

Lägesbild 2023

Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende
vård och omsorg

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 2023-3-8466

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2023

Reviderad maj 2023: På sidorna 9, 44, 46 och 48 har namn och uppgifter korrigerats för måttet Alkoholrelaterad dödlighet.

Förord

Denna rapport är en del i Socialstyrelsens uppföljning av regeringens strategi för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar. Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag om att stödja införandet av den förnyade strategin. I regeringsuppdraget ingår att årligen 2022–2025 lämna en bedömning av utvecklingen i förhållande till de mål och insatsområden i strategin som rör myndighetens ansvarsområden. Rapporten riktar sig i huvudsak till regeringen men ska även ligga till grund för Socialstyrelsens fortsatta arbete att stödja genomförandet av strategin.

Projektledare för rapporten har varit utredaren Matilda Hansson. Ansvarig enhetschef var Stina Hovmöller och ansvarig avdelningschef var Natalia Borg.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Beskrivning av insatser och utveckling	10
Disposition	10
Skydda barn och unga mot skadliga effekter	12
Socialstyrelsens bedömning	12
Vårdens och omsorgens insatser	12
Insatser till blivande föräldrar	12
Familjecentraler	13
Stöd till barn som anhöriga	14
Social barn- och ungdomsvård	14
Förebygga avhysningar av barnfamiljer	15
Förebyggande och tidiga insatser till barn och unga	17
Socialstyrelsens bedömning	17
Vårdens och omsorgens insatser	17
Ungdomsmottagningar	17
Tidiga samordnade insatser	18
Uppsökande arbete	18
Elevhälsan	19
Förebyggande och tidiga insatser till vuxna	21
Socialstyrelsens bedömning	21
Vårdens och omsorgens insatser	21
Användning av screeningsinstrument	21
Aktuella rutiner för äldreomsorgens myndighetsutövning	22
Tidig upptäckt i kommunal hälso- och sjukvård	22
Förebyggande arbete inom specialistpsykiatri	23
Rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol och bruk av tobak	23
Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	24
Tillgång till vård och omsorg av god kvalitet	26
Socialstyrelsens bedömning	26
Vårdens och omsorgens insatser	27
Maria Ungdom och Minimaria	27
Diagnostiska instrument i öppen- och slutenvård	27
Specialiserat stöd efter födsel	28

Vårdade inom specialiserad öppen- och slutenvård	28
Återinskrivning i slutenvård	32
Förekomst av andra psykiatriska diagnoser	33
Läkemedelsbehandling	36
Insatser utan biståndsbeslut inom socialtjänsten	37
Socialtjänstens myndighetsutövning	38
Individuellt behovsprövade öppna insatser i socialtjänsten	40
Frivillig heldygnsvård	40
Vård enligt LVM	41
Sociala stödinsatser	41
Primärvården	43
Dödlighet och skador	44
Socialstyrelsens bedömning	44
Sprututbytesverksamheter	44
Tillgängliggöra naloxon	45
Insatser till anhöriga	46
Dödlighet inom skadligt bruk och beroende	46
Kontakter med hälso- och sjukvård och socialtjänst innan dödsfall ..	48
Dödlighet bland vårdade	49
Suicid och suicidförsök	51
Referenser	53

Sammanfattning

Lägesbilden för ANDTS 2023 redovisar utvecklingen av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar (ANDTS). Socialstyrelsen bedömer utvecklingen i förhållande till målen i regeringens strategi för politiken avseende ANDTS som rör myndighetens ansvarsområden.

Uppgifter saknas för förebyggande och skydd av barn och unga

I ANDTS-strategin finns två mål som riktar sig till barn och unga:

- barn och unga ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS (mål 2)
- antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter eller debuterar tidigt med alkohol och spel om pengar ska minska (mål 3).

Det saknas nationella uppgifter för att möjliggöra en bedömning av utvecklingen i förhållande till mål 2 och mål 3. Socialstyrelsen konstaterar dock att det pågår flera insatser inom vården och omsorgen, till exempel insatser till blivande föräldrar, stöd till barn som anhöriga och social barn- och ungdomsvård, som ska bidra till uppfyllandet av mål 2 och mål 3.

Inom mödra- och barnhälsovården sker både förebyggande och skyddande insatser. Andra viktiga insatser är det stöd som både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ger till barn som anhöriga, socialtjänstens barn- och ungdomsvård och de tidiga insatser som sker i samverkan mellan till exempel socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola och polis.

Förebyggande insatser till vuxna behöver öka

Mål 4 i ANDTS-strategin säger att antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar ska minska. Socialstyrelsens bedömning är att vården och omsorgens insatser inte är tillräckliga och att utvecklingstakten behöver öka.

Positivt är att antalet personer per 1 000 invånare som regelbundet behandlas med vissa sömnmedel eller lugnande läkemedel har minskat med 30 procent mellan 2011–2021. Men i övrigt är utvecklingen inte så positiv. I både primärvården och den specialiserade öppen- och slutenvården sker färre rådgivande samtal om alkohol- respektive tobaksvanor. Samtal om tobaksbruk är emellertid mer frekvent. I vissa fall är utvecklingen till och med negativ, det vill säga antalet samtal minskar.

Användningen av screeninginstrument såsom AUDIT och DUDIT är låg både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är även få ungdomar i åldern 13–17 år som nydiagnostiserats med depression eller ångest som får en strukturerad bedömning av beroendeproblematik. Inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården är det få kommuner och verksamheter som har aktuella rutiner för att hantera misstanke eller upptäckt av skadligt bruk eller beroende.

Uppgifter om behov av vård och omsorg saknas

Personer med skadligt bruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha tillgång till vård och stöd av god kvalitet enligt mål 5 i ANDTS-strategin. Eftersom det inte finns uppgifter om vilket behov av vård och omsorg som finns är det inte möjligt att göra en bedömning av utvecklingen i förhållande till detta mål. Det saknas även uppgifter om vilken vård som ges inom primärvård och i socialtjänstens verksamheter till personer, både barn och vuxna, med skadligt bruk eller beroende.

Antalet som vårdas för alkoholdiagnos inom den specialiserade vården har minskat medan antalet som vårdas för narkotikadiagnos har ökat mellan 2011–2021. Det är få som vårdas för speldiagnos men antalet ökar.

Samsjukligheten med andra psykiatriska sjukdomar är omfattande. Särskilt när det gäller diagnoserna ångest, depression och ADHD. Alkohol-, narkotika- eller speldiagnos och samtidig vård för ångest eller ADHD ökar i antal medan samtidig vård för depression minskar.

Få kommuner har aktuella rutiner för att hantera misstanke eller upptäckt av skadligt bruk och beroende

Socialtjänstens öppenvård och familjehemsvård har ökat medan vård på hem för vård eller boende har minskat mellan 2015–2021. Under pandemin har även antalet omedelbara omhändertaganden¹ minskat men orsaken till minskningen är okänd.

Resultaten i öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård visar att få kommuner svarat positivt på frågorna som avser missbruks- och beroendevården. Det gäller till exempel om kommunen har aktuella rutiner för att hantera misstanke eller upptäckt av skadligt bruk och beroende. I motsats till missbruks- och beroendevården är det många kommuner som redovisar positiva svar när det gäller våld i nära relationer. Socialstyrelsen bedömer att detta åstadkommits genom de satsningar som genomförts inom området våld i nära relationer.

¹ Se 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Fler dör eller skadas till följd av narkotika, tobak och spel om pengar

Mål 6 i ANDTS-strategin är att antalet personer som skadas eller dör på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter eller spel om pengar ska minska. Det är fler som skadas eller dör i läkemedel- och narkotikaförgiftning eller till följd av tobaksbruk eller spel om pengar under perioden 2011–2021. För alkoholrelaterad dödlighet är utvecklingen den motsatta.

De skadereducerande insatserna ökar, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För alkohol-, narkotika- och speldiagnoserna minskar andelen suicid eller suicidförsök medan andelen är relativt konstant vid en tobaksdiagnos. För både alkohol- och narkotikadiagnoser minskar andelen som avlider inom ett år efter vård, för tobaksdiagnos ökar motsvarande andel.

Av dem som dör i alkoholrelaterade dödsfall har andelen som vårdats för annan psykiatrisk diagnos ökat medan andelen minskat för dem som vårdats för alkoholdiagnos, fått läkemedelsbehandling vid alkoholberoende eller som vårdats enligt LVM. Andelen av dem som avlidit till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning har minskat bland dem som vårdats för narkotikadiagnos eller fått läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) men ökat bland dem som vårdats enligt LVM eller för annan psykiatrisk diagnos.

Vård och omsorg om dopning är osynligt

Den eventuella vård och omsorg som sker till personer som brukar dopningsmedel finns det inga uppgifter om. I beskrivningarna av de verksamheter som arbetar förebyggande nämns inte dopning mer än i undantagsfall. Inom den specialiserade öppen- och slutenvården finns inte uppgifter om vård och behandlingsinsatser som avser dopning. För primärvården saknas det generellt uppgifter som är tillgängliga på nationell nivå. Inte heller inom socialtjänstens insatser finns några tecken på att verksamheten riktar insatser till personer med problem med dopning.

Inledning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att stödja politiken inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021–2025 (ANDTS-strategin)² [1, 2]. Uppdraget avser insatser inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag och myndigheten ska bland annat lämna en delredovisning årligen senast den 31 mars under perioden 2022–2025. Delredovisningen ska bland annat innehålla en bedömning av utvecklingen i förhållande till de mål och insatsområden som rör myndighetens ansvarsområden.

Den lägesbild som presenteras i denna rapport är Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i förhållande till de mål och insatsområden som beskrivs i regeringens skrivelse En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025 [3] för de mål som rör Socialstyrelsens ansvarsområde. Socialstyrelsen har bedömt att mål 2–6 rör myndighetens ansvarsområden, med fokus på mål 4 och mål 5.

Beskrivning av insatser och utveckling

Årets lägesbild beskriver en stor del av de insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder. För de verksamheter och insatser där det är möjligt beskrivs även utvecklingen. Men lägesbilden ger inte en heltäckande bild av vårdens och omsorgens utbud. Dels saknas uppgifter för vissa verksamheter, till exempel primärvården, dels behöver utveckling av uppgifter ske för många verksamheter såsom socialtjänsten. Under de år som regeringsuppdraget pågår kommer innehållet i lägesbilden att utvecklas. Bland annat planerar Socialstyrelsen för fördjupningar som ska ge mer kunskap om vårdens och omsorgens insatser, till exempel om tillgång till tandvård för personer som vårdas för skadligt bruk eller beroende.

Socialstyrelsens bedömningar i lägesrapporten utgår från de uppgifter som finns tillgängliga. I rapporten används förkortningen ANDTS för alkohol, narkotika, dopning, tobak- och nikotinprodukter samt spel om pengar.

Disposition

Lägesbilden är indelad i kapitel efter regeringens mål. Det första kapitlet beskriver vården och omsorgens insatser för att skydda barn och unga mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar (mål 2).

Därefter följer ett kapitel som tar upp vården och omsorgens insatser för att minska antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter eller debuterar tidigt med alkohol och spel om pengar (mål 3).

² Det ursprungliga uppdraget var att ”stödja genomförandet av den förnyade strategin för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021–2021 (ANDTS-strategin)”. Regeringens förslag till ny ANDTS-strategi för perioden 2021–2025 saknade parlamentariskt stöd och ändrades därför till att ”stödja politiken inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin och spel om pengar.

Nästa kapitel ger en bild av vårdens och omsorgens insatser för att antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar ska minska (mål 4).

I det näst sista kapitlet beskrivs de insatser som vården och omsorgen tillhandahåller för att personer med skadligt bruk eller beroende utifrån sina förutsättningar och behov ska ha tillgång till vård och stöd av god kvalitet (mål 5).

Det avslutande kapitlet beskriver de insatser som vården och omsorgen gör för att antalet personer som skadas eller dör på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter eller spel om pengar ska minska (mål 6). Här beskrivs både skadereducerande verksamheter och dödligheten i alkohol- samt läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

I tabellbilagan finns detaljerade uppgifter över utvecklingen. Tabellbilagan redovisas i Excel för att underlätta vidare hantering av uppgifterna.

Skydda barn och unga mot skadliga effekter

Mål 2

Barn och unga ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen kan inte göra en heltäckande bedömning av utvecklingen av vårdens och omsorgens insatser i förhållande till ANDTS-strategins mål 2.

Vården och omsorgen genomför flera insatser för att skydda barn och unga mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar. För de flesta av insatserna saknas uppgifter som möjliggör uppföljning och utvärdering på nationell nivå. I vårdens och omsorgens insatser för att skydda barn och unga mot skadliga effekter nämns sällan dopning, nikotin och spel om pengar utan de är inriktade mot alkohol, narkotika och tobak.

Vårdens och omsorgens insatser

Både hälso- och sjukvård och socialtjänsten arbetar med att skydda barn och unga från skadliga effekter orsakade av ANDTS. Från insatser under graviditeten och föräldrastöd till stöd till barn som anhöriga. I detta avsnitt beskrivs dessa insatser och deras utveckling i den mån uppgifter finns.

Insatser till blivande föräldrar

Mödra- och barnhälsovården har en viktig roll i att upptäcka och uppmärksamma familjer med missbruk eller beroende, särskilt gravida. Tidig upptäckt och ett långsiktigt stöd kan skydda barn från skador [4]. Barnmorskor i mödrahälsovården screenar, inleder motiverande samtal och erbjuder andra insatser [5]. Ett fåtal mödra- och barnhälsovårdsverksamheter är särskilt inriktade på stöd till barn och föräldrar vid risk- eller missbruk hos mamman under graviditeten [6].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [7] rekommenderas att hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal till gravida som brukar alkohol, röker eller snusar. Alkoholexponering kan ha skadliga effekter på fosterutvecklingen och kan ge livslånga komplikationer. Rökning och snusning medför en ökad risk för ohälsa hos kvinnan och en ökad risk för perinatal³ sjuklighet och dödlighet hos barnet. I vilken omfattning som rådgivande samtal ges till kvinnor under

³ Tiden före, vid och strax efter förlossning.

graviditeten är oklart. Se även avsnittet *Rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol och bruk av tobak under Förebyggande och tidiga insatser till vuxna* samt avsnittet *Specialiserat stöd efter födsel under Tillgång till vård och omsorg av god kvalitet*.

Tobaksanvändning och tobaksstopp under graviditet

Vid inskrivning i mödravården ställs frågor om tobaksanvändning, både rökning och snus. Under 2021 var det 114 100 kvinnor som skrevs in vid mödravården. Av dessa uppgav 3 700 kvinnor att de rökte och 1 500 kvinnor att de snusade. Mellan 2011–2021 har andelen som rökte vid inskrivning minskat från 6 procent till 3 procent. Andelen har minskat för alla åldrar och utbildningsnivåer. Se tabell T6a och T6b i tabellbilagan. Jämfört med daglig tobaksrökning bland kvinnor i befolkningen är andelen lägre, 12 procent för 2011 och 6 procent 2021 [8].

Den totala andelen som snusade vid inskrivning uppgick till 1 procent 2021. Jämfört med 2011 är det i stort sett ingen förändring. En åldersuppdelning visar dock en annorlunda bild. Bland dem som är yngre än 25 år har andelen minskat mellan 2011–2021 med 0,7 procentenheter. För övriga åldrar har andelen ökat. För åldersgruppen 30–34 år har andelen ökat med 0,5 procentenheter. Se även tabell T6a och T6b i tabellbilagan. Andelen kvinnor i befolkningen som uppgett att de snusar dagligen har ökat. I åldrarna 16–29 år ökade andelen från 5 procent till 9 procent mellan 2011–2021 och för åldrarna 30–44 år ökade andelen från 4 procent till 7 procent [9].

Av dem som rökte vid inskrivningen 2021 var det 1 200 kvinnor som vid besöket i vecka 30–32 uppgett att de slutat att röka. Av dem som snusade vid inskrivningen var det 150 kvinnor som uppgett att de slutat att snusa. Andelen som slutat röka vid besöket i vecka 30–32 ökade mellan 2011–2021, från 28 procent till 33 procent. Ökningen har skett för samtliga åldrar och utbildningsnivåer. Andelen som uppgett att de slutat att snusa har minskat från 37 procent till 10 procent. Andelen har minskat för alla åldrar och utbildningsnivåer. Se även tabellerna T7a och T7b i tabellbilagan.

Familjecentraler

Familjecentralen är en arena där kommuner och regioner, både tillsammans och enskilt, genomför tidiga insatser. Familjecentralernas uppgift är att främja trygga uppväxtvillkor för barn, bland annat genom att sprida kunskap till och stödja blivande föräldrar, föräldrar och andra viktiga vuxna runt barnet. Mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och förebyggande socialtjänst samordnas och samlokaliseras på en familjecentral. Utöver dessa verksamheter kan även andra samverkansparter bidra till familjecentralernas uppdrag [10].

Uppgifter om i vilken utsträckning som familjecentralerna arbetar med förebyggande och tidiga insatser avseende ANDTS saknas. De kartläggningar och uppföljningar som genomförts under senare år fokuserar på samverkan och arbetsformer och inte på innehållet i verksamheten [11, 12].

Stöd till barn som anhöriga

Skadligt bruk och beroende kan påverka föräldrafunktioner och relationen till barnet och föräldrar behöver då ofta stöd i föräldraskapet. Barnen behöver uppmärksammas, få information om föräldrarnas svårigheter samt få lämpligt stöd. Stödet kan ges till barnen via föräldrarna eller direkt till barnet. Det kan till exempel vara åldersanpassad information till barnet. Ibland kan barnet behöva skydd [13]. Hälso- och sjukvården har ansvar för att särskilt beakta 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.⁴ Socialnämnden har ett ansvar för stöd till barn som anhöriga till någon med missbruk eller beroende.⁵

I allt fler kommuner pågår ett utvecklingsarbete för ett mer familjeorienterat och samordnat arbetssätt i familjer där en förälder har ett missbruk eller beroende. Ett familjeorienterat arbetssätt förutsätter intern samordning mellan verksamhetens olika enheter för att förbättra stödet till barnen och föräldrarna. De flesta regioner utvecklar kompetens och strukturer för att stödja personal med vuxna patienter att beakta de anhöriga barnens behov. Strukturerna handlar bland annat om styrdokument, utpekade ansvar, barnombud och samverkansstrukturer. [14, 15].

Social barn- och ungdomsvård

Kommunernas socialnämnder ska verka för att barn och unga växer upp under goda och trygga förhållanden. De ska även aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel och dopningsmedel samt spel om pengar.⁶

Socialtjänsten erbjuder öppna insatser både till barn och unga i familjer med missbruk och till barn och unga som har eget missbruk. Barn och unga kan även få vård utanför det egna hemmet i ett familjehem, i ett hem för vård eller boende (HVB) eller i ett stödboende, om barnets eller den unges bästa motiverar det.⁷ En av de vanligaste orsakerna till att barn och unga blir placerade utanför hemmet är missbruk i familjen. Minst en tredjedel av barn som placeras utanför det egna hemmet kommer från familjer med någon form av missbruk. Under 2021 placerades totalt 26 200 barn och unga i heldygnsvård, samma antal var placerade även under 2011. I den nationella statistiken finns inga uppgifter om orsak till placeringen [13, 16, 17].

Barn och unga kan också omhändertas och få vård enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, om behövlig vård inte kan ges med samtycke.⁸ Vård enligt LVU ska beslutas om det på grund av något förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas eller om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en

⁴ Se 5 kap. 7 § första stycket 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

⁵ Se 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

⁶ Se 5 kap. 1 § punkt 1, 4–5 SoL.

⁷ Se 5 kap. 1 § punkt 8 och 6 kap. 1 § SoL.

⁸ Se 1 § LVU.

påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.⁹ Vård enligt LVU kan i vissa fall ges på ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS).¹⁰ Av SiS:s årliga statistik framgår inte hur många barn och unga som är placerade på grund av föräldrars eller eget missbruk [18].

Identifiera alkohol- och narkotikaproblem

Socialtjänsten rekommenderas i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] att de bör använda instrumenten AUDIT och DUDIT för att identifiera alkohol- respektive narkotikaproblem.

I öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård [20] ställs frågan om kommunerna använder standardiserade bedömningsmetoder¹¹ vid utredning av barn och unga med missbruk eller andra sociala problem. I 2022 års enkät svarade 80 procent av kommunerna¹² att de använder standardiserade bedömningsinstrument vid utredning av barn och unga. Andelen har ökat från 73 procent vid 2017 års insamling. I vilken utsträckning som instrumenten AUDIT och DUDIT används för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem finns det inga uppgifter om.

Förebygga avhysningar av barnfamiljer

En osäker boendesituation och avhysningar¹³ har en negativ inverkan på barns hälsa, trygghet och skolgång [21]. Socialstyrelsens kartläggning av hemlöshet 2017 [22] visar att missbruk- och beroendeproblem kan vara en bidragande orsak till avhysningar som involverar barn. I vilken utsträckning som spel om pengar är en bidragande orsak till avhysning av barnfamiljer, framgår inte av kartläggningen.

Att barn ska garanteras tillgång till boende är ett av målen i Sveriges nationella handlingsplan för genomförandet av den europeiska barngarantin om att förebygga social utsatthet [23]. Ett sätt som socialtjänsten kan bidra är att arbeta aktivt med att förebygga avhysningar. I Socialstyrelsens öppna jämförelser [20] finns uppgift om hur många kommuner som har en aktuell rutin som anger att barnfamiljer aktivt ska sökas upp och även följas upp i samband med en hyresskuld, oavsett om föräldrarna söker ekonomiskt bistånd eller inte. Andelen kommuner¹² med en sådan rutin uppgick till 27 procent 2022, en liten ökning från 24 procent 2017.

Kronofogdens statistik över vräkningar som berört barn visar att 467 barn berörts av verkställda avhysningar under 2021 och att 1 131 barn funnits i ärenden där avhysning inte har verkställts. Mellan 2019 och 2021 visar uppgifterna en minskning av antalet barn där avhysning har verkställts och en knapp ökning av antalet barn där avhysning inte har verkställts. Antalet barn som berörts av avhysning totalt sett har i stort sett varit oförändrad under denna period [24]. Det finns inga nationella uppgifter om i vilken

⁹ Se 2 och 3 §§ LVU.

¹⁰ Se 12 § LVU.

¹¹ Med standardiserade bedömningsmetoder avses ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis), ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument), AUDIT, DUDIT, DUDIT-E (DUDIT-Extended) eller Alcohol-E (Alcohol-Extended).

¹² Avser för 2022 även stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg och för 2017 även stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö.

¹³ Avhysning är den juridiskt korrekta termen för ordet "vräkning" som ofta används i vardagligt tal. Begreppet "vräkning" togs bort ur lagstiftningen (Utsökningsbalken) 1981.

utsträckning som socialtjänstens förebyggande arbete med avhysningar har påverkat antalet avhysningar som berör barn.

Förebyggande och tidiga insatser till barn och unga

Mål 3

Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter eller debuterar tidigt med alkohol och spel om pengar ska minska

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen kan inte göra någon bedömning av utvecklingen av vårdens och omsorgens insatser i förhållande till ANDTS-strategins mål 3.

Flera förebyggande utvecklingsarbeten pågår, särskilt inom tidiga samordnade insatser. Det saknas uppgifter på nationell nivå för att kunna följa upp och utvärdera hur det förebyggande arbetet utvecklas. Socialstyrelsen konstaterar dock att dopning, nikotin och spel om pengar inte nämns i någon större omfattning inom vårdens och omsorgens förebyggande insatser.

Vårdens och omsorgens insatser

Vården och omsorgen arbetar i många olika former med förebyggande och tidiga insatser för att nå barn och unga med information, kunskap och stöd. I det förebyggande arbetet är samverkan en central del och många arbetsformer och metoder genomförs av olika aktörer tillsammans.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar arbetar med att hjälpa unga med frågor och problem som är kopplade till sexuell och psykisk hälsa men insatserna varierar eftersom det inte finns någon nationell vägledning [25]. Idag finns det mer än 250 ungdomsmottagningar över hela landet [26]. De flesta har regionen som huvudman men det finns ungdomsmottagningar där regionen och kommuner samverkar och mottagningar som bedrivs av enbart kommunen [25].

Den kartläggning som Uppdrag Psykiska Hälsa genomförde 2016 [25] visar att ungdomsmottagningarna har olika förutsättningar och inte alltid arbetar strukturerat med insatser som är särskilt utformade efter ungas behov. Det framgår att ungefär hälften av mottagningarna erbjuder unga stöd och hjälp för missbruk. I begränsad omfattning arbetar de med förebyggande gruppaktiviteter som riktar sig till unga som riskerar skadligt bruk eller missbruk eller som har föräldrar med missbruk. I kartläggningen lyfter ungdomsmottagningarna istället de individuella insatser för unga som tillhör en riskgrupp. Kartläggningen svarar inte på om mottagningarna använder strukturerade metoder för de olika riskgrupperna. Uppgifter saknas om hur ungdomsmottagningarna utvecklats efter 2016.

UMO.se – om sex, hälsa och relationer

På UMO.se finns bland annat kunskap om kroppen, sex, relationer, psykisk hälsa, alkohol och droger samt självkänsla. Webbplatsen riktar sig till barn och unga i åldrarna 13 till 25 år. UMO.se finansieras av samtliga regioner [27]. På YOUMO.se finns kunskapen på andra språk. YOUMO är framtagen i samarbete mellan regionerna och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) och har finansierats av regeringen [28].

Tidiga samordnade insatser

Det pågår flera utvecklingsprojekt för att införa metoder eller arbetsformer med syfte att i samverkan mellan olika aktörer ge tidiga insatser till barn och unga. Några av dessa metoder eller arbetsformer är SSPF (skola, socialtjänst, polis och fritid), SIG (samverkan i sociala insatsgrupper) och TSI (tidiga och samordnade insatser).

SSPF – Skola, socialtjänst, polis och fritid

SSPF är en metod i att förebygga brott och droger. Metoden syftar till ”att förhindra och att förebygga att ungdomar hamnar i kriminalitet, rekryteras till kriminella gäng och/eller inleder missbruk. Kombinerad problematik med både bruk av alkohol eller narkotika och att begå brott förekommer. Målet är att ungdomarna ska ha en fungerande skolgång och ett liv fritt från kriminalitet och droger” [29]. Arbetet utgår från samverkan med grupper och individer och bygger på en fast struktur och dagordning, återkommande möten och gemensamma åtgärdsplaner [29]. Minst 148 kommuner arbetade i början av 2022 med SSPF enligt Brottsförebyggande rådets (Brå:s) nationella kartläggning [29].

SIG – Samverkan i sociala insatsgrupper

SIG är en arbetsform för samverkan kring unga och unga vuxna med hög risk för fortsatt kriminalitet och annat allvarligt normbrytande beteende. Ofta har barn och unga som får insats en kombinerad problematik med samtidigt bruk av alkohol eller narkotika och att begå brott. Enligt Brå:s nationella kartläggning var det 109 kommuner som uppgav att de arbetade med SIG under 2021 [30].

TSI – Tidiga och samordnade insatser

TSI (tidiga och samordnade insatser) är insatser som ges tidigt vid en ogynnlig utveckling, oavsett barnets ålder. Skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar tillsammans med barn och unga som är i behov av stöd från flera aktörer [31]. I den nationella satsning som genomförs till och med juni 2023 pågår 38 utvecklingsprojekt i cirka 80 kommuner och 16 regioner [32].

Uppsökande arbete

Socialnämnden ska bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa samt aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga.¹⁴ Arbetet kan genomföras på många sätt. Ett sådant sätt är socialt fältarbete.

¹⁴ Se 5 kap. 1 § 3–5 SoL.

Socialt fältarbete

Socialt fältarbete är i de flesta fall uppsökande, förebyggande, främjande och relationsskapande men kan variera något mellan kommunerna. Syftet är vanligtvis att [33]:

- möta barn och unga i deras miljöer
- tidigt fånga upp barn och unga som kan behöva stöd
- arbeta för att nå barn och unga som inte fångas av andra verksamheter
- bryta en ogynnsam utveckling
- främja goda uppväxtvillkor
- slussa eller länka barn och unga vidare till stöd.

Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av socialt fältarbete under 2022. Kartläggningen visar att vanliga anledningar till att kommuner startar en fältverksamhet är aktuella händelser eller oro för en viss utveckling bland barn och unga, till exempel användning av alkohol och narkotika, eller större kommunala satsningar eller utvecklingsarbeten som brottförebyggande arbete. I juni 2021 hade cirka 60 procent av kommunerna minst en fältverksamhet. I genomsnitt arbetade fyra fältarbetare i en fältverksamhet, i kommuner med socialt utsatta områden finns fler fältarbetare i en fältverksamhet. Det är vanligare att större kommuner har fältverksamheter. I mindre kommuner är det vanligt med deltidsarbete och att tjänsten delas med andra arbetsuppgifter [33].

Socialstyrelsens kartläggning visar att fältarbetare har svårare att nå vissa grupper till exempel barn och unga i kriminalitet eller som har missbruksproblem. Men flera fältverksamheter framhåller att fokus är att fånga upp barn och unga i utsatthet eller som visar på tecken på en ogynnsam utveckling så tidigt som möjligt, inte de som redan etablerat kriminellt beteende eller med befintlig missbruksproblematik [33].

Fältarbetare kan också vara delaktiga i skolan. Både elever, föräldrar och lärare kan få information och kunskap om till exempel droger, normkritik, psykisk ohälsa, mobbning och utsatthet på nätet [33].

I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört i kartläggningen har det inte framkommit något om dopning, tobaks- och nikotinprodukter eller spel om pengar.

Elevhälsan

Elevhälsan ska bland annat omfatta medicinska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande.¹⁵ Elevhälsan ska bidra till att skapa miljöer som är bra för elevernas lärande, utveckling och hälsa.¹⁶

Personal i elevhälsan kan medverka på olika sätt för att bidra till skolans arbete med ANDTS. Exempel på bidrag är en rökfri skolmiljö, samtala i undervisningen om risker med ANDTS och om gruppträck samt hjälp att sluta röka. En viktig roll är också att upptäcka skadligt bruk och missbruk hos elever. Elevhälsan kan också bidra vid eventuella drogtestar [34].

¹⁵ Se 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

¹⁶ Se Regeringens proposition 2009/10:165 Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet, s. 656.

Det saknas uppgift om i vilken utsträckning som elevhälsan arbetar förebyggande med ANDTS.

Förebyggande och tidiga insatser till vuxna

Mål 4

Antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar ska minska

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att vårdens och omsorgens insatser för att minska antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av ANDTS inte sker i tillräcklig utsträckning och att utvecklingstakten behöver öka.

Screening för att identifiera alkohol- och missbruksproblem är låg inom hälso- och sjukvården och trenden är negativ. Inom socialtjänstens verksamheter används screeninginstrument i olika omfattning men användningen ökar inte. Det har inte heller skett några större förändringar i antalet rådgivande samtal inom primärvården. Inom äldreomsorgen är det en relativt låg andel som har rutiner för hur misstanke eller upptäckt av missbruk eller beroende ska hanteras. Inte heller här syns någon påtaglig förändring.

Socialstyrelsen konstaterar även att dopning, nikotin och spel om pengar inte nämns i de förebyggande verksamheter som identifierats.

Vårdens och omsorgens insatser

Användning av screeningsinstrument

Flera verksamheter inom vården och omsorgen använder screeninginstrument för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion och narkotikabruk. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] rekommenderas hälso- och sjukvården och socialtjänsten att de bör använda instrumenten AUDIT respektive DUDIT för att identifiera alkohol- respektive narkotikaproblem.

Läkarbesök i öppen- och slutenvård

Av personer, 18 år och äldre, som nydiagnostiserats¹⁷ för alkoholdiagnos 2021 hade 3,9 procent genomgått en screening för alkohol- och narkotikaproblem av läkare i den specialiserade öppenvården eller i slutenvården. Motsvarande andel för personer med narkotikadiagnos var 2,8 procent. Mellan 2015–2021 minskade andelen med 0,3 procentenheter för alkoholdiagnos och med 3,1 procentenheter för narkotikadiagnoser. Både inom öppenvården och

¹⁷ Med nydiagnostiserats avses att personen inte vårdats i specialiserad vård (öppen vård eller slutenvård) med alkohol- eller narkotikadiagnos under 5 år (1 825 dagar) innan vårdtillfällets inskrivningsdatum. Diagnosen är från ett vårdtillfälle i slutenvård eller öppen specialiserad vård vid beroendeenhet eller inom övriga psykiatri.

slutenvården och för både kvinnor och män har andelen minskat. Se även tabellerna A6a, A6b, N4a och N4b i tabellbilagan.

Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

I öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård [20] ställs frågor om instrumenten AUDIT och DUDIT används för att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion respektive drogrelaterade problem. Frågor ställs till myndighetsutövningen för verksamheterna ekonomiskt bistånd, socialpsykiatri, våld i nära relationer, insatser till vuxna enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt äldreomsorgen. Inom området våld i nära relationer använder nästan hälften av kommunerna AUDIT och 42 procent använder DUDIT. Andelarna är något lägre för ekonomiskt bistånd och socialpsykiatri, 24–42 procent. För insatser enligt LSS till personer med funktionsnedsättning och äldreomsorgen är andelen som använder instrumenten låg, mellan 6–14 procent. Inom samtliga områden har andelen kommuner som använder AUDIT och DUDIT ökat med ett fåtal procentenheter mellan 2017–2021.

Aktuella rutiner för äldreomsorgens myndighetsutövning

När en person utreds för behov av äldreomsorg kan socialtjänsten upptäcka eller misstänka skadligt bruk eller beroende av till exempel alkohol och läkemedel. Socialtjänstens ansvar är både att förebygga missbruk och att aktivt sörja för att den enskilde får det stöd och hjälp personen behöver för att komma ifrån missbruket.¹⁸ I Socialstyrelsens öppna jämförelser för äldreomsorgen [20] ställs frågor om det finns aktuella rutiner för hur handläggare inom äldreomsorgen ska agera vid indikation på att den äldre är beroende av eller missbrukar alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej förskrivna läkemedel) respektive är beroende av eller missbrukar läkemedel. Under 2022 uppgav 21 procent av kommunerna att de har en aktuell rutin vid indikation på missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel. Andelen har ökat från 12 procent sedan 2017. Andelen kommuner som uppgav att de hade en aktuell rutin vid indikation på missbruk av läkemedel uppgick till 17 procent 2022. Även denna indikator har ökat sedan 2017 då 8 procent uppgav att de hade en aktuell rutin.

Tidig upptäckt i kommunal hälso- och sjukvård

Det är viktigt att äldreomsorgens och den kommunala hälso- och sjukvårdens personal vet vad de kan göra eller var de kan vända sig vid misstanke om eller upptäckt av skadligt bruk eller beroende för att den enskilde ska få tidiga insatser. I enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård som genomförs inom ramen för öppna jämförelser [20] ställs frågor till äldreomsorgens hemtjänst och äldreboenden om de har rutiner som beskriver hur personalen ska agera vid misstanke eller upptäckt av missbruk.

I enhetsundersökningen 2022 [35, 36] var det 38 procent av hemtjänst enheterna som uppgav att de hade rutiner för misstanke eller upptäckt av att den enskilde är beroende av eller missbrukar läkemedel. För äldreboendena

¹⁸ Se 3 kap. 7 § och 5 kap. 9 § SoL.

uppgav 35 procent att de hade sådana rutiner. Motsvarande rutiner för alkohol eller andra beroendeframkallande medel (ej läkemedel) uppgav 36 procent av hemtjänstenheterna och 35 procent av äldreboendena att de hade 2022. Sedan 2016 har andelen ökat med 2–5 procentenheter.

Förebyggande arbete inom specialistpsykiatri

Många som besöker specialistpsykiatri har en hög alkoholkonsumtion eller har prövat olika substanser. Specialistpsykiatri har möjlighet att upptäcka personer med skadligt bruk eller beroende så att de kan få det stöd och den hjälp de behöver för att minska sitt skadliga bruk eller bli av med sitt beroende. Obehandlad beroendeproblematik kan även påverka behandlingsresultatet för depression och ångest på ett negativt sätt.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest [37] rekommenderas att hälso- och sjukvård och socialtjänst bör ge ungdomar 13–17 år som nydiagnostiserats med depression eller ångest en strukturerad bedömning av beroendeproblematik. Av de 13–17 åringar som nydiagnostiserats för depression eller ångestsyndrom 2021 hade 2 procent fått en strukturerad bedömning av beroendeproblematik inom 90 dagar från diagnos. Andelen var något lägre i den specialiserade öppenvården än i slutenvården. Mellan 2015–2021 syns inga påtagliga förändringar i användningen. Se vidare i tabellbilagan, tabellerna Ö2a och Ö2b.

Rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol och bruk av tobak

Hälso- och sjukvårdens insatser för att stödja personer att minska alkoholkonsumtion eller att sluta röka sker främst inom primärvården. Enkla råd kan vara en bra ingång till att erbjuda mer omfattande insatser till personer som behöver mer stöd för att ändra ohälsosamma vanor. Rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal för levnadsvanorna riskbruk av alkohol och daglig rökning är högt prioriterade i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor¹⁹ [7].

Primärvård

Socialstyrelsens uppföljning av riktlinjerna fokuserar på följsamheten till de högst prioriterade insatserna som redovisas årligen med hjälp av data som samlas in via enkätundersökning till regionerna²⁰ [38]. Uppföljningen visar att det är stora skillnader mellan regionerna i vilken utsträckning som besökare i primärvården får rekommenderade insatser för att ändra ohälsosamma levnadsvanor. Men det går inte att bedöma hur stor andel som får insatser i förhållande till de som är i behov av insatsen. Drygt en procent av besökarna i regionens primärvård får insatser mot rökning och knappt en procent får rådgivning om alkohol. Över tid visar uppföljningen att rådgivningen avseende ohälsosamma levnadsvanor i regionernas primärvård varit relativt konstant för både rökning och alkohol. Den minskning som ses under pandemin

¹⁹ Tidigare Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

²⁰ Svaren avser i regel verksamhet vid vårdcentraler/hälsocentraler eller motsvarande. Uppgifter för den kommunala hälso- och sjukvården saknas. Jämförelsen mellan åren ska ske med viss försiktighet eftersom fler och fler regioner har svarat på enkäten. Vid insamling för 2020 och 2021 svarade samtliga regioner på enkäten.

kan bero på flera saker, till exempel förändrade prioriteringar i hälso- och sjukvården, personers förändrade besöksmönster till sjukvården och ökade digitala vårdkontakter.

Specialiserad öppenvård och slutenvård

Alkoholvanor

Även inom den specialiserade vården, både öppenvård och slutenvård, kan rådgivning erbjudas. Under 2021 var det 1 200 personer i öppenvården och 4 800 personer i slutenvården som fick enkla råd om alkoholvanor. Antalet har mer än halverats inom öppenvården mellan 2015 och 2021. Minskningen har skett stadigt under hela perioden. Inom slutenvården har utvecklingen gått i en annan riktning. Antalet personer som fått enkla råd om alkoholvanor har tiodubblats. Denna ökning kan bero på en ökad registrering och är troligen inte en faktisk ökning.

Antalet personer som fått rådgivande samtal om alkoholvanor är färre. Inom öppenvården fick 340 personer rådgivande samtal under 2021. I slutenvården var antalet 210 personer. Inom öppenvården har antalet halverats och i slutenvården har antalet minskat med 19 procent mellan 2015–2020.

En liknande utveckling är det för de kvalificerat rådgivande samtalen. I öppenvården fick 35 personer kvalificerat rådgivande samtal om alkoholvanor under 2021 och antalet har minskat med 67 procent sedan 2015. I slutenvården fick 90 personer kvalificerat rådgivande samtal under 2021, en ökning från färre än 5 personer under 2015. Se tabell A11 i tabellbilagan.

Tobaksbruk

Under 2021 fick 10 400 personer enkla råd om tobaksbruk i den specialiserade öppenvården. Antalet som fick rådgivande samtal var 760 personer och kvalificerat rådgivande samtal fick 170 personer. Antalet har halverats för samtliga dessa insatser från 2015.

I slutenvården fick 4 800 personer enkla råd, 90 personer rådgivande samtal och 40 personer kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk under 2021. Antalet som fått enkla råd uppgick 2015 till 500 personer. Denna ökning kan bero på en ökad registrering av enkla råd om tobaksbruk och inte en faktisk ökning. Antalet rådgivande samtal har minskat med 39 procent och antalet kvalificerat rådgivande samtal har ökat med 34 procent sedan 2015. Se tabell T8 i tabellbilagan.

Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel är narkotikaklassade och vid användning finns risk för beroende. Läkemedlen är godkända av Läkemedelsverket [39] för att användas vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar.²¹ Det finns en risk för allvarliga biverkningar, särskilt vid hög konsumtion och vid långtidsbruk. Medlen kan verka aggressivitetshöjande och påverka den kognitiva förmågan så som minne, inlärning, uppmärksamhet och koncentration. Det är viktigt att dessa

²¹ Kan även till viss del användas för att behandla lindrigare former av oro och ångest.

läkemedel inte förskrivs under längre tidsperioder utan noggrant övervägande [39, 40].

Under 2021 var det 175 900 personer i åldern 18–79 år som regelbundet behandlades med vissa sömnmedel eller lugnande medel. Det är fler kvinnor än män som regelbundet behandlas, 108 200 kvinnor och 67 700 män. Antalet har minskat från 33 personer per 1 000 invånare till 23 personer mellan 2011–2021. Det är en minskning med 30 procent. Antalet har procentuellt sett minskat lika mycket för kvinnor och män. För åldersgruppen 18–29 år har antalet per 1 000 invånare nästan halverats vilket är den största procentuella minskningen mellan 2011–2021, övriga åldrar har minskat med 28–33 procent. De flesta som behandlas regelbundet är personer med förgymnasial utbildning, minst vanligt är det bland personer med eftergymnasial utbildning. För alla utbildningsnivåer har antalet minskat, mest för dem med eftergymnasial utbildning, 34 procent, och minst för dem med förgymnasial utbildning, 22 procent. Se även tabellerna Ö1a och Ö1b i tabellbilagan.

Tillgång till vård och omsorg av god kvalitet

Mål 5

Personer med skadligt bruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha tillgång till vård och stöd av god kvalitet

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen kan inte bedöma utveckling av vårdens och omsorgens insatser i förhållande till ANDTS-strategins mål 5.

Det saknas uppgifter om vilket behov av stöd och hjälp som finns vilket behövs för att göra en bedömning av utveckling. Utöver uppgifter om behovet saknas även uppgifter som kan ge en god bild av vilken vård och vilket stöd som ges. Befintliga uppgifter behöver kompletteras med uppgifter om vilka insatser som sker inom primärvården, av andra yrkesgrupper än läkare inom den specialiserade öppenvården samt individbaserade och mer detaljerade uppgifter för socialtjänsten. För dopning saknas uppgifter både för hälso- och sjukvården och för socialtjänsten.

Antalet vårdade för alkoholdiagnos²² i den specialiserade vården har minskat i likhet med antalet riskkonsumenter som Folkhälsomyndigheten redovisar [9]. Om antalet vårdade täcker behovet av tillgång på vård för skadligt bruk eller beroende av alkohol går inte att fastställa. Socialstyrelsen kan dock konstatera att färre får specialiserad vård för alkoholdiagnos.

Personer som vårdats för narkotikadiagnos²³ har ökat. Antalet som uppgett att de använder narkotika har minskat enligt Centralförbundet för alkohol och narkotikas (CAN:s) undersökning [9]. Även om det är fler som får vård för narkotikadiagnos är det oklart om det täcker behovet av vård.

Återinskrivningarna minskar mellan 2011–2020 för samtliga missbruksdiagnoser med undantag för andra stimulantia och flera droger i kombination. Det är inte möjligt att utifrån dessa uppgifter uttala sig om tillgången till vård har påverkats.

Personer med missbruksdiagnos som samtidigt vårdas för ångest eller för ADHD ökar medan samtidig vård för depression minskar. Behovet av samtidig vård finns inga uppgifter om. Det är därför oklart om den vård som ges motsvarar behovet.

Inom socialtjänsten har öppenvård och familjehemsvård ökat medan vård på hem för vård eller boende (HVB) har minskat. Det är oklart om socialtjänstens insatser uppfyller det behov som finns. Mellan 2020 och 2021 syns en minskning i både antalet beslut om omedelbart omhändertagande och

²² ICD-10 kod: F10

²³ ICD-10 kod: F11–F16 samt F18–F19

antalet ansökningar om vård enligt LVM.²⁴ Om detta är en effekt av pandemin, att fler samtycker till vård eller någon annan orsak är för tidigt att uttala sig om.

Socialstyrelsen inväntar den utvärdering av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende som pågår. Utvärderingen kommer att göra en bedömning av utvecklingen för rekommendationerna och planeras att publiceras i april 2024. Socialstyrelsen kan dock konstatera att det är få kommuner som svarat positivt på frågorna i öppna jämförelserna för missbruks- och beroendevården till exempel gällande aktuella rutiner. För frågor som gäller våld i nära relationer uppger relativt många kommuner att de har aktuella rutiner.

Vårdens och omsorgens insatser

Maria Ungdom och Minimaria

Ungdomar med problem som är relaterade till alkohol och andra droger kan i vissa regioner erbjudas hjälp på specialiserade öppenvårdsmottagningar som Maria Ungdom och Minimaria. Dessa mottagningar bedrivs i samverkan mellan region och kommuner. På mottagningarna erbjuds stöd från till exempel läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer, kuratorer, barnmorskor och arbetsterapeuter. Behandlingsinsatser genomförs i samråd med ungdomen själv och dennes familj och nätverk. Målet är drogfrihet och ökad livskvalitet. Nära samverkan sker också med andra aktörer till exempel med polisen [41].

Enligt 1177 Vårdguiden finns det 54 mottagningar i regionerna Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Örebro och Gotland [42]. Nya mottagningar öppnar inom kort i till exempel Västra Götaland. I Uppsala pågår ett pilotprojekt sedan 2017 [43-45].

En uppföljning [46] av mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö²⁵ under perioden 2015–2019 visar att den genomsnittliga åldern för drogdebuten är 15 år och att vårdkontakt inleds vid 17 års ålder. I Stockholm är det vanligare, än i Göteborg och Malmö, att kontakterna med mottagningarna initieras av någon myndighet än av eget eller nätverkets initiativ. Andelen ungdomar som besöker mottagningarna med problem i skolan varierar mellan mottagningarna men genomsnittet har minskat från 64 procent till 61 procent mellan 2015–2019. Även den genomsnittliga andelen som saknar sysselsättning har minskat, från 16 procent till 10 procent.

Diagnostiska instrument i öppen- och slutenvård

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] rekommenderas att hälso- och sjukvård och socialtjänst bör använda instrumenten ADDIS, SCID I eller MINI som underlag för att diagnostisera skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och narkotika.

Användningen av standardiserade diagnostiska instrument vid nydiagnostisering är låg i slutenvården och vid läkarbesök i den specialiserade

²⁴ Enligt 4, 11 och 13 §§ LVM.

²⁵ Stockholm, Göteborg och Malmö bedriver 49 av de 54 mottagningarna i landet.

öppenvården. Inom öppenvården användes instrumenten för 1,9 procent av dem som nydiagnostiserats med alkoholdiagnos och 2,1 procent av dem som nydiagnostiserats med narkotikadiagnos under 2021. Inom slutenvården var användningen lägre, där instrumenten användes för 0,6 procent av de som nydiagnostiserats för alkohol- eller narkotikadiagnos under 2021. Inga större förändringar syns över tid. Se vidare i tabellbilagan, tabellerna A5a, A5b, N3a och N3b.

Specialiserat stöd efter födsel

Konsekvenser av alkoholexponering under fostertiden kan visa sig senare under livet. För såväl barnets utveckling och inläring som för ett gott föräldraskap kan specialiserat stöd behövas. Det specialiserade stödet som ges vid mödra- och barnhälsovården är relativt kort. Mer målinriktad barnhälsovård, uppföljning och lämpliga interventioner för behandling är avgörande och brister inom barnhälsovården idag [6].

Under 2021 var det 25 foster och nyfödda barn som påverkats av skadlig inverkan överförd genom placenta eller bröstmjök²⁶. Mellan 2011–2021 har antalet varierat med 23–35 foster och nyfödda barn.

Färre än fem barn har mellan 2011–2021 årligen vårdats för medfödda missbildningssyndrom orsakade av kända yttre orsaker. I denna uppgift ingår bland annat fetalt alkoholsyndrom.

Vårdade inom specialiserad öppen- och slutenvård

Inom den specialiserade öppen- och slutenvården vårdades 40 800 personer för alkoholdiagnos, 32 300 personer för narkotikadiagnoser, 11 400 personer för tobaksdiagnos och 830 personer för speldiagnos under 2021²⁷. Vården skedde övervägande del inom den specialiserade öppenvården²⁸ med undantag för tobaksdiagnos där merparten får slutenvård. Många får vård både i öppenvård och i slutenvård. Fler män än kvinnor vårdas för ANTS-diagnoserna. Uppgifter om vård för dopning saknas.

Vårdade med alkoholdiagnos

Under 2021 vårdades 390 personer per 100 000 invånare för alkoholdiagnos inom den specialiserade öppen- och slutenvården. Antalet har minskat med 14 procent mellan 2011–2021. Antalet per 100 000 invånare²⁹ har minskat med 25 procent i slutenvården medan antalet har ökat med 6 procent i den specialiserade öppenvården. De flesta med alkoholdiagnos vårdades för de kliniska tillstånden beroendesyndrom, akut intoxikation och skadligt bruk. För beroendesyndrom har antalet minskat med 23 procent och för akut intoxikation med 11 procent. Skadligt bruk har ökat med 9 procent mellan 2011–2021.

Fler män än kvinnor vårdas för alkoholdiagnos. Antalet per 100 000 invånare har minskat för både män och kvinnor mellan 2011–2021. Männens

²⁶ Omfattar läkemedel, tobaksbruk, alkoholbruk, tillvänjande droger, tillsats av kemiska substanser i föda, exponering av kemiska miljögifter och annan ospecificerad skadlig inverkan. Utesluter missbildningar och nyföddhetsgulshot orsakad av läkemedel eller toxiner.

²⁷ ICD-10 koder: alkoholdiagnos F10, narkotikadiagnos F11–F16, F18–F19, tobaksdiagnos F17 och speldiagnos F63.0

²⁸ Uppgifter för den specialiserade öppenvården omfattar endast läkarbesök.

²⁹ Åldersstandardiserade värden för öppen- och slutenvård, kliniska tillstånd och utbildningsnivå.

antal har minskat med 17 procent och kvinnornas med 8 procent. Antalet som vårdas för alkoholdiagnos ökar bland de äldre. I åldersgruppen 65–79 år har antalet ökat med 16 procent och bland personer 80 år och äldre med 62 procent. För övriga åldersgrupper har antalet minskat med 12–28 procent.

Antalet per 100 000 invånare³⁰ som vårdats för alkoholdiagnos har minskat för alla utbildningsnivåer. Bland dem med förgymnasial utbildning har antalet minskat med 19 procent medan minskningen var 2 procent för dem med eftergymnasial utbildning. Se vidare tabellerna A1a och A1b i tabellbilagan.

Vårdade med narkotikadiagnos

Antalet som vårdades för narkotikadiagnoser under 2021 var 300 personer per 100 000 invånare. Antalet har ökat med 21 procent mellan 2011–2021. Inom den specialiserade öppenvården har antalet per 100 000 invånare²² ökat med 43 procent och inom slutenvården har antalet minskat med 13 procent. Det är vanligast att personer vårdas för diagnoserna flera droger i kombination, opioider, cannabis och lugnande läkemedel. De vanligaste kliniska tillstånden är beroendesyndrom, akut intoxikation och skadligt bruk men antalet skiljer mellan olika substanser. Se även tabellerna N1a och N1b i tabellbilagan.

Flera droger i kombination

Under 2021 vårdades 165 personer per 100 000 invånare för diagnosen flera droger i kombination. Antalet har ökat med 35 procent mellan 2011–2021. För de som vårdades för beroendesyndrom ökade antalet per 100 000 invånare²² med 9 procent, akut intoxikation med 126 procent och skadligt bruk med 60 procent.

Det är fler män än kvinnor som vårdas för flera droger i kombination. Men antalet kvinnor per 100 000 invånare har ökat med 37 procent vilket är mer än de 33 procent som antalet män ökat med. De flesta, tre fjärdedelar, som vårdas är i åldern 18–30 år och 31–45 år. För dessa åldersgrupper har antalet per 100 000 invånare²² ökat med 34 procent respektive 60 procent. Antalet per 100 000 invånare som vårdats i åldern 10–17 år är relativt få men antalet har mer än fördubblats mellan 2011–2021.

Av dem som vårdas för diagnosen flera droger i kombination hade 550 personer per 100 000 invånare²² förgymnasial utbildning, 200 personer hade gymnasial utbildning och 60 personer hade eftergymnasial utbildning. Antalet per 100 000 invånare har ökat för samtliga utbildningsnivåer mellan 2011–2021. De med gymnasial utbildning har ökat med 56 procent, eftergymnasial utbildning med 48 procent och förgymnasial utbildning med 40 procent. Se vidare i tabellbilagan, tabellerna D1a och D1b.

Opioider

Det var 92 personer per 100 000 invånare som vårdades för opioiddiagnos under 2021. Antalet har ökat med 23 procent mellan 2011–2021. Fler män än kvinnor vårdas för opioiddiagnos. Antalet män har också ökat mer under perioden 2011–2021 än antalet kvinnor. För männen har antalet per 100 000 invånare ökat med 25 procent och kvinnorna med 18 procent.

³⁰ Åldersstandardiserade värden för öppen- och slutenvård, kliniska tillstånd och utbildningsnivå.

Beroendesyndrom är det i särklass det vanligaste kliniska tillståndet vid opioiddiagnos. Antalet per 100 000 invånare²² har ökat med 23 procent.

De flesta som vårdas för opioiddiagnos är i åldern 31–45 år. Även en stor del finns i åldersgrupperna 18–30 år och 46–64 år. Antalet per 100 000 invånare³¹ i åldersgruppen 31–45 år har ökat med 25 procent medan de andra två åldersgrupperna ökat med 22 procent respektive 23 procent.

Av de som vårdades för opioider 2021 hade 328 personer per 100 000 invånare²³ förgymnasial utbildning, 111 personer gymnasial utbildning och 31 personer eftergymnasial utbildning. Mellan 2011–2021 har antalet med gymnasial utbildning ökat mest, med 44 procent. De med förgymnasial utbildning har ökat med 31 procent och de med eftergymnasial utbildning med 18 procent. Se även tabellerna O1a och O1b i tabellbilagan.

Cannabis

Under 2021 var det 46 personer per 100 000 invånare som fick vård för cannabisdiagnos. Antalet har ökat med 31 procent mellan 2011–2021. Det är nästan dubbelt så vanligt att vårdas för skadligt bruk än att vårdas för beroendesyndrom. Antalet per 100 000 invånare²³ som vårdas för skadligt bruk har ökat med 42 procent mellan 2011–2021. De som vårdats för beroendesyndrom har ökat med 8 procent.

Även bland cannabisdiagnoser är det fler män än kvinnor som vårdas. Antalet vårdade kvinnor ökar procentuellt mer än antalet vårdade män. Mellan 2011–2021 ökade antalet per 100 000 invånare med 65 procent för kvinnor och med 21 procent för män. De flesta som vårdas för cannabis är i åldersgruppen 18–30 år. De andra stora åldersgrupperna är 10–17 år och 31–45 år. I åldersgruppen 18–30 år har antalet per 100 000 invånare ökat med 26 procent, i gruppen 10–17 år med 30 procent och i gruppen 31–45 år med 89 procent.

Av dem som vårdades 2021 för cannabis hade 126 personer per 100 000 invånare²³ förgymnasial utbildning, 58 personer gymnasial utbildning och 27 personer eftergymnasial utbildning. Antalet per 100 000 invånare har ökat med 29 procent, 45 procent respektive 43 procent mellan 2011–2021 för dessa grupper. Se även tabellerna C1a och C1b i tabellbilagan.

Lugnande läkemedel

Antalet personer som under 2021 vårdades för lugnande läkemedelsdiagnos uppgick till 54 personer per 100 000 invånare. Antalet har minskat med 8 procent mellan 2011–2021. För lugnande läkemedel är det akut intoxication som är det vanligaste kliniska tillståndet, tätt följt av beroendesyndrom. Antalet per 100 000 invånare²³ som vårdas med akut intoxication har ökat med 47 procent mellan 2011–2021 medan antalet som vårdats med beroendesyndrom har minskat med 35 procent.

Könsfördelningen för de som vårdas för lugnande läkemedelsdiagnos är relativt jämn. Under perioden 2011–2021 har antalet kvinnor per 100 000 invånare ökat med 10 procent och antalet män med 7 procent. I åldersgrupperna 18–30 år och 31–45 år återfinns en stor del av dem som vårdades för lugnande läkemedel under 2021. För dessa har antalet per 100 000 invånare

³¹ Åldersstandardiserade värden för öppen- och slutenvård, kliniska tillstånd och utbildningsnivå.

minskat med 4 procent respektive 3 procent. Ytterligare en stor del av de som vårdats 2021 är i åldern 46–64 år. Antalet per 100 000 invånare för den gruppen har minskat med 16 procent mellan 2011–2021. I åldersgruppen 10–17 år är antalet per 100 000 invånare som får vård relativt lågt men under perioden har antalet ökat med 110 procent.

Personer med förgymnasial utbildning dominerar bland dem som vårdats för lugnande läkemedel. Under 2021 var det 148 personer per 100 000 invånare³² som hade förgymnasial utbildning, 61 personer gymnasial utbildning och 29 personer eftergymnasial utbildning. Antalet per 100 000 invånare har minskat i gruppen gymnasial utbildning med 8 procent. För övriga grupper har minskningen varit marginell. Mer finns i tabellerna L1a och L1b i tabellbilagan.

Vårdade för tobaksdiagnos

Vid läkarbesök i den specialiserade öppenvården och i slutenvården kan diagnosen F17 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak (i denna rapport kallad tobaksdiagnos). Tobaksdiagnosen används oftast när tobaksbruket uppmärksammas och har betydelse för någon annan sjukdom. Det kan därför finnas ett bortfall som behöver tas i beaktande vid analys av uppgifterna.

År 2021 var det 109 personer per 100 000 invånare som vårdades för tobaksdiagnos. Antalet som har vårdats för tobaksdiagnos har ökat med 34 procent mellan 2011–2021. Ökningen har framförallt skett i slutenvården där de flesta som vårdas får vård. I slutenvården har antalet per 100 000 invånare²⁴ ökat med 42 procent och öppenvården med 11 procent. De flesta som vårdades för tobaksdiagnos vårdades för skadligt bruk eller för beroendesyndrom. Antalet per 100 000 invånare²⁴ som vårdas för skadligt bruk ökade med 72 procent och beroendesyndrom med 7 procent.

Det är fler män än kvinnor som vårdas för tobaksdiagnos, men jämfört med övriga ANTS-diagnoser är fördelningen relativt jämn. Antalet vårdade kvinnor per 100 000 invånare har ökat mer än antalet vårdade män under perioden 2011–2021. Kvinnorna har ökat med 37 procent och männen med 32 procent. Antalet per 100 000 invånare ökar med ålder. I åldern 65–79 år var det 326 personer per 100 000 invånare som vårdades för tobaksdiagnos under 2021. För personer 80 år eller äldre var antalet 197 personer och för 46–64 år 160 personer. Antalet per 100 000 invånare har ökat med 84 procent bland dem som är 80 år och äldre, med 53 procent för 65–79 år och med 10 procent för 46–64 år.

En stor del av dem som vårdas för tobaksdiagnos har förgymnasial utbildning. Antalet vårdade per 100 000 invånare²⁴ uppgick till 203 personer. För gymnasial utbildning var antalet 116 personer och för eftergymnasial utbildning 40 personer. Antalet per 100 000 invånare har ökat mest i gruppen förgymnasial utbildning som ökat med 53 procent. Gymnasial utbildning har ökat med 33 procent och eftergymnasial utbildning med 23 procent mellan 2011–2021. Se även tabellerna T1a och T1b i tabellbilagan.

³² Åldersstandardiserade värden för öppen- och slutenvård och utbildningsnivå.

Vårdade med speldiagnos

Antalet som vårdades för speldiagnos³³ är relativt litet. Under 2021 var det 8 personer per 100 000 invånare som vårdades för speldiagnos. Antalet ökade med 208 procent mellan 2011–2021. Personer med speldiagnos som vårdas i den specialiserade vården vårdas framförallt inom öppenvården och det är också där som antalet per 100 000 invånare³⁴ har ökat mest. Öppenvården har ökat med 283 procent och slutenvården med 60 procent.

Fler män än kvinnor vårdas för speldiagnos. Antalet per 100 000 invånare var 12 män 2021 och antalet har ökat med 200 procent mellan 2011–2021. För kvinnor var antalet 4 per 100 000 invånare 2021 och antalet har ökat med 228 procent. De flesta är i åldern 18–30 år och 31–45 år. Under 2021 var det 19 personer per 100 000 invånare som vårdades för speldiagnos i åldern 31–45 år och 15 personer i åldern 18–30 år. Antalet per 100 000 invånare har ökat med 280 procent för åldern 31–45 år och med 256 procent för åldern 18–30 år.

Under 2021 fick 15 personer per 100 000 invånare²⁵ med förgymnasial utbildning vård för speldiagnos. För dem med gymnasial utbildning var antalet 11 personer per 100 000 invånare och för eftergymnasial utbildning 5 personer. Antalet per 100 000 invånare ökade med 136 procent för dem med förgymnasial utbildning. För dem med gymnasial utbildning ökade antalet med 320 procent och för dem med eftergymnasial utbildning med 216 procent. Mer finns i tabellerna SP1a och SP1b i tabellbilagan.

Återinskrivning i slutenvård

Det var 8 700 personer som vårdats i specialiserad öppenvård eller slutenvård för alkoholdiagnos som återinskrevs under 2020 i slutenvård med alkoholdiagnos. För narkotikadiagnos var det 7 000 personer som återinskrevs i slutenvården för narkotikadiagnos. Motsvarande för tobaksdiagnos var 900 personer och för speldiagnos 40 personer. Andelen återinskrivningar av antalet vårdade var 21,5 procent för alkoholdiagnos, 21,9 procent för narkotikadiagnos, 8,0 procent för tobaksdiagnos och 5,4 procent för speldiagnos under 2020.

Under perioden 2011–2020 har andelen återinskrivningar minskat med 3,9 procentenheter för alkoholdiagnos. En något mindre andel kvinnor återinskrivs, 19,0 procent, jämfört med män, 22,7 procent. Både för kvinnor och män, liksom för samtliga åldrar, minskade andelen mellan 2011–2020.

För dem med narkotikadiagnos var andelen ungefär densamma 2011 som 2020. Andelen ökade fram till 2014 för att därefter minska. För substanserna opioider, cannabis och lugnande läkemedel har återinskrivningarna minskat mellan 2011–2020. För andra stimulantia och för flera droger i kombination har andelen ökat. Den största procentuella minskningen var bland åldersgruppen 10–17 år, som minskade från 11,6 procent 2011 till 9,1 procent 2020.

Även för tobaksdiagnos och för speldiagnos har andelen återinskrivningar minskat mellan 2011–2020. Se tabellerna 2a och 2b i tabellbilagan.

³³ ICD-10 kod F63.0

³⁴ Åldersstandardiserade värden för öppen- och slutenvård och utbildningsnivå.

Förekomst av andra psykiatriska diagnoser

En stor andel av de som vårdas för alkoholdiagnos, narkotikadiagnos eller speldiagnos har inom ett år före eller efter vårdtillfället även vårdats för en annan psykiatrisk diagnos. Även vid vård för tobaksdiagnos sker samtidig vård för andra psykiatriska diagnoser men andelen är betydligt mindre.

Alkoholdiagnos och andra psykiatriska diagnoser

Ångest är den vanligaste psykiatriska diagnos som personer som fått vård för alkoholdiagnos också vårdats för. Bland dem som vårdades för alkoholdiagnos 2020 var det 30 procent, 41 procent av kvinnor och 25 procent av män, som samtidigt fick vård för ångest. Andelen har ökat med 13 procent mellan 2011–2020. För kvinnor ökade andelen med 16 procent och för män med 8 procent.

Bland dem som vårdats för alkoholdiagnos är det också relativt vanligt med samtidig vård för depression. Under 2020 var det 20 procent som fick samtidig vård för depression. Andelen bland kvinnor är högre än för män, 25 procent respektive 17 procent. Andelen har minskat under perioden 2011–2020 med 2 procentenheter totalt, 3 procentenheter för kvinnor och 2 procentenheter för män. Se tabellerna A3a–A3d i tabellbilagan.

Narkotikadiagnos och andra psykiatriska diagnoser

För de som vårdats för olika narkotikadiagnoser har också en stor del vårdats för andra psykiatriska diagnoser. För de flesta narkotikadiagnoser är ångest, depression och ADHD framträdande. För flera av diagnoserna har mellan 5–10 procent även vårdats för personlighetssyndrom, schizofreni och liknande eller ät- och sömnstörningar.

Flera droger i kombination och andra psykiatriska diagnoser

Nästan hälften, 47 procent, av dem som vårdats för diagnosen flera droger i kombination under 2020 har också vårdats för ångest. För kvinnor var andelen 64 procent och för män 40 procent. Mellan 2011–2020 ökade den totala andelen med 3 procentenheter. För kvinnor ökade andelen med 8 procentenheter och för män med en procentenhet.

Mer än en tredjedel, 37 procent, av dem som vårdas för diagnosen flera droger i kombination har samtidig vård för ADHD. Andelen män och kvinnor är ungefär lika, 38 procent för kvinnor och 36 procent för män. Andelen har ökat med 9 procentenheter totalt mellan 2011–2020. Andelen ökade med 13 procentenheter för kvinnor och med 7 procentenheter för män.

En av fyra som vårdats för diagnosen flera droger i kombination får samtidig vård för depression. Andelen bland kvinnor är högre än bland män, 31 procent av kvinnorna och 22 procent av männen. Andelen har minskat med 3 procentenheter totalt och med 4 procentenheter för kvinnor och 2 procentenheter för män.

Av de kvinnor som vårdats för diagnosen flera droger i kombination har 22 procent samtidig vård för personlighetssyndrom. Andelen bland männen är betydligt mindre, 8 procent. Totalt var det 12 procent som vårdades 2020 och som fick samtidig vård för personlighetssyndrom. Andelen har minskat mellan 2011–2020 med 5 procentenheter totalt. För kvinnor med 4

procentenheter och för män med 5 procentenheter. Se även tabellerna D3a–D3d i tabellbilagan.

Opioider och andra psykiatriska diagnoser

Av dem som vårdades för opioiddiagnos under 2020 vårdades 38 procent även för ångest, 49 procent av kvinnorna och 32 procent av männen. Andelen som samtidigt vårdas för ångest har ökat under perioden 2011–2020 med 3 procentenheter totalt. För kvinnor har andelen ökat med 7 procentenheter och för män med 1 procentenhet.

En stor del, 27 procent, av dem som vårdades för opioiddiagnos fick också vård för ADHD. Inga större skillnader mellan kvinnor och män, 28 procent respektive 26 procent. För kvinnor har andelen fördubblats mellan 2011–2020. För männen har också andelen ökat kraftigt, 10 procentenheter. Totalt har andelen ökat med 11 procentenheter mellan 2011–2020.

En av fem som vårdades 2020 för opioiddiagnos får samtidig vård för depression, 23 procent av kvinnorna och 17 procent av männen. Andelen har minskat med 4 procentenheter både totalt och för kvinnor och män. Se även tabellerna O3a–O3d i tabellbilagan.

Cannabis och andra psykiatriska diagnoser

För personer som vårdats för cannabisdiagnos under 2020 har 40 procent samtidigt vårdats för ångest, 60 procent av kvinnorna och 33 procent av männen. Andelen har ökat mellan 2011–2020 med totalt 7 procentenheter. Kvinnornas andel har ökat med 10 procentenheter och männens med 5 procentenheter.

Knappt en tredjedel, 32 procent, av dem som vårdats för cannabisdiagnos under 2020 fick samtidig vård för ADHD. Av kvinnorna var det 39 procent som fick samtidig vård för ADHD och av männen var det 29 procent. Andelen har ökat med 10 procentenheter totalt. Kvinnorna har ökat med 16 procentenheter och männen med 8 procentenheter.

Av dem som vårdats för cannabisdiagnos under 2020 var det 23 procent som även vårdades för depression, 31 procent av kvinnorna och 21 procent av männen. Andelen minskade mellan 2011–2020. Totalt minskade andelen med 2 procentenheter. För kvinnor minskade andelen med en procentenhet och för män med 2 procentenheter.

Cirka 17 procent av dem som vårdades för cannabisdiagnos under 2020, vårdades samtidigt för schizofreni eller liknande. Det var 12 procent av kvinnorna och 19 procent av männen som samtidigt vårdades för schizofreni och liknande. Mellan 2011–2020 har andelen ökat med 3 procentenheter totalt och för kvinnor och män. Se även tabellerna C3a–C3d i tabellbilagan.

Lugnande läkemedel och andra psykiatriska diagnoser

Ungefär 58 procent av dem som vårdades för lugnande läkemedel fick samtidig vård för ångest, 70 procent av kvinnorna och 49 procent av männen. Mellan 2011–2020 har andelen minskat med 2 procentenheter. För kvinnor har andelen ökat med 3 procentenheter och för männen har den minskat med 5 procentenheter.

En tredjedel av dem som fick vård för lugnande läkemedel under 2020 fick samtidig vård för depression, 41 procent av kvinnorna och 26 procent av männen. Totalt har andelen minskat med 5 procentenheter under 2020. För

kvinnor minskade andelen med 3 procentenheter och för män med 7 procentenheter.

En av fyra som vårdades för lugnande läkemedel 2020 fick samtidig vård för ADHD, 23 procent av kvinnorna och 27 procent av männen. Sedan 2011 har andelen ökat med 8 procentenheter totalt. Kvinnor ökade med 10 procentenheter och män med 6 procentenheter.

Samtidig vård för personlighetssyndrom uppgick till 14 procent av dem som vårdats för lugnande läkemedel 2020. För kvinnor var andelen 21 procent och för män 9 procent. Andelen har minskat mellan 2011–2020 med 4 procentenheter totalt, 2 procentenheter för kvinnor och 5 procentenheter för män. I tabellbilagan, tabellerna L2a–L3d finns mer information.

Tobak och andra psykiatriska diagnoser

Samtidigt vård för tobaksdiagnos och andra psykiatriska diagnoser är betydligt mer ovanligt än för alkohol- och narkotikadiagnoserna. För dem som vårdades för tobaksdiagnos under 2020 var det 12 procent som även vårdades för ångest. För kvinnor var andelen 16 procent och för män 9 procent. Andelen har ökat mellan 2011–2020 med en procentenhet totalt. För kvinnor ökade andelen med 2 procentenheter och för män med en procentenhet.

Cirka 7 procent av dem som under 2020 vårdades för tobaksdiagnos hade samtidig vård för depression, 9 procent av kvinnorna och 6 procent av männen. Andelen minskade med en procentenhet totalt och för kvinnor och män mellan 2011–2020. Mer finns i tabellbilagan, tabellerna T3a–T3d.

Spel och andra psykiatriska diagnoser

Ungefär hälften av dem som vårdades för speldiagnos under 2020 vårdades samtidigt för ångest, 61 procent av kvinnorna och 47 procent av männen. Totalt har andelen som vårdades för speldiagnos minskat med en procentenhet, för kvinnor har den ökat med 7 procentenheter och för män minskat med 4 procentenheter.

Mer än en tredjedel, 37 procent, av dem som vårdats för speldiagnos under 2020 har samtidigt vårdats för depression, 43 procent av kvinnorna och 35 procent av männen. Den totala andelen har minskat med 6 procentenheter mellan 2011–2020. För kvinnorna har andelen minskat med 8 procentenheter och för männen med 5 procentenheter.

Av dem som vårdades för speldiagnos under 2020 var det 23 procent som samtidigt vårdades för ADHD. Av kvinnorna var det 33 procent och av männen 21 procent. Andelen har ökat med 9 procentenheter mellan 2011–2020. För kvinnor har andelen nästan dubblats och ökat med 16 procentenheter och andelen för männen har ökat med 7 procentenheter.

En mindre andel, 12 procent av dem som vårdades för speldiagnos under 2020, har samtidigt vårdats för personlighetssyndrom. En fjärdedel av kvinnorna, 26 procent, vårdades under 2020 medan andelen för män var 9 procent. Andelen har minskat med 6 procentenheter totalt mellan 2011–2020. För kvinnorna har andelen minskat med 12 procentenheter och för män med 5 procentenheter. Se tabellbilagan, tabellerna SP3a–SP3d.

Läkemedelsbehandling

Vid alkoholberoende

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] rekommenderas att behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon bör erbjudas till personer med alkoholberoende. Antalet som vårdades för skadligt bruk eller beroendesyndrom av alkohol uppgick till 25 000 vårdade under 2020. Av dessa fick 39 procent behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon. Andelen har minskat med 1 procentenhet mellan 2011–2020.

Det är en större andel kvinnor än män som får läkemedelsbehandling för alkoholberoende. För kvinnor var andelen 44 procent för 2020 och för män var den 37 procent. Andelen har minskat för både män och kvinnor mellan 2011–2020. I den specialiserade öppenvården³⁵ fick 44 procent läkemedelsbehandling vid alkoholberoende under 2020. För slutenvården var andelen 34 procent. För både öppen- och slutenvården minskar andelen mellan 2011–2020.

De flesta som får läkemedelsbehandling vid alkoholberoende får läkemedlet naltrexon. Det är också det läkemedel som fler och fler får, medan de andra två läkemedlen har minskat mellan 2011–2020. Se tabellerna A4a och A4b i tabellbilagan.

Vid opioidberoende – LARO

Personer som haft ett långvarigt och allvarligt beroende av heroin eller andra opioider kan behandlas med läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). LARO kombinerar behandling med läkemedel som utgör narkotika och psykologisk eller psykosocialt stöd alternativt sociala stödinsatser. Insatserna som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patienternas behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.³⁶ Målet med LARO är att öka möjligheterna för personer med opioidberoende att förebygga återfall, förbättra social funktion samt minska medicinska komplikationer, smittspridning och dödlighet. En vårdgivare som avser att erbjuda läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg.³⁷ I oktober 2022 hade 184 verksamheter anmält att de erbjuder LARO [47].

I sprututbytesverksamheternas verksamhetsberättelser skriver flera av verksamheterna att samverkan med LARO-behandling är viktig. De uppger att besökare kan uppleva en oro för att bli utskrivna från LARO om man är öppen med att man också besöker sprututbytet [48].

Uppskattat antal personer i LARO

Rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda personer med opioidberoende LARO med kombinationen

³⁵ Avser endast läkarbesök.

³⁶ Se 4 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

³⁷ Se 3 kap. 1 § HSFL-FS 2016:1.

buprenorfin och naloxon³⁸ eller med metadon och att de kan erbjuda enbart buprenorfin. I statistiken från läkemedelsregistret finns endast de läkemedel som skrivs ut på recept. Läkemedel som regionerna köper in och fördelar till personer vid LARO-mottagningarna, så kallade rekvisitioner, ingår inte och uppgifterna är därmed underskattade.

Under 2021 var det 6 900 personer som hämtade ut läkemedel för opioidberoende på recept. Mellan 2011–2021 har antalet per 1 000 invånare ökat från 0,51 personer till 0,54 personer, eller med 6 procent. Mest har antalet per 1 000 invånare ökat för buprenorfin i kombination med naloxon som ökat med 47 procent. Metadon har minskat med 16 procent och enbart buprenorfin har ökat med 21 procent. Två tredjedelar av läkemedlen skrivs ut till män och en tredjedel till kvinnor. Det förhållandet har inte förändrats under perioden. För buprenorfin i kombination med naloxon och för buprenorfin har antalet ökat mer för kvinnor än för män. Se tabellerna O4a och O4b i tabellbilagan.

LARO till vårdade i specialistvården

Under 2020 var det 3 900 personer, 50 procent, som vårdats för skadligt bruk eller beroendesyndrom vid opioiddiagnos som hämtat ut något av läkemedlen buprenorfin i kombination med naloxon, metadon eller buprenorfin. Mellan 2011–2020 har andelen minskat med 0,7 procentenheter. Det är ungefär lika stor andel kvinnor som män av dem som fått vård för skadligt bruk eller beroendesyndrom vid opioiddiagnos som får läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende. Under 2020 var det 48 procent av kvinnorna och 52 procent männen som fick behandlingen. Personer som vårdas i den specialiserade öppenvården³⁹ får i högre grad läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende än dem som vårdas i slutenvården. Under 2020 var det 53 procent av dem som vårdades i öppenvården som fick behandling och i slutenvården var det 44 procent.

Buprenorfin är det läkemedel som flest får på recept. Under 2020 var det 20 procent av dem som vårdades för skadligt bruk eller beroendesyndrom vid opioiddiagnos som hämtade ut buprenorfin. Motsvarande för buprenorfin i kombination med naloxon och metadon var 15 procent vardera. Mer finns i tabell O5a och O5b i tabellbilagan.

Insatser utan biståndsbeslut inom socialtjänsten

Socialtjänsten kan erbjuda insatser utan biståndsbeslut som riktar sig till personer som vill få stöd och hjälp med sitt alkohol- eller narkotikaproblem.⁴⁰ Enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) kartläggning av socialtjänstens insatser 2022 [49] framgår att den vanligaste insatsen utan biståndsbeslut till inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård var:

- Rådgivning och stöd utan särskild manual
- Rådgivning och stöd utan särskild manual (anhörig)
- Motiverande samtal (MI)

³⁸ För kombinationen buprenorfin-naloxon gäller även rekommendationen för personer som är opioidberoende med smärtstillande läkemedel (analgetika).

³⁹ Avser endast läkarbesök.

⁴⁰ Jfr 3 kap. 1 § SoL.

- Generella enskilda stödsamtal utan särskild manual (anhörig)
- Generella enskilda stödsamtal utan särskild manual
- Rådgivning och stöd för familjer eller par utan särskild manual.

Av kartläggningen framgår att det endast är en mycket liten del av socialtjänstens insatser till personer med missbruk eller beroende, med eller utan biståndsbeslut, som är manualbaserade [49].

Socialtjänstens myndighetsutövning

Vid ansökan om stöd och hjälp vid missbruks- och beroendeproblem gör socialtjänsten en utredning av behov.⁴¹ I Socialstyrelsens öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård [20] redovisas indikatorer som visar på kvaliteten bland annat i missbruks- och beroendeverksamheter.

Brukarinflytande

Brukarinflytande är en förutsättning för att kunna arbeta enligt en evidensbaserad praktik, liksom forskning och beprövad erfarenhet. Brukarinflytande ger också bättre kvalitet och service då beslut tas utifrån klientens behov och erfarenheter. Självförtroende kan öka och självbilden förändras när klienten medverkar och får makt över beslut och handlingar som rör det egna livet [50].

Maktbalansen mellan klienten och socialsekreteraren kan vara i obalans [50]. För att minska obalansen kan klienten ta med en stödperson på möten med socialtjänsten. I 2022 års öppna jämförelser uppgav 14 procent av kommunerna⁴² att de har en aktuell rutin för att erbjuda den enskilde att ha med sig en annan person på möten, till exempel närstående, stödperson eller kontaktperson. Mellan 2017–2022 har andelen ökat med 5 procentenheter.

Det reella inflytande i beslut kan ökas genom brukarinflytande på en övergripande nivå. Ett ökat inflytande kan också nås genom företräderskap där brukarrörelser är en viktig aktör [50]. Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen 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.⁴³ I 2022 års öppna jämförelser uppgav 23 procent av kommunerna⁴² att de inhämtat brukarorganisationers synpunkter och att de har påverkat innehållet i den gemensamma överenskommelsen. Den andelen har minskat sedan 2017 med 15 procentenheter.

Evidensbaserade metoder

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] rekommenderas hälso- och sjukvård och socialtjänst att de bör eller kan erbjuda psykologisk och psykosocial behandling. Rekommendationerna skiljer sig åt för olika behandlingar och målgrupper men har ofta en

⁴¹ Se 4 kap. 1 § SoL.

⁴² Avser för 2022 även stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg och för 2017 även stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö.

⁴³ Enligt 5 kap. 9 a § SoL.

hög prioritet. I öppna jämförelser redovisas en indikator för om kommunerna använder någon av följande rekommenderade insatser:

- Motivational Enhancement Therapy (MET)
- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Community Reinforcement Approach (CRA)
- Tolvstegsbehandling – strukturerad behandling utifrån AA:s tolv steg för tillfrisknande
- Social Behavior Network Therapy (SBNT)

En stor andel av kommunerna⁴⁴, 96 procent, uppgav att de erbjuder minst en av dessa insatser, både vid mätningen 2017 och 2022. Det framgår dock inte hur många som får ta del av dessa insatser.

Bedöma behov och följa upp individen

Ett sätt att säkerställa att den enskildes samtliga behov kommer fram i den utredning som genomförs är att använda strukturerade bedömningsmetoder. Kvalitetssäkrade och strukturerade metoder kan också vara ett stöd för att säkerställa att bedömningen är likartad oberoende av var personen söker hjälp. Metoderna kan vidare utgöra en grund för att individen får rätt insatser. De kan också fungera som utgångspunkt i den systematiska uppföljningen av individen. En sådan metod är ASI (från engelskans ”addiction severity index”). ASI kan ge en samlad bild över problem inom olika livsområden och av erfarenheter av tidigare eller pågående behandling. Socialstyrelsens rekommendation i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör använda ASI för att bedöma hjälpbehov för personer med alkohol- eller narkotikaproblem.

I öppna jämförelser ställs frågan om kommunen har använt något standardiserat bedömningsinstrument⁴⁵ vid uppföljning av enskilda ärenden. I 2022 års undersökning svarade 24 procent av kommunerna⁴⁴ att de under de senaste 3 månaderna använt ett standardiserat bedömningsinstrument vid uppföljning i enskilda ärenden. Andelen har minskat sedan 2017 med 3 procentenheter.

Upptäcka våldsutsatthet

Personer som är utsatta för våld är överrepresenterade i psykiatri och i missbruks- och beroendevården. En viktig förutsättning för att identifiera och hjälpa våldsutsatta är att ställa frågor om våld till enskilda som söker stöd hos socialtjänsten. I de nya föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer som trädde i kraft 1 november 2022⁴⁶ stärks bland annat kraven på att socialnämnden och vårdgivare inom hälso- och sjukvården ska ha rutiner för att fråga om våld. I öppna jämförelser 2022 uppgav 63 procent av kommunerna⁴⁴ att de har en aktuell rutin för hur handläggare vid missbruks- och beroendevården ska gå tillväga vid indikation på att en vuxen person utsatts för

⁴⁴ Avser för 2022 även stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg och för 2017 även stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö.

⁴⁵ Med standardiserade bedömningsmetoder avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas.

⁴⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relation.

våld eller andra övergrepp av närstående. Andelen kommuner med aktuell rutin har ökat från 50 procent 2017.

Individuellt behovsprövade öppna insatser i socialtjänsten

Personer som ansöker om stöd hos socialtjänsten kan bland annat beviljas individuellt behovsprövade öppna insatser.⁴⁷ Insatserna kan till exempel vara strukturerad dagvård, personligt stöd och behandling eller en kontaktperson.

Den 1 november 2021 var det 11 900 personer⁴⁸, 21 år och äldre, som fick individuellt behovsprövade öppna insatser. Av dessa var 7 900 män och 4 000 kvinnor. Det totala antalet har ökat sedan 2015 med 12 procent. Antalet kvinnor och män har ökat ungefär lika mycket men procentuellt sett har kvinnorna ökat mer. Kvinnorna har ökat med 19 procent och männen med 8 procent. Se vidare i tabellerna Ö3a och Ö3b i tabellbilagan.

Socialstyrelsen rekommenderar i ett kunskapsstöd om insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott [51] socialtjänsten att de bör erbjuda strukturerad familjebehandling⁴⁹ i öppenvård för barn 12–17 år med hög risk för fortsatt normbrytande beteende inklusive kriminalitet och missbruk. Strukturerad familjebehandling avser manualbaserade familjeterapeutiska interventioner med syfte att minska barnets normbrytande beteende. I vilken utsträckning som socialtjänsten erbjuder strukturerad familjebehandling är oklart.

Insatser avseende spel

Sedan den 1 januari 2018 ska socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar och aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga.⁵⁰

Under 2021 var det 624 personer som fick insatser för spel om pengar inom socialtjänsten. Ungefär samma antal fick insatser under 2019. Under 2020 var antalet lägre, då fick 500 personer insats. Av dem som fick insats var det en knapp fjärdedel som var kvinnor och drygt tre fjärdedelar var män. Se tabellbilagans tabell Ö7.

Frivillig heldygnsvård

Socialtjänsten kan också bevilja heldygnsvård i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB).⁵¹ Under 2021 var det 6 400 personer som fick frivillig vård på HVB. Antalet har minskat sedan 2015 med 16 procent. Av dem som fick insatsen under 2021 var 1 750 kvinnor och 4 650 män. Förhållandet mellan kvinnor och män har ungefär varit detsamma under hela perioden 2015–2021. I genomsnitt beviljas 98 vård dygn per person 2021, en minskning med 4 vård dygn sedan 2015. Kvinnor beviljas färre vård dygn per person i genomsnitt, än män. Under 2021 beviljades kvinnor i genomsnitt 91 vård dygn och män 100 vård dygn. Under perioden 2015–2021 har

⁴⁷ Enligt 4 kap. 1 § SoL

⁴⁸ Uppgifter saknas för 23 kommuner.

⁴⁹ Till exempel Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Funktionell familjeterapi (FFT), Multidimensionell familjeterapi (MDFT) och Multisystemisk terapi (MST)

⁵⁰ Se 3 kap. 7 § och 5 kap. 1 § 5 SoL.

⁵¹ Se 6 kap. 1 § SoL.

skillnaderna i genomsnittligt antal beviljade vårddygn ökat mellan kvinnor och män. Se vidare i tabellerna Ö4a och Ö4b i tabellbilagan.

Den 1 november 2021⁵² var det 164 personer, 35 kvinnor och 129 män, som fick familjehemsvård enligt SoL eller 27 § LVM. Antalet i familjehemsvård ökade fram till 2018 för att därefter minska under ett par år. Antalet ökade fram till 2021 till ungefär samma nivå som för 2015. För kvinnor har antalet minskat mellan 2015–2021 med 26 procent. För männen har antalet ökat med 5 procent. I tabellbilagens tabell Ö5 finns mer information.

Vård enligt LVM

Syftet med tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, är att genom behövliga insatser motivera den enskilde så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk.⁵³

Antalet ansökningar om tvångsvård enligt LVM från kommunen till förvaltningsrätten har legat stabilt runt 900–1 000 ansökningar under perioden 2015–2019.⁵⁴ Därefter har antalet ansökningar minskat. Mellan 2019–2021 minskade antalet ansökningar från 969 till 818 ansökningar. Övervägande delen av ansökningarna får bifall. Under perioden 2015–2021 har andelen bifall varierat mellan 85–90 procent men visar inga tydliga trender. Risk att utsätta den egna hälsan för allvarlig fara är den vanligaste indikationen för ansökningar, därefter följer risk att förstöra sitt liv och risk att skada sig själv och sedan risk att skada närstående.⁵⁵ Ungefär hälften av ansökningarna har narkotika som huvudsaklig indikation, en tredjedel avser alkohol och en femtedel både alkohol och narkotika under 2021. Antalet personer som omhändertogs omedelbart⁵⁶ har minskat mellan 2015–2021, från drygt 900 personer till cirka 760 personer 2021.

Den 1 november 2021 var knappt 300 personer inskrivna för vård enligt LVM.⁵⁰ Antalet inskrivna den 1 november har varit stabil sedan 2018. Mellan 2015–2017 var antalet runt 360 personer. Antalet beviljade vårddygn har minskat sedan 2015, från 194 000 dygn till 148 000 dygn, inklusive avvikna dygn. Under perioden har antalet avvikna dygn halverats, från drygt 11 000 dygn till 5 500 dygn. Den genomsnittliga vårdtiden har varit konstant under perioden 2015–2021 och uppgått till 160–166 dagar per person.

Antalet personer som skrivs ut från vård enligt LVM har minskat under perioden 2015–2021, från 1 050 personer till 860 personer.⁵⁰ Nära hälften av personerna som skrevs ut från LVM-vård gick till eget boende, träningsboende eller liknande. En stor del knappt 40 procent fortsatte med vård enligt SoL, LVM eller LVU.

Sociala stödinsatser

Socialnämnden ska även aktivt sörja för att personer med missbruk får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån missbruket⁵⁷.

⁵² Uppgifter saknas för 23 kommuner.

⁵³ Se 3 § LVM.

⁵⁴ Mängdstatistik, Socialstyrelsen

⁵⁵ Kriterierna för tvångsvård enligt LVM finns i 4 § LVM.

⁵⁶ Enligt 13 § LVM.

⁵⁷ Se 5 kap. 9 § SoL.

Sysselsättning och ett stabilt boende kan bidra till att personer med missbruk och beroende fullföljer och lyckas med sin behandling [52].

Boendeinsatser

Socialtjänsten bör erbjuda boendeinsatser i form av vårdkedja eller Bostad först till personer med missbruk eller beroende och som är hemlösa, enligt Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19]. Båda dessa insatser bidrar till ökad boendestabilitet men vårdkedja tycks ha något sämre effekt men kan vara ett alternativ beroende på personens behov och förmåga. I 2022 års öppna jämförelser uppgav 20 procent av kommunerna att de erbjuder Bostad först. Jämfört med 2017 års öppna jämförelser är den en minskning från 21 procent av kommunerna.

Socialstyrelsens statistik över bistånd som avser boende⁵⁸ visar att den 1 november 2021 fick 6 300 personer bistånd som avser boende, 1 500 kvinnor och 4 800 män. Mellan 2015–2021 har antalet ökat med 8 procent men den största förändringen skedde fram till 2016. Därefter har utvecklingen stått stilla. Antalet har ökat mer för kvinnor, 14 procent, än för män, 6 procent. Antalet har ökat för långsiktigt boende med 32 procent mellan 2015–2021. För kvinnor har antalet ökat med 26 procent och för män med 34 procent. Både för övergångsboende och akut boende har insatserna minskat. För övergångsboende med 11 procent och för akut boende med 2 procent. För både övergångsboende och akut boende har insatserna ökat för kvinnor medan antalet har minskat för män. Se vidare i tabellbilagan, tabell Ö6.

Socialtjänstens insatser vid hemlöshet

Socialtjänsten kan förebygga, söka upp och stödja människor som befinner sig i eller som riskerar hemlöshet. En riskgrupp för avhysning⁵⁹ och hemlöshet är personer med beroendeproblematik. Av alla vuxna personer med skadligt bruk eller beroende har cirka hälften samtidigt en annan psykiatrisk diagnos och kan behöva behandling för sitt psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett missbruk/skadligt bruk eller beroende [21]. Det finns inga uppgifter om omfattningen av hemlöshet bland personer med skadligt bruk eller beroende.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika som står utanför den ordinarie arbetsmarknaden och som vill ha ett arbete med lön bör få stöd i detta. Socialtjänsten bör erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika med svag arbetsmarknadsanknytning enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19].

⁵⁸ Gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktssinnehavare, det vill säga "sociala kontrakt" eller liknande.

⁵⁹ Avhysning är den juridiskt korrekta termen för ordet "vräkning" som ofta används i vardagligt tal. Begreppet "vräkning" togs bort ur lagstiftningen (Utsökningsbalken) 1981.

I 2021 års öppna jämförelser uppgav 19 procent av kommunerna⁶⁰ att de erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Andelen hade ökat i 2022 års mätning med en procentenhet till 20 procent.

Case management

Modeller med syfte att samordna vård- och stödinsatser och se till att klienten eller patienten får tillgång till adekvat vård och stöd kallas för samlingsnamnet case management. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- erbjuda individuell case management i form av strength model till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika som har behov av samordning
- erbjuda case management i form av integrerade eller samverkande team till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika med svår psykisk sjukdom.

Användningen av case management i form av strength model verkar ha minskat mellan 2017–2022. I öppna jämförelser för 2022 uppgav 21 procent av kommunerna⁶⁰ att de erbjuder case management i form av strength model, en minskning med två procentenheter jämfört med 2017.

Även användningen av case management i form av integrerade eller samverkande team har också minskat mellan 2017–2022. I 2022 års öppna jämförelser uppgav 29 procent av kommunerna⁶⁰ att de erbjuder denna form av case management. Vid 2017 års mätning var andelen 39 procent.

Primärvården

Omställningen till en mer god och nära vård, där primärvården utgör navet inom hälso- och sjukvården, pågår för fullt.⁶¹ Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar, så även för personer i behov av vård och stöd avseende ANDTS.

En heltäckande bild av primärvården saknas idag och Socialstyrelsen har föreslagit ett nytt nationellt hälsodataregister med primärvårdsuppgifter [53]. Socialstyrelsen menar att ett sådant register skulle möjliggöra kartläggningar av omotiverade skillnader och synliggöra till exempel efterlevnad av riktlinjer [53]. Ett hälsodataregister med primärvårdsdata skulle också möjliggöra ökade möjligheter att följa till exempel personer med psykisk ohälsa [54]. Mot bakgrund av att det inte finns nationell statistik om primärvårdens insatser går det inte att säga något om vare sig utvecklingen eller vilka insatser som ges inom ANDTS.

⁶⁰ Avser för 2022 även stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg och för 2017 även stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö.

⁶¹ Se bland annat Regeringens proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform och Regeringens proposition 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.

Dödlighet och skador

Mål 6

Antalet personer som skadas eller dör på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobaks- och nikotinprodukter eller spel om pengar ska minska

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen i förhållande till ANDTS-strategins mål 6 varierar beroende på substans. För alkohol är utvecklingen positiv medan den för narkotika, tobak och spel om pengar är negativ. För dopning är det inte möjligt att bedöma utvecklingen eftersom det saknas uppgifter. Det är heller inte möjligt att bedöma i vilken utsträckning som insatserna i vården och omsorgen bidrar till utvecklingen.

Socialstyrelsen konstaterar dock att skadereducerande insatser ökar, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Andelen suicid eller suicidförsök minskar bland dem som vårdats för alkohol-, narkotika- eller speldiagnos och är relativt konstant för personer som vårdats för tobaksdiagnos. Även andelen dödsfall efter vård för alkohol- respektive narkotikadiagnoser minskar. Efter vård för tobaksdiagnos ökar dock andelen dödsfall. För speldiagnos kan inga slutsatser om utvecklingen göras på grund av för litet underlag.

Andelen av dem som dör till följd av alkoholrelaterad dödlighet är det färre än tidigare som vårdats för alkoholdiagnos, fått läkemedelsbehandling vid alkoholberoende och som vårdats enligt LVM men fler som vårdats för annan psykiatrisk diagnos än missbruksdiagnoser. För dem som avlidit till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning har andelen som vårdats för narkotikadiagnos och de som fått LARO minskat medan dem som vårdats enligt LVM och för annan psykiatrisk diagnos har ökat.

Sprututbytesverksamheter

Sprututbytesverksamheternas primära syfte är att begränsa smitta och smittspridning av exempelvis hepatit C och HIV eller andra blodburna smittor. En annan viktig del är att verksamheterna fungerar som en ingång och kontakt till vård och socialtjänst för en person som injicerar droger, ge råd och stöd samt motivera till frivillig vård och behandling för missbruk eller beroende.

Tillgången till sprututbytesverksamheter ökar, men den största ökningen skedde 2017–2019. Sedan 2019 har en verksamhet tillkommit. Under 2021 fanns det totalt 27 verksamheter, varav en mobil verksamhet, i de 17 regioner som beviljats tillstånd. I fem av regionerna finns verksamheter på flera platser. I tre av regionerna har tillstånd beviljats men verksamhet har ännu inte startat [48].

Antalet personer som tar del av sprututbytesverksamheterna ökar. Under 2021 hade knappt 6 000 personer tagit del av verksamheten, jämfört med knappt 5 000 personer 2019. Under 2021 var det 1 300 personer som besökte verksamheten för första gången. Det är betydligt vanligare att män besöker verksamheten än kvinnor. De flesta besökare är 30–39 år, men verksamheterna besöks av alla åldrar. Besökare under 20 år och över 70 år är ovanligt [48].

Återlämningsgraden för sprutor och kanyler varierar mellan olika regioner och verksamheter. I genomsnitt återlämnas 68 procent av sprutor och kanyler vilket är jämförbart med 2019. Mycket få verksamheter uppnår WHO:s mål, 300 enheter/person/år, för att nå smittpreventiv effekt. Möjlighet till behandling av hepatit C i sprututbytesverksamheten erbjuds av 15 av 26 verksamheter. Övriga verksamheter slussar vidare och erbjuder behandling i samarbete med infektionsklinik [48].

Många verksamheter erbjuder också lättare somatisk vård då exempelvis infektioner, bölder och dylikt är vanligt förekommande. Det finns en bred 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 sprututbytet [48].

Personalbrist på verksamheterna och färre deltagare noterades i de flesta verksamheter under pandemin. Två verksamheter fick stänga på grund av personalbrist. Även laboratorieverksamheten var belastad vilket resulterade i att provsvar för till exempel hiv och hepatiter inte kunde genomföras på samma sätt som i normalläge. Verksamheterna är åter i normal drift. Flera verksamheter samarbetade med vaccinationsmottagningar för att kunna vaccinera deltagare på sprututbytesverksamheterna mot Covid-19 [48].

Tillgängliggöra naloxon

Naloxon är ett läkemedel som kan rädda liv om det används i direkt anslutning till en överdos av opioider då det häver effekten. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd för missbruk och beroende [19] rekommenderas hälso- och sjukvården och socialtjänsten att de bör erbjuda naloxon och utbildningsinsats till personer med opioidberoende och risk för överdos.

Under hösten 2020 svarade 18 av 21 regioner att de systematiskt arbetar för att tillgängliggöra naloxon till personer med risk för opioidöverdos, jämfört med 13 regioner 2019. De regioner som hösten 2020 inte hade påbörjat arbetet uppgav att de blivit fördröjda på grund av pandemin.

Det är vanligt att naloxon erbjuds inom sprututbytesmottagningar, LAROmottagningar och i annan beroendevård. På sprututbytesverksamheterna sker utbildning, utdelning och påfyllning av naloxon till besökare vid 22 av 26 verksamheter under 2021. För 2019 var antalet 12 av 26 verksamheter [48, 55]

Läkemedelsregistret visar också på en ökad förskrivning av naloxon. Under 2021 var det 219 personer som fick naloxon, jämfört med 112 personer under 2019. Under 2021 var det fler kvinnor än män som förskrevs naloxon, 124 kvinnor och 95 män. De flesta, 79 procent, som förskrivs naloxon finns i åldrarna 20–49 år men 5 procent är i åldern 0–19 år. Antalet har ökat för

samtliga åldrar mellan 2019–2021. I läkemedelsregistret registreras inte rekvisitionsläkemedel, det vill säga att ytterligare personer har fått naloxon.

Insatser till anhöriga

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [19] rekommenderas hälso- och sjukvården och socialtjänsten att de bör erbjuda anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika socialt stöd i form av AI- eller Nar-anon-inspirerade program och coping skills training.

I öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård ställs frågan om kommunerna erbjuder något stöd⁶² till närstående till personer med missbruks- och beroendeproblematik. År 2022 uppgav 64 procent av kommunerna⁶³ att de erbjuder stöd till närstående. Andelen har ökat något sedan 2019 då andelen var 63 procent. Av kommunernas inkomna fritextsvar till öppna jämförelser framgår också att många kommuner erbjuder annat stöd till anhöriga både enskilt och i grupp.

Dödlighet inom skadligt bruk och beroende

Dödlighet som orsakas av alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar kan beskrivas på olika sätt. Vanligast är att beskriva dödligheten utifrån hela befolkningen. Det måttet visar på alla som avlidit i alkohol-, narkotika- och läkemedels- och tobaksförgiftning. Orsaken kan vara självskada eller felanvändning av en substans och behöver nödvändigtvis inte handla om skadligt bruk eller beroende.

Alkoholrelaterad dödlighet

Det var 2 100 personer som under 2021 avled i alkoholrelaterade dödsfall. Ungefär en fjärdedel var kvinnor och tre fjärdedelar var män. Hälften var i åldern 65–79 år, och en tredjedel i åldern 46–64 år.

Antalet personer per 100 000 invånare som avled i alkoholrelaterade dödsfall uppgick 2021 till 20 personer. Antalet har minskat med 2 procent mellan 2011–2021. Under 2021 var det 10 kvinnor per 100 000 invånare 2021 och 31 män per 100 000 invånare som avled i alkoholrelaterade dödsfall. För kvinnorna har antalet ökat med 17 procent medan männen har minskat med 7 procent mellan 2011–2021. I de yngre åldrarna, 18–64 år, har antalet per 100 000 invånare minskat medan de ökat i de äldre åldrarna. I åldersgruppen 65–79 år har andelen ökat med 17 procent och i åldersgruppen 46–64 år har andelen minskat med 23 procent.

Det är bland personer med förgymnasial utbildning som störst andel avlider i alkoholrelaterade dödsfall. Under 2021 var det 33 personer per 100 000 invånare och mellan 2011–2021 har antalet ökat med 3 procent. Även bland personer med gymnasial utbildning har antalet per 100 000 invånare ökat. Det var 23 personer per 100 000 invånare med gymnasial utbildning som avled i alkoholrelaterade dödsfall under 2021 och antalet har ökat med 5 procent. För personer med eftergymnasial utbildning var det 10 personer per

⁶² AI-anon-inspirerade stödprogram (inklusive AFT), Nar-anon-inspirerade stödprogram, Coping skills training (CST) samt CRAFT (ingår från och med 2019)

⁶³ Inkluderar stadsdelar respektive socialförvaltningar i Stockholm och Göteborg.

100 000 invånare som avled under 2021 och mellan 2011–2021 har antalet inte förändrats. Se även tabellerna A7a och A7b i tabellbilagan.

Läkemedels- och narkotikaförgiftning

Under 2021 var det 800 personer som avled i läkemedels- och narkotikaförgiftning. Tre av åtta var kvinnor och fem av åtta var män. En tredjedel av personerna var i åldern 46–64 år och nästan lika många i åldern 31–45 år. Antalet dödsfall som följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning uppgick 2021 till 7 personer per 100 000 invånare. Antalet per 100 000 invånare ökade mellan 2011–2017 därefter har antalet minskat till samma nivå som för 2011.

Den största andelen dödsfall avser olycksfall, det vill säga överdoser. Under 2021 var 46 procent överdoser och antalet per 100 000 invånare uppgick till 3,4 personer. Överdoser ökade mellan 2011–2014 för att därefter ligga på en plåtå fram till 2020. Mellan 2020–2021 har andelen minskat. Totalt för perioden 2011–2021 har antalet överdoser per 100 000 invånare ökat med 18 procent. Antalet personer som avled i suicid till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning uppgick 2021 till 2,4 personer per 100 000 invånare. Mellan 2011–2021 har andelen minskat med 9 procent. Även andelen som avlidit där avsikten varit oklar har minskat. Mellan 2011–2021 minskade andelen med 14 procent och uppgick 2021 till 1,6 personer per 100 000 invånare. Andelen ökade mellan 2011–2017 för att därefter minska.

Antalet män per 100 000 invånare som avlider i läkemedels- och narkotikaförgiftningar är högre än andelen kvinnor. Under 2021 var det 6,0 kvinnor per 100 000 invånare och 8,8 män per 100 000 invånare som avled i läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Andelen kvinnor har dock ökat mellan 2011–2021 med 14 procent medan andelen män har minskat med 7 procent. Mellan 2011–2019 ökade andelen kvinnor stadigt men har därefter minskat. För män ökade andelen mellan 2011–2017 för att därefter minska.

Mer än hälften av männen som dör till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar dör på grund av överdos. För kvinnor är det drygt en tredjedel som dör i överdos. Knappt hälften av kvinnorna som avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning dör i suicid medan det för män är en fjärdedel.

Även om antalet dödsfall i läkemedels- och narkotikaförgiftning i ålder 10–17 år är lågt har antalet per 100 000 invånare nästan dubblats mellan 2011–2021. Om det är en trend är för tidigt att säga. För de allra äldsta, 80 år och äldre, har andelen också ökat, liksom för åldern 31–45 år. Mellan 2011–2021 ökade andelen bland de äldsta med 26 procent och i åldern 31–45 år med 17 procent. För övriga åldrar har antalet per 100 000 invånare minskat. För åldern 18–30 år med 12 procent och för åldrarna 46–64 år och 65–79 år med 5 procent.

Av de som avled i läkemedels- och narkotikaförgiftningar under 2021 hade 17 personer per 100 000 invånare förgymnasial utbildning, 10 personer gymnasial utbildning och 4 personer eftergymnasial utbildning. Mellan 2011–2021 har antalet med förgymnasial utbildning ökat med 12 procent och gymnasial utbildning med 6 procent medan eftergymnasial utbildning har minskat med 6 procent. Se vidare i tabellerna N5a och N5b i tabellbilagan.

Kontakter med hälso- och sjukvård och socialtjänst innan dödsfall

Alkoholrelaterad dödlighet

Av de 2 100 personer som avled till följd av alkoholrelaterad dödlighet 2021 var det 23 procent som inom 90 dagar innan dödsfallet vårdats i specialiserade öppenvården⁶⁴ eller slutenvården för alkoholdiagnos. Inom 5 år var det 47 procent som vårdats i öppen- eller slutenvården. Båda dessa andelar har minskat mellan 2015–2021.

Andelen som fått läkemedelsbehandling för alkoholberoende inom 90 dagar respektive 5 år innan alkoholrelaterat dödsfall har minskat mellan 2015–2021. Från 2,5 procent till 1,7 procent för dem som fått vård inom 90 dagar innan dödsfallet och från 19 procent till 13 procent för dem som fått vård inom 5 år innan dödstillfället.

Av dem som avlidit i alkoholrelaterade dödsfall har en mycket liten andel fått vård enligt LVM. Det gäller både om de fått LVM-vård inom 90 dagar eller 5 år före dödstillfället. Under 2021 var det 0,2 procent fått vård enligt LVM inom 90 dagar och 1,5 procent som fått vård inom 5 år före dödstillfället. Båda andelarna har minskat mellan 2015–2021.

Annan psykiatrisk diagnos än missbruksdiagnoser⁶⁵ är vanligt bland dem som avlider i alkoholrelaterade dödsfall. Under 2021 var det 7 procent som inom 90 dagar fått vård för annan psykiatrisk diagnos. Motsvarande för 5 år var 22 procent. Andelen ökade mellan 2015–2018, för både vård inom 90 dagar och inom 5 år, men har därefter minskat.

Det är också relativt vanligt att de som avlider i alkoholrelaterade dödsfall har vårdats för sjukdomar i rörelseorganen. Andelen som vårdats inom 90 dagar från dödsfallet var 7 procent och andelen som vårdats inom 5 år från dödsfallet var 31 procent under 2021. För dem som vårdats inom 90 dagar har andelen varit relativt konstant under perioden 2015–2021 medan den har minskat för dem som vårdats inom 5 år innan dödstillfället. Se tabellbilagens tabeller A8a och A8b.

Läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Antalet som avled i läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2021 var 800 personer. Av dessa har andelen som fått vård för narkotikadiagnos inom 90 dagar respektive inom 5 år innan dödsfallet minskat mellan 2015–2021. För dem som fått vård inom 90 dagar har andelen minskat från 24 procent till 16 procent. För dem som fått vård inom 5 år från dödstillfället har andelen minskat från 51 procent 2015 till 36 procent 2021.

Av dem som dör i läkemedels- och narkotikaförgiftningar var det 2,3 procent som fått läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) inom 90 dagar innan dödsfallet 2021. Andelen har varit relativt konstant mellan 2015–2021. Det var 6 procent som fick LARO inom 5 år innan dödsfallet 2021. Denna andel har minskat från 9 procent 2015.

⁶⁴ Avser endast läkarbesök.

⁶⁵ Avser ICD-10 koderna F00–F99 exklusive F10–F19.

En relativt liten andel har vårdats enligt LVM. Andelen som fick LVM-vård inom 5 år innan dödsfallet var 4,1 procent 2021, en minskning från 6,6 procent 2015.

En av fem vårdades för annan psykiatrisk diagnos än missbruksdiagnos⁶⁶ inom 90 dagar innan dödsfallet i läkemedels- och narkotikaförgiftning 2021. Andelen har minskat från 25 procent 2015 till 20 procent 2021. Under 2021 var det 42 procent av de som avled i läkemedels- och narkotikaförgiftningar som vårdats för annan psykiatrisk diagnos inom 5 år innan dödstillfället. Andelen har minskat från 58 procent 2015. Se även tabellerna N6a och N6b i tabellbilagan.

Dödlighet bland vårdade

Ett annat sätt att studera dödlighet för personer med skadligt bruk eller beroende är att studera dödligheten för dem som vårdats för alkohol-, narkotika-, tobaks- och speldiagnoser och som avlidit inom ett år från vårdtillfället.

Detta mått visar på dödligheten bland de personer som har ett skadligt bruk eller beroende. Men måttet är troligen en underskattning eftersom inte alla personer med skadligt bruk eller beroende som avlider har fått vård. Alla orsaker till att en person har avlidit finns med i måttet. Det innebär att det finns personer som har avlidit till följd av andra orsaker än det skadliga bruket eller beroendet av alkohol, narkotika, tobak eller spel om pengar.

För samtliga diagnoser är andelen med okänd utbildningsnivå hög, till exempel var utbildningsnivån okänd för 70 procent av dem som avled inom ett år från vårdtillfälle med alkoholdiagnos. Anledningen till dessa höga andelar är inte kända. Socialstyrelsen planerar därför för att studera detta mer ingående.

Vårdade med alkoholdiagnos

Bland dem som vårdades för alkoholdiagnos 2021 var det 5,1 procent som avled inom ett år från vårdtillfället. Andelen har minskat med 1,0 procentenhet mellan 2011–2021. Det är fler av de vårdade männen som dör inom ett år än av de vårdade kvinnorna. För kvinnor var andelen 3,9 procent och för män 5,6 procent av dem som vårdades 2021. Andelen har ökat för både män och kvinnor mellan 2011–2021.

Andelen som avlider inom ett år efter vård för alkoholdiagnos har minskat för åldersgrupperna under 65 år och ökat för de äldre åldersgrupperna. Se vidare tabellerna A9a och A9b i tabellbilagan.

Vårdade med narkotikadiagnos

Trots att antalet som vårdas för narkotikadiagnoser ökar har antalet dödfall inom ett år efter vårdtillfället minskat. Av dem som vårdades för narkotikadiagnos under 2021 var det 2,2 procent som avled inom ett år från vårdtillfället. Mellan 2011–2021 minskade andelen med 0,5 procentenheter. Det är lika stor andel kvinnor som män som avlidit ett år efter vård för narkotikadiagnos 2020. Andelen har minskat för både kvinnor och män, dock något mer för män.

⁶⁶ Avser ICD-10 koderna F00–F99 exklusive F10–F19.

Andelen som avlidit inom ett år efter vård för narkotikadiagnos har minskat i alla åldersgrupper under perioden 2011–2021 med undantag för de äldre, 65–79 år och 80 år och äldre. I åldersgruppen 18–30 år har andelen nästan halverats mellan 2011–2021. Se vidare tabellerna N7a och N7b i tabellbilagan.

Flera droger i kombination

En stor andel av dem som vårdas för narkotikadiagnos vårdas för flera droger i kombination och antalet ökar. Andelen som fick vård 2021 och som avled inom ett år från vårdtillfället uppgick till 2,0 procent. Andelen har minskat mellan 2011–2021 med 0,8 procentenheter. En högre andel män än kvinnor avlider inom ett år från vårdtillfället. Se vidare tabellerna D5a och D5b i tabellbilagan.

Opioider

Antalet som vårdas för opioider ökar, men antalet som avlider inom ett år efter vårdtillfället minskar. För de personer som vårdades för opioider under 2021 var det 2,7 procent som avled inom ett år efter vårdtillfället. Andelen har minskat med 0,7 procentenheter sedan 2011. Andelen minskar för både kvinnor och män. Se vidare i tabell O7a och O7b i tabellbilagan.

Cannabis

Relativt många vårdas för cannabis men andelen som avlider inom ett år från vårdtillfället är lågt. Av dem som vårdades för cannabis under 2021 var det 0,6 procent som avled inom ett år. Mellan 2011–2019 har andelen legat stadigt men har sedan minskat med 0,4 procentenheter. Andelen kvinnor som avlider var något högre än andelen män. Andelen kvinnor uppgick till 0,8 procent 2021 och andelen män var 0,5 procent. Se tabellerna C5a och C5b i tabellbilagan.

Lugnande läkemedel

Av dem som vårdades 2021 för lugnande läkemedelsdiagnos var det 3,4 procent som avled inom ett år från vårdtillfället. Andelen har minskat något mellan 2011–2021, med 0,3 procentenheter. Andelen kvinnor är ungefär lika stor som andelen män av de som vårdades under 2021 och som avlider inom ett år. Mellan 2011–2021 har andelen kvinnor ökat konstant medan andelen män har minskat.

De flesta som dör inom ett år efter vård för lugnande läkemedel är i åldern 46–64 år. Under 2021 var det 3,7 procent som avled i den gruppen. Andelen har minskat något, från 4,1 procent 2011. Se även tabellbilagan, tabellerna L5a och L5b.

Vårdade med tobaksdiagnos

Antalet personer som vårdades för tobaksdiagnos 2021 och som avled ett år efter vårdtillfället uppgick till 13 procent. Andelen har ökat mellan 2011–2021 med 3,6 procentenheter. Både andelen kvinnor och män har ökat mellan 2011–2021. En något högre andel kvinnor, 14 procent än andelen män 12 procent har avlidit inom ett år från vårdtillfälle för tobaksdiagnos.

Av de som avlider inom ett år efter vård för tobaksdiagnos är i stort sett alla i över 45 år. För åldersgruppen 65–79 år har andelen som avlider inom ett år efter vård för tobaksdiagnos ökat. Från 13 procent till 16 procent

mellan 2011–2021. För åldersgruppen 46–64 år har andelen ökat från 5,2 procent till 6,4 procent. Se tabellerna T4a och T4b i tabellbilagan.

Vårdade med speldiagnos

Antalet som avlider inom ett år från att ha fått vård för speldiagnos är mycket låg och någon utveckling är inte möjlig att redovisa. Se tabellerna SP4a och SP4b i tabellbilagan.

Suicid och suicidförsök

Alkoholdiagnos

Under 2020 var det 3,3 procent av dem som vårdats för alkoholdiagnos som inom ett år avlidit i suicid eller som vårdats för suicidförsök. Andelen har minskat under hela perioden 2011–2020. Andelen har minskat med 29 procent sedan 2011. Det är fler kvinnor som avlidit i suicid eller vårdats för suicidförsök än män trots att andelen kvinnor som vårdats för alkoholdiagnos är ungefär hälften av männens andel. Det innebär att kvinnornas andel av suicid eller suicidförsök efter vård för alkoholdiagnos är mer än dubbelt så hög som männens. För kvinnorna var andelen 4,8 procent 2020 och männens 2,5 procent.

I åldersgruppen 10–17 år var det 4,7 procent av dem som vårdats för alkoholdiagnos 2020 som inom ett år avled i suicid eller vårdades för suicidförsök. Andelen har ökat mellan 2011–2020. Under perioden var andelen som lägst under 2011 med 3,3 procent och högst med 5,9 procent både under 2014 och under 2019. I åldern 18–30 år var andelen 6,0 procent. I denna åldersgrupp minskade andelen mellan 2011–2016 för att därefter öka stadigt. Totalt sett under perioden 2011–2020 har andelen minskat.

Andelen som avlider i suicid eller suicidförsök efter vård för alkoholdiagnos är ungefär densamma för olika utbildningsnivåer liksom utvecklingen mellan 2011–2020. Andelen uppgick till 3,3 procent för dem med förgymnasial utbildning och som vårdats under 2020, till 3,6 procent för dem med gymnasial utbildning och till 3,0 procent för dem med eftergymnasial utbildning. Se även tabellbilagan, tabellerna A10a och A10b.

Narkotikadiagnoser

Av dem som vårdades för narkotikadiagnos under 2020 var det 7,1 procent som avled inom ett år i suicid eller fick vård för suicidförsök. Andelen har minskat mellan 2011–2012 men har därefter ökat och är i nivå med 2011 års andel.

Mer än dubbelt så stor andel kvinnor än män avled i suicid eller suicidförsök inom ett år efter vård för narkotikadiagnos. Under 2020 var det 11,3 procent av kvinnorna och 5,1 procent av männen. Andelen har minskat för männen och ökat för kvinnorna mellan 2011–2020.

Mer än 13 procent av personer i åldern 10–17 år som vårdades för narkotikadiagnos 2020 avled inom ett år i suicid eller vårdades för suicidförsök. Andelen har ökat från 4,0 procent för dem som vårdades under 2013. För åldersgrupperna 18–30 år och 31–45 år har andelen minskat mellan 2011–2020 medan den ökat för åldersgrupperna över 46 år.

Andelen suicid och vård för suicidförsök inom ett år efter vård för narkotikadiagnos är högst bland personer med eftergymnasial utbildning. Andelen

var 9,2 procent 2020 och har ökat sedan 2014. För personer med förgymnasial utbildning har andelen minskat mellan 2011–2020 och för personer med gymnasial utbildning har andelen varit i stort sett konstant. För dem med förgymnasial utbildning har andelen minskat från 6,8 procent 2011 till 5,3 procent 2020. För gymnasial utbildning var andelen 7,1 procent 2011 och 7,2 procent 2020. Se tabellbilagan, tabell N8a och N8b.

Tobaksdiagnos

Andelen som avlider i suicid eller vårdas för suicidförsök inom ett år efter vård för tobaksdiagnos är relativt liten. Under 2020 var det 0,9 procent som avled i suicid eller vårdades för suicidförsök. Andelen har varit relativt stabil under perioden 2011–2020 och varierat mellan 0,8–1,2 procent. Andelen kvinnor är något högre än för män. Männen andel har ökat under perioden medan kvinnornas har minskat. Kvinnornas andel var 1,0 procent och männens var 0,8 procent under 2020. Högsta andelen återfinns i åldersgruppen 18–30 år där 4,2 procent avled i suicid eller vårdades för suicidförsök inom ett år efter vård för tobaksdiagnos. Inga större skillnader noteras mellan olika utbildningsnivåer. Se tabellerna T5a och T5b i tabellbilagan.

Speldiagnos

Av dem som vårdats för speldiagnos 2020 var det 3,1 procent som avled i suicid eller vårdades för suicid inom ett år efter vårdtillfället. Andelen 2011 var 4,6 procent. För kvinnor är andelen mer än dubbelt så hög som andelen för män. Andelen har varierat över åren för både kvinnor och män. Under 2012 var andelen 10,9 procent för kvinnor och 7,7 procent för män. Under 2020 var andelen kvinnor 5,6 procent och andelen män 2,3 procent. För dem med gymnasial utbildning var andelen 3,8 procent för dem som vårdades under 2020. Motsvarande andel var 1,9 procent för dem med eftergymnasial utbildning. Se vidare tabellbilagan, tabellerna SP5a och SP5b.

Referenser

1. Uppdrag att stödja genomförandet av den förnyade strategin för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021-2025 (ANDTS-strategin) (Regeringsbeslut I:3 2021-04-08 S2021/03341 (delvis)).
2. Ändring av uppdraget att stödja genomförandet av den förnyade strategin för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021-2025 (ANDTS-strategin) (Regeringsbeslut I:12 2021-07-01 S2021/03341 delvis)).
3. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022-2025 (Skr. 2021/222:213).
4. Gravida kvinnor med missbruksproblem och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Avrapportering av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen; 2007.
5. Graviditet, förlossning och tiden efter. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag. Bilaga. Remissversion. Socialstyrelsen; 2022.
6. Stärkt stöd till barn som anhöriga. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017-2020. Socialstyrelsen; 2020.
7. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2018.
8. Folkhälsomyndigheten. Tobaksrökning, daglig. Hämtad 2023-03-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/tobaksrokning-daglig/>
9. Folkhälsomyndigheten. Indikatorlabbet – utvecklingen inom alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel i siffror. Hämtad 2023-02-20 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser/indikatorlabbet/>
10. Cesares Olsson M. Nationell vägledning Familjecentral. Samverkan för barns bästa!: Föreningen för familjecentralers främjande; 2022.
11. Kvalitetsuppföljning av familjecentraler. Sammanställning för verksamhetsåret 2019. Föreningen för familjecentralers främjande; 2020.
12. Kvalitetsuppföljning av familjecentraler. Sammanställning av verksamhetsåret 2020. Föreningen för familjecentralers främjande; 2021.
13. Kunskapsguiden. Barn till föräldrar med missbruk eller beroende. Hämtad 2023-01-19 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/barn-till-foraldrar-med-missbruk-eller-beroende/>
14. Kunskapsguiden. Socialtjänsten - barn som anhöriga. Hämtad 2023-01-19 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/socialtjansten/>
15. Kunskapsguiden. Hälso- och sjukvården - barn som anhöriga. Hämtad 2023-01-19 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/halso-och-sjukvarden/>
16. Bilaga - Tabeller - Barn och unga - insatser år 2011. Socialstyrelsen; 2012.

17. Bilaga - Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2021. Socialstyrelsen; 2022.
18. Statens institutionsstyrelse. SiS årliga statistik. Hämtad 2023-02-08 från: <https://www.stat-inst.se/publikationer/sis-arliga-statistik/>
19. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd till styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2019.
20. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Hämtad 2023-01-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/>
21. Stöd för socialtjänsten i arbetet med att förebygga avhysningar. Socialstyrelsen; 2022.
22. Hemlöshet 2017 - omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2017.
23. Nationell handlingsplan för att implementera den europeiska barngarantin (Bilaga till regeringsbeslut 2022-03-17 I:9 S2022/01667).
24. Kronofogden. Statistik om vräkningar. Hämtad 2023-01-11 från: <https://kronofogden.se/om-kronofogden/statistik/statistik-om-vrakningar>
25. Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen - en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar. Uppdrag Psykisk Hälsa; 2016.
26. Vårdguiden. Hitta vård - Ungdomsmottagning. Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.1177.se/hitta-varld/?st=b8fdb50a-db3e-4a89-ae6c-cc7a188038ae&nearby=false&s=name&g=&lat=&lng=&location=&car etype=Ungdomsmottagning&q=>
27. UMO. Om UMO. Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.umo.se/om-oss/>
28. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Om YOUMO. Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.youmo.se/om-youmo/om-youmo/>
29. Socialstyrelsen. SSPF (skola socialtjänst polis fritid). Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/unga-som-begar-brott/exempel-brottsforebyggande-metoder/sspf-skola-socialtjanst-polis-fritid/>
30. SIG. Samverkan i sociala insatsgrupper. Socialstyrelsen, Polisen, Brottsförebyggande rådet, Skolverket, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
31. Kunskapsguiden. Tidiga och samordnade insatser (TSI). Hämtad 2023-01-10 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/tidiga-och-samordnade-insatser-tsi/>
32. Skolverket. Tidiga och samordnade insatser för barn och unga - TSI. Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.skolverket.se/skolutveckling/leda-och-organisera-skolan/organisera-tidigt-stod-och-extra-anpassningar/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga>
33. Socialt fältarbete med barn och unga. Kartläggning av uppsökande och förebyggande socialt fältarbete i kommunal regi. Socialstyrelsen; 2022.
34. Vägledning för elevhälsan. Socialstyrelsen, Skolverket; 2017.
35. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2016. Socialstyrelsen; 2016.
36. Bilaga - Resultat - öppna jämförelser 2022 - Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2022.
37. Nationella riktlinjer - Utvärdering. Vård vid depression och ångestsyndrom. Indikatorer. Bilaga 2. Socialstyrelsen; 2019.

38. Irene Nilsson Carlsson, Ann-Sofie Bertilsson. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2021: Socialstyrelsen; 2022.
39. Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting.: Socialstyrelsen; 2014.
40. Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller befoende av olika substanser. öppna jämförelser av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser. Socialstyrelsen; 2017.
41. Maria Ungdom Region Stockholm. Om Maria Ungdom. Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.mariaungdom.se/om-oss/>
42. Vårdguiden. Hitta vård - Mini-Maria. Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.1177.se/hitta-varld/?st=6fe1a0cd-6d1d-42fb-87f4-730805f0da48&nearby=false&s=name&g=&lat=&lng=&location=&carotype=Mini-Maria&q=>
43. Västra Götalandsregionen. Mini-Maria. Hämtad 2023-01-10 från: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/riktade-mottagningar/mini-maria/>
44. Region Uppsala. Unga missbrukare ska få bättre hjälp. Hämtad 2023-01-10 från: <https://regionuppsala.se/politik-och-paverkan/pressrum/2017/februari/unga-missbrukare-ska-fa-battre-hjalp/>
45. Region Uppsala. Uppsnavbat sjukhusstyrelsen 24 februari 2020. Hämtad 2023-01-10 från: <https://regionuppsala.se/politik-och-paverkan/handlingar/uppsnavbat/lista-nyhetsbrev/uppsnavbat-2020/uppsnavbat-sjukhusstyrelsen-24-februari/>
46. Dahlberg M, Anderberg M. Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö - Ungdomar i öppenvård år 2019: Stockholms stad, Göteborgs stad, Malmö stad, Region Skåne, Västra Götalandsregionen; 2020.
47. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Inspektionen för vård och omsorg; 2022.
48. Hagggar A. Sprututbytesverksamhet. PM. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022-12-06.
49. Kartläggning av socialtjänstens insatser. Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
50. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri. Socialstyrelsen; 2011.
51. Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6-17 år. Socialstyrelsen; 2021.
52. Kunskapsguiden. Sociala stödinsatser. Hämtad 2023-01-23 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-missbruk-och-beroende/sociala-stodinsatser/>
53. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Socialstyrelsen; 2021.
54. God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2021:6).
55. 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. Socialstyrelsen; 2021.