid; från frågeformulering, projektledning, insamling och analys till förändring behövs flera år.
- Det behöver finnas en strukturerad process för att samla in och hantera synpunkter för att brukares upplevelser ska kunna aggregeras och utgöra underlag för förändring och beslut. Arbetet behöver vara inbyggt i uppföljningsprocesser.
- Förståelse för processen och en vilja till utveckling behöver finnas på alla nivåer, inte minst inom styrning och ledning.
- Personer med missbruks- och beroendeproblem behöver ofta stöd för att jämna ut maktobalanser; användande av en brukarinflytandesamordnare (BISAM) kan vara en metod att få brukare att vilja bidra.
- Brukarinflytande handlar också om ökad tillgänglighet och flexibilitet – att verksamheten formas utifrån brukarnas behov vad gäller öppettider, kontaktvägar och arbetssätt – inte tvärtom.

Avslutande reflektion

Rapporten har tagits fram i brytpunkten mellan den ANDT-strategi som var gällande 2016-2020 och en ny ANDTS-strategi som beslutades av regeringen i mars 2021 för åren 2021–2025 [2]. Även andra faktorer kommer att påverka området de närmaste åren. Det pågår bland annat en omställning till en god och nära vård och under 2020 lämnades förslag till en ny socialtjänstlag till regeringen [43, 44]. Den så kallade Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) kommer under 2021 att lämna förslag som också rör området missbruk och substansrelaterade diagnoser.

En viktig kunskap att ta med i utvecklingen av en god och jämlik vård och omsorg som ska nå individer med missbruk och substansrelaterade diagnoser är att det har skett förändringar i konsumtionsmönster vad gäller ålder, kön och substanser. Även konsumtionsmönstret vad gäller vård och stöd har förändrats under de senaste tio åren. Forskning och utveckling ger oss kontinuerligt kunskap om vård, stöd och behandling.

Rapporten lyfter några utmaningar för fortsatt arbete med att främja en god och jämlik vård och omsorg:

- Innehållet och resultaten i vård och stöd behöver kunna följas, inte bara att insatser ges eller vård och stöd konsumeras.
- Särskilda insatser, såsom exempelvis sprututbytesverksamhet och LARO, kan behöva följas upp kontinuerligt och uppföljningsmöjligheterna utvecklas.
- Vård- och stödkedjor, exempelvis för att förhindra onödiga återinskrivningar, behöver utvecklas och metoder för att följa sådana kedjor behöver utvecklas.
- Regionala skillnader behöver analyseras och insatser genomföras för att främja tillgänglig och kvalitativ vård och omsorg över hela landet.
- Hur vård och stöd når kvinnor och män och lyckas påverka utfall i positiv riktning för båda könen är viktiga frågor att arbeta vidare med.
- Socioekonomiska faktorer, såsom utbildningsbakgrund, påverkar vårdkonsumtion och behöver beaktas i förebyggande arbete samt när vård och stöd ges av olika aktörer.
- Suicid/suicidförsök och psykiatrisk samsjuklighet är vanligt förekommande bland individer som får vård och stöd för substansrelaterade problem och behöver i större utsträckning fångas för att ge individer rätt stöd.
- Primärvårdens insatser kring rökning, substansrelaterade problem och spel om pengar behöver utvecklas inom ramen för omställningen till god och nära vård.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa och analysera utvecklingen inom ramen för kommande strategi men även övriga uppdrag och utredningar. Kommande uppföljningar och analyser är inte bara viktiga för att kunna följa utvecklingen utan bidrar också till att utveckla stöd till regioner och kommuner.

Bilaga 1: Definitioner i ICD-10 och urval för registeruttag patientregistret

Definitioner och begrepp

Skadligt bruk beskrivs i International Classification of Diseases and Related Health Problems version 10 (ICD-10) som bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan exempelvis vara fysisk (som hepatit vid intravenös användning av psykoaktiva substanser) eller psykisk (som exempelvis depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion). Beroende eller beroendesyndrom beskrivs i ICD-10 som en grupp kognitiva, psykologiska och beteenderelaterade fenomen som utvecklas efter återkommande substansanvändning. I typiska fall innefattar dessa en stark längtan efter droger, svårigheter att kontrollera intaget, fortsatt användning trots skadliga effekter, prioritering av substansanvändning över andra aktiviteter och förpliktelser, förhöjd toleransnivå och ibland fysiska abstinenssymtom. Beroendesyndromet kan gälla en specifik psykoaktiv substans (exempelvis tobak, alkohol eller diazepam), en klass av substanser (exempelvis opioider) eller flera farmakologiskt olika psykoaktiva substanser. Spelberoende, klassificeras i ICD-10 under impulskontrollstörningar (detta var också fallet i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) version IV, men flyttades i DSM-5). WHO har släppt en första version av ICD-11 som till skillnad från ICD-10 ett digitalt klassifikationssystem. Socialstyrelsen planerar att börja översättningen av ICD-11 från engelska till svenska 2021. Det är ännu inte fastställt när införandet av ICD-11 i Sverige blir aktuellt.

Med termen missbruk avses inom socialtjänsten ett bruk som skadar hälsan och/eller får sociala konsekvenser. Sociallagstiftningen saknar dock en exakt definition av vad missbruk är eller specifika kriterier motsvarande sådana som finns inom hälso- och sjukvården för att fastslå diagnosen skadligt bruk eller diagnosen beroende. Inom socialtjänsten ställs inte medicinska diagnoser och det finns inga krav på att sådan diagnos ska ha ställts för att insatser enligt socialtjänstlagen ska bli aktuella.

Vilka vårdformer omfattas av patientregistret?

I det nationella patientregistret finns tillgång till data om individer som sökt vård inom specialiserad öppenvård och inom slutenvård. Däremot finns inte nationellt sammanställda uppgifter om insatser inom primärvården, trots att insatser också kan ges där. Samtliga redovisningar av data från patientregistret behöver därför läsas med förståelse för att vård utöver den som redovisas

skulle kunna ges inom primärvård eller av andra aktörer, såsom exempelvis socialtjänsten eller kriminalvården.

Den vanligaste behandlingsformen för substansrelaterade diagnoser är öppenvård där man exempelvis ger läkemedelsbehandling och psykologisk behandling såsom kognitiv beteendeterapi (KBT). Inom slutenvård behandlas individen vid abstinensbehandling (avgiftning), intoxikationer och förgiftningar eller andra psykiska tillstånd orsakade av den substansrelaterade diagnosen, där tillståndet är mer akut. Slutenvård inom hälso- och sjukvården för substansrelaterade diagnoser är som regel relativt kortvarig och är således sällan att betrakta som en fullständig rehabilitering eller behandling vid beroendesjukdom. Sådan behandling eller rehabilitering sker oftast inom öppenvården. Socialstyrelsen har i de flesta fall valt att redovisa öppen specialiserad vård och slutenvård sammanslaget. En individ som får vård under ett visst år räknas då bara en gång. I de fall slutenvård och specialiserad öppenvård redovisas var för sig kan en individ förekomma flera gånger. Individer kan också förekomma flera gånger för vård relaterad till olika substanser under samma år när substanserna särredovisas. Fokus för rapporten är inte vårdtillfällen utan andelen individer i befolkningen med en viss typ av problem. Eftersom befolkningsökningen under senare år varit relativt omfattande har Socialstyrelsen bedömt att beskrivning av utvecklingen över tid blir tydligare om myndigheten redovisar andel snarare än antal. För data som endast omfattar ett år redovisas ibland i stället antalet unika individer med en viss problematik.

Socialstyrelsen har, när inte annat redovisas, valt att redogöra för både huvuddiagnos och bidiagnos tillsammans för att ringa in så många individer som möjligt som söker vård. Huvuddiagnos är det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt. Utöver den obligatoriska huvuddiagnosen kan som bidiagnoser registreras ett eller flera tillstånd som haft betydelse för vårdkontakten, det vill säga ett annat tillstånd än huvuddiagnos som blivit föremål för bedömning, utredning eller behandling under en vårdkontakt. Det är endast sådana diagnoser som haft relevans för vården som bör registreras [45].

När så bedöms vara relevant redovisas statistik könsuppdelat. Vidare kan uttagen variera för olika åldrar, ibland från 10 år och uppåt och ibland från 15 år och uppåt. När uttagen är gjord från 10-17 år och 18 år och uppåt är det med avsikten att kunna urskilja vård inom barn- och ungdomspsykiatri.

Nedan finns en tabell över de substanser som, tillsammans med spel om pengar, omfattas av rapporten. Socialstyrelsen redovisar i rapporten oftast hela diagnoskoden, exempelvis F10.0 – F10.6=F10.

Tabell 9. Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser i ICD-10

	Samtliga orsaker	Akut intox	Skadligt bruk	Beroende	Abstiniens	Psykotisk störning	Psykiska störningar	Amnesi syndrom
Alkohol	F10	F10.0	F10.1	F10.2	F10.3	F10.4	F10.5	F10.6
Opioider	F11	F11.0	F11.1	F11.2	F11.3	F11.4	F11.5	F11.6
Cannabis	F12	F12.0	F12.1	F12.2	F12.3	F12.4	F12.5	F12.6
Sedativa hypnotika	F13	F13.0	F13.1	F13.2	F13.3	F13.4	F13.5	F13.6
Kokain	F14	F14.0	F14.1	F14.2	F14.3	F14.4	F14.5	F14.6
Annan stimulantia	F15	F15.0	F15.1	F15.2	F15.3	F15.4	F15.5	F15.6
Hallucinogenrelaterade	F16	F16.0	F16.1	F16.2	F16.3	F16.4	F16.5	F16.6
Flyktiga lösningsmedel	F18	F18.0	F18.1	F18.2	F18.3	F18.4	F18.5	F18.6
Flera substanser i kombination	F19	F19.0	F19.1	F19.2	F19.3	F19.4	F19.5	F19.6

Bilaga 2: Förekomsten av ANDT och S i befolkningen

För att kunna relatera beskrivningarna i rapporten till användning i befolkningen har Socialstyrelsen sammanställt detta underlag. Det är i huvudsak Folkhälsomyndigheten och Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, CAN, som ansvarar för undersökningar på befolknings- och grupp-nivå vad gäller användningen av ANDTS.

Alkohol

Den totala alkoholkonsumtionen sjönk något under 2019 jämfört med 2018. Under 2019 uppgick den totala konsumtionen till i genomsnitt 8,67 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Det är 2 procent lägre än under 2018. Under den senaste 10-årsperioden har den totala konsumtionen minskat med 9 procent [46, 47].⁷² I åldern 27–38 år finns den största skillnaden mellan mäns och kvinnors alkoholkonsumtion, då männen dricker mer än det dubbla av vad kvinnor dricker. Mellan 2004 och 2019 har årskonsumtionen av alkohol minskat med omkring en femtedel. Det är framförallt mäns konsumtion som har minskat, medan kvinnors konsumtion ligger kvar på ungefär samma nivåer som tidigare. Under 2004 drack männen cirka 130 procent mer än kvinnorna, jämfört med cirka 80 procent mer under 2019 [21]. Med riskkonsumtion av alkohol avses en hög genomsnittlig konsumtion av alkohol.⁷³ År 2020 var det 16 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav riskkonsumtion av alkohol, 12 procent av kvinnorna och 20 procent av männen [11]. Riskkonsumtionen av alkohol bedöms ha varit oförändrad under senare år [12]. Riskkonsumtionen varierar mellan grupper i befolkningen beroende på kön, ålder och andra socioekonomiska faktorer. Andelen med riskkonsumtion av alkohol var högre bland män jämfört med kvinnor, bland unga jämfört med äldre, bland personer med gymnasial utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå och i gruppen födda i Sverige och övriga Norden jämfört med gruppen födda utanför Europa [48]. Sedan början av 2000-talet har andelen alkoholkonsumenter, såväl som mängden konsumerad alkohol bland svenska skolelever minskat och ligger idag på låga nivåer. 42 procent av niondeklassarna anger att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna (dessa benämns som alkoholkonsumenter). Detta är hi-

⁷² Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför återkommande Monitormätningar vars huvudsyfte är att ge en bild av den totala alkohol- och tobakskonsumtionen i Sverige. I Monitormätningarna summeras den registrerade delen av alkoholanskaffningen med den oregistrerade delen för att få en bild av den totala konsumtionen i landet. Den registrerade delen utgörs av alkohol som säljs i Sverige, det vill säga på Systembolaget, restauranger och i livsmedelsbutiker. Den oregistrerade delen består av alkohol som förs in i landet i samband med resor, hemtillverkning, köp av smugglad alkohol och köp via internet.

⁷³ I den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) mäter Folkhälsomyndigheten riskkonsumtion av alkohol i befolkningen 16–84 år med hjälp av screeninginstrumentet AUDIT-C. Frågorna refererar till konsumtionen de senaste 12 månaderna. Gränsvärdet för riskkonsumtion är totalt fem poäng för kvinnor och sex poäng för män.

storiskt sett en låg nivå, men den nedåtgåendetrenden har åtminstone tillfälligt stannat av. 48 procent av flickorna är alkoholkonsumenter jämfört med 38 procent av pojkarna [49].

Narkotika

Den vanligaste narkotikan i Sverige är cannabis. 3,0 procent av befolkningen 16–84 år uppgav i Folkhälsomyndighetens senaste folkhälsoenkät att de hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Folkhälsoenkäten visade även att andelen män som använt cannabis var större (4,1 procent) än andelen kvinnor (1,8 procent), och att användning av cannabis var vanligare bland yngre än äldre. I åldersgruppen 16–29 år uppgav 8,9 procent att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna [11]. Av niondeklassarna i hela landet är det 9 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna som svarade att de någon gång använt narkotika. Den vanligaste narkotikasorten att ha använt är cannabis. Den totala andelen som någon gång använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination är 8 procent bland elever i åk nio. Om dessa adderas till de som använt narkotika närapå fördubblas andelen med narkotikaerfarenhet, i huvudsak överlappar inte grupperna [49]. Bland gymnasieeleverna är det mer än dubbelt så vanligt att någon gång ha använt narkotika jämfört med niorna; 19 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna uppgav detta i gymnasiets år 2 i undersökningen [50].

År 2007 (som är den senaste skattningen på nationell nivå) uppskattades 29 500 personer i Sverige vara problematiska narkotikaanvändare.⁷⁴ I skattningen från 2007 inkluderades förutom personer från patientregistret också personer från kriminalvården som klassificerats med ett problematiskt narkotikabruk.

Dopning

Relativt få svenskar har använt hormondopningsmedel som anabola androgena steroider (AAS) och tillväxthormon. Enligt den senaste befolkningsundersökningen bland 17–84-åringar är det 0,6 procent som gjort detta någon gång och 0,1 procent som gjort det under senaste 12 månaderna. Främst handlar det om yngre och medelålders män. Folkhälsomyndigheten rapporterar att man saknar underlag för att kunna göra en samlad bedömning av utvecklingen inom dopningsområdet under de senaste åren [48]. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning rapporterar att i årskurs 9 har livstidserfarenheten av hormondopningsmedel som anabola androgena steroider (AAS) legat omkring 1 procent under 2000-talet. I 2020 års undersökning var det 0,9 procent av samtliga elever som uppgav att de någon gång använt AAS. Det är betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor [49].

⁷⁴ Enligt den definition som används av Folkhälsomyndigheten det vill säga ett problematiskt narkotikabruk är en person, oavsett ålder, som under de senaste 12 månaderna någon gång injicerat narkotika eller som intagit narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen (≥ 4 dagar per vecka) de senaste 30 dagarna. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/bruk/narkotikabruket-och-utvecklingen/problematiskt-narkotikabruk/>

Tobak

År 2020 uppgav 7 procent av befolkningen att de rökte dagligen. Andelen personer som röker tobak dagligen har minskat i Sverige 2006–2019, men användningen av snus är relativt oförändrad. Däremot fanns skillnader i andelen som röker mellan grupper. Till exempel var andelen högre i åldersgruppen 45–64 år jämfört med övriga åldersgrupper. Sett till utbildningsnivå var det högst andel som rökte dagligen i gruppen med förgymnasial utbildningsnivå, och lägst andel i gruppen med eftergymnasial utbildningsnivå [51]. Vidare uppgav 33 % av eleverna i årskurs 9 och 37 % i gymnasiet år 2 att de någon gång använt e-cigarett [50].

Spel om pengar

Problem med spel om pengar finns i alla befolkningsgrupper och när det gäller problemspelande finns inte längre någon skillnad mellan män och kvinnor, med undantag för åldersgruppen 18–24 år där andelen män är högre. Totalt sett minskade andelen i befolkningen 16–84 år i Sverige med någon form av spelproblem från cirka 6 procent till drygt 4,2 procent 2015–2018. Andelen med problemspelande var 1,3 procent varav 0,6 procent (45 000 personer) beräknas ha så allvarliga spelproblem att det kan handla om ett beroende. Antalet i denna grupp har ökat de senaste 10 åren och andelen kvinnor är nu ungefär lika stor som andelen män. Drygt 165 000 personer delar hus-håll med någon som har ett problemspelande. 68 000 av dessa är barn [52].

Bilaga 3: Utvecklingen av vård för ett urval substanser

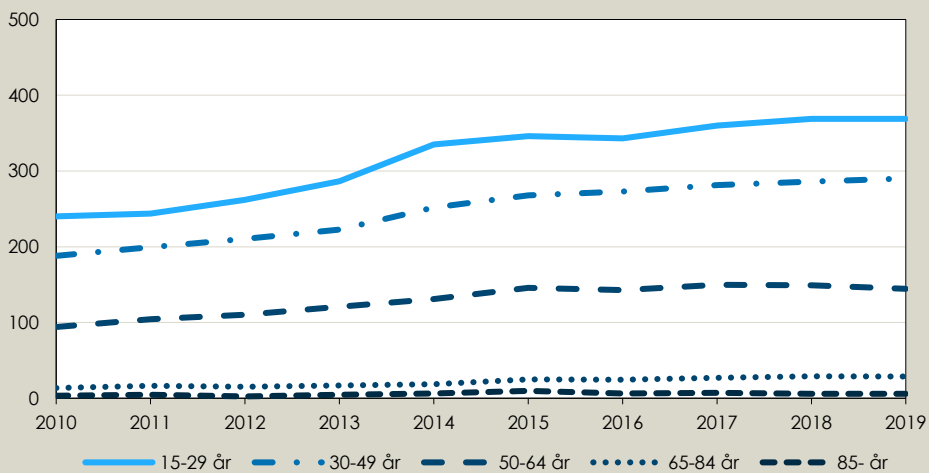
Flera substanser i kombination: F19

Det är inte ovanligt att personer med substansrelaterade diagnoser använder flera olika substanser i kombination, vilket brukar kallas för ”blandberoende”.⁷⁵ Totalt har andelen som erhåller vård för flera substanser i kombination ökat med cirka 54 procent sedan 2010 med den största ökningen mellan 2010 och 2014. Mellan 2017 och 2019 ökar inte vården för kvinnor och ökar marginellt för män. Fördelningen av vård mellan kvinnor och män är ungefär 70 procent män och 30 procent kvinnor. Att vårdas för flera substanser i kombination är vanligast bland personer i åldersgruppen 15–29 följt av åldersgruppen 30–49 år. Se vidare figur 39.

Figur 39. Ålder. Vårdade med diagnoser relaterade till diagnosen flera substanser i kombination 2010-2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med diagnosen blandmissbruk (huvud- eller diagnos) per 100 000 invånare.

Antal per 100 000 invånare



ICD10 F19

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Opioider: F11

Antalet män och kvinnor per 100 000 invånare som fått vård i hälso- och sjukvården för opioidrelaterade diagnoser har ökat med 42 procent mellan 2010 och 2019. Fördelningen av vård mellan kvinnor och män visar ingen

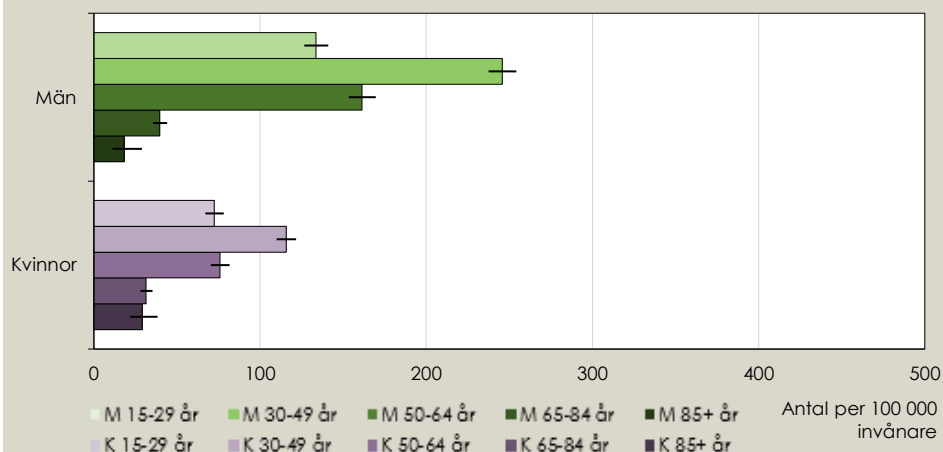
⁷⁵ I patientregistret kodas detta som psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera substanser i kombination och av andra psykoaktiva substanser (F19). Denna kod används också för substanser som inte har kunnat identifieras.

förändring under perioden utan såväl 2010 som 2019 var 70 procent av vårdtagarna män och 30 procent kvinnor.

Bland personer som fått vård för opioidrelaterad diagnos 2019 var det vanligast att både kvinnor och män återfanns i åldersspannet 30–49 år. Jämfört med männen hade kvinnorna dock en större andel i åldersspannet 15–29 år jämfört med männen. Se vidare figur 40.

Figur 40. Kön och ålder. Vårdade med opioidrelaterad diagnos 2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med opioiddiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare.

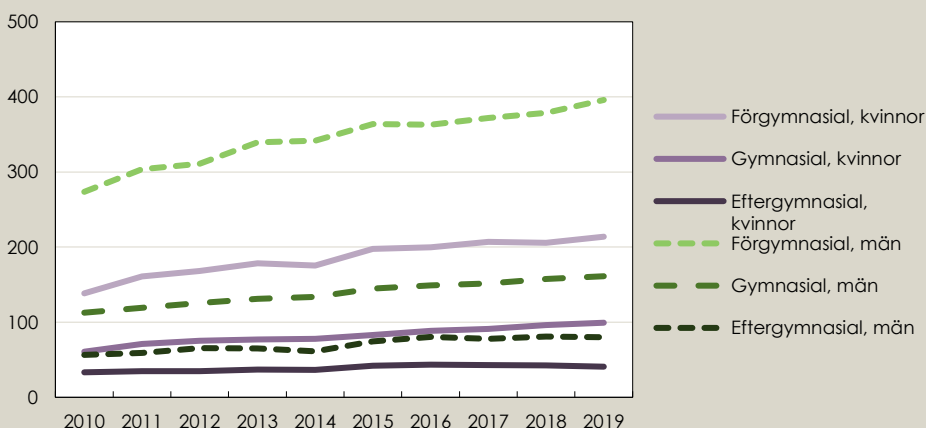


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

För såväl kvinnor som män gäller att de med förgymnasial utbildning som högsta utbildning i större utsträckning än de med högre utbildning fått vård för opioidrelaterade diagnoser. Opioider är den substansgrupp som uppvisar störst skillnad i vård relaterad till utbildningsbakgrund. Se vidare figur 41.

Figur 41. Utbildning, vårdade med opioidrelaterad diagnos

Antal per 100 000 invånare



Om en förälder har högre utbildning än individen har den använts för personer 15-30 år

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

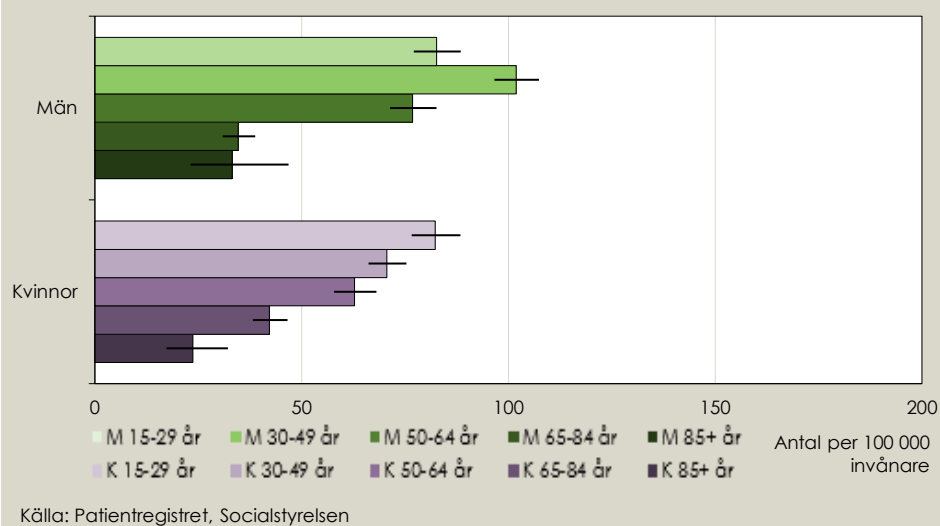
Sedativ hypnotika: F13

Sedativ hypnotika är en samlande benämning för lugnande läkemedel som minskar aktiviteten och minskar eller blockerar stimulering i hjärnan så att lugn uppnås. Till gruppen hör bland annat bensodiazepiner och barbiturater som kan var beroendeframkallande.⁷⁶

Vård för substansrelaterade diagnoser kopplade till sedativ hypnotika har varit relativt oförändrad de senaste tio åren. Detta är dock den substansrelaterade diagnos där andelen kvinnor som får vård är betydligt högre än för substansrelaterad vård som helhet. Kvinnor står för 45 procent av vårderna och män för 55 procent, att jämföra med substansrelaterad vård som helhet där det är cirka 70 procent män och 30 procent kvinnor. Se vidare figur 42.

Figur 42. Kön och ålder. Vårdade på grund av sedativa/hypnotika 2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med sedativa- och hypnotikadiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare.



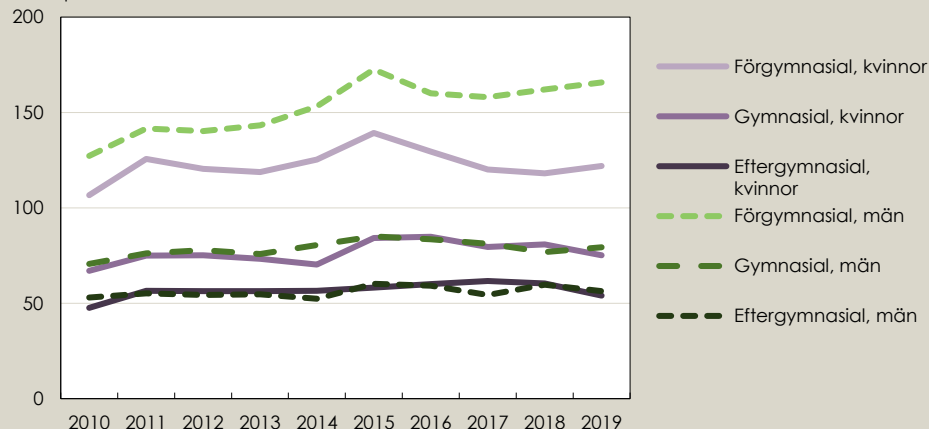
Liksom vid de flesta andra substansrelaterade diagnoserna är vård mindre vanligt bland kvinnor och män med eftergymnasial utbildning jämfört med kvinnor och män med enbart förgymnasial utbildning. Se vidare figur 43.

⁷⁶ Läkemedelsverket har i uppdrag att utvidga kunskapen om användningen av lugnande medel och sömnmedel. I uppdraget kartlägger Läkemedelsverket förskrivningen av lugnande medel och sömnmedel i Sverige, med fokus på att främja en jämlik, säker och ändamålsenlig användning av dessa läkemedel.

Figur 43. Utbildning. Vårdade relaterat till diagnoser av sedativa/hypnotika

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med sedativa- och hypnotikadiagnos (ICD 10 F13 huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare 2010-2019, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Om en förälder har högre utbildning än individen har den använts för personer 15-30 år

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Cannabis: F12

Cannabis är den illegala narkotiska substans som används mest i Sverige. Sedan 2010 har vård avseende cannabisrelaterade diagnoser ökat med 81 procent, men kurvan har de senaste planat ut och för män har cannabisrelaterad vård minskat något under senare år.

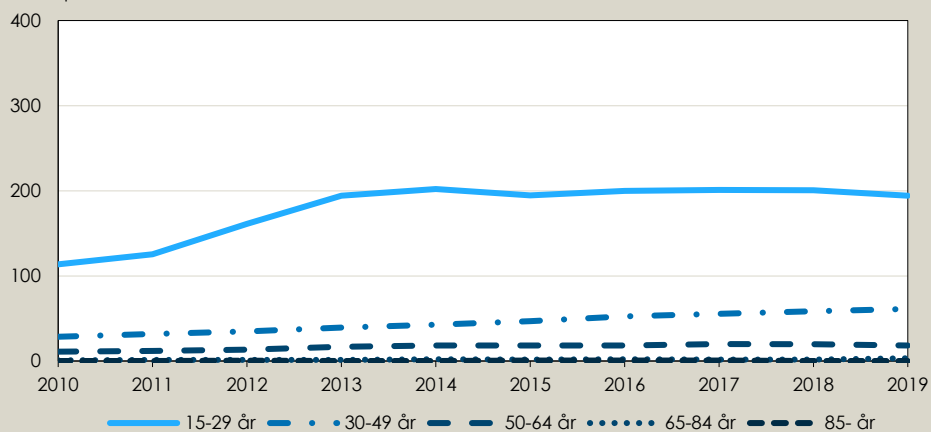
Det är fortsatt vanligast att personer som får vård för cannabisrelaterade diagnoser är i åldern 15–29 år vilket kan hänga samman med att bruket också är vanligast i yngre åldrar. Utvecklingen har varit relativt stabil sedan 2013.⁷⁷ Det är dock viktigt att notera att vård till kvinnor och män i ålder 30–49 år för cannabisrelaterade har mer än fördubblats de senaste 10 åren, vilket innebär att cannabisrelaterade problem inte bara finns bland de yngre åldrarna. Se vidare figur 44.

⁷⁷ Folkhälsomyndigheten skriver i rapporten Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet från år 2020 att andelen som använt cannabis har ökat under de senaste tio åren. Det handlar dock inte om några stora ökningar. I åldersgruppen 16–24 år har andelen personer som använt cannabis någon gång det senaste året varierat mellan cirka 5 och 10 procent och 2018 var den 7,7 procent. Däremot är ökningen något större i åldersgrupperna 25–34 år och 35–44 år under de senaste fem åren. Se också Skolelevers drogvanor 2020, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.

Figur 44. Ålder. Vårdade med cannabisrelaterad diagnos 2010–2019

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med cannabisdiagnos (huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare.

Antal per 100 000 invånare



* ICD10 F12

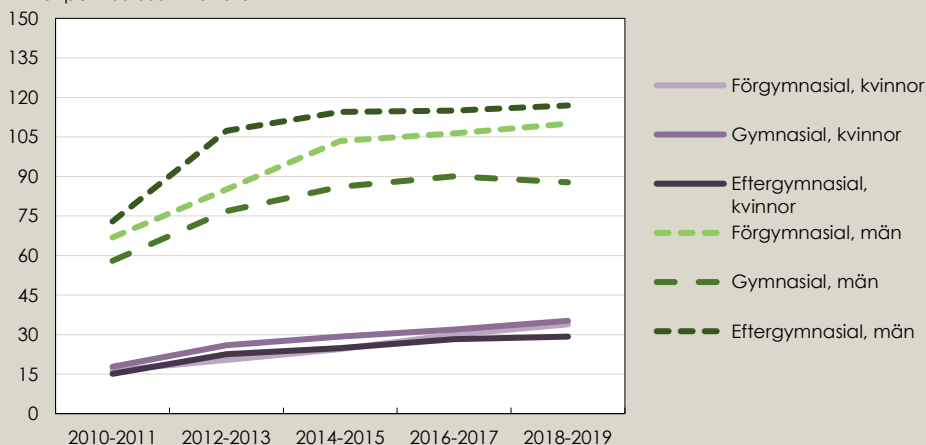
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I fråga om utbildningsbakgrund skiljer sig vården för cannabisrelaterad diagnos från andra narkotiska substanser som beskrivits i rapporten, vilket kan behöva studeras närmare. Vård för cannabisrelaterad diagnos ges till en större andel av män med eftergymnasial utbildningsnivå än av män med endast förgymnasial utbildning. Se vidare figur 45.

Figur 45. Utbildning. Vårdade med cannabisdiagnos

Antal personer 15 år och äldre som vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården med cannabisdiagnos (ICD10 F12 huvud- eller bidiagnos) per 100 000 invånare 2010-2019, ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare



Om en förälder har högre utbildning än individen har den använts för personer 15-30 år

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Bilaga 4: Organisationer representerade i Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor till och med 15 juni 2021

Anhöriga mot droger (AMD)
Convictus
Frälsningsarmén
Hela Människan
Kriminellas Revansch i Samhället (KRIS)
Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor
(KSAN)
Lp-verksamhetens ideella riksförening
Länkarnas riksförbund
Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)
Riksförbundet Föräldraföreningen mot narkotika (FMN)
Skyddsvärnet
Spelberoendes riksförbund
Svenskar och invandrare mot narkotika (Simon)
Sveriges Stadsmissioner
Ungdomens nykterhetsförbund (UNF)
Verdandi

Bilaga 5: Exempel på arbete med brukarinflytande

Samtal har förts med ett urval personer och verksamheter som redovisas nedan. Detta är på inget sätt en fullständig lista då det finns många verksamheter som bidrar till brukarinflytande i Sverige och här redovisas några. Alla samtal baserades på samma frågor som skickats ut på förhand.⁷⁸

Brukarrevision av missbruks- och beroendevården i region Sörmland och dess kommuner

År 2017 beslutade kommuner och regionen i Södermanlands län att genomföra en genomlysning av all missbruks- och beroendevård och genomföra det genom brukarrevision. En brukarrevision innebär att brukare vid olika verksamheter ges möjlighet att svara på frågor som sedan används för systematisk utveckling. Många synpunkter framkom, bland annat om ansvarsfördelningen mellan kommuner och region, och dessa används nu i dialogen om att förbättra missbruks- och beroendevården inom kommunerna och i regionen. Här delges ett axplock av framgångsfaktorer som lyfts fram.

- Det fanns en samfinansiering av insatsen som också samordnades genom verksamhet inom forskning och utveckling (FoU) i regionen.
- Länsgemensamma utvecklingsmedel fördelade med stöd av överenskomelse mellan SKR och regeringen bidrog till att göra en omfattande revision möjlig.
- Arbetet leddes av organisationen Verdandi och av brukare själva vilket troligen påverkat svarsfrekvensen till det bättre och genomsyrade frågorna som ställdes. Samtidigt fanns FoU-verksamheten som bollplank.
- Arbetet tilläts ta tid och kommunikation med personal vid alla verksamheter var viktig liksom information till brukare i väntrum och genom organisationer.
- Avgörande att samtliga inblandade förstår att revisionen är upplevelsebaserad och systematiskt sammanställd information, men inte en indikator.
- En viktig beståndsdel blir dialog och samverkan mellan olika aktörer och en förståelse för hur brukarna upplever bemötande och insatser.

Upprinnelsen till arbetet var att det fanns planer på att omorganisera verksamheter inom regionen och man önskade komplettera beslutsunderlaget

⁷⁸ Varför är brukarinflytande viktigt? Varför började ni med området – varifrån kom behovet och initiativet? Vad gör ni? Vilken är metoden? Vad leder till? Bättre resultat, bemötande? Vilken metod/beståndsdelar är det som gör att det blir framgångsrikt? Hur följer ni upp? Finns det stödande skriftligt material att ta del av? Detta sätt ni arbetar på – på vilket sätt förbättrar det för brukaren? Hur har det påverkat personalen? Hur påverkar det politiskt beslutsfattande? På vilket sätt är det systematiskt och lyfter blicken från den enskilde till flera?

med brukarnas synpunkter och erfarenheter. Eftersom brukarna inte såg behov av omorganisation beslutades att ej genomföra en sådan.

BISAM i region Stockholm

Inom psykiatriområdet i Stockholm finns sedan en tid tillbaka det som brukar kallas BISAM, en samordnare av brukarinflytande, vanligen en person med egen erfarenhet av att vara patient. Inom vissa delar av psykiatrin kompletteras detta med BISAM som har närståendeerfarenhet, i Stockholm finns denna funktion inom BUP. Inom beroendevården i Stockholmsregionen finns en BISAM-funktion som också förutsätter egen erfarenhet av just beroendeproblematik.

Framgångsfaktorer för arbetet med BISAM i Stockholm:

- Funktionen och arbetet med brukarinflytande finns med i regionens riktlinjer för brukarinflytande inom psykiatri och beroendevård. BISAM:s arbetsuppgifter förstärker regionens hela arbete med brukarinflytande som exempelvis också innefattar patientenkäter.
- Funktionen bidrar till att behandling och vård vid substansrelaterade diagnoser uppfattas av patienten som attraktiv att ta del av. Eftersom makto-balans och erfarenheten att inte bli lyssnad på ofta är vanlig för personer i beroende, så bidrar BISAM till att företräda patientens perspektiv i olika processer.
- Genom strukturerade processer och rutiner samlar BISAM perspektiv och synpunkter som framförs till ledningsnivå vid olika verksamheter och ansvariga för regionens beroendevård.
- Vid exempelvis veckovisa patientforum som genomförs som stormöten vid olika avdelningar inom slutenvården får patienter säga sin mening. Patienternas synpunkter och önskemål utgör grund för utvärdering och utveckling av verksamheten. Handlingsplaner upprättas vid respektive verksamhet där önskemål, insats och ansvar tydliggörs. Synpunkter från öppenvården har samlats in genom att BISAM sektionsvis under två dagar funnits i väntrummet och samlat in synpunkter från patienter. Man arbetar också vidare med att finna digitala lösningar.

Ett område som lyfts som ett förbättringsarbete efter att ha belysts i patientforum är ineliggande abstinensbehandling där vissa patientgrupper uttryckt en stor oro. Förbättringsarbetet har haft som mål att skapa en större delaktighet i den egna behandlingen för den enskilda patienten. Detta har skett genom en förtydligad kommunikation kring den planerade behandlingen såsom exempelvis val av läkemedel samt planerad vårdtid. Via uppföljning i patientforum har kliniken fått positiv feedback kring förbättringsarbetet.

BISAM kan självständigt ta initiativ till insatser som kan förbättra för brukare. BISAM-funktionen bidrar vid återkoppling av resultat från patientforum, brukarundersökningar och dylikt eller planeringsdagar för personal med att förklara innehållet för personalen så att det kan föras en dialog om bemötande, behov och kommunikation. BISAM samordnar klinikens brukarråd

som sammanträder några gånger per år. BISAM kan också leda arbetsgrupper för att ta fram konkreta insatser. Ett exempel är en utbildning om SIP utifrån ett brukarperspektiv.

BISAM medverkar vid utbildning av medarbetare på olika nivåer i beroendevården exempelvis för nyanställd personal, läkarstudenter och läkare under vidareutbildning till psykiater/beroendespecialister.

Brukarcertifiering, ungdomsteamet i Luleå

Certifiering av brukarnas inflytande är ett verktyg för att styra utvecklingen mot ökat brukarinflytande i den aktuella verksamheten. Avsikten med certifieringen är att aktivera den kraft och kunskap som finns hos brukarna och arbetet lyfter såväl verksamhet som brukare på kort och lång sikt. Att certifiera en verksamhet för utveckling av brukarinflytande innebär att en handlingsplan för de kommande två åren, där brukarnas inflytande blir en självklar del, formuleras och integreras i verksamheten. Öppenvården för barn och unga, ungdomsteamet i Luleå kommun, är en certifierad verksamhet. Ungdomsteamet i Luleå vänder sig till ungdomar med missbruk och kriminalitet.

Arbetet med brukarinflytande är en förutsättning för att möta ungdomarna i deras situation. Det är viktigt att ungdomarna är med och delaktiga i det arbete som bedrivs på ungdomsteamet – ”ingen kan berätta för dem vad de behöver”. Verksamheten problematiserar och tydliggör behandlingsarbetet tillsammans med familjen eller nätverket när det går.

Vi försöker säkerställa att klienten verkligen har fått tycka till om vår insats fortlöpande, det är ett gemensamt arbete som ska göras.

Genom åren har arbetssättet med brukarinflytande blivit bättre formaliserat och verksamheten är ”transparent” med ungdomarna och flexibel kring tider och former för möten.

Ungdomarna och deras anhöriga ringer till verksamheten för de vet att vi svarar.

Brukarråd och arbete med mininätverk: socialtjänstens vuxenavdelning Sollentuna

Inflytanderådet i Sollentuna kommun skapades 2012 inom socialpsykiatri i syfte att bättre kunna utforma insatser utifrån brukarnas behov. Det omfattar idag socialtjänstens vuxenområde (missbruk, hemlöshet, socialpsykiatri och ekonomiskt bistånd) och är navet för brukarinflytandet på system- och organisationsnivå på socialtjänstens vuxenavdelning. Metodiken utgår från evidensbaserad praktik och syftar till att fråga om brukarnas behov och förutsättningar. Kommunen har genomfört målgruppsinventeringar för att belysa

olika prioriterade områden tillsammans med brukare, socialsekreterare och boendestödjare.

Ett flertal brukarrevisioner har genomförts av inflytanderådet, bland annat av boendestöd och myndighetsutövningen inom ekonomiskt bistånd. Att utgå från resultatet av brukarrevisioner i utvecklings- och förbättringsarbete garanterar att verksamheten erbjuder rätt insatser och stöd.

Brukarstyrda brukarrevisioner har blivit ett etablerat verktyg i strävan att uppnå god kvalitet i det sociala arbetet. Erfarenhetsbaserad kompetens valideras.

Genom att inflytanderådet och personal i socialtjänsten har medverkat i ett kvalitetsprojekt med inriktning på brukarmedverkan organiserat av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) används brukarnas kunskap och erfarenheter i förbättringsarbetet.

NSPH projektet med inriktning på brukarmedverkan och kvalitet passar oss som handen i handsken i vårt utvecklingsarbete. Viktiga frågor sätts på agendan tillsammans med brukare och professionen. Genom att vi utvecklar och förbättrar vårt arbete utifrån den metoden blir det på riktigt. Brukarna finns med som part i projektet och samverkan är viktig.

Mininätverk för bättre samordning vid samsjuklighet

Mininätverk används för att säkerställa att behov av insatser och samordning tillgodoses för dem som har psykisk ohälsa och samtidig beroendeproblematik. Vid arbetet med mininätverk sker en samverkan runt den enskilde. Socialtjänsten, beroendevården och psykiatrien träffas för gemensam planering runt den enskilde brukaren. Alla involveras i uppdraget och arbetet planeras utifrån brukarens individuella behov.

Bilaga 6: Öppna jämförelser 2020 Missbruks- och beroendevården Registerdata tom 2018

Fristående bilaga.

Referenslista

1. Narkotikaanvändningen och dess negativa konsekvenser i Sverige. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/n/narkotikaanvandningen-och-dess-negativa-konsekvenser-i-sverige/> .
2. En förnyad strategi för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021-2025. Stockholm: Regeringskansliet; 2021. Hämtad 2021-03-24 <https://www.regeringen.se/49506b/contentassets/00420d7da29847788a7dad65075ad7d4/prop-2020-21-132.pdf> .
3. Bättre insatser vid missbruk och beroende- Individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av missbruksutredningen (SOU 2011:35); 2011. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.regeringen.se/contentassets/0c778ea424b749b89225617e54558413/battre-insatser-vid-missbruk-och-beroende-del-1-av-2-forord-och-kapitel-1-12-bilaga-1-5-sou-201135> .
4. Individ- och familjeomsorg–Lägesrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
5. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende– Indikatorer och lägesbild 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
6. Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
7. Att komma överens- en uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/att-komma-overens/> .
8. KOS 2019-Kriminalvård och statistik. Norrköping: Kriminalvården; 2020. Hämtad 2021-03-11 från https://www.kriminalvarden.se/globalassets/publikationer/kartlaggningar-och-utvarderingar/kos_2019.pdf .
9. Vad har IVO sett? 2018. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2019. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/vad-har-ivo-sett-2018/> .
10. Vad har IVO sett 2019?. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2020 hämtad 2021-03-11 från <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/vad-har-ivo-sett-2019/> .
11. Hälsa på lika villkor- Nationella Folkhälsoenkäten 2020. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad 2021-02-03 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/> .
12. Folkhälsans utveckling- Årsrapport 2021. Folkhälsomyndigheten; 2021. Hämtad 2021-04-06 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/39ef6af33177445bb6d2ad88829cc5ce/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2021.pdf> .
13. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

14. Individ- och familjeomsorg–Lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
15. Förskrivning av opioider i Sverige- Läkemedel, doser och diagnoser. Uppsala: Läkemedelsverket; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.lakemedelsverket.se/49e69f/globalassets/dokument/publikationer/lakemedelsprodukter-och-narkotika/forskrivning-av-opioider-i-sverige-2020-1.pdf> .
16. Förskrivning av opioider i Sverige- Användning över tid. Uppsala: Läkemedelsverket; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.lakemedelsverket.se/49f0d3/globalassets/lanklistor/publikationer/rapporter/rapport-forskrivning-av-opioider-i-sverige-anvandning-over-tid.pdf> .
17. Tandvårdens läkemedel 2020-2021, 21:a upplagan, Råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning inom tandvården. Läkemedelskommittéerna i samverkan; 2020. Hämtad 2021-03-11 på https://regionvastmanland.se/globalassets/vardgivare-och-samarbetspartners/behandlingsstod/tandvard/tandvardens_lakemedel_2020-21.pdf .
18. Strategisk färdplan 2017-2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Hämtad 2011-03-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/socialstyrelsen-strategisk-fardplan-2017-2020.pdf> .
19. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
20. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende– stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Stockholm: Socialstyrelsen.
21. Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2019. Stockholm: Guttormsson. U: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.can.se/app/uploads/2020/10/can-rapport-195-sjlvrapporterade-alkoholvanor-i-sverige-2004-2019.pdf> .
22. HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
23. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende –Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
24. European Drug Report. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2019. Hämtad 2021-03-11 från https://www.emcdda.europa.eu/edr2019_en .
25. Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-5-6764.pdf> .
26. Personer intagna på SiS LVM-hem. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.statinst.se/contentassets/8f520c381eb449438c9570d7d546a0dc/3-2020-personer-intagna-pa-sis-lvm-hem-2019.pdf> .
27. Ett kontrakt för livet–Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården. Stockholm: Hajighasemi. A: Statens institutionsstyrelse; 2008. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.stat->

- inst.se/contentassets/98c5684fee7649d0a5d4d4b1214ca8b2/ett-kontrakt-for-livet-utvardering-av-en-sarskild-satsning-pa-missbrukarvarden.pdf .
28. Statistik om dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 29. Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet – Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten; 2017.
 30. Nobelpriset för upptäckten av hepatit-C viruset. Beroendecentrum Region Stockholm. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.beroendecentrum.se/aktuellt/nobelpris-for-upptackten-av-hepatit-c-viruset/> . Hämtad från:
 31. Health and social responses to drug problems—a European Guide. Luxembourg: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions; 2017. Hämtad 2021-03-15 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf .
 32. Sjukdomsstatistik- Hepatit-C. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2021-03-08 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hepatit-c/> . Hämtad från:
 33. Ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler – förslag till systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamhet i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
 34. Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030. Geneva: World Health Organization; 2016. Hämtad 2021-03-08 <https://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/> .
 35. Statistik om spädbarnsföräldrars rökvanor 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 36. Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? Resultat från en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Ramstedt. M: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-185-hur-manga-barn-vaxer-upp-med-foraldrar-som-har-alkoholproblem.pdf> .
 37. Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Kalmar: Hjern. A: Manhica.H: Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2013. Hämtad 2021-03-11 från http://www.anhoriga.se/Global/Nka%20play/Dokument/Nka_rapport_Barn_som_anh%c3%b6riga_2013-1.pdf .
 38. Stärkt stöd till barn som anhöriga- slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
 39. Lägesrapport för Individ- och familjeomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
 40. Vård- och insatsprogram för missbruk och beroende. Nationellt programområde psykisk hälsa; 2020. Hämtad 2021-03-16 från <https://www.vardochinsats.se/missbruk-och-beroende/> .
 41. Att ge ordet och lämna plats- vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
 42. Bilaga- Resultat kommuner, län och riket- Missbruks- och beroendevården-Öppna jämförelser socialtjänst: Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 2021-03-11

- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2020-6-6794-resultat.xlsx> .
43. God och nära vård- En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Stockholm: Slutbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2020:19); 2020. Hämtad 2021-03-24 från https://www.regeringen.se/495be8/contentassets/320f37078d854712ab89e8185466817b/god-och-nara-var-d-en-reform-for-ett-hallbart-halso--och-sjukvardssystem-sou_2020_19_webb.pdf .
44. Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag. Stockholm: Del 1- Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47); 2020. Hämtad 2021-04-06 från https://www.regeringen.se/4a4a67/contentassets/5809049f89744e2891cc2a93cfd4840/sou-2020_47_del-1_till-webb.pdf .
45. Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
46. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2019. Stockholm: Trolldal, B: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2020. Hämtad 2021-03-15 från <https://www.can.se/publikationer/alkoholkonsumtionen-i-sverige-2019/> .
47. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2018. Stockholm: Trolldal, B: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019. Hämtad 2021-03-15 från <https://www.can.se/publikationer/alkoholkonsumtionen-i-sverige-2019/> .
48. Utvecklingen i förhållande till ANDT-strategins mål. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc5875b9816d4751a43b2db54b04a7b1/utvecklingen-forhallande-andt-strategins-mal.pdf> .
49. Skolelevers drogvanor 2020. Stockholm: Gutturmsson, U: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.can.se/publikationer/skolelevers-drogvanor-2020/> .
50. Skolelevers drogvanor 2019. Stockholm: Englund, A: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2019. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.can.se/publikationer/skolelevers-drogvanor-2019/> .
51. Hälsa på lika villkor–Nationella Folkhälsoenkäten 2018. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2018. Hmtad 2021-02-03 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/>. Hämtad från:
52. Spel om pengar är en folkhälsofråga. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2020. Hämtad 2021-03-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/spel-om-pengar-ar-en-folkhalsofraga/> .