

Nationell utvärdering – vård och stöd vid skadligt bruk och beroende

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-634-5

Artikelnummer: 2024-6-9057

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2024.

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en nationell utvärdering av vård och stöd vid skadligt bruk och beroende. Utgångspunkten har varit de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019.

Utvärderingen vänder sig till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom regioner och kommuner, men den kan även vara till nytta för andra aktörer, såsom berörda yrkesgrupper, patienter och brukare, allmänheten och medier. Projektledare för utvärderingen har varit Ehline Larsson som tillsammans med Madelene Barboza och Heval Beydogan har utgjort projektets arbetsgrupp. Externa experter har varit Anette Skårner, Nils Stenström, Härje Widing, Anders Håkansson, Anders Hammarberg, Mikael Dahlberg och Helena von Schewen. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Inledning	8
Metod och datakällor	10
Skadligt bruk och beroende	12
Införande av de nationella riktlinjerna har betydelse för en god och jämlik vård.....	20
Standardiserade instrument för diagnostik och bedömning	29
Medicinska tester som verktyg för kartläggning av skadligt bruk och beroende.....	41
Läkemedelsbehandling	47
Psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder	59
Sociala stödinsatser	72
Avslutande diskussion	83
Referenser.....	87
Projektorganisation.....	89

Sammanfattning

Skadligt bruk och beroende är ett stort problem i befolkningen som kräver insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den här rapporten presenterar en utvärdering om vård och stöd vid skadligt bruk och beroende där utgångspunkten har varit följsamheten till de nationella riktlinjerna.

Resultatet i utvärderingen visar på stora skillnader mellan i hur många län det finns aktuella samverkansöverenskommelser mellan socialtjänsten och den regionala verksamheten, med syfte att på ett effektivt och jämlikt sätt erbjuda stöd och behandling för skadligt bruk och beroende.

Möjlighet till fortbildning är viktigt för personal som möter personer med skadligt bruk och beroende och resultaten visar att flera kommuner och regioner har erbjudit detta.

Utvärderingen visar att en betydande andel vuxna med misstänkt alkohol- eller narkotikaproblem inte blivit bedömda med ett standardiserat bedömningsinstrument under mätperioden januari 2022 och juni 2023. Socialstyrelsen har gett ut ett kunskapsstöd där myndigheten ger en rekommendation om strukturerade bedömningar av problematiskt spel om pengar. Utvärderingen visar dock att det är få verksamheter som gör detta. Resultaten visar också att andelen strukturerade suicidriskbedömningar som genomförs inom hälso- och sjukvården måste öka och att socialtjänsten i flera kommuner behöver införa rutiner för att fråga om tankar på suicid.

Användandet av medicinska tester inom hälso- och sjukvården är etablerat och socialtjänsten utför också medicinska tester i viss utsträckning. Utvärderingen visar att läkemedelsbehandling är en viktig men underutnyttjad resurs och särskilt inom området alkoholberoende behöver förskrivningen öka. Resultaten visar att de läkemedel som rekommenderas inom LARO (läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende) erbjuds, men det är inte alla verksamheter som erbjuder samtliga läkemedel som ingår i LARO-programmet.

Det är positivt att verksamheter inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder olika psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser. Dock visar resultaten att de sociala stödinsatser som rekommenderas inte erbjuds inom samtliga socialtjänstverksamheter och regioner, vilket leder till ojämlik tillgång till behandling. En majoritet av verksamheterna, inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, erbjuder inte arbetsförberedande insatser eller case management. Dessa insatser är särskilt viktiga för personer med samsjuklighet. Fler

socialtjänstverksamheter behöver även förbättra möjligheten att erbjuda de rekommenderade boendeinsatserna vid hemlöshet.

Identifierade förbättringsområden

Resultaten visar att regionerna och socialtjänsten i kommunerna behöver fortsätta stärka sitt arbete för att nå en god och jämlik vård genom:

- Användningen av standardiserade bedömningsinstrument behöver öka för att kartlägga, diagnostisera och bedöma skadligt bruk och beroende.
- Fördjupade bedömningar behöver göras i större utsträckning, vilket kräver rätt kompetens och förutsättningar i arbetet för personal som möter personer med skadligt bruk och beroende.
- Det suicidpreventiva arbetet måste bli bättre. Ett sätt är att det finns skriftliga rutiner som ytterligare kan förbättra det suicidpreventiva arbetet i socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården behöver fler strukturerade suicidriskbedömningar genomföras.
- Kartläggning och tidig upptäckt av problematiskt spel om pengar behöver ske rutinmässigt och i större utsträckning, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inom samtliga verksamheter.
- Fler verksamheter behöver arbeta med medicinska tester för att åstadkomma en mer jämlik tillgång.
- Fler verksamheter behöver öka följsamheten till rekommenderad läkemedelsbehandling.
- Fortsatt arbete behövs för att säkerställa att resurser läggs på behandlingsmetoder med högst prioritet i riktlinjerna.
- Regionerna behöver utöka sina möjligheter att erbjuda psykologisk behandling vid problematiskt spel om pengar.
- Arbetsrehabiliterande insatser behöver finnas tillgängliga i samtliga socialtjänstverksamheter som behandlar personer med skadligt bruk och beroende i kommunerna.
- Insatser för att främja stabila boendesituationer för personer med skadligt bruk och beroende behöver finnas tillgängliga i samtliga socialtjänstverksamheter i kommunerna.
- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver säkerställa att arbetet sker utifrån ett helhetsperspektiv, där även barn och vuxna anhöriga och närstående uppmärksammas och erbjuds information och stöd för egen del.
- Enligt socialtjänstlagen (2001:453) har bland annat personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården en skyldighet att anmäla

misstanke om att ett barn far illa.¹ Därför är det viktigt att personal som möter personer med skadligt bruk och beroende rutinmässigt tar upp frågan om berörda minderåriga barn.

Förutsättningar för att kunna följa upp och utvärdera vården vid skadligt bruk och beroende

Tillgången till data är begränsad för att kunna följa upp om personer med skadligt bruk och beroende får den vård och stöd som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Det behövs nationella register som innefattar enhetliga definitioner av centrala begrepp. En utmaning har varit svårigheten att följa läkemedelsbehandling eftersom en allt högre andel patienter får läkemedel via rekvisition och därmed inte registreras i befintliga register.

Tillgång till datakällor med god nationell täckning är en förutsättning för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna få återkoppling kring kvalitet, jämlikhet och effektivitet i den vård och de insatser som erbjuds. I nuläget är många datakällor inte heltäckande vilket begränsar möjligheterna att utvärdera följsamhet i relation till de nationella riktlinjerna.

¹ Se 14 kap. 1 § socialtjänstlagen.

Inledning

Socialstyrelsen arbetar för att vård och omsorg inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska vara jämlik och finnas till för alla. Det gör vi bland annat genom att ta fram nationella riktlinjer och indikatorer samt att utvärdera vården och omsorgen för specifika sjukdomsgrupper.

Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg för att beskriva vad som är god vård respektive god kvalitet i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. God vård och omsorg innebär också att vård och stöd ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Den här rapporten presenterar en utvärdering av vård och stöd vid skadligt bruk och beroende. Utgångspunkten har varit Socialstyrelsens rekommendationer i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1]. Vården och stödet till personer med skadligt bruk och beroende är olika organiserat, både inom- och mellan regioner och kommuner. Utvärderingen fokuserar på att kartlägga regionernas och socialtjänstens utbud av insatser, strukturer och processer för vård och behandling, samt att undersöka vad som påverkar dessa.

Begreppet missbruk förekommer i socialtjänstlagen (2001:453) och många kommuner använder det i sitt arbete. Samsjuklighetsutredningen [2] tar tydlig ställning för att avveckla begreppet och i Narkotikautredningen [3] görs samma ställningstagande. Det finns heller inte kvar i dagens diagnossystem. I utvärderingen använder vi begreppet missbruk endast när vi hänvisar till de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. I samband med en översyn av de nationella riktlinjerna kommer begreppet missbruk att ändras till skadligt bruk. Planen är att starta en översyn hösten 2024.

Utvärderingen är en del av nationella riktlinjer

Skadligt bruk och beroende som sjukdomsområde inkluderar flera olika beroendetillstånd (alkohol-, narkotika- och spelberoende). Rutiner gällande bedömning och behandling kan se olika ut utifrån hur huvudmännen har valt att organisera vården och stödet för personer med skadligt bruk och beroende. Som riktlinjeområde innehåller området missbruk och beroende ett stort antal rekommendationer och flertalet tillstånd och målgrupper, vilket medför en betydande omfattning och komplexitet. Detta har stor

betydelse för möjligheten att kartlägga, jämföra och utvärdera insatser inom området.

I Socialstyrelsens modell för att ta fram nationella riktlinjer ingår att utvärdera följsamheten till rekommendationerna. Syftet är att öppet jämföra och utvärdera hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete. Genom den här utvärderingen kan vi identifiera flera förbättringsområden. Förbättringsområdena ger regionerna och kommunerna underlag för fortsatta prioriteringar inom området. Resultaten är ett av underlagen vid en revidering av de nationella riktlinjerna, samt för revidering och utveckling av delar som hanteras inom nationella vård- och insatsprogram och kunskapsstöd inom området. Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp som består av utredare och statistiker på Socialstyrelsen och externa experter. Ett flertal personer har på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Utvärderingens avgränsningar

I utvärderingen redovisas data för riket som helhet. Detta beror på att det inte finns någon nationell kartläggning inom området skadligt bruk och beroende, som definierar antal verksamheter och vilket uppdrag som dessa verksamheter har. När det är möjligt att dela upp data redovisas de per region.

Eftersom det finns flera pågående och nyligen avslutade nationella uppdrag som hanterar samverkan och samsjuklighet inom området, till exempel Samsjuklighetsutredningen [2] och Narkotikautredningen [3] ingår inte frågor om samverkan inom- eller mellan huvudmännen eller frågor om delat huvudmannaskap, utan vi refererar istället till dessa utredningar.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer innehåller även rekommendationer om åtgärder som inte bör göras (icke-göra). Det kan handla om åtgärder som är skadliga för hälsan, men det kan också handla om åtgärder som saknar evidens och riskerar att skapa undanträngningseffekter om de fortsätter att tillämpas. Dessutom kan användning av felaktiga åtgärder leda till ett ännu större vårdbehov. Under 2023 gjorde Socialstyrelsen en utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjernas rekommendationer med prioritet icke-göra [4] och av den anledningen ingår inte detta i utvärderingen.

Metod och datakällor

Utvärderingens resultat baseras främst på enkätundersökningar och data från Socialstyrelsens register. För att komplettera register- och enkätdata har även gruppintervjuer genomförts med representanter från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

→ Läs mer om indikatorerna i Indikatorrapporten på Socialstyrelsens webbplats.

Socialstyrelsens register

- Patientregistret.
- Läkemedelsregistret.
- Dödsorsaksregistret.

→ Läs mer om registren på Socialstyrelsens webbplats.

Enkätundersökningar

För att samla in information till utvärderingen genomförde Socialstyrelsen enkätundersökningar till fyra olika mottagare (tabell 1):

- regionledning
- specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård, LARO-verksamheter respektive till specialiserad psykiatrisk- och beroendevård för barn och ungdomar
- primärvården
- socialtjänstens verksamhetsområde vuxen beroendevård och till barn och unga.

Kontaktuppgifter till verksamheter som bedriver specialiserad beroendevård och specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård kommer från regionerna, 1177 och kvalitetsregistren Bättre beroendevård och QBUP. I enkäten fick verksamheterna indikera vilka delar av specialiserad vård som ingick i deras uppdrag och svara på de enkätfrågor som behandlade de indikerade delarna. Enkätarna skickades ut i september 2023 via ett elektroniskt enkätverktyg (Survey Generator), och insamling pågick till och med oktober. Det är viktigt att notera att enkätresultaten visar verksamheternas egna bedömningar av genomförda insatser och representerar inte några gemensamma objektiva mått.

Tabell 1. Enkätutskick

Mottagare	Utskick	Inkomna	Svarsfrekvens (procent)
Regionledning	21	17*	81
Specialiserad vård (totalt)	326	213**	65
• beroendevård vuxen		73	
• LARO		61	
• beroendevård ungdom		36	
• BUP		82	
Primärvård	751	293	39
Socialtjänst	176	131	74

*svar saknas från Uppsala, Västra Götaland, Värmland och Örebro.

**svar saknas från Gävleborg.

Källa: Socialstyrelsens enkäter till regionledningar, specialiserad vård, primärvård och socialtjänst, 2023.

→ Läs mer om enkäterna i bilaga 1 på Socialstyrelsens webbplats.

Gruppintervjuer med representanter från verksamheter

Totalt sju gruppintervjuer genomfördes med sammanlagt 19 representanter från nio regioner som arbetar inom socialtjänst, primärvård, specialistvård och LARO-verksamhet, samt specialiserad barn och ungdomspsykiatri (BUP). En öppen inbjudan skickades via Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa riktad till personer i ledningsfunktioner med ansvar att fatta beslut inom sin verksamhet. Samtliga som anmälde sitt intresse bjöds in till intervjun (28), och nio personer valde att inte delta. Intervjuerna analyserades genom innehållsanalys med en deduktiv ansats som utgick från de fastställda områdena i intervjuguiden (bilaga 2 på Socialstyrelsens webbplats).

Datakvalitet med tolkningssvårigheter

I den här utvärderingen undersöks vilka insatser som erbjuds av alla personalkategorier till personer med skadligt bruk och beroende inom primärvården, specialistvården och socialtjänsten. Patientregistret innehåller dock endast vårdtillfällen inom slutenvården och läkarbesök inom den specialiserade öppna vården. Registreringar för samtliga personalkategorier har införts från och med år 2024, vilket innebär att de inte finns med i denna utvärdering. Registreringar i primärvården saknas helt i registret. Det saknas också nationella register med individbaserade uppgifter för socialtjänsten.

Skadligt bruk och beroende

Skadligt bruk och beroende innebär överdriven användning av en eller flera substanser, såsom alkohol och narkotika, som i sin tur orsakar olika former av fysiska, psykologiska och/eller sociala problem, och att personen ändå fortsätter att använda substansen. Det är vanligt med toleransutveckling, det vill säga att mängden medel som tas måste öka för att uppnå önskad effekt. Problematiskt spelande eller spelberoende karaktäriseras av frekventa och upprepade spelepisoder som dominerar personens liv.

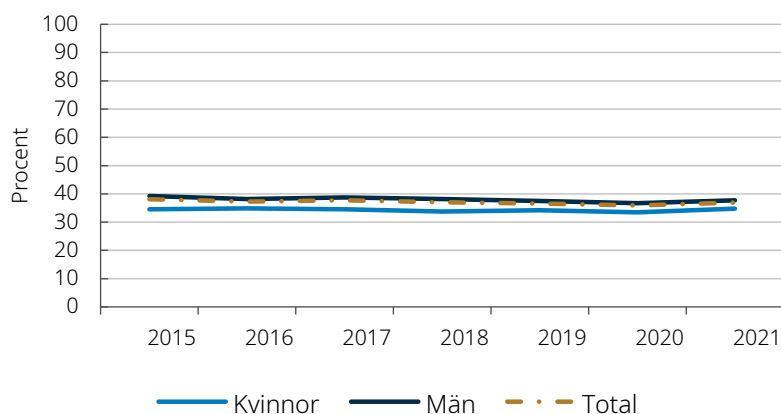
Alkoholberoende

Under en längre period har förekomsten av alkoholberoende varit i stort sett oförändrad i befolkningen och i en undersökning från 2021 beräknades 3,8 procent av befolkningen över 17 år som alkoholberoende, uppdelat på 3,1 procent av kvinnorna och 4,4 procent av männen [5]. Detta återspeglas även inom vården där inga markanta förändringar kan ses.

Andelen personer 18 år och äldre som återinskrivs i slutenvården med alkoholdiagnos ett år efter tidigare slutenvård (indikator 18) har enligt diagram 1 legat stabilt mellan 35–40 procent under perioden 2015–2021. Resultatet visar också en lägre andel för kvinnor jämfört med män.

Diagram 1. Andelen personer 18 år och äldre återinskrivna i slutenvården med alkoholdiagnos (F10 som huvud- eller bidiagnos) 365 dagar efter tidigare slutenvård med alkoholdiagnos (indikator 18)

Personer 18 år eller äldre under perioden 2015–2021.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsens lägesbild för ANDTS² [6] har antalet personer (10 år eller äldre) som vårdats inom slutet eller öppen specialiserad vård med alkoholdiagnos per 100 000 invånare minskat från år 2015. De senaste åren

har antalet legat runt 400 personer per 100 000 invånare. Antalet är betydligt högre för män, men samtidigt har andelen män i befolkningen som vårdats för alkoholberoende minskat mer än för kvinnor under motsvarande tid.

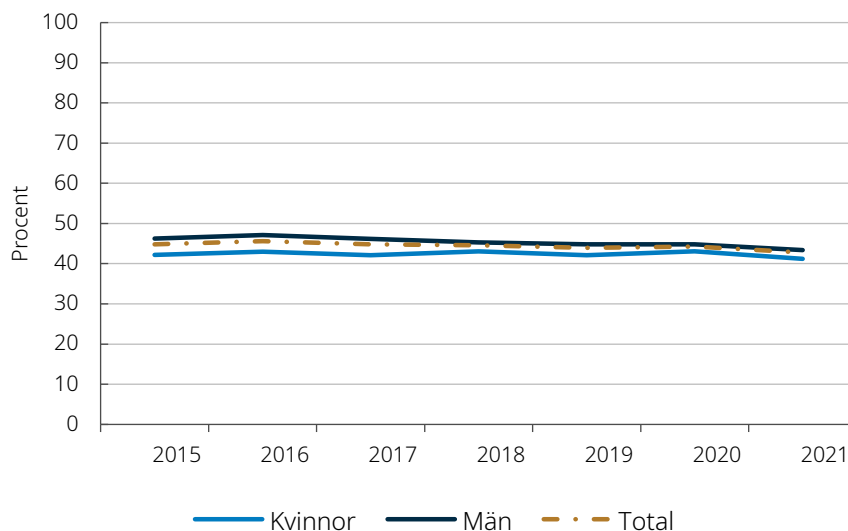
Vad gäller ungdomars alkoholkonsumtion indikerar undersökningar att den har minskat stadigt i Sverige sedan år 2000. I en nationell skolundersökning 2023 uppgav 43 procent av flickorna och 34 procent av pojkarna i årskurs nio att de hade druckit alkohol under de senaste 12 månaderna, och omkring 8 procent av flickorna och pojkarna hade konsumerat alkohol intensivt minst en gång i månaden. För elever i gymnasiets årskurs 2 hade 73 respektive 68 procent druckit alkohol under de senaste 12 månaderna, samt 17 respektive 22 procent hade konsumerat alkohol intensivt minst en gång i månaden [7]. I en annan svensk epidemiologisk studie uppskattas cirka 9 procent av ungdomarna i åldern 18 år ha ett beroende av alkohol och 4 procent ha ett skadligt bruk [8].

Narkotikaberoende

Förekomsten av narkotikaberoende har också legat på stabila nivåer under de senaste åren. För året 2021 uppskattades att omkring 2 procent av befolkningen över 17 år kunde klassas med substansbrukssyndrom och att skillnaderna var små mellan kvinnor och män [5]. Denna självrapporterade omfattning är troligtvis en underskattning av den verkliga situationen [5]. En relativ stabilitet kan även observeras inom vården av personer med skadligt bruk och beroende av narkotika. Andel personer 18 år och äldre som återinskrivs i slutenvård med narkotikadiagnos ett år efter tidigare slutenvård (indikator 18) har enligt diagram 2 legat stabilt mellan 40 och 50 procent under mätperioden. Resultatet visar också en lägre andel kvinnor jämfört med män under samma period.

Diagram 2. Andelen personer 18 år och äldre återinskrivna i slutenvården med narkotikadiagnos (F11-F16, F18-F19 som huvud- eller bidiagnos) 365 dagar efter tidigare slutenvård med narkotikadiagnos

Personer 18 år eller äldre, under perioden 2015-2021 (indikator 18).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsens lägesbild för ANDTS² från 2024 [6] har också antalet personer (alla åldersgrupper) som har vårdats inom sluten eller öppen specialiserad vård med narkotikadiagnos per 100 000 invånare varit stabilt mellan 312 och 327 personer, under perioden 2015–2022. Det är betydligt fler män än kvinnor som vårdats med narkotikadiagnos.

Vad gäller ungdomars drogvanor visade en skolundersökning 2023 att 7 procent av flickorna och 6 procent av pojkarna i årskurs nio någon gång använt narkotika. Bland elever i gymnasiets årskurs 2 var det 15 procent av både flickorna och pojkarna som någon gång använt narkotika. Det var 2 procent av niondeklassarna och 3 procent i årskurs 2 på gymnasiet som använt narkotika de senaste 30 dagarna. Det vanligaste preparatet var cannabis [7].

Problematiskt spel om pengar

I en undersökning uppskattades att drygt 10 procent av männen och knappt 3 procent av kvinnorna hade problematiskt spel om pengar 2021[9].

Problematiskt spel om pengar bland ungdomar är vanligt, med en förekomst som är jämförbar med eller högre än hos vuxna, trots att det inte är tillåtet att

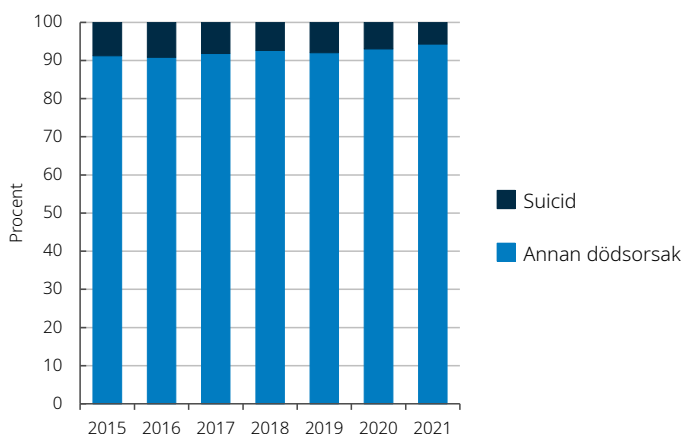
² Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

erbjuda spel om pengar till personer under 18 år [10]. Det rapporterades för 2023 att andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de har spelat om pengar de senaste 12 månaderna ligger på 22 procent bland pojkar och 9 procent bland flickor 2023 [7]. Under de senaste åren syns dessutom en trend av ökat spelande bland gymnasieungdomar [7].

Suicid är en vanlig dödsorsak bland personer med skadligt bruk och beroende

Personer med skadligt bruk och beroende har en ökad risk att dö i suicid [11]. Under perioden 2015–2021 avled årligen ungefär 1 900 personer, 18 år eller äldre, med en alkoholdiagnos (indikator 17.1), varav mellan 7 och 10 procent av dessa dödsfall har klassificerats som suicid (diagram 3, indikator 17.2). Socialstyrelsens dödsorsaksregister visar att i hela den vuxna befolkningen i Sverige står suicid för cirka 1,6 procent av dödsfallen (cirka 1500 personer).

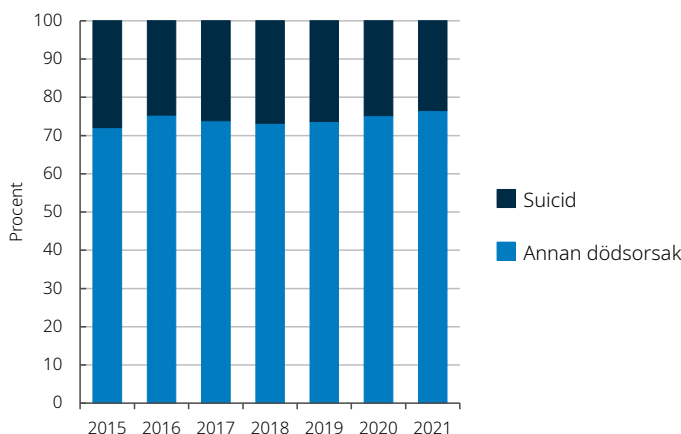
Diagram 3. Andel suicid bland personer 18 år och äldre med alkoholdiagnos (F10 som huvud- eller bidiagnos) som avlidit inom 365 dagar från ett vårdtillfälle i förhållande till samtliga dödsfall (indikator 17.2)



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Cirka 740 personer 18 eller äldre avled inom ett år efter en narkotikadiagnos (indikator 17.1) under perioden 2015–2021, varav mellan 25 och 30 procent av dessa dödsfall har klassificerats som suicid (indikator 17.2). För personer 18 år eller äldre med beroende av opioider var dödligheten under perioden 2015–2021 cirka 260 individer per år (2 procent), och av dessa dog cirka 50 personer (17 procent) i suicid (indikator 17.1 och 17.2).

Diagram 4. Dödsorsaker bland de personer 18 år och äldre med narkotikadiagnos (F11-F16, F18-F19 som huvud- eller bidiagnos) som avlidit inom 365 dagar från ett vårdtillfälle. Uppdelat på suicid eller annan dödsorsak, åren 2015–2021, både kvinnor och män från 18 år (indikator 17.2)



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Suicid är en vanlig dödsorsak även bland unga. Socialstyrelsens dödsorsaksregister visar att varje år avlider cirka 180 flickor och pojkar i åldern 10–19 år varav cirka 50 personer (28 procent) i suicid. Dödligheten i suicid bland unga har varit relativt stabil under det senaste decenniet, men pojkar och unga män är överrepresenterade. Det finns stora könsskillnader i suicidförsök bland unga och där flickor är mer drabbade än pojkar. I den yngsta åldersgruppen 10–19 år vårdas cirka 3 000 unga för suicidförsök årligen, varav cirka 2 000 flickor och kvinnor. Skadligt bruk och beroende innebär en kraftigt ökad risk för suicidtankar, suicidförsök och suicid bland unga personer.

Beroendevårdens organisation

Ansvar för den svenska beroendevården delas i huvudsak mellan två huvudmän: kommunerna och regionerna.³ Kommuner och regioner beslutar självständigt om hur resurserna ska fördelas, hur beroendevården ska vara organiserad och vilka prioriteringar som ska gälla.

För personer som fyllt 18 år är ofta primärvården den första instansen vid psykisk ohälsa och även skadligt bruk och beroende. Primärvården kan

³ Se proposition 2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* s. 11.

remittera vidare till den specialiserade psykiatriska vården efter bedömning. Det är också möjligt att vända sig direkt till den specialiserade psykiatriska vården genom så kallad egen vårdbegäran. Behandlingen på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning innebär olika former av behandling och stöd, exempelvis samtal med psykolog eller kurator, psykoterapi och läkemedelsbehandling. Inom sjukvården är medicinering ofta grunden till behandlingen med tillägg av psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser. Den specialiserade beroendevården kan vara organiserad inom psykiatrin eller inom specialiserade beroendemottagningar. Här finns också särskilda mottagningar eller delar av psykiatrin som erbjuder läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO).

Socialtjänsten har flera arenor där de möter- och fångar upp personer med skadligt bruk och beroende, exempelvis inom ekonomiskt bistånd, äldreomsorg och familjerätt. Inom socialtjänstens verksamheter kan den som har problem med alkohol-, narkotika och/eller spel om pengar få rådgivning, stöd och behandling. Kartläggning, utredning och bedömning genomförs. Insatser som socialtjänsten kan erbjuda är exempelvis individuellt behandlingssamtal, samtal i grupp och samtalsstöd för anhöriga. En del insatser är möjliga att ta del av utan att socialtjänsten gjort en utredning eller fattat formellt biståndsbeslut. Hur socialtjänsten väljer att organisera stödet ser olika ut i olika kommuner. Utifrån individuell bedömning kan personer med skadligt bruk och beroende också få stöd i form av ekonomiskt bistånd och hjälp med boende.

Socialtjänsten når även unga personer genom uppsökande arbete, fritidsgårdar och olika öppna ungdomsverksamheter. Ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem kan bland annat få stöd via specialiserade öppenvårdsmottagningar för unga personer, så kallade Maria-mottagningar eller integrerade mottagningar. Där sker arbetet ofta under nära samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Här erbjuds psykosocial och medicinsk bedömning av skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och i vissa fall spel, medicinska tester, individuell- eller familjebaserad behandling och rådgivande samtal. Socialtjänsten kan också bevilja heldygnsvård i form av hem för vård och boende (HVB), som är en beteckning för en rad olika typer av institutioner. Ofta skiljer man mellan de särskilda ungdomshemmen som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) och övriga HVB.

Inom sjukvården kan unga personer under 18 år som har psykisk ohälsa bland annat få hjälp inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). BUP-mottagningar finns i hela landet, främst i form av så kallade

öppna mottagningar dit barn och ungdomar kommer på förbokade besök. I vissa regioner finns även akutmottagningar. En av de vanligaste behandlingsformerna inom BUP är samtalsterapi.

Internationell utblick

Internationellt är det mycket ovanligt att länder har organiserat sin beroendevård så att både sociala myndigheter och medicinska vårdgivare kan vara utförare av behandlingsinsatser mot skadligt bruk och beroende. Det allra vanligaste är att hälso- och sjukvården står för all utredning och behandling av skadligt bruk och beroende [2].

I Sverige blev heroin och andra opioider betydande kliniska problem för vården senare än i många andra länder. Även om svårt beroende av opioider nu har varit ett etablerat problem under flera decennier, så är fortfarande amfetamin en mycket vanlig drog hos personer med avancerad narkotikaproblematik i Sverige. Användning, beslag och vårdbehov avseende kokain har ökat tydligt på senare år, från relativt låga nivåer. Det kan beskrivas som ett närmande till en situation som många europeiska länder har haft länge [12].

Svensk narkotikarelaterad dödlighet är hög. I ett europeiskt perspektiv befinner sig Sverige i upprepade mätningar bland de länder som har den högsta överdosedödligheten. I likhet med andra länder domineras dödligheten av förgiftningar med opioider – ofta i kombination med bensodiazepiner och andra lugnande medel – men nivåerna i Sverige är högre [13, 14]. Som i andra länder är också skadligt bruk och beroende av legala, smärtstillande opioider ett signifikant problem [15].

Avseende behandling av opioidberoende var Sverige mycket tidig med att införa LARO-behandling, men i begränsad omfattning, och medan tillgången på sådan behandling under decennier hölls på mycket begränsade nivåer, utvecklades den snabbare i många andra länder. Sedan 00-talet har tillgången även i Sverige ökat tydligt [16]. Förekomsten är svår att jämföra med andra länder eftersom målgruppen i olika länder inte kan antas utgöra lika stor andel av befolkningen, men Sverige har nått en LARO-förekomst som ligger närmare men troligen fortfarande lägre än Danmark och Norge.

Alkoholberoende är, utöver nikotinberoende, vårt vanligaste beroendetillstånd och generellt är vårdsökande och tillgång till behandling låg [2]. I ett internationellt perspektiv verkar detta gälla även andra länder [17].

Spelberoende som tillstånd och diagnos är relativt nytt för vårdgivare i Sverige, sedan spel om pengar 2018 inkluderades i Socialtjänstlagen. Sverige får anses ha varit senare med att formalisera behandling av spelberoende, än många jämförbara länder [18].

Införande av de nationella riktlinjerna har betydelse för en god och jämlik vård

För att de nationella riktlinjerna ska få god genomslagskraft i kommuner och regioner är vissa åtgärder av stor betydelse. Det är särskilt viktigt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmän och verksamheter. Sedan 2018 gäller enligt socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att kommunen och regionen ska ingå en gemensam överenskommelse om samarbete i fråga om individer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar⁴. Överenskommelsen kan exempelvis behandla resursfördelning och samarbete kring vissa utsatta grupper inom området skadligt bruk och beroende.⁵ Syftet är att stärka förutsättningarna för samverkan eftersom huvudmännen har ett gemensamt ansvar att tillhandahålla stöd och behandling till personer med skadligt bruk och beroende. Samarbetet kan också förtydligas genom samarbetsavtal inom regionens verksamheter, såsom mellan specialiserad psykiatri och primärvård.

Kommunerna har till viss del vidtagit åtgärder för att implementera de nationella riktlinjerna

Enligt socialtjänstverksamheterna har mindre än hälften av kommunerna fattat politiska beslut med anledning av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (tabell 2). I samma tabell redovisas även resultaten från Socialstyrelsens Öppna jämförelser från 2023 som visar att det skiljer sig stort mellan länen i vilken utsträckning det finns aktuella samverkansöverenskommelser mellan kommunerna och regionerna, vad gäller omhändertagandet vid skadligt bruk och beroende.

⁴ Se 5 kap. 9 a § socialtjänstlagen och 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen.

⁵ Se prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården 18.

Tabell 2. Andel kommuner som har en samverkansöverenskommelse tillsammans med regionen respektive fattat politiska beslut med anledning av riktlinjerna

Kommuner fördelat på län	Andel kommuner och stadsdelar som fattat politiska beslut med anledning av de nationella riktlinjerna (ett urval kommuner och stadsdelar ingår i undersökningen)	Andel kommuner och stadsdelar som har aktuell överenskommelse med regionen (samtliga kommuner och stadsdelar ingår i undersökningen)
Stockholm	23% (5 av 22) **	54% (20 av 37) *
Uppsala	0% (0 av 2) **	0% (0 av 6) *
Södermanland	0% (0 av 4) **	25% (2 av 8) *
Östergötland	0% (0 av 3) **	38% (5 av 13) *
Jönköping	2% (1 av 6) **	25% (3 av 12) *
Kronoberg	0% (0 av 3)**	0% (0 av 7) *
Kalmar	25% (2 av 8) **	64% (7 av 11) *
Gotland	0% (0 av 1) **	100% (1 av 1) *
Blekinge	50% (1 av 2) **	20% (1 av 5) *
Skåne	29% (4 av 14) **	33% (11 av 33) *
Halland	0% (0 av 1) **	67% (4 av 6) *
Västra Götaland	13% (2 av 15) **	35% (17 av 49) *
Värmland	25% (2 av 8) **	60% (9 av 15) *
Örebro	0% (0 av 5) **	27% (3 av 11) *
Västmanland	0% (0 av 6) **	90% (9 av 10) *
Dalarna	13% (1 av 8) **	60% (9 av 15) *
Gävleborg	33% (2 av 6) **	22% (2 av 9) *
Västernorrland	50% (1 av 2) **	20% (1 av 5) *
Jämtland Härjedalen	0% (0 av 3) **	88% (7 av 8) *
Västerbotten	17% (1 av 6) **	43% (6 av 14) *
Norrbottn	0% (0 av 6) **	8% (1 av 13) *
Totalt	17% (22 av 131)	41% (118 av 288) *

*Källa Socialstyrelsens Öppna jämförelser, samtliga kommuner, 2023.

** Källa: Socialstyrelsens enkät till ett urval kommuner socialtjänstverksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga, 2023.

Regionerna har till viss del vidtagit åtgärder för att implementera de nationella riktlinjerna

I utvärderingen undersöktes vilka regioner som upprättat samarbetsavtal mellan specialistvården för psykiatri och primärvården, avseende ansvaret för vård och behandling för personer med skadligt bruk och beroende. Resultatet visade att 14 av 17 regioner uppger att de har samarbetsavtal (tabell 3).

Tabell 3. Andel regioner som har befintligt samarbetsavtal, politiska beslut och övergripande handlingsplan inom regionen avseende omhändertagande vid skadligt bruk och beroende fördelat per region

Region	Har samarbetsavtal mellan specialistvård psykiatri och primärvård	Regionledning har fattat politiska beslut	Det finns en övergripande handlingsplan i regionen
Stockholm	Nej	Nej	Ja
Uppsala*	-	-	-
Sörmland	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Nej	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Nej
Kalmar	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Nej	Ja
Skåne	Ja	Nej	Nej
Halland	Ja	Ja	Nej
Västra Götaland*	-	-	-
Värmland*	-	-	-
Örebro*	-	-	-
Västmanland	Ja	Nej	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Nej
Gävleborg	Nej	Nej	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Nej	Ja
Västerbotten	Ja	Nej	Nej

Region	Har samarbetsavtal mellan specialistvård psykiatri och primärvård	Regionledning har fattat politiska beslut	Det finns en övergripande handlingsplan i regionen
Norrbottnen	Nej	Nej	Ja
Riket	82% (14 av 17)	24% (4 av 17)	59% (10 av 17)

*Svar saknas från Uppsala, Västra Götaland, Värmland och Örebro.

Källa: Socialstyrelsens enkät till regionledningar, 2023.

Kompetensförsörjning och fortbildning till personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Utvärderingen har undersökt personaltillgången inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten för några yrkeskategorier med legitimation med hjälp av Socialstyrelsens statistikdatabas. Samtliga yrkeskategorier redovisas per 100 000 invånare fördelat på sjukvårdsregioner.

Tabell 4. Antal sysselsatta yrkeskategorier inom primärvården per 100 000 invånare. Avser år 2021

Sjukvårdsregioner	Psykolog	Psyko-terapeut	Specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri	Specialist-läkare i psykiatri	Specialist-sjuksköterska i psykiatrisk vård
Stockholm/ Gotland	29,7	12,0	0,4	2,2	3,0
Sydöstra	15,2	4,8	0,5	0,4	2,7
Södra	15,3	6,0	0,2	1,2	3,8
Västra	30,1	8,1	*	1,3	4,0
Mellansverige	19,0	7,2	*	1,1	6,9
Norra	14,1	3,0	*	*	3,7
Riket	22,1	7,7	0,2	1,3	4,1

*kan inte redovisas på grund av för små tal.

Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen, 2024.

Tabell 5. Antal sysselsatta yrkeskategorier inom specialiserad hälso- och sjukvård per 100 000 invånare. Avser år 2021

Sjukvårdsregioner	Psykolog	Psyko-terapeut	Specialist-läkare i barn- och ungdoms-psykiatri	Specialist-läkare i beroende-medicin	Specialist-läkare i psykiatri	Specialist-sjuksköterska i psykiatrisk vård
Stockholm/Gotland	46,5	13,5	3,5	0,8	18,3	24,5
Sydöstra	23,2	9,1	3,1	*	9,9	25,2
Södra	36,4	11,6	4,1	0,5	16,0	40,7
Västra	33,2	10,6	2,6	0,4	16,5	31,3
Mellan sverige	30,4	7,8	3,6	0,2	11,3	28,2
Norra	37,3	10,6	3,3	*	10,6	33,7
Riket	35,4	10,7	3,4	0,4	14,5	30,0

*kan inte redovisas på grund av för små tal.

Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen, 2024.

Tabell 6. Antal sysselsatta yrkeskategorier inom socialtjänsten per 100 000 invånare. Avser år 2021

Sjukvårdsregioner	Socialsekreterare och biståndsbedömare	Kurator	Psykolog	Psyko-terapeut
Stockholm/Gotland	153	11	6	5
Sydöstra exkl. södra Halland	178	14	2	2
Södra	179	7	5	4
Västra, exkl. västra Halland	218	13	4	3
Mellansverige	185	19	3	3
Norra	159	7	3	1
Hallands län	157	7	2	4
Riket	178	12	4	3

Källa: Statistikdatabasen, Socialstyrelsen, 2024.

I enkätundersökningen rapporterade verksamheterna deras upplevda tillgång till särskilda personalkategorier och vilka yrkeskategorier som deltar i vården av patienter med skadligt bruk och beroende.

Inom primärvården uppgav verksamheterna följande yrkeskategorier som deltagande i vården av patienter med skadligt bruk och beroende: totalt 98 procent (267 av 272) angav specialisläkare i allmänmedicin, 80 procent (218 av 272) angav sjuksköterska och totalt 58 procent (158 av 272) angav psykolog.

Totalt 80 procent (103 av 131, respektive 106 av 131) av socialtjänstverksamheterna uppgav att tillgången till yrkeskategorierna socionom respektive behandlare möter behoven i arbetet med vuxna med skadligt bruk och beroende. På motsvarande sätt uppgav totalt 73 procent (95 av 131) av verksamheterna att tillgången till socionom möter behoven i arbetet med barn och unga med skadligt bruk och beroende.

Totalt 50 procent (32 av 60) av specialistverksamheterna inom psykiatri angav att det råder brist på specialisläkare inom beroendemedicin samt totalt 51 procent (34 av 67) uppgav brist på specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård. Av de specialistverksamheter som har personalkategorin socionom angav 76 procent (50 av 66) av verksamheterna att tillgången möter behovet.

Möjlighet till fortbildning är viktigt för personal som möter personer med skadligt bruk och beroende. Resultaten visar att 13 av 17 regioner erbjudit fortbildning till personal inom specialiserad psykiatri, sedan riktlinjerna genomgick en översyn 2019 (tabell 7). Totalt 7 av 17 regioner har erbjudit fortbildning till personal verksamma inom primärvården.

Tabell 7. Regionernas satsningar på fortbildning om skadligt bruk och beroende till personal inom specialiserad psykiatri respektive primärvård

Region	Fortbildning till personal inom specialiserad psykiatrisk vård	Fortbildning till personal inom primärvård
Stockholm	Ja	Nej
Uppsala*	-	-
Sörmland	Ja	Nej
Östergötland	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja
Kalmar	Nej	Nej
Gotland	Ja	Nej

Region	Fortbildning till personal inom specialiserad psykiatrisk vård	Fortbildning till personal inom primärvård
Blekinge	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja
Halland	Nej	Nej
Västra Götaland*	-	-
Värmland*	-	-
Örebro*	-	-
Västmanland	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Nej
Västernorrland	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Nej
Västerbotten	Ja	Nej
Norrbottnen	Nej	Nej
Riket	76% (13 av 17)	41% (7 av 17)

*Svar saknas från Uppsala, Västra Götaland, Värmland och Örebro.

Källa: Socialstyrelsens enkät till regionerna, 2023.

Inom socialtjänsten verksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga har flera kommuner satsat på att erbjuda fortbildning om skadligt bruk och beroende, för personal inom respektive verksamhetsområde (tabell 8). Totalt 82 procent (107 av 131) av socialtjänstverksamheterna har erbjudit fortbildning till personal som arbetar med vuxna med skadligt bruk och beroende, och totalt 53 procent (70 av 131) har erbjudit till personal inom verksamhetsområde barn och unga.

Tabell 8. Kommunernas satsningar på fortbildning om skadligt bruk och beroende

Kommuner fördelat på län	Fortbildning till personal inom verksamhet vuxen beroendevård	Fortbildning till personal inom verksamhetsområde barn och unga
Stockholm	68% (15 av 22)	41% (9 av 22)
Uppsala	100% (2 av 2)	50% (1 av 2)
Södermanland	75% (3 av 4)	50% (2 av 4)

Kommuner fördelat på län	Fortbildning till personal inom verksamhet vuxen beroendevård	Fortbildning till personal inom verksamhetsområde barn och unga
Östergötland	33% (1 av 3)	0% (0 av 3)
Jönköping	100% (6 av 6)	100% (6 av 6)
Kronoberg	100% (3 av 3)	33% (1 av 3)
Kalmar	75% (6 av 8)	50% (4 av 8)
Gotland	100% (1 av 1)	100% (1 av 1)
Blekinge	100% (2 av 2)	50% (1 av 2)
Skåne	64% (9 av 14)	29% (4 av 14)
Halland	100% (1 av 1)	0% (0 av 1)
Västra Götaland	100% (15 av 15)	60% (9 av 15)
Värmland	100% (8 av 8)	88% (7 av 8)
Örebro	80% (4 av 5)	40% (2 av 5)
Västmanland	67% (4 av 6)	50% (3 av 6)
Dalarna	100% (8 av 8)	75% (6 av 8)
Gävleborg	100% (6 av 6)	83% (5 av 6)
Västernorrland	100% (2 av 2)	100% (2 av 2)
Jämtland Härjedalen	33% (1 av 3)	0% (0 av 3)
Västerbotten	100% (6 av 6)	67% (4 av 6)
Norrbottn	67% (4 av 6)	50% (3 av 6)
Riket	82 % (107 av 131)	53% (70 av 131)

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

Analys av resultat

Personer med skadligt bruk och beroende har ofta behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Utvärderingen visar att flera kommuner saknar en aktuell överenskommelse med regionen och att förhållandevis få regioner uppger att de fattat politiska beslut med anledning av de nationella riktlinjerna. Eftersom det finns stora skillnader i beroendevårdens organisation och resurser i regioner och kommuner, som påverkar möjligheten att följa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, är aktuella och användbara samarbetsavtal och överenskommelser av största vikt.

Utvärderingen visar att flera verksamheter har erbjudit personalen fortbildning, både inom den specialiserade sjukvården och i primärvården, samt inom socialtjänsten. Det är viktigt att fortbildning inte ses som en engångsinsats, dels eftersom omsättningen på personal kan påverka behovet av utbildningssatsningar och att området ständigt förändras med nya substanser och nya behandlingsmetoder, vilket medför utmaningar.

Standardiserade instrument för diagnostik och bedömning

För att kunna erbjuda rätt stöd och behandling vid skadligt bruk och beroende behöver det finnas tillförlitliga metoder för att bedöma behov av vård och insatser. Standardiserade bedömningsinstrument⁶ har utvecklats för att ge stöd i det arbetet. De kan användas för att upptäcka, diagnostisera och bedöma, och vara underlag för beslut om fortsatt stöd och behandling. Användningen av dessa instrument syftar också till att göra vård och behandling mer jämlik eftersom det främjar en likvärdig bedömning. I utvärderingen kartläggs bedömningsinstrument som ingår i de nationella riktlinjerna och inom kunskapsstödet avseende problematiskt spel om pengar. För att upptäcka skadligt bruk och beroende bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda:

- AUDIT, prioritet 1
- DUDIT, prioritet 3
- korta frågeformulär för att upptäcka och uppmärksamma problematiskt spel om pengar, Socialstyrelsens kunskapsstöd [19]
- bedömningsinstrument för att utreda problematiskt spel om pengar, Socialstyrelsens kunskapsstöd [19].

Nästa steg i utredningen syftar till att ställa diagnos eller göra en bedömning med hjälp av ett standardiserat instrument, som är en förutsättning för rätt behandling. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda:

- ADDIS, prioritet 3
- SCID I, prioritet 3
- MINI, prioritet 3.

För att slutligen kunna bedöma individens behov av stöd, är det viktigt att även kartlägga livssituationen som helhet. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda:

- ASI, prioritet 1
- ADAD för att bedöma stödbehov hos ungdomar, prioritet 4.

⁶ Standardiserade bedömningsmetoder är formulär med fastställda frågor och svarsalternativ i form av en numerär- eller verbal skala och en manual. Formulären kan vara intervju-, skattnings- eller observationsformulär. Manualen beskriver hur metoden ska användas.

För att kunna erbjuda passande stöd och behandling till ungdomar med skadligt bruk och beroende gör en del mottagningar en så kallad ungdomspsykiatrisk bedömning, eller basutredning där de rekommenderade bedömningsinstrumenten utgör en del av utredningen. Den görs både inom första linjens psykiatri och på mer specialiserade enheter. Utredningen omfattar både det psykiska och det fysiska måendet samt en kartläggning av alkohol- och narkotikaproblem.

Socialtjänsten använder bedömningsinstrument i olika hög utsträckning

Inom socialtjänsten anger 67 procent (88 av 131) av verksamheterna att de använde något rekommenderat standardiserat bedömningsinstrument för en majoritet av vuxna klienter med misstänkt alkohol- eller narkotikaproblem under utvärderingsperioden, och totalt 17 procent (22 av 131) för en majoritet av unga klienter (tabell 9). Enligt 44 procent (57 av 131) av socialtjänstverksamheterna används standardiserade bedömningsinstrument för en minoritet av ungdomarna.

Tabell 9. Socialtjänstens uppskattning av klienter som bedömts med ett standardiserat bedömningsinstrument, under perioden januari 2022 – juni 2023, andel verksamheter

Verksamhet	Andel verksamheter som har bedömt en majoritet av klienterna	Andel verksamheter som har bedömt ungefär hälften av klienterna	Andel verksamheter som har bedömt en minoritet av klienterna	Andel verksamheter som inte vet
Socialtjänst – bedömning vuxna	67% (88 av 131)	18% (24 av 131)	12% (16 av 131)	2% (3 av 131)
Socialtjänst – bedömning ungdomar	17% (22 av 131)	11% (15 av 131)	44% (57 av 131)	28% (37 av 131)

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

Bedömningsinstrumenten AUDIT och DUDIT används av 76 procent respektive 72 procent av verksamheterna vid bedömning av vuxna (tabell 10). Dessa är de vanligaste bedömningsinstrumenten i socialtjänsten, tillsammans med ASI som används för att bedöma hjälpbehov hos vuxna. Verksamheterna har i enkäter och intervjuer uppgett att användningen av ASI inom socialtjänsten är bäst lämpad eftersom verktyget också kartlägger

andra komplicerande faktorer. ADDIS, MINI och SCID-1 är standardiserade bedömningsinstrument som i huvudsak används för att diagnostisera skadligt bruk och beroende, och används således inte inom socialtjänsten i någon större utsträckning.

Tabell 10. Standardiserade bedömningsinstrument inom socialtjänstens verksamheter för att bedöma alkohol och narkotikaproblem hos vuxna (indikator 1, 2 och 3)

Verksamhet	Instrument för identifiering		Instrument för diagnostisering/bedömning			Instrument för bedömning av stödbehov
	AUDIT (prio 1)	DUDIT (prio 3)	ADDIS (prio 3)	MINI (prio 3)	SCID-1 (prio 3)	
Socialtjänst - vuxen	76% (99 av 131)	72% (94 av 131)	11% (14 av 131)	0% (0 av 131)	0% (0 av 131)	98% (128 av 131)

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten 2023.

ADAD används av 36 procent (47 av 131) av verksamheterna inom socialtjänsten barn och unga och är tillsammans med instrumenten AUDIT och DUDIT de vanligaste bedömningsinstrumenten för ungdomar med misstänkta alkohol- eller narkotikaproblem (tabell 11). Av socialtjänstverksamheterna avseende barn och unga är det 75 procent (98 av 131) som anger att de använder AUDIT och DUDIT vid misstänkt skadligt bruk och beroende hos ungdomar. Endast 17 procent (22 av 131) anger att de använder strukturerade bedömningsinstrument för en majoritet av ungdomarna.

Tabell 11. Standardiserade bedömningsinstrument inom socialtjänstens verksamheter för att bedöma alkohol och narkotikaproblem hos ungdomar

Verksamhet	Instrument för identifiering		Instrument för diagnostisering/bedömning			Instrument för bedömning av hjälpbehov		
	AUDIT	DUDIT	CRAFFT	MINI-KID	ADDIS	ADAD (prio 4)	ASI	UngDOK
Socialtjänst - ungdom	37% (48 av 131)	38% (50 av 131)	7% (9 av 131)	5% (7 av 131)	11% (14 av 131)	36% (47 av 131)	21% (28 av 131)	8% (10 av 131)

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

I enkäterna kommenterar några att de inkluderat de bedömningsinstrument som används av regionanställd personal inom så kallade integrerade verksamheter, såsom Maria-mottagningar. De kommenterar också att det är

problematiskt att det inte går att samköra information mellan olika verksamhetsgrenar. Detta leder till att samma bedömningar görs på flera ställen och innebär således dubbelarbete för verksamheterna.

Sjukvårdens användning av bedömningsinstrument för vuxna

Användningen av bedömningsinstrument inom sjukvården varierar både inom och mellan verksamheterna. Av de verksamheter som arbetar med specialiserad beroendevård svarar 62 procent (45 av 73) att de använde standardiserade bedömningsinstrument för en majoritet av patienterna under den studerade perioden (tabell 12). I 15 procent (11 av 73) av verksamheterna rörde det sig om en minoritet av deras patienter.

Inom LARO-verksamheterna uppskattas färre patienter bli bedömda med hjälp av ett standardiserat instrument än inom övriga specialistvården. Endast 38 procent (23 av 61) av verksamheterna anger att de använt något standardiserat instrument hos en majoritet av patienterna.

Inom primärvården anger 40 procent (107 av 272) att en majoritet av alla patienter med misstänkta alkohol- och/eller narkotikaproblem bedömdes med något standardiserat instrument. Totalt 30 procent (79 av 272) av verksamheterna anger att det rör sig om en minoritet av patienterna.

Tabell 12. Specialistvårdens och primärvårdens uppskattning av vuxna patienter som bedömts med ett standardiserat bedömningsinstrument

Verksamhet	Andel verksamheter som bedömt en majoritet av patienterna	Andel verksamheter som bedömt ungefär hälften av patienterna	Andel verksamheter som bedömt en minoritet av patienterna	Andel verksamheter som inte vet
Specialistvård	62% (45 av 73)	19% (14 av 73)	15% (11 av 73)	4% (3 av 73)
LARO-mottagningar	38% (23 av 61)	30% (18 av 61)	29% (17 av 61)	5% (3 av 61)
Primärvård	40% (107 av 272)	13% (34 av 272)	30% (79 av 272)	19% (52 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvården, LARO-verksamheter och primärvården, 2023.

Nästan samtliga verksamheter följer rekommendationerna vad gäller användning av bedömningsinstrument och AUDIT och DUDIT är de vanligast förekommande (tabell 13). LARO-verksamheter använder i stort sett samma bedömningsinstrument som övriga specialistvården dock i

mycket lägre omfattning (tabell 12). Användningen av bedömningsinstrument för diagnostik varierar mellan verksamheterna.

I primärvården används framförallt de instrument som är avsedda för identifiering, medan instrument för diagnostisering och bedömning av hjälpbehov är betydligt ovanligare, vilket kan bero på att primärvården remitterar patienter till specialiserade mottagningar. Flera verksamheter kommenterar att bedömning ofta görs i samtal med patienten utan stöd av standardiserade instrument. En av anledningarna uppges vara att det kan upplevas lättare för patienten att delta eftersom bedömningen liknar mer ett vanligt samtal.

Tabell 13. Standardiserade bedömningsinstrument inom specialistverksamheter, LARO-verksamheter och primärvården för att bedöma alkohol och narkotikaproblem vuxna (indikator 1, 2 och 3)

Verksamhet	Instrument för identifiering		Instrument för diagnostisering/bedömning			Instrument för bedömning av stödbehov
	AUDIT (prio 1)	DUDIT (prio 3)	ADDIS (prio 3)	MINI (prio 3)	SCID-1 (prio 3)	
Specialistpsykiatri beroende	92% (67 av 73)	89% (65 av 73)	5% (4 av 73)	70% (51 av 73)	40% (29 av 3)	21% (15 av 73)
LARO	95% (58 av 61)	95% (58 av 61)	5% (3 av 61)	69% (42 av 61)	44% (27 av 61)	25% (15 av 61)
Primärvård	96% (260 av 272)	74% (201 av 272)	10% (27 av 272)	37% (100 av 272)	13% (36 av 272)	6% (16 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvården, LARO-verksamheter och primärvården, 2023.

Det framgick i intervjuerna att användningen av standardiserade bedömningsinstrument påverkas av hur vårdkedjan är organiserad i förhållande till den egna verksamheten. Tidigare genomförda undersökningar är grunden för val av fortsatta åtgärder. Att personalen känner sig trygg med instrumentet främjar användningen såväl som tekniska förutsättningar, som att verksamheten har ett datorsystem som är kompatibelt med instrumentet.

Sjukvårdens användning av bedömningsinstrument för ungdomar

Både BUP-verksamheter och de specialiserade beroendeverksamheterna för ungdomar använder något av de rekommenderade bedömningsinstrumenten i hög och samstämmig utsträckning, 87 procent (tabell 14).

Tabell 14. BUP-verksamheters och specialiserade beroendeverksamheter ungdoms uppskattning av ungdomar som bedömts med ett standardiserat bedömningsinstrument, perioden januari 2022–juni 2023

Verksamhet	Andel verksamheter som har bedömt en majoritet av ungdomarna	Andel verksamheter som har bedömt ungefär hälften av ungdomarna	Andel verksamheter som har bedömt en minoritet av ungdomarna	Vet inte
BUP*	87% (7 av 82)	4% (3 av 82)	7% (6 av 82)	2% (2 av 82)
Specialiserade beroendeverksamheter ungdom**	87% (33 av 38)	8% (3 av 38)	3% (1 av 38)	3% (1 av 38)

* Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten.

** Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland.

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom, 2023.

Bedömningsinstrumenten AUDIT och DUDIT är de vanligast förekommande inom BUP (tabell 15). Flest BUP-verksamheter använder MINI-KID och CRAFFT som är ämnade för bedömning och diagnostisering. Verksamheterna skiljer sig dock åt vilket instrument och i hur stor omfattning används för att bedöma stödbehov. Det rekommenderade ADAD med prioritet 4 används i lägst omfattning där enbart 2 respektive 3 verksamheter anger att de använder instrumentet. Det vanligast förekommande instrumentet är ASSIST-Y, dock i olika utsträckning hos de olika verksamhetsområdena. BUP använder ASSIST-Y inom 40 procent (33 av 82) av verksamheterna och de specialiserade ungdomsverksamheterna använder verktyget också inom 68 procent (26 av 38) av verksamheterna.

Tabell 15. Standardiserade bedömningsinstrument inom BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom för att bedöma alkohol- och narkotikaproblem hos ungdomar

	Instrument för identifiering		Instrument för diagnostisering/bedömning				Instrument för bedömning av stödbehov		
	AUDIT	DUDIT	CRAFFT	MINI-KID	MINI	SCID-1	ADAD (prio 4)	UngDOK	ASSIST-Y
BUP*	59% (48 av 82)	59% (48 av 82)	79% (65 av 82)	91% (75 av 82)	7% (6 av 82)	5% (4 av 82)	2% (2 av 82)	2% (2 av 82)	40% (33 av 82)
Specialiserade beroendeverksamheter ungdom**	97% (37 av 38)	97% (3 av 38)	71% (27 av 38)	84% (32 av 38)	82% (31 av 38)	76% (29 av 38)	8% (3 av 38)	16% (6 av 38)	68% (26 av 38)

* Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten.

** Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland.

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom, 2023.

Rutiner för ungdomspsykiatrisk bedömning inom verksamheter som tar hand om unga

Drygt hälften av BUP-verksamheterna anger att de har en rutin för att göra en basutredning för ungdomar med misstänkta alkohol- och/eller narkotikaproblem (tabell 16). De specialiserade beroendeverksamheterna för ungdomar har däremot skriftliga rutiner i 82 procent (31 av 38) av verksamheterna. Flera verksamheter har också uppgett att de har muntliga rutiner.

Tabell 16. Andelen verksamheter med rutin för att göra basutredningar för ungdomar

Verksamhet	Skriftlig rutin	Ingen rutin
BUP*	52% (43 av 82)	45% (37 av 82)
Specialiserade beroendeverksamheter ungdom**	82% (31 av 38)	13% (5 av 38)

* Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten.

** Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland.

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom, 2023.

Av BUP-verksamheterna med rutiner för basutredningar bedömer 98 procent (44 av 47) att de gjorde en sådan för majoriteten av patienterna med indikation på skadligt bruk och beroende (tabell 17). Inom beroendemottagningar som är riktade till ungdomar är andelen 82 procent (31 av 33).

Tabell 17. Tillämpning av basutredning inom verksamheter riktade till ungdomar, januari 2022-juni 2023

Verksamhet	En majoritet av patienterna	Ungefär hälften av patienterna	En minoritet av patienterna	Vet inte
BUP*	94% (44 av 47)	0%	0%	6% (3 av 47)
Specialiserade beroendeverksamheter ungdom**	94% (31 av 33)	0%	6% (2 av 33)	0%

* Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten.

** Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland.

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom, 2023.

Bedömning av problematiskt spel om pengar

Inom socialtjänsten är det 74 procent (97 av 131) av verksamheterna som anger att de använder standardiserade bedömningsinstrument för att identifiera problematiskt spel om pengar (tabell 18).

Inom specialistverksamheterna är det 22 procent (16 av 73) av verksamheterna som anger att de använder standardiserade bedömningsinstrument för att identifiera problematiskt spel om pengar och totalt 15 procent (9 av 61) av LARO-verksamheterna. I enkäterna kommenterade verksamheter att tillståndet ofta nämns i samtal med patienten, och verksamheterna anser att de behöver ställa frågor om spel på ett mer strukturerat sätt. Andra nämner att frågor om problematiskt spel om pengar ingår i den initiala bedömning som görs när patienten skrivs in på mottagningen.

Totalt 7 procent (20 av 272) av de tillfrågade primärvårdsverksamheterna använder standardiserade instrument för att identifiera och bedöma problematiskt spel om pengar. De vanligaste bedömningsinstrumenten som samtliga verksamheter anger inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård är ASI-spel, NODS, NODS-CLIP och NODS-PERC.

Tabell 18. Andelen verksamheter som använder standardiserade bedömningsinstrument för att bedöma problematiskt spel om pengar

Verksamheter som bedömer för respektive målgrupp	Andel verksamheter som bedömer problematiskt spel om pengar
Socialtjänsten – vuxna	38% (50 av 131)
Socialtjänsten – ungdomar	10 % (13 av 131)
Specialiserad beroendevård – vuxna	22% (16 av 73)
LARO-verksamheter – vuxna	15% (9 av 61)
Primärvårdsverksamheter – vuxna	7% (20 av 272)
BUP-verksamheter – ungdomar*	0% (0 av 82)
Specialiserade beroendeverksamheter – ungdomar*	32% (12 av 38)

* Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten.

** Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland.

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, specialiserad beroendevård för vuxna respektive ungdomar, LARO-verksamheter samt primärvårdsverksamheter, 2023.

Suicidriskbedömningar

Vid skadligt bruk och beroende finns en ökad risk för suicidtankar, suicidförsök och suicid. Det är viktigt att hälso- och sjukvården gör en strukturerad suicidriskbedömning och att socialtjänsten har rutiner för att ställa frågor om tankar eller planer på suicid. Det är också viktigt att det finns rutiner för vad som ska göras vid tecken på sådan risk.

Socialtjänsten har till viss del rutiner för att ställa frågor om suicid till vuxna klienter med skadligt bruk och beroende (tabell 19). Mindre än hälften av verksamheterna inom socialtjänsten anger att de har en rutin för att upptäcka tankar eller planer på suicid. Totalt 38 procent anger att de har en rutin för att ställa frågor till vuxna klienter, och 27 procent har rutin för att fråga ungdomar.

Tabell 19. Andelen verksamheter med rutin om att ställa frågor om suicid

Verksamhet	Skriftlig rutin	Ingen rutin
Socialtjänsten - vuxna	38% (50 av 131)	43% (56 av 131)
Socialtjänsten - ungdom	27% (35 av 131)	59% (77 av 131)

Källa: Socialstyrelsens enkät socialtjänsten verksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga, 2023.

Flera verksamheter anger att de ställer frågor om suicid inom ramen för ASI-intervjun, och att de har rutiner för att tillämpa just ASI för samtliga nya klienter som söker stöd. För ungdomar berörs frågan inom ramen för bedömningsinstrumentet ADAD. Det finns dock verksamheter som kommenterar att de frågar enbart vid antydning om att klienten har suicidtankar eller planer på suicid. Några verksamheter anger att de har rutiner för samverkan med psykiatri.

Av specialistvårdsverksamheterna anger 88 procent (64 av 73) att en majoritet av deras patienter med skadligt bruk och beroende fick en strukturerad suicidriskbedömning under utvärderingsperioden (tabell 20). Det finns dock verksamheter, totalt 7 procent (5 av 73), som anger att det rör sig om en minoritet. Totalt 69 procent (42 av 61) av LARO-verksamheterna anger att en majoritet av deras patienter fått denna bedömning. Totalt 11 procent (7 av 61) av verksamheterna anger att det rör sig om en minoritet.

Av BUP-verksamheterna svarar 93 procent (76 av 82) att en majoritet av deras patienter med misstänkt skadligt bruk och beroende fick en strukturerad bedömning av suicidrisk. Inom beroendevård för ungdomar är andelen 95 procent (36 av 38).

Tabell 20. Specialistvårdens uppskattning av andelen patienter som fått en strukturerad suicidriskbedömning, under perioden januari 2022-juni 2023

Verksamhet	En majoritet av patienterna	Ungefär hälften av patienterna	En minoritet av patienterna	Vet inte
Specialistvården - vuxen	88% (64 av 73)	3% (2 av 73)	7% (5 av 73)	3% (2 av 73)
LARO-verksamheter	69% (42 av 61)	13% (8 av 61)	11% (7 av 61)	7% (4 av 61)
BUP*	93% (76 av 82)	1% (1 av 82)	1% (1 av 82)	5% (4 av 82)
Beroendeverksamheter ungdom (andel verksamheter) **	95% (36 av 38)	3% (1 av 38)	0% (0 av 38)	3% (1 av 38)

* Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten.

** Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland. Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom, 2023.

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvården, LARO-verksamheter, BUP-verksamheter och specialiserade ungdomsberoendeverksamheter, 2023.

Några LARO-verksamheter kommenterar att de genomför suicidriskbedömningar. Andra verksamheter beskriver att de gör suicidriskbedömningar när det finns indikationer på sådan risk. Ytterligare några gör suicidriskbedömningar vid samtliga nybesök på mottagningen.

Analys av resultat

Utvärderingen visar att en betydande andel vuxna med misstänkt alkohol eller narkotikaproblem inte blivit bedömda med ett bedömningsinstrument under utvärderingsperioden. Detta behöver förbättras inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten eftersom det är centralt för att bedömningar ska hålla hög kvalitet och att rätt insatser kan planeras. Det är dock positivt att instrument som oftast används för vuxna är de som har högst prioritet i rekommendationerna, exempelvis AUDIT, DUDIT och ASI. Primärvården, som ska vara navet i hälso- och sjukvården använder flera av de bedömningsinstrument som riktlinjerna rekommenderar, dock behöver bedömningar göras i större utsträckning. Ett skäl till den låga användningen kan vara att primärvården remitterar patienter vidare till specialistvården. Primärvården är en arena för tidig upptäckt och behöver rutinmässigt använda bedömningsinstrument när det finns misstanke om skadligt bruk eller beroende. Vad gäller den relativt låga användningen inom LARO-verksamheter kan det bero på att de till större delen tar emot patienter som remitterats till mottagningen och således blivit bedömda i ett tidigare skede.

Vad gäller ungdomar är användandet av bedömningsinstrument överlag god inom hälso- och sjukvården. Socialtjänstens barn och unga-verksamheter använder standardiserade bedömningsinstrument i betydligt lägre grad än verksamheter inom hälso- och sjukvården. En förklaring kan vara att ungdomar utreds med stöd av BBIC⁷ i socialtjänsten.

Inom BUP-verksamheterna behöver användandet av rekommenderade bedömningsinstrument öka eftersom de möter och behandlar ungdomar med beroendeproblematik, även om detta inte alltid är den primära sökorsaken. Samsjukligheten är hög och det är viktigt att BUP-verksamheter har beredskap att ta emot patienter med skadligt bruk och beroende, både i regioner där det finns specialiserade beroendemottagningar avsedda för ungdomar och i regioner där dessa möjligheter är begränsade.

Inom sjukvården följer de specialiserade beroendemottagningarna för ungdomar i hög utsträckning rekommendationerna i riktlinjerna. Att bedömningar görs på flera ställen av olika verksamheter skulle i viss mån

⁷ Barns behov i centrum (BBIC) beskriver ett arbetssätt för socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Det innehåller en struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av myndighetsutövningen (läs mer på Socialstyrelsens webbplats)

kunna undvikas genom samverkansöverenskommelser och förtydliganden av uppdrag.

Det är fortfarande få verksamheter som gör strukturerade bedömningar av problematiskt spel om pengar, trots att det finns ett kunskapsstöd, endast 7 procent inom primärvården. Den relativt låga användningen inom specialistvården kan delvis handla om att spelberoende inte ses som ett vanligt förekommande problem, särskilt inom LARO-verksamheter där uppdraget är väl avgränsat. Det finns dock undersökningar som påvisat en betydande överlappning av förekomsten av spelberoende, alkoholberoende och narkotikaberoende bland vuxna [20], vilket indikerar att instrument för att identifiera problematiskt spel om pengar är relevanta att använda även för dessa personer. Problematiskt spel om pengar bland unga personer är vanligt förekommande [10]. Dataspel på senare år innehåller i allt större utsträckning komponenter som utgör hasardspel, dvs spel om pengar eller värden som motsvarar pengar, och unga som spelar om pengar på det sättet löper ökad risk för problematiskt spel om pengar [21]. Det är därför viktigt att verksamheter som kommer i kontakt med ungdomar ställer frågor om detta. Att strukturerat bedöma problematiskt spel om pengar är ett förbättringsområde så att rätt patient får diagnos och insats.

Resultaten visar vidare att andelen strukturerade suicidriskbedömningar är låg inom hälso- och sjukvården. Resultaten indikerar också att många suicidriskbedömningar även görs inom ramen för det kliniska samtalet eller som en del av en större bedömning inom hälso- och sjukvården, alltså inte nödvändigtvis med hjälp av ett bedömningsinstrument eller verktyg. För att arbeta mot att färre liv förloras i suicid behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten vara uppmärksamma på suicidrisk både under utredning och pågående behandling. Utifrån överdödligheten i suicid bland personer med skadligt bruk och beroende, kopplat till de låga andelar strukturerade riskbedömningar som görs, finns skäl att tro att verksamheterna behöver ha skriftliga rutiner och aktivt arbeta med suicidprevention i en högre utsträckning.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver ha aktuella rutiner och upparbetade arbetssätt för att våga prata om tankar eller planer på suicid. Personalen behöver känna sig trygg och veta hur de ska agera när de möter personer som har skadligt bruk och beroende, och på olika sätt har en ökad risk för suicid. Rutiner om att upptäcka tecken på och föra samtal om suicid är ett utvecklingsområde både för hälso- och sjukvården och för socialtjänsten.

Medicinska tester som verktyg för kartläggning av skadligt bruk och beroende

Medicinska tester kan påvisa eller utesluta att personen har använt olika substanser inom en bestämd detektionstid (så kallat tidsfönster) eller uppskatta mängden av substanser i kroppen [1]. Medicinska tester kan komplettera standardiserade bedömningsinstrument i diagnostisering och bedömning. Resultaten kan också vara ett viktigt underlag för behandlingsuppföljning. Det är viktigt att notera att tester med hög prioritet i de nationella riktlinjerna inte nödvändigtvis ska användas till alla, utan bara när det är befogat. De nationella riktlinjerna rekommenderar följande medicinska tester för att mäta nyligt intag av alkohol:

- mätning av alkoholhalten (etanol) i utandningsluften – prioritet 1
- mätning av etylglukuronid (EtG) eller etylsulfat (EtS) i blod och urin, prioritet 2.

I rekommendationerna ingår följande metoder att mäta långvarigt högt intag av alkohol:

- mätning av Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT) i blod, prioritet 2
- mätning av fosfatidyletanol (PEth) i blodprov, prioritet 2
- γ -Glutamyltransferas (GT, eller gamma-GT) i blodprov, prioritet 3.

För att mäta pågående eller nyligt intag av narkotika ingår:

- urinprov som analyseras med hjälp av kemisk analys, prioritet 1
- salivtest, prioritet 5.

Socialtjänsten genomför medicinska tester i viss utsträckning

I en del kommuner har socialtjänsten ett stort ansvar för beroendevården, även sådant som inkluderar medicinska tester. I stort sett samtliga socialtjänstverksamheter (92 procent, 120 av 131) anger att de använder eller kan beställa test av utandningsluft för att upptäcka nyligt intag av alkohol, samt urinprov för att upptäcka nyligt eller pågående intag av narkotika (90 procent, 118 av 131) hos vuxna (diagram 5).

Utöver detta anger 59 procent (77 av 131) av socialtjänstverksamheterna att de utför eller beställer salivprov för att upptäcka och bedöma skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika hos vuxna. När det gäller att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol kan 45 procent (59 av 131) göra eller beställa PEth-test och 31 procent (40 av 131) kan utföra eller beställa CDT-test. Ytterligare 20 procent (26 av 131) kan använda eller beställa GT-

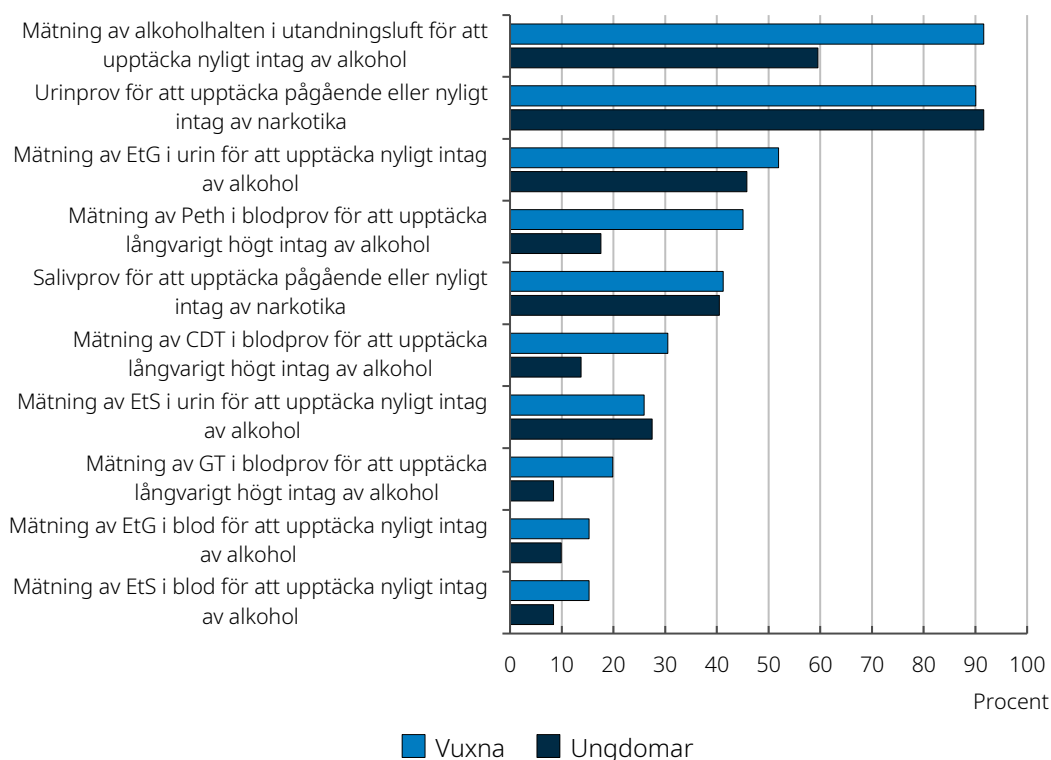
test i blod för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol. EtG och EtS används i liten utsträckning inom socialtjänsten.

Totalt anger 92 procent (120 av 131) av verksamheterna att de kan genomföra urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika hos ungdomar (diagram 5). Vidare är det 40 procent (53 av 131) som gör eller beställer salivtester, och 60 procent (78 av 131) kan mäta alkoholhalten i utandningsluft. Utöver dessa tester förekommer även blodprover för PEth, GT, EtG och EtS i mindre grad.

Verksamheterna kommenterar att medicinska tester till viss del görs inom socialtjänsten, främst test av utandningsluft och urinprov under pågående behandling. Socialtjänstens verksamheter har olika rutiner för testanvändning och dessa beror på hur beroendevården är organiserad i kommunen. I flera fall ansvarar regionen för tester som rör blodprov, antingen via gemensamma beroendemottagningar som drivs i samverkan mellan regionen och socialtjänsten, eller genom att socialtjänsten remitterar vidare till regionens beroendemottagningar för provtagning.

Flera verksamheter har en nära samverkan med beroendemottagningar i regionen gällande omhändertagandet av ungdomar. Om möjligheten finns remitterar de ungdomen vidare till en Maria-mottagning i närheten, där medicinska tester finns tillgängligt. I andra fall skickas remiss till en annan beroendemottagning, företrädesvis en som drivs i samverkan mellan socialtjänsten och regionen. Ett par socialtjänstverksamheter gör tester inom öppenvården, men enbart på personer 18 år och äldre.

Diagram 5. Andel verksamheter inom socialtjänsten som utför medicinska tester för vuxna respektive ungdomar



Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

Specialistvården använder medicinska tester i stor utsträckning för vuxna

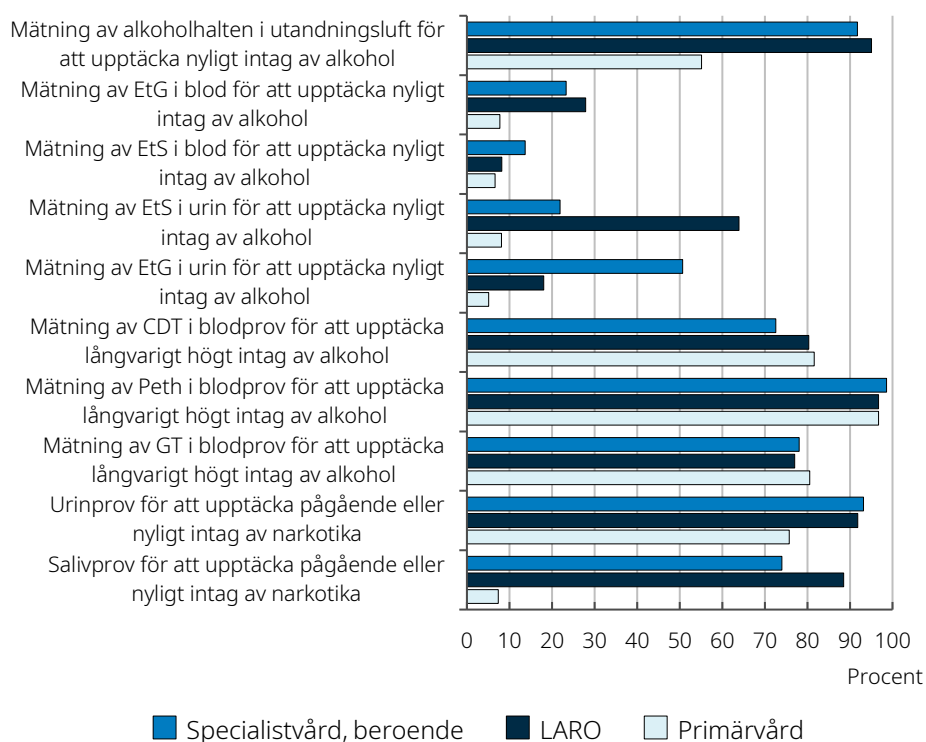
I stort sett samtliga specialistvårdsverksamheter anger att de kan utföra eller beställa PEth-test i blodprov-, och urinprov för pågående eller nyligt intag av narkotika samt mäta av alkohol i utandningsluften (diagram 6). LARO-mottagningar utför eller beställer flera medicinska tester. Vanligast är salivprov, urinprov, mätning av PEth i blodprov och mätning av alkohol i utandningsluft.

Specialistvårdsverksamheterna kommenterar att medicinska tester tas vid behov i relation till behandlingen och sker alltså inte rutinmässigt eller för samtliga patienter. Salivtest uppges användas när urinprov inte är lämpligt eller genomförbart, dock är några av utmaningarna den höga kostnaden för metoden och att det tar tid att få svar på analysen.

Inom primärvården är det flera verksamheter som erbjuder urinprov och salivprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (diagram

6). Verksamheterna kan också undersöka långvarigt och nyligt intag av alkohol genom att mäta PEth i blodet respektive mäta utandningsluft. Verksamheterna kommenterar att det i vissa fall kan krävas PEth-test inför remittering till specialistpsykiatrin, för utredning av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, vilket leder till att verksamheterna inom primärvården använder dessa metoder. Det framgår även att tillgången till resurser för medicinska tester skiljer sig stort mellan olika verksamheter.

Diagram 6. Andel verksamheter inom hälso- och sjukvården som utför medicinska tester för vuxna



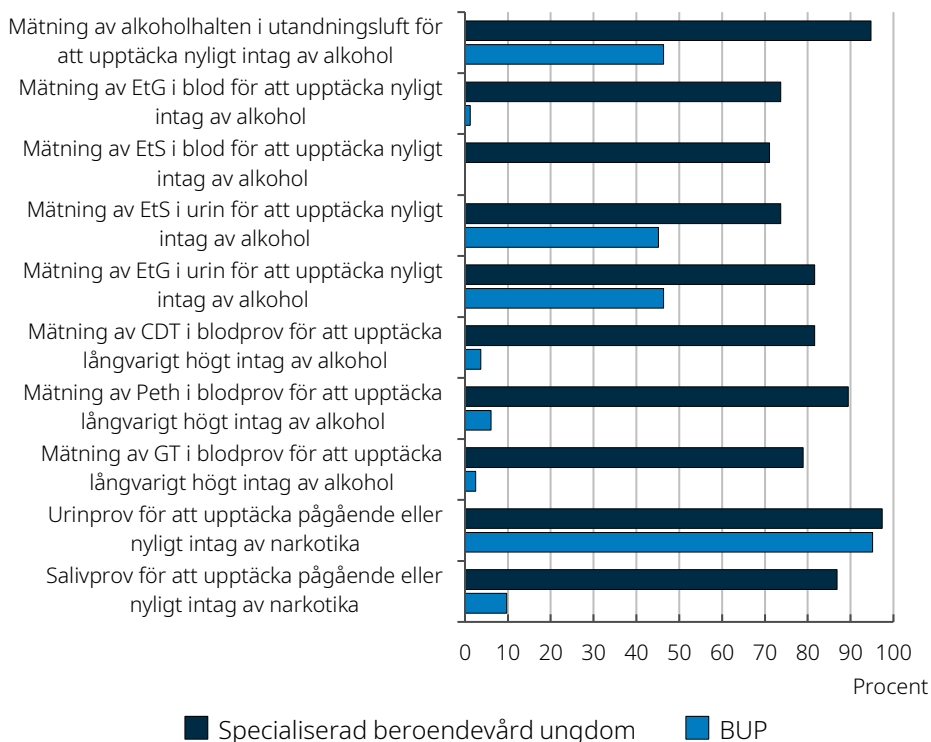
Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvårdsverksamheter, LARO-verksamheter och primärvårdsverksamheter, 2023.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) rapporterar de allra flesta verksamheter att de utför eller beställer urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (diagram 7). Färre testar intag av alkohol genom utandningsluft. Resultaten tyder på att utförandet av medicinska tester skiljer sig åt bland verksamheterna. Flera kommenterar i enkäterna att de som BUP-verksamheter inte behandlar ungdomar med skadligt bruk och beroende, att de remitterar ungdomarna vidare till andra mottagningar, och därmed inte genomför medicinska tester.

Specialistverksamheter för ungdomar rapporterar att de i mycket stor utsträckning kan utföra medicinska tester (diagram 7). I stort sett samtliga

mottagningar anger att de kan utföra eller låta beställa urinprov samt mäta alkoholhalten i utandningsluften och dessutom utförs andra medicinska tester i hög utsträckning.

Diagram 7. Andel verksamheter inom specialiserad sjukvård som utför medicinska tester för ungdomar



Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten. Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland.

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom, 2023.

Analys av resultat

Medicinska tester bör ses som ett komplement till annan bedömning och när sådant behov finns. Resultaten visar att användandet av medicinska tester inom sjukvården är etablerat. Det skiljer sig till viss del mellan LARO-verksamheterna med dess speciella behandlingsmodell och övriga specialistvården vilket tyder på att den regionala sjukvården har implementerat de nationella riktlinjerna framgångsrikt. Medicinska tester erbjuds i större utsträckning inom specialistvården än inom primärvården, vilket är rimligt eftersom beroendesjukdom ofta behandlas och följs upp inom specialistvården. Resultaten från BUP visar att en relativt låg andel kan erbjuda medicinska tester. Detta kan i många fall förklaras med att man

remitterar patienter med alkohol- och narkotikaproblem vidare till Maria-mottagningar, vilket är rimligt i de fall regionerna har organiserat vården på detta sätt. Dock finns inte Maria-mottagningar i alla regioner i landet och det är därför viktigt att även BUP har kapacitet att identifiera och diagnostisera skadligt bruk och beroende hos unga personer.

Socialtjänsten utför också medicinska tester i viss utsträckning. En del av resultaten kan dock även innefatta socialtjänstverksamheter som har nära samverkan med primärvårdsverksamheter eller integrerade verksamheter⁸. Där genomförs medicinska tester inom ramen för det regionala uppdraget.

Hur användningen av medicinska tester ser ut i praktiken styrs även av kostnaderna för att genomföra tester. I vissa regioner innebär det en stor kostnad att skicka exempelvis salivtester på analys, vilket påverkar i vilken omfattning metoden kan användas. För att främja en jämlik vård är det viktigt att alla regioner har möjlighet att erbjuda de rekommenderade medicinska testerna när det bedöms vara relevant.

⁸ Integrerade verksamheter består av personal som arbetar tillsammans på samma enhet, men är anställda av olika huvudmän, exempelvis hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Läkemedelsbehandling

Det finns betydande skillnader i praxis när det gäller läkemedelsbehandling vid skadligt bruk och beroende. Detta kan medföra att patienter är underbehandlade eller får fel behandling. I de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende belyser Socialstyrelsen läkemedelsbehandling vid:

- alkoholabstinens
- alkoholberoende
- beroende av bensodiazepiner
- beroende av centralstimulerande preparat
- opioidabstinens
- opioidberoende.

Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens

Alkoholabstinens är ett tillstånd som inträder när en längre tids högt alkoholintag upphör hos en person med alkoholberoende. Tillståndet innebär dels en rad symtom såsom oro, ångest, kraftiga darrningar eller skakningar, hög puls, högt blodtryck och sömnsvårigheter. Det förekommer också abstinenskomplikationer; abstinensepilepsi och delirium tremens som kan vara livshotande. Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda följande läkemedel vid alkoholabstinens:

- bensodiazepiner, prioritet 2, vid risk för abstinensepilepsi och delirium tremens, prioritet 1
- klometiazol, prioritet 3
- karbamazepin, prioritet 3.

Vid svår alkoholabstinens (delirium tremens) rekommenderas följande läkemedel:

- bensodiazepiner, prioritet 1
- klometiazol, prioritet 1.

Specialistvården erbjuder läkemedelsbehandling i relativt stor utsträckning vid alkoholabstinens

Enkätresultaten visat att totalt 40 procent (8 av 20) av verksamheterna erbjuder klometiazol eller karbamazepin till personer med alkoholabstinens, och totalt 50 procent (10 av 20) erbjuder klometiazol till personer med

alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens. Totalt 90 procent (18 av 20) av verksamheterna erbjuder bensodiazepiner eller klometiazol till personer med delirium tremens (indikator 5).

Läkemedelsbehandling vid beroendetillstånd

Behandling av alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska i syfte att minska de problem och skador som en hög alkoholkonsumtion medför. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda följande läkemedelsbehandlingar:

- disulfiram, prioritet 1
- akamprosot, prioritet 1
- naltrexon, peroralt, prioritet 1.

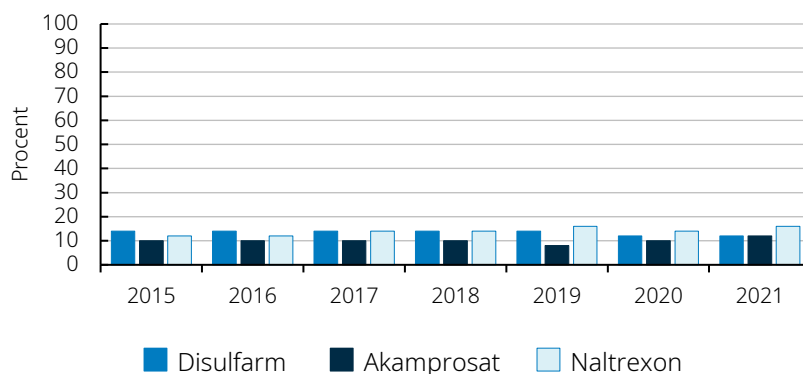
Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende

Utvärderingen visar att cirka 10–15 procent av dem med alkoholberoende behandlas med disulfiram, akamprosot och/eller naltrexon (diagram 8).

Naltrexon och disulfiram tycks förskrivas något oftare än akamprosot.

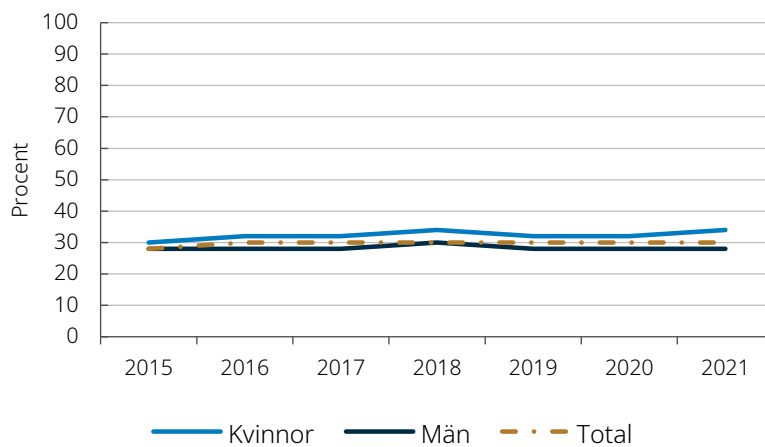
Registerdata redovisar endast läkemedel som hämtas ut på recept och inte de som delas ut till patienten på plats i vården (rekvisitionsläkemedel). Det är därmed högst troligt att andelen behandlade i praktiken är högre. Det finns inga direkta skillnader i förskrivningen mellan kvinnor och män (diagram 9). Användningen var relativt oförändrad under perioden 2015–2021 (diagram 10).

Diagram 8. Andel personer över 18 år som hämtat ut disulfiram, akamprosat och/eller naltrexon på recept inom 12 månader efter alkoholdiagnos, F10 som huvud- eller bidiagnos, exklusive F10.0 (indikator 4)



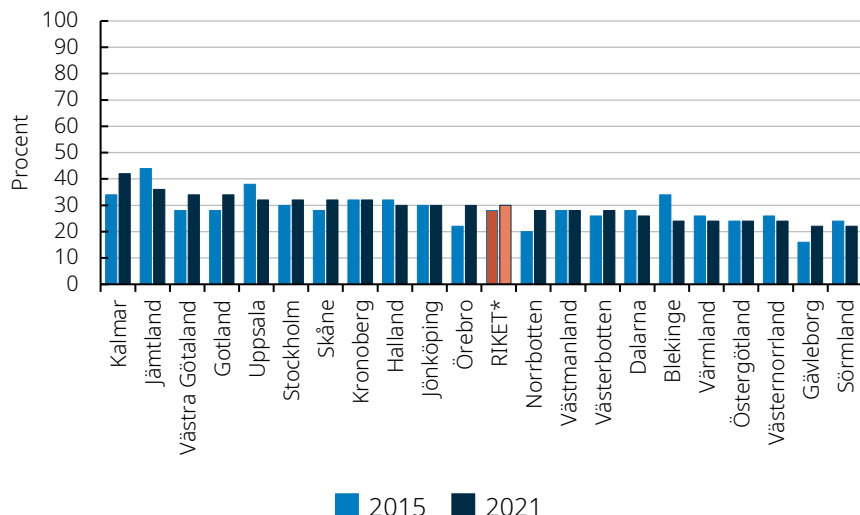
Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 9. Andel personer över 18 år som hämtat ut disulfiram, akamprosat och/eller naltrexon på recept inom 12 månader efter alkoholdiagnos, F10 som huvud- eller bidiagnos (förutom F10.0). Uppdelat på kön, riket (indikator 4)



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 10. Andel personer över 18 år som hämtat ut disulfiram, akamprosat och/eller naltrexon på recept inom 12 månader efter alkoholdiagnos. Uppdelat på region år 2015 och 2021. F10 som huvud- eller bidiagnos, exklusive F10.0 (indikator 4)



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

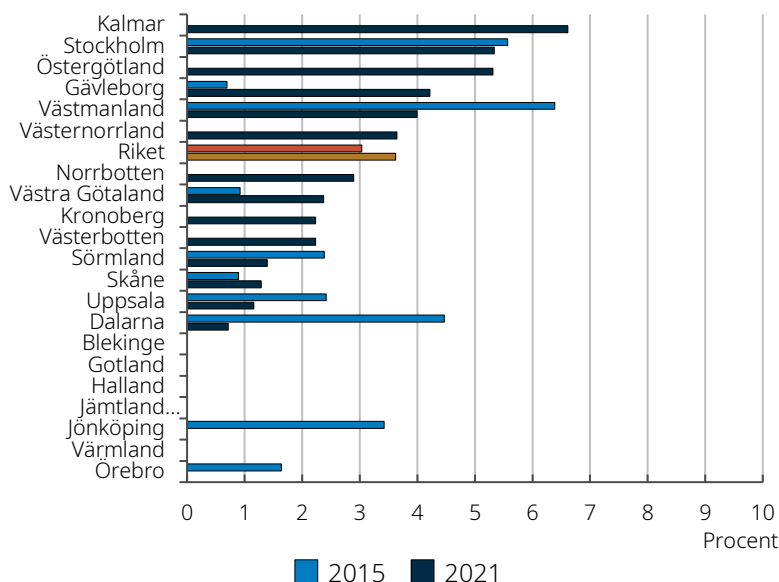
Läkemedelsbehandling vid amfetaminberoende

Vid beroende av det centralstimulerande preparatet amfetamin rekommenderas behandling med naltrexon. Naltrexon har visat viss positiv effekt på kvarstannande i behandling och är inte förknippat med några allvarliga biverkningar. Det finns också få alternativa läkemedelsbehandlingar vid amfetaminberoende. Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med naltrexon till personer med amfetaminberoende, prioritet 4.

Resultat läkemedel i specialistvården vid amfetaminberoende

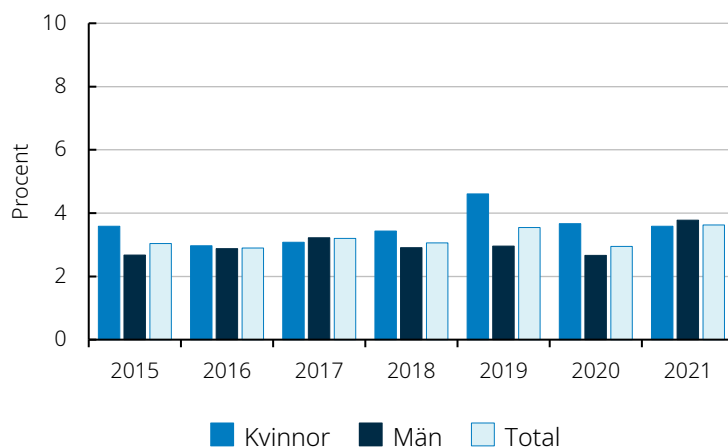
Utvärderingen visar att flera regioner inte förskriver naltrexon till patienter med amfetaminberoende under perioden 2015–2021 (diagram 11). Det finns betydande skillnader mellan könen i användningen och en större andel kvinnor fick behandling med naltrexon under perioden 2015–2020, med undantag för 2017 (diagram 12).

Diagram 11. Uthämtning av naltrexon på recept inom 12 månader efter diagnostisering för amfetaminberoende F15 som huvud- eller bidiagnos, exklusive F15.0 och F10 (alkoholdiagnos). Andel personer 18–64 år, uppdelat på region, år 2015 och 2021



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 12: Uthämtning av naltrexon på recept inom 12 månader efter diagnosticering för amfetaminberoende F15 som huvud- eller bidiagnos, exklusive 15.0. Andel personer 18-64 år, uppdelat på kön. Åren 2015-2021



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Nedtrappning av opioider för patienter med långvarig smärta och samtidigt opioidberoende

Nedtrappning vid opioidberoende innebär att patientens dos av opioidanalgetika minskas stegvis, och anpassas efter eventuella abstinenssymtom. Ofta används den opioid (med vissa undantag) som patienten använt eller en snarlik, men nedtrappningen kan även genomföras med läkemedlen buprenorfin eller kombinationen buprenorfin-naloxon. Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda nedtrappning till personer med opioidberoende (analgetika), prioritet 3.

Behandling vid nedtrappning av opioider inom specialistvården

Mer än hälften, 62 procent (45 av 73) av specialistverksamheterna anger att de kan erbjuda nedtrappning till personer med beroende av smärtstillande opioider. Enkäternas kommentarer indikerar att det saknas nationell konsensus över vilken verksamhet som bör ansvara för nedtrappningen.

Läkemedelsbehandling inom LARO

Socialstyrelsens läkemedelsregister omfattar endast läkemedel som hämtas ut på recept, vilket inte inkluderar de läkemedel som delas ut i vården (rekvisitionsläkemedel). För närvarande är det utmanande att få en heltäckande bild via läkemedelsregistret av hur stor patientgruppen som får LARO-behandling är. Detta beror på att en andel av patienterna erhåller LARO-läkemedel vid besök i verksamheterna och hämtar således inte ut sina läkemedel på recept.

I utvärderingen har Socialstyrelsen valt att göra en uppskattning av antal patienter i LARO-behandling. Denna baseras uppgifter från läkemedelsregistret om antalet patienter som gjort uttag av LARO-läkemedel, med uppgifter om fördelningen mellan apoteksuttag och data rörande rekvisitionsläkemedel från databasen Concise rörande läkemedel. Uppskattningen är att det rör sig om cirka 7 000 personer i Sverige, vilket är en fördubbling sedan 2011. En liknande uppskattning har gjorts inom ramen för Narkotikautredningen [3].

LARO kombinerar läkemedelsbehandling med psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosocialt stöd. Den farmakologiska delen innebär behandling med ett läkemedel (buprenorfin, naloxon, metadon eller buprenorfin-naloxon) i en dos som är anpassad för individen. Enligt de

nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården erbjuda följande läkemedel i LARO-behandling vid opioidberoende och opioidabstinens:

- kombinationen buprenorfin-naloxon, prioritet 1 vid beroende av opioider, prioritet 3 vid beroende av smärtstillande läkemedel.
- buprenorfin prioritet 1 vid abstinens, prioritet 4 vid beroende av opioider
- metadon vid beroende av opioider, prioritet 2.

Utvärderingen undersöker, utöver ovanstående, hur stor andel av verksamheterna som erbjuder buprenorfin som depotinjektion. Detta läkemedel har tillkommit efter de nationella riktlinjernas införande.

LARO-verksamheter erbjuder LARO-läkemedel i enlighet med rekommendationerna

Utvärderingen visar att 98 procent (60 av 61) av LARO-verksamheterna erbjuder kombinationen buprenorfin-naloxon och totalt 95 procent (58 av 61) av LARO-verksamheterna erbjuder buprenorfin (tabell 21).

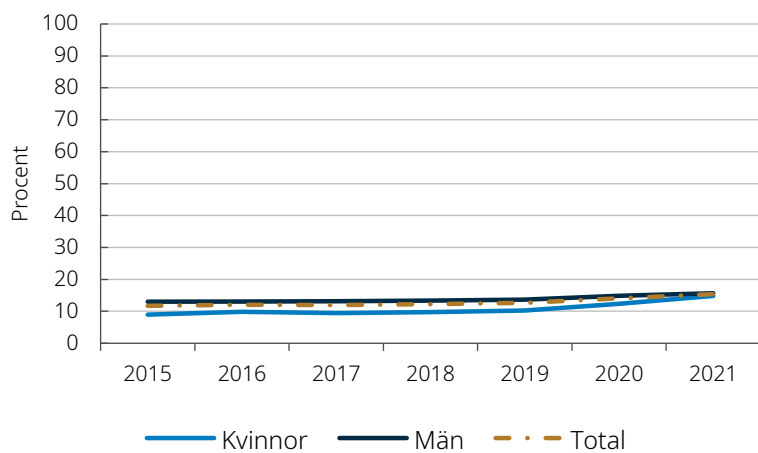
Tabell 21. Andel LARO-verksamheter som erbjuder olika LARO-läkemedel (indikator 6)

LARO-läkemedel	Andel LARO-verksamheter som erbjuder
Kombinationen buprenorfin-naloxon (prio 1)	98% (60 av 61)
Metadon (prio 2)	90% (55 av 61)
Buprenorfin (prio 4)	95% (58 av 61)
Buprenorfin, depotinjektion	97% (59 av 61)

Källa: Socialstyrelsens enkät till LARO-verksamheter, 2023.

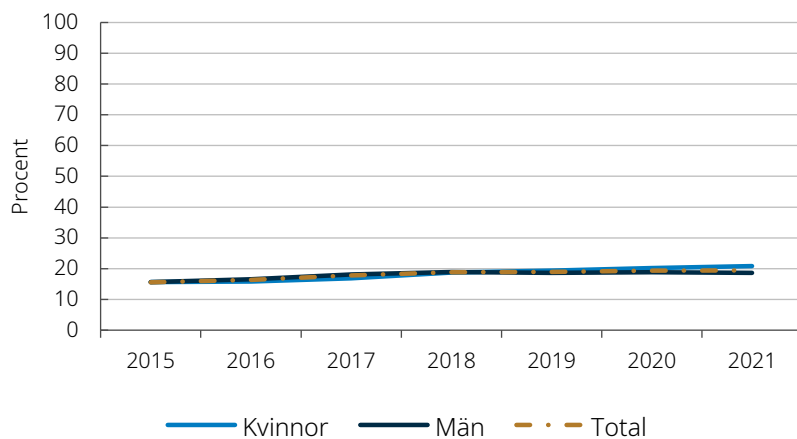
Analysen av registerdata för indikator 6 visar att förskrivningen av kombinationen buprenorfin-naloxon har ökat sedan 2015 (diagram 13), likaså förskrivningen av buprenorfin (diagram 14). Däremot har förskrivningen av metadon minskat markant sedan 2015 (diagram 15). Flera mottagningar kommenterar i enkäterna att de som vårdgivare har depotinjektion av buprenorfin och kombinationspreparat buprenorfin-naloxon som förstahandsval.

Diagram 13. Förskrivning av kombinationen buprenorfin-naloxon på recept inom 12 månader efter diagnos, F11 som huvud- eller bidiagnos, exklusive F11.0. Uppdelat på kön mellan 2015–2021 (indikator 6)



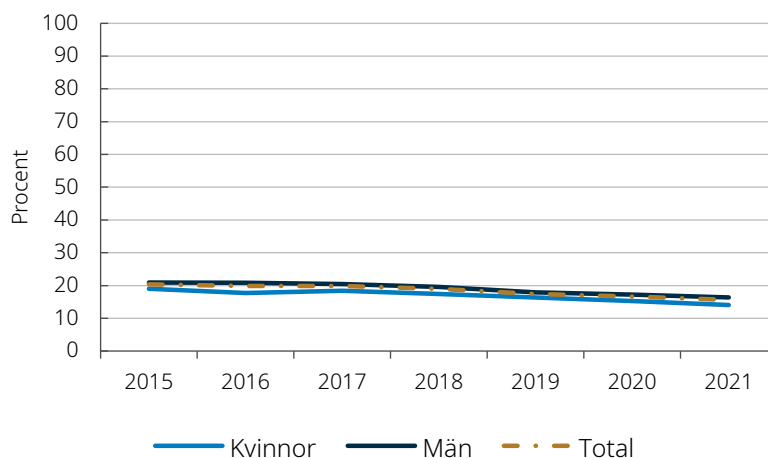
Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 14. Förskrivning av buprenorfin på recept inom 12 månader efter diagnos. F11 som huvud- eller bidiagnos, exklusive F11.0. Uppdelat på kön mellan 2015–2021 (indikator 6)



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram 15. Förskrivning av metadon på recept inom 12 månader efter diagnos. F11 som huvud- eller bidiagnos, exklusive F11.0. Uppdelat på kön mellan 2015–2021 (indikator 6)



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I intervjuerna tog flera upp att möjligheten att erbjuda LARO-behandling har lett till högre stabilitet under behandlingstiden och färre återfall. Införandet av depotberedningar har också bidragit till kortare köer till LARO-behandling. LARO beskrivs som en kostnadseffektiv behandling som också gjort att skadereducering och lågtröskelverksamheter blivit mer accepterade. Tillgången till resurser och kompetensförsörjning nämns i intervjuerna som en stor utmaning för att följa riktlinjernas rekommendationer, till exempel brist på sjuksköterskor vilket leder till konsekvensen att läkemedelsbehandling prioriteras framför psykosociala insatser. Flera kommenterar att det är problematiskt att kunna erbjuda LARO-behandling i glesbygd och regioner med stora geografiska avstånd, vilket kräver mobila lösningar.

Tillgängliggörande av naloxon med tillhörande utbildningsinsats

Naloxon häver effekten av opioider vid överdos och kan vara en livräddande åtgärd om det ges i direkt anslutning till ett sådant tillstånd. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör enligt nationella riktlinjer erbjuda naloxon och en relaterad utbildningsinsats till personer med opioidberoende och risk för överdos, prioritet 1. Det är numera möjligt att köpa naloxon receptfritt på apotek.

De flesta regioner erbjuder naloxon med tillhörande utbildningsinsats i hälso- och sjukvården

Av 17 regioner anger 15 att deras sprututbytesverksamhet eller LARO-verksamhet erbjuder naloxon med tillhörande utbildningsinsats till patienterna (tabell 22). I 5 regioner finns också andra verksamheter som erbjuder detta.

Tabell 22. Tillgängliggörande av naloxon med tillhörande utbildningsinsats till patienterna

Verksamhet fördelat på region	Erbjuder inom sprututbytesverksamhet	Erbjuder inom LARO	Erbjuder inom andra beroende-verksamheter	Erbjuder inom andra verksamheter
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Nej
Uppsala*	-	-	-	-
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Nej
Kalmar	Nej	Ja	Nej	Ja
Gotland	Ja	Ja	Ja	Nej
Blekinge	Ja	Nej	Ja	Nej
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Nej
Västra Götaland*	-	-	-	-
Värmland*	-	-	-	-
Örebro*	-	-	-	-
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Nej	Nej
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Nej	Nej
Norrbottnen	Nej	Ja	Nej	Nej
Total	88% (15 av 17)	94% (16 av 17)	65% (11 av 17)	29% (5 av 17)

*Svar saknas från Värmland, Örebro, Västra Götaland och Uppsala.

Källa: Socialstyrelsens enkät till regionledningar, 2023.

Totalt 95 procent (58 av 61) av LARO-verksamheterna erbjuder naloxon, jämfört med 59 procent (58 av 61) av de övriga specialistverksamheterna som utför beroendevård (tabell 23). Däremot är det få primärvårdsverksamheter som erbjuder detta.

Tabell 23. Andelen verksamheter som erbjuder naloxon

	Primärvård	Specialistvård	LARO-verksamhet
Erbjuder naloxon	8% (22 av 272)	59% (43 av 73)	95% (58 av 61)

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvården, specialistvården och socialtjänsten, 2023.

Flera mottagningar kommenterar i enkäterna att de inte behandlar personer med opioidberoende och att detta är skälet till att de inte kan erbjuda naloxon.

Analys av resultat

De nationella riktlinjerna innehåller tydliga rekommendationer för läkemedelsbehandling och därmed antogs att läkemedelsanvändningen ökat under utvärderingsperioden.

Inom området alkoholberoende har förskrivningen inte ökat för läkemedlen med prioritet 1. De preparat som rekommenderas i riktlinjerna för alkoholberoende har påvisad effekt och i allmänhet milda biverkningar, vilket gör dem till en viktig men underutnyttjad resurs i behandlingen. Få verksamheter kan erbjuda nedtrappning av opioider vid långvarig smärta, eftersom tillståndet kräver en tvärprofessionell ansats genom multiprofessionella team. Utöver detta behövs vård och behandling med nedtrappning till en ny grupp patienter med beroende av smärtstillande läkemedel, till exempel tramadol. Detta ökar efterfrågan på kunskap och resurser speciellt för patientgruppen inom dessa verksamheter. När det gäller amfetaminberoende noteras även att förskrivningen av naltrexon med prioritet 4 inte har ökat sedan 2015 och att läkemedlet inte förskrivs alls i flera regioner. Fortbildning och kompetensutveckling är därför centralt för att uppnå en ökad och mer jämlik tillgång till behandling med läkemedel.

Resultaten visar att de läkemedel som rekommenderas inom LARO erbjuds. En ökad andel av LARO-läkemedlen ges på vårdinrättningar, vilket innebär att överblicken i takt med detta har försämrats. Läkemedelsregistret saknar data om rekvisitionsläkemedel på individnivå och därmed försämrats möjligheten till nationell uppföljning. Alla verksamheter erbjuder heller inte samtliga läkemedel som ingår i LARO-programmet. Intervjupersonerna beskriver LARO som en framgångsrik insats.

Vid tiden för utvärderingen blev det möjligt att köpa naloxon receptfritt på apotek [22]. Det ökar möjligheten att individen själv och personer i dess närhet använder läkemedlet i fall av överdos. Flera nyligen avslutade myndighetsuppdrag och utredningar inom detta område har troligen ökat kännedomen om naloxon under tiden som denna utvärdering har pågått.

Psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder

Vid skadligt bruk och beroende används psykologisk och psykosocial behandling. Psykologisk behandling har fokus på intrapsykiska processer, medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget. Psykosocial behandling innefattar även information, rådgivning och kontakt med närstående.

Vid skadligt bruk och beroende hos ungdomar samspelar ofta psykologiska och sociala faktorer. Skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren innebär ökad risk för försämrade skolgång, antisociala och kriminella beteenden, psykisk ohälsa och utsatthet för våld och övergrepp. För att fånga upp ungdomar tidigt krävs interventioner som är utarbetade särskilt för ungdomar och deras förutsättningar.

I de nationella riktlinjerna är rekommendationerna om psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder riktade till enskilda tillstånd av missbruk och beroende, exempelvis alkohol eller cannabis. Detta betyder att en och samma metod kan ha olika prioriteringsgrader beroende på för vilket tillstånd det används. För vissa tillstånd rekommenderas även kombinationer av metoder som för andra tillstånd rekommenderas separat.

Utvärderingen har undersökt hur de nationella riktlinjerna tillämpas med utgångspunkt i de specifika rekommendationerna med prioritet 1–3. Inom området behandlingsmetoder har det dock bedömts som relevant att bredda kartläggningen för att få en tydligare helhetsbild kring vilka insatser som erbjuds. En anledning till detta är att många personer har skadligt bruk och beroende av flera substanser som de behandlas för samtidigt. Vi har därför ställt ett antal frågor som direkt speglar behandlingsrekommendationer för specifika tillstånd, men även frågat om verksamheternas erbjudande av ett antal behandlingsmetoder utan att definiera för vilka beroendetillstånd det gäller.

Följande behandlingsmetoder har undersökts i utvärderingen och de presenteras nedan med rekommendationens prioriteringsgrad för respektive tillstånd:

- motivationshöjande behandling (MET) – prioritet 1 för alkohol
- kognitiv beteendeterapi (KBT) – prioritet 2 för alkohol, prioritet 4 för centralstimulerande preparat, prioritet 3 inom LARO
- återfallsprevention (ÅP) – prioritet 2 för alkohol, prioritet 4 för centralstimulerande preparat, prioritet 3 inom LARO

- community reinforcement approach (CRA) – prioritet 2 för alkohol, prioritet 4 inom LARO
- tolvstegsbehandling⁹ – alkohol, prioritet 2
- social behaviour network therapy (SBNT) – alkohol, prioritet 2
- psykodynamisk terapi (PDT) eller interaktionell terapi – alkohol, prioritet 4
- KBT eller återfallsprevention med tillägg av MI eller MET – cannabis, prioritet 3
- haschavvänjningsprogrammet (HAP) – cannabis, prioritet 6
- tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet eller CRA med tillägg av förstärkningsmetod – centralstimulerande preparat, prioritet 3
- parterapi som tillägg till annan behandling – alkohol eller narkotika, prioritet 3
- nätverksterapi som tillägg till annan behandling – alkohol eller narkotika, prioritet 4
- kort intervention med motiverande samtal (MI) eller annan behandlingsmetod – prioritet 10 för alkohol, prioritet 5 för cannabis, prioritet 6 för centralstimulerande preparat, prioritet 5 för opioider.

För ungdomar rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda:

- kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, eller A-CRA eller ACC – prioritet 3
- familjebehandling i form av FFT eller MDFT – prioritet 3
- familjebehandling i form av BSFT eller multisystemisk terapi – prioritet 4.

För problematiskt spel om pengar rekommenderar Socialstyrelsen i kunskapsstödet [19] att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda:

- KBT med inriktning mot problematiskt spel om pengar
- KBT med inriktning mot problematiskt spel om pengar kombinerat med MI.

För personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder:

⁹ Tolvstegsbehandling (ibland kallad ”twelve-step facilitation” (TSF) eller Minnesota-modellen (MM)) är en strukturerad behandling som tillämpar Anonyma alkoholisters (AA) tolv steg för tillfrisknande och som förbereder för deltagande i AA eller andra liknande självhjälpsgrupper (till exempel Anonyma narkomaner, NA). Tolvstegsbehandling ska dock inte blandas ihop med deltagande i självhjälpsgrupperna (se sid. 133 i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, stöd för styrning och ledning).

- KBT som tillägg till nedtrappning vid långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig, prioritet 3.

Utvärderingen har inte undersökt om hälso- och sjukvården erbjuder psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser för ungdomar med problematiskt spel om pengar. Däremot har ungdomar inkluderats i enkätfrågan till socialtjänsten för insatser vid problematiskt spel om pengar för vuxna.

Socialtjänsten erbjuder i relativt stor utsträckning olika psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder

Resultaten indikerar att inom socialtjänsten erbjuds ÅP och MI i stor utsträckning (tabell 24). Vad gäller mer specifika metoder är det HAP, CRA och tolvstegsbehandling som erbjuds i stor utsträckning. Här kan noteras att HAP erbjuds trots den lägre prioriteringen 6 i rekommendationerna. Andra metoder med hög prioritet som exempelvis MET och KBT kan dock erbjudas i mindre utsträckning.

Tabell 24. Andelen socialtjänstverksamheter som erbjuder psykologiska och psykosociala behandlingar till vuxna (indikator 7.2)

Behandlingsmetod	Andel verksamheter inom socialtjänsten som erbjuder
Återfallsprevention (ÅP)*	96% (224 av 233)
Motiverande samtal (MI)*	93% (219 av 235)
Haschavvänjningsprogrammet (HAP)*	74% (172 av 232)
Community reinforcement approach (CRA)**	72% (207 av 288)
Tolvstegsbehandling**	68% (196 av 288)
Motivationshöjande behandling (MET) **	51% (147 av 288)
Kognitiv beteendeterapi (KBT)**	50% (144 av 288)
Social behaviour network therapy (SBNT)**	15% (43 av 288)
Nätverksterapi som tillägg till annan behandling *	4% (9 av 231)
MATRIX-programmet vid skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande preparat*	1% (3 av 231)

*Källa: Kartläggning av socialtjänstens insatser, SKR 2022.

**Källa: Öppna jämförelser, Socialstyrelsen 2023.

Hälso- och sjukvården erbjuder i relativt stor utsträckning psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder

Inom specialistvården erbjuds kort intervention med MI i stor utsträckning, i 85 procent (62 av 73) av verksamheterna (tabell 25). Detta är en lågt prioriterad metod i rekommendationerna. De högre prioriterade metoderna KBT och ÅP är också vanligt förekommande. Även psykodynamisk terapi (PDT) erbjuds i viss utsträckning. Totalt 42 procent (31 av 73) erbjuder MET, den högst prioriterade metoden vid alkoholberoende i rekommendationerna. Också inom primärvården är det övervägande KBT och kort intervention med MI som erbjuds av verksamheterna. I betydligt mindre grad erbjuds ÅP, MET och PDT.

Tabell 25. Andel beroendeverksamheter inom specialistvården och primärvårdsverksamheter som erbjuder psykologiska och psykosociala behandlingar vuxna (indikator 7.1)

Behandlingsmetod	Andel specialistverksamheter inom vuxenpsykiatri som erbjuder	Andel primärvårdsverksamheter som erbjuder
Kort intervention med motiverande samtal (MI) (prio 5,6 och 10),	85% (62 av 73)	71% (193 av 272)
Kognitiv beteendeterapi (KBT) (prio 2 och 4)	68% (50 av 73)	79% (214 av 272)
Återfallsprevention (ÅP) (prio 2 och 4)	64% (47 av 73)	26% (71 av 272)
Motivationshöjande behandling (MET) (prio 1)	42% (31 av 73)	24% (64 av 272)
Psykodynamisk terapi (PDT) (prio 4)	32% (25 av 73)	24% (66 av 272)
Community reinforcement approach (CRA) (prio 2)	26% (19 av 73)	3% (7 av 272)
Haschavänjningsprogrammet (HAP) (prio 6)	22% (16 av 73)	1% (4 av 272)
Parterapi som tillägg till annan behandling (prio 3)	14% (10 av 73)	8% (23 av 272)
Tolvstegsbehandling (prio 2)	12% (9 av 73)	6% (15 av 272)
Nätverksterapi som tillägg till annan behandling (prio 4)	8% (6 av 73)	*
Interaktionell terapi (prio 4)	5% (4 av 73)	5% (14 av 272)
Social behaviour network therapy (SBNT) (prio 2)	1% (1 av 73)	1% (3 av 272)
MATRIX-programmet vid skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande preparat (prio 3)	0% (0 av 73)	2% (5 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistverksamheter och primärvårdsverksamheter, 2023.

*Frågan var inte ställd till primärvården.

Intervjuerna ger en bild av att det finns stora variationer i primärvårdens möjligheter att erbjuda psykologisk och psykosocial behandling trots att denna behandlingsform ingår i primärvårdens uppdrag. I några regioner finns ett nära samarbete mellan primärvården och socialtjänsten som gör det enkelt att tillgå samtalsbehandling. I regioner där samverkan inte finns etablerad beskrivs istället en ineffektiv och resurskrävande lösning där primärvården skickar remiss till specialistvården som i sin tur kontaktar socialtjänsten.

Kombinationer av diagnos och behandlingsmetod som förekommer i rekommendationerna visas i tabell 26. Dessa visade sig förekomma i liten utsträckning. Den vanligast förekommande var integrerad behandlingsmetod (MI eller KBT) till patienter med samsjuklighet i svår psykisk sjukdom eller depression och skadligt bruk och beroende, med drygt hälften av verksamheterna (51 procent, 37 av 73).

Tabell 26. Andel beroendeverksamheter inom den specialiserade psykiatrin som erbjuder psykologiska och psykosociala behandlingar vid respektive tillstånd

Behandlingsmetod och tillstånd	Andel specialistverksamheter inom vuxenpsykiatrin som erbjuder behandling
Integrerad behandlingsmetod (MI eller KBT) till vuxna patienter med skadligt bruk och beroende och samtidig svår psykisk sjukdom (prio 3) eller depression (prio 6)	51% (37 av 73)
KBT eller återfallsprevention med tillägg av MI eller MET till personer med skadligt bruk eller beroende av cannabis (prio 3) (indikator 8)	38% (28 av 73)
12-stegsbehandling, MATRIX-programmet eller CRA med tillägg av förstärkningsmetod till vuxna patienter med skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande preparat (prio 3) (indikator 10)	4% (3 av 73)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistverksamheter, 2023.

LARO-verksamheter erbjuder i relativt stor utsträckning psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder

När det gäller LARO-verksamheterna är det flest som erbjuder behandling genom kort intervention med MI, som inte har någon prioritet i riktlinjernas rekommendationer (tabell 27). KBT och ÅP erbjuds även i relativt stor utsträckning.

Tabell 27. Andel LARO-verksamheter som erbjuder ÅP, KBT, CRA (indikator 9) och kort intervention med MI

Behandlingsmetod	Andel LARO-verksamheter som erbjuder
Återfallsprevention (ÅP) (prio 3)	76% (47 av 61)
Kognitiv beteendeterapi (KBT) (prio 3)	73% (45 av 61)
Community reinforcement approach (CRA) (prio 4)	24% (15 av 61)
Kort intervention med motiverande samtal (MI)	94% (58 av 61)

Källa: Socialstyrelsens enkät till LARO-verksamheter, 2023.

Flera faktorer påverkar valet och genomförandet av behandlingsmetoder enligt intervjupersonerna

I intervjuerna framkom att verksamheternas val av behandlingsmetoder styrs av tillgång till personal med utbildning i metoden, riktlinjernas rekommendationer och patienten eller klientens behov. För små kommuner kan investering i utbildning för personalen vara mycket stor i förhållande till det låga antalet klienter som kan behöva den specifika metoden.

Rekommendationerna anses innehålla ett stort antal metoder, och tydligare bedömningar av ett fåtal metoder anses skapa bättre förutsättningar för följsamhet, liksom vägledning och kvalitetssäkring av utbildningar i de rekommenderade metoderna.

Det framhålls även i intervjuerna att möjligheten att ge behandling och stödinsatser till stor del beror på patienten eller klientens önskemål och förutsättningar, vilket ligger i linje med att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling. Många patienter lever i social utsatthet och har svårigheter att genomföra behandlingsmetoder till fullo. Att arbeta utifrån ett skadereducerande perspektiv anses därför vara viktigt.

Trots det stora antalet behandlingsmetoder som ingår i riktlinjerna påtalar de intervjuade personerna behovet av evidensbaserade metoder anpassade för mer komplex problematik.

Socialtjänsten erbjuder till stor del behandling vid problematiskt spel om pengar

Nästan samtliga socialtjänstverksamheter anger att de erbjuder någon form av psykologisk eller psykosocial behandling till personer med problematiskt spel om pengar. Behandling erbjuds både till vuxna och ungdomar (tabell 28).

Tabell 28. Andel socialtjänstverksamheter som erbjuder psykologisk eller psykosocial behandling till vuxna och ungdomar med problematiskt spel om pengar

Verksamhet	Andel verksamheter inom socialtjänsten som erbjuder
Socialtjänst – vuxen och ungdom	95% (125 av 131)

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

Av de som erbjuder psykosocial behandling gör det främst i form av behandling med MI och KBT (tabell 29). Totalt anger 97 procent (121 av 125) att de erbjuder kort intervention med MI och 68 procent (84 av 125) att de erbjuder KBT till personer med problematiskt spel om pengar. Det framgår också att ÅP används i detta syfte inom de allra flesta verksamheterna.

Tabell 29. Andel socialtjänstverksamheter som erbjuder psykologisk eller psykosocial behandling till vuxna och ungdomar med problematiskt spel om pengar

Behandlingsmetod	Andel verksamheter inom socialtjänsten som erbjuder
Kort intervention med motiverande samtal (MI)	97% (121 av 125)
Återfallsprevention (ÅP)	90% (113 av 125)
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	68% (84 av 125)
12-stegsbehandling	50% (63 av 125)
Acceptance and commitment therapy (ACT)	23% (29 av 125)
Mindfulness	19% (24 av 125)
Psykodynamisk terapi (PDT)	7% (9 av 125)

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

Relativt få verksamheter inom hälso- och sjukvården erbjuder behandling vid problematiskt spel om pengar

Totalt 33 procent (24 av 73) av specialistverksamheterna erbjuder någon psykologisk eller psykosocial behandling till vuxna personer med problematiskt spel om pengar och totalt 21 procent (58 av 272) av primärvårdsverksamheterna erbjuder behandling (tabell 30).

Tabell 30. Andel specialistverksamheter och primärvårdsverksamheter som erbjuder psykologisk eller psykosocial behandling till vuxna med problematiskt spel om pengar

Verksamhet	Andel verksamheter inom hälso- och sjukvård som erbjuder
Specialistvård - vuxen	33% (24 av 73)
Primärvård - vuxen	21% (58 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvården, 2023.

Av de som anger att de erbjuder behandling, erbjuder i stort sett alla verksamheter KBT och kort intervention med MI (tabell 31). En stor del av verksamheterna erbjuder ÅP till patienter med problematiskt spel om pengar.

Tabell 31. Andel specialistverksamheter och primärvårdsverksamheter som erbjuder psykologisk eller psykosocial behandling till vuxna med problematiskt spel om pengar

Behandlingsmetod	Andel specialistverksamheter inom vuxenpsykiatri som erbjuder	Andel primärvårdsverksamheter som erbjuder
Kort intervention med motiverande samtal (MI)	96% (23 av 24)	84% (49 av 58)
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	96% (23 av 24)	95% (55 av 58)
Återfallsprevention (ÅP)	71% (17 av 24)	34% (20 av 58)
Psykodynamisk terapi (PDT)	21% (5 av 24)	24% (14 av 58)
12-stegsbehandling	13% (3 av 24)	10% (6 av 58)
Mindfulness	17% (4 av 24)	45% (26 av 58)
Acceptance and commitment therapy (ACT)	21% (5 av 24)	48% (28 av 58)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvården och primärvården, 2023.

KBT vid utsättning efter långvarigt bruk av bensodiazepiner

Bensodiazepiner används som ångestdämpande, sömngivande och muskelavslappande läkemedel. För många har dessa läkemedel ett stort terapeutiskt värde, men det finns risk att för utvecklade abstinens, tolerans och beroende särskilt vid långvarigt bruk. Det finns även risk för allvarliga komplikationer och därför kan de som använt bensodiazepiner under lång tid behöva hjälp med nedtrappningen. Det handlar om personer som söker vård på grund av svårigheter att avsluta sitt bruk av bensodiazepiner, eller som inte avslutat sin användning trots uppmaning från läkare. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner nedtrappning, med KBT-behandling, prioritet 3.

Hälso- och sjukvården erbjuder i liten utsträckning hjälp vid utsättning av bensodiazepiner

Få specialistvårdsmottagningar anger att de erbjuder KBT till personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner, och inom primärvården kan färre än hälften erbjuda samma behandling (tabell 32).

Tabell 32. Andel specialistverksamheter och primärvårdsverksamheter som erbjuder KBT till patienter med långvarigt bruk av bensodiazepiner (indikator 11)

Verksamhet	Andel verksamheter som erbjuder behandling
Specialistvård - vuxen	33% (24 av 73)
Primärvård - vuxen	42% (115 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till primärvårdsverksamheter och specialistverksamheter, 2023.

Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser för ungdomar

I de nationella riktlinjernas rekommendationer för ungdomar ingår kort intervention. Det är en form av psykosocial behandling, som bygger på motiverande samtal (MI) eller andra samtalsmetoder, och består ofta av 1–2 samtal. I rekommendationerna omnämns också familjebehandling som är baserad på familjeterapi. Behandlingen bygger på att hela eller delar av

familjen på olika sätt involveras. Enligt rekommendationerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem:

- kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, eller A-CRA eller ACC, prioritet 3
- familjebehandling i form av FFT eller MDFT, prioritet 3
- familjebehandling i form av BSFT eller multisystemisk terapi, prioritet 4.

Relativt få socialtjänstverksamheter erbjuder psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser till unga med skadligt bruk och beroende

I en rapport från Sveriges kommuner och regioner (SKR) redovisas att socialtjänsten erbjuder flera av de insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. MET eller KBT erbjuds av 34 procent (78 av 229) av kommunerna, A-CRA erbjuds av 28 procent (64 av 229), kort intervention erbjuds av 22 procent (50 av 227), och ACC erbjuds av 2 procent (4 av 200) (tabell 33). Familjebehandlingar redovisas inte separat för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem utan rapporteras under verksamhetsområdet barn och unga.

Tabell 33. Andelen socialtjänstverksamheter som erbjuder psykologiska och psykosociala behandling till ungdomar (indikator 12.3)

Behandlingsmetod	Andel som erbjuder
MET/KBT (prio 3)	34% (78 av 229)
A-CRA (prio 3)	28% (64 av 229)
Kort intervention (prio 3)	22% (50 av 227)
ACC (prio 3)	2% (4 av 200)

Källa: SKR:s kartläggning av socialtjänstens insatser till ungdomar vid skadligt bruk och beroende.

Specialistvårdsverksamheter erbjuder till viss del psykologiska och psykosociala behandlingar till unga med skadligt bruk och beroende

Totalt 51 procent (42 av 82) av BUP-verksamheterna anger att de erbjuder kort intervention med MI till ungdomar med alkohol eller narkotikaproblem, och 43 procent (35 av 82) erbjuder familjebehandling i form av FFT (tabell 34). Det är mycket få verksamheter som erbjuder ytterligare metoder. Flera

BUP-verksamheter kommenterar i enkäterna att de remitterar ungdomar med skadligt bruk och beroende vidare till någon närliggande Maria-mottagning eller motsvarande.

Beroendemottagningar för ungdomar erbjuder i hög grad de psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser som Socialstyrelsen rekommenderar. Totalt 97 procent (37 av 38) av verksamheterna erbjuder kort intervention med MI (tabell 34) och 82 procent (31 av 38) erbjuder familjebehandling i form av FFT. I enkäterna kommenterar några att deras verksamhet är inriktad på att bedöma och utreda ungdomens substansbruk och situation som helhet, och att behandlingen ges inom andra verksamheter eller i socialtjänstens regi.

Tabell 34. Andelen specialistvårdsverksamheter som erbjuder psykologiska och psykosociala behandling till ungdomar med skadligt bruk och beroende (indikator 12.1 och 13.1)

Behandlingsmetod	Andel BUP-verksamheter som erbjuder	Andel beroende-verksamheter för ungdomar som erbjuder
MET i kombination med KBT (prio 3)	2% (2 av 82)	76% (29 av 38)
A-CRA (prio 3)	5% (4 av 82)	74% (28 av 38)
Kort intervention med MI (prio 3)	51% (42 av 82)	97% (37 av 38)
ACC (prio 3)	2% (2 av 82)	0% (0 av 38)
Familjebehandling i form av FFT (prio 3)	43% (35 av 82)	82% (31 av 38)
MET (prio 3)	1% (1 av 82)	79% (30 av 38)
Familjebehandling med BSFT eller multisystemisk terapi (prio 4)	2% (2 av 82)	68% (26 av 38)

* Svar saknas från BUP i Sörmland, Jönköping, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten.

** Resultaten baseras på svar från specialiserad beroendevård i Kronoberg, Stockholm, Örebro, Östergötland, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Värmland, Uppsala och Gotland.

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-verksamheter och specialiserade beroendeverksamheter ungdom, 2023.

Källa: Socialstyrelsens enkät till BUP-mottagningar och specialiserade beroendeverksamheter för ungdomar, 2023.

Analys av resultat

Utvärderingen visar att trots att många av de rekommenderade behandlingsmetoderna förekommer är det överlag de relativt enkla och tillgängliga metoderna som erbjuds i de flesta verksamheterna, såsom kort intervention med MI och ÅP. Mer specifika metoder, såsom CRA och

tolvstegsbehandling erbjuds i lägre utsträckning, även om de verkar vara mer förekommande inom socialtjänsten än inom den specialiserade vården och primärvården. Nätverksorienterade insatser som SBNT och parterapi erbjuds i ännu lägre utsträckning. I intervjuerna beskrivs hur både tillgång till personal med utbildning i specifika metoder och patientgruppens förutsättningar att genomföra en behandling, påverkar vilka metoder som kan erbjudas och erbjuds. Detta kan delvis förklara att enklare och kortare behandlingsmetoder är vanligast. Inom primärvården används ÅP och MET i betydligt lägre grad än inom övriga verksamheter. Dessa metoder med hög prioritet bedöms som tillgängliga och borde kunna utnyttjas i högre grad även inom primärvården.

Vad gäller förekomsten av integrerad behandlingsmetod (MI/KBT), till patienter med skadligt bruk och beroende och samtidigt svår psykisk sjukdom eller depression, erbjuds den endast inom hälften av verksamheterna inom den specialiserade beroendevården. Eftersom förekomsten av samsjuklighet är hög inom dessa verksamheter borde behandlingen kunna erbjudas av betydligt fler.

I intervjuerna lyfter verksamheterna värdet i att kunna erbjuda de flesta behandlingsmetoderna för att kunna matcha varje patient eller klients behov och förutsättningar. I mindre verksamheter och kommuner råder dock ofta brist på personal som är utbildade i vissa metoder vilket begränsar utbudet. Det är därför viktigt att säkerställa att personal har rätt kompetens och erbjuds fortbildning, för att kunna tillgängliggöra de behandlingsmetoder som har högst prioritet i rekommendationerna, och således erbjuda en mer jämlik tillgång till behandling i hela landet.

Vad gäller nedtrappning efter långvarigt bruk av bensodiazepiner är det mindre än hälften av verksamheterna inom primär- och specialistvård som erbjuder den rekommenderade behandlingen. Den låga andelen kan möjligen bero på att verksamheterna erbjuder en allmänt stödjande insats snarare än KBT i dessa fall. Det skulle också kunna vara ett tecken på en otydlig ansvarsfördelning mellan verksamheter. Värt att notera är att den som ordinerar ett läkemedel ansvarar för att följa upp den ordinerade läkemedelsbehandlingen och även för när behandlingen ska avslutas¹⁰.

¹⁰ <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/foreskrifter-och-handbocker/hslf-fs-201737/>

Hälso- och sjukvården kan bli mycket bättre på att säkerställa att dessa patienter får god vård.

I stort sett alla svarande socialtjänstverksamheter anger att de kan erbjuda behandling för problematiskt spel om pengar. Detta är positivt och visar att socialtjänsten relativt snabbt har skapat en organisation för att säkerställa behandling till denna grupp. Inom hälso- och sjukvården är andelen betydligt lägre. Spel om pengar är ett område som förändras snabbt med nya spelformer och spelsätt. Det är viktigt att säkerställa behandlingsmöjligheter och detta är ett utvecklingsområde för regionerna.

Det är positivt att många verksamheter som möter unga personer med skadligt bruk och beroende erbjuder kort intervention med motiverande samtal (MI). Det är även positivt att beroendemottagningarna har flertalet behandlingsmetoder i sin verktygslåda. Det är dock viktigt att behandlingsinsatser finns tillgängliga för ungdomar även i de regioner och kommuner som inte har specialiserade beroendemottagningar avsedda för unga personer.

Flera faktorer påverkar vilka psykologiska och psykosociala behandlingar som erbjuds. En faktor är att flera av metoderna som rekommenderas i de nationella riktlinjerna inte fått fäste i Sverige. En annan är att flera av de rekommenderade metoderna kräver flera samtalstillfällen och sträcker sig över lång tid, vilket kan vara svårare för en person med skadligt bruk och beroende att fullfölja. Inom beroendevården råder det ofta brist på resurser för att utbilda personal, och det råder en allmän brist på utbildare i olika metoder. Socialstyrelsen vill särskilt lyfta att de metoder som rekommenderas i riktlinjerna är metoder som har vetenskaplig grund, påvisad effekt och är kostnadseffektiva.

Sociala stödinsatser

De nationella riktlinjerna omfattar sociala stödinsatser [1]. Syftet med dessa är att personer med skadligt bruk och beroende ska få stöd i att skaffa eller behålla sysselsättning, att ha ett stabilt boende och samordna sina vård- och stödinsatser.

Boendeinsatser

Många personer med skadligt bruk och beroende har svårt att upprätthålla en stabil boendesituation. Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende. För att stödja personer att få eller behålla ett boende finns flera olika insatser. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör enligt de nationella riktlinjerna erbjuda personellt boendestöd till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika, som behöver stöd i boendet, prioritet 4. I de nationella riktlinjerna ingår även boendeinsatser vid hemlöshet.

Utvärderingen har inkluderat:

- bostad först, med syfte att hemlösa personer ska få en bostad och sedan erbjudas fortsatt stöd och vård, vilket dock inte är en förutsättning för att få bostaden, prioritet 4.
- vårdkedja, med syfte att stegvis erbjuda boendelösningar parallellt med stöd och vårdinsatser, där uppflyttningen i kedjan är villkorad och är avhängig att personen följer de regler som ställts upp, som till exempel krav på nykterhet och att behandlingsplaner följs, prioritet 4.

Arbetsrehabilitering enligt IPS-modellen

Individanpassat stöd till arbete enligt IPS (från engelskans ”individual placement and support”) innebär att personer får hjälp att skaffa ett arbete med lön på den öppna arbetsmarknaden, mer eller mindre direkt och att ett integrerat behovsbaserat stöd utgår från arbetsplaceringen. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten, erbjuda IPS-modellen till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som har svag anknytning till arbetsmarknaden, prioritet 3.

Samordning i form av case management

Case management är ett samlingsnamn för olika modeller med syfte att samordna vård- och stödåtgärder och se till att klienten eller patienten får tillgång till adekvat vård och stöd. Målgruppen för individuella case

management-insatser i form av styrkemodellen (eller strengths model) är i riktlinjerna personer med missbruk eller beroende och samtidigt i behov av samordning. Målgruppen för case management i form av integrerade eller samverkande team är personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Åtgärden innebär en samordning av vård- och stödåtgärder i ett multiprofessionellt team där både behandling av skadligt bruk eller beroende, den psykiska sjukdomen och sociala stödåtgärder finns tillgängliga. I rekommendationen står att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:

- erbjuda case management i form av integrerade eller samverkande team, prioritet 3
- erbjuda individuell case management i form av strengths model, prioritet 4.

Boendeinsatser genomförs i relativt stor utsträckning inom socialtjänsten

Insatsen boendestöd genomförs i 75 procent (175 av 233) av kommunerna. Övriga boendeinsatser vid hemlöshet genomförs i betydligt lägre grad (tabell 35).

Tabell 35. Andelen socialtjänstverksamheter som genomför boendeinsatser vuxna (indikator 15)

Insats	Andel socialtjänstverksamheter som genomför
(Personellt) boendestöd (prio 4)	75% (175 av 233)
Vårdkedja (prio 4)	28% (64 av 229)
Bostad först (prio 4)	24% (55 av 229)

Källa: SKR:s kartläggning av socialtjänstens insatser vid missbruk och beroende.

Relativt få socialtjänstverksamheter erbjuder case management eller IPS inom socialtjänsten

Enligt Öppna jämförelser anger 22 procent (62 av 288) av verksamheter att de kan erbjuda IPS till vuxna (tabell 36). I enkäterna framgår att 34 procent (45 av 131) av verksamheterna anger att de kan erbjuda case management till vuxna och 13 procent (17 av 131) av verksamheterna till ungdomar.

Tabell 36. Andelen socialtjänstverksamheter som erbjuder IPS-modellen respektive case management enligt rekommendationerna

Socialtjänstverksamhet	Andel socialtjänstverksamheter som erbjuder IPS	Andel socialtjänstverksamheter som erbjuder case management
Socialtjänst - vuxen	22% (62 av 288) *	34% (45 av 131) **
Socialtjänst - ungdom	Ej aktuellt	13% (17 av 131) **

Källa: *Öppna jämförelser, Socialstyrelsen, 2022.

**Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

Av de som anger att de kan erbjuda case management-insatser uppger totalt 60 procent (27 av 45) att en minoritet av deras klienter med skadligt bruk och beroende fått ta del av insatsen under utvärderingsperioden (tabell 37).

Tabell 37. Socialtjänstverksamheters uppskattning av andelen vuxna respektive unga som fått ta del av case management enligt rekommendationerna, under perioden januari 2022-juni 2023

Socialtjänstverksamheter	En majoritet	Ungefär hälften	En minoritet	Vet inte
Andel vuxna som fått ta del av case management	10% (6 av 45)	20% (9 av 45)	60% (27 av 45)	7% (3 av 45)
Andel ungdomar som fått ta del av case management	29% (5 av 17)	24% (4 av 17)	35% (6 av 17)	12% (2 av 17)

Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten, 2023.

Få verksamheter inom hälso- och sjukvården erbjuder case management och IPS

Inom hälso- och sjukvården är det relativt ovanligt att erbjuda case management-insatser och även arbetsrehabilitering enligt IPS-modellen. Mindre än en tredjedel av verksamheterna inom varje område uppger att de kan erbjuda insatserna (tabell 38).

Tabell 38. Andelen verksamheter inom hälso- och sjukvården som erbjuder case management respektive IPS-modellen enligt rekommendationerna (indikator 16)

Verksamhet	Andel verksamheter som erbjuder Case management	Andel verksamheter som erbjuder IPS
Specialistvård	32% (23 av 73)	18% (13 av 73)
Primärvård	15% (42 av 272)	22% (60 av 171)
LARO	*	28% (17 av 61)

*Frågan ingick inte i enkäten till LARO-verksamheter.

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvård, LARO-mottagningar och primärvårdsverksamheter, 2023.

Av de relativt få verksamheter som kan erbjuda case management uppskattar de flesta att en minoritet av patienterna med skadligt bruk och beroende¹¹ erbjöds insatsen under utvärderingsperioden (tabell 39).

Tabell 39. Andel hälso- och sjukvårdsverksamheter som uppger att de erbjuder case management enligt rekommendationerna

	En majoritet	Ungefär hälften	En minoritet	Vet inte
Specialistvård	30% (7 av 23)	0% (0 av 23)	57% (13 av 23)	13% (3 av 23)
Primärvård	14% (6 av 42)	9% (4 av 42)	29% (12 av 42)	48% (20 av 42)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvård, LARO-mottagningar och primärvårdsverksamheter, 2023.

I intervjuerna påpekas att case management endast lämpar sig för och bör erbjudas klienter med komplex problematik, och att dessa utgör ett fåtal. Metoden kan också vara resurs och kompetenskrävande och kan därför erbjudas endast till ett begränsat antal klienter. Det framgår också att case management-metoden upplevs som otydligt definierad och att en del verksamheter kanske felaktigt har rapporterat att de använder metoden fastän de egentligen inte gör det. Däremot bekräftar både intervjuer och enkätkommentarer att verksamheterna erbjuder sammanhållna och samordnade insatser till de klienter som har behov av detta och att teambaserade arbetsätt ökar.

¹¹ Enkätsvaren anger hur stor andel av klienterna med skadligt bruk och beroende generellt som blivit erbjudna insatser enligt case management, inte hur stor andel av de som bedömts vara i behov av insatsen som fått den.

Socialt stöd till vuxna anhöriga

Enligt socialtjänstlagen ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning.¹² Anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblematik omfattas av bestämmelsen i socialtjänstlagen¹³. I hälso- och sjukvårdslagen finns ingen motsvarande bestämmelse. Däremot ska minderåriga barns behov av information, råd och stöd särskilt uppmärksammas i vissa situationer. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa¹⁴. Anhöriga ska alltså även erbjudas stöd för egen del. Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika:

- socialt stöd i form av AI- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram, prioritet 2
- socialt stöd i form av coping skills training, prioritet 3
- stöd i form av CRAFT till anhöriga som vill motivera en person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika till behandling, prioritet 3.

I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende ingår inte rekommendationer gällande barn som anhöriga. I utvärderingen har vi dock belyst hur verksamheterna arbetar för att uppmärksamma och erbjuda hjälp till barn som anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende.

Vi har frågat hälso- och sjukvården särskilt om de kan erbjuda några andra insatser till anhöriga än de som rekommenderas i riktlinjerna – om de erbjuder barnombud, skriftligt informationsmaterial och om de kan erbjuda individuellt samtalsstöd till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende.

Socialtjänstverksamheter har endast till viss del rutiner för att stödja anhöriga

I stort sett alla socialtjänstverksamheter rapporterar att de har skriftliga rutiner¹⁵ för att fråga personer med skadligt bruk och beroende om det finns minderåriga barn i deras närhet (diagram 16). Däremot saknar 28 procent

¹² Se 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

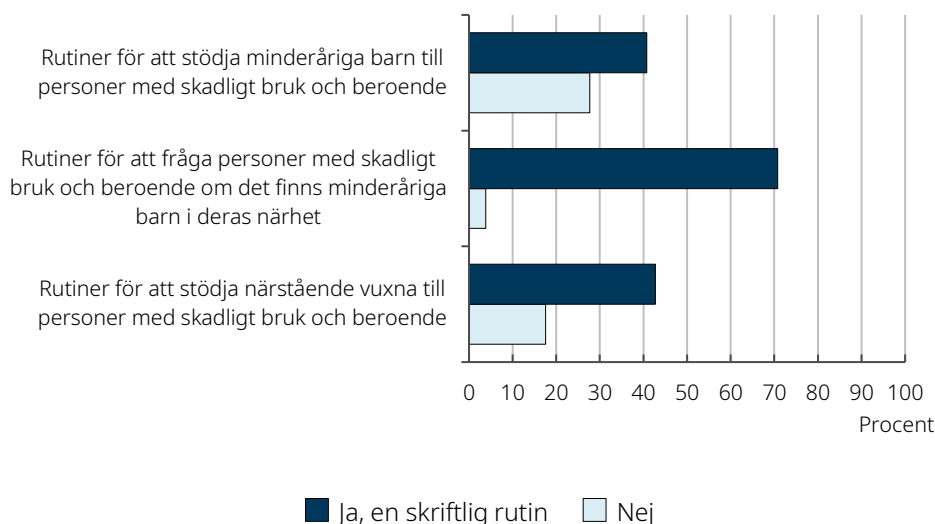
¹³ Jfr prop. 2008/09:82 Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående s. 28. Se Stöd till anhöriga: vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen, Socialstyrelsen 2016.

¹⁴ 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

¹⁵ En del verksamheter angav att de hade muntliga rutiner.

(36 av 130) en rutin för att stödja minderåriga barn till dessa personer, och totalt 4 procent (5 av 130) saknar rutin för att fråga om det finns minderåriga barn i deras närhet. Totalt 18 procent (23 av 131) uppger att de saknar rutin för att stödja närstående vuxna till personer med skadligt bruk och beroende. Det är viktigt att notera att vuxenheterna respektive barn- och ungaenheterna inom socialtjänsten har olika uppdrag.

Diagram 16. Andelen verksamheter med rutiner för stöd till anhöriga



Källa: Socialstyrelsens enkät till socialtjänsten (verksamhetsområde missbruk vuxen respektive barn och unga), 2023.

När det gäller att ställa frågor om det finns minderåriga barn i klientens närhet, kommenterar flera att de använder ASI där frågan ingår. Det varierar vilket stöd socialtjänstverksamheterna erbjuder till minderåriga barn till personer med skadligt bruk och beroende. När det finns barn i familjen gör några en orosanmälan till barn- och ungdomsenheterna, som tar över och erbjuder stöd. Ytterligare några hänvisar till att det finns öppenvårdsinsatser vid behov. Andra beskriver att barn erbjuds att delta i gruppverksamhet, och att de kan erbjuda samtal enligt BRA-modellen för samtal med barn¹⁶ och arbetar efter konceptet Jag och min familj¹⁷. För vuxna anhöriga har verksamheterna olika upplägg.

¹⁶ BRA-samtal är en modell som utvecklats med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen (5 kap. 7§), barnkonventionen och socialtjänstlagen. Syftet är att barn och unga ska få uttrycka sitt behov av information och hjälp när de är anhöriga. Målgrupp är barn 7–18 år.

¹⁷ Programmet Jag och min familj är ett kunskaps- och motivationsprogram i öppenvård för familjer där vuxna har problem med skadligt bruk och beroende.

Hälso- och sjukvården har endast till viss del rutiner för att stödja anhöriga

En relativt stor andel av verksamheterna anger att de har rutin¹⁸ för att fråga om det finns minderåriga barn i patientens närhet (tabell 40). Det är dock noterbart att 14 procent (39 av 272) av primärvårdsverksamheterna helt saknar rutin för detta.

Tabell 40. Andelen verksamheter inom hälso- och sjukvården med rutiner för att fråga om det finns minderåriga barn i patienter med skadligt bruk och beroendes närhet

Verksamhet	Andel verksamheter med rutin att fråga efter minderåriga barn	Andel verksamheter som saknar rutin att fråga efter minderåriga barn
Specialistvård	83% (67 av 81)	4% (3 av 81)
LARO-verksamheter	80% (49 av 61)	7% (4 av 61)
Primärvård	39% (107 av 272)	14% (39 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvård, LARO-mottagningar och primärvårdsverksamheter, 2023.

En stor andel av verksamheterna saknar rutiner för att stödja minderåriga barn till personer med skadligt bruk och beroende (tabell 41).

¹⁸ Vissa verksamheter uppgav att de har muntlig rutin.

Tabell 41. Andel verksamheter inom hälso- och sjukvården med rutiner för att erbjuda stöd till minderåriga barn till personer med skadligt bruk och beroende

Verksamhet	Andel hälso- och sjukvårdsverksamheter med skriftlig rutin att erbjuda stöd till minderåriga barn	Andel verksamheter som saknar rutin att erbjuda stöd till minderåriga barn
Specialistvård	58% (47 av 81)	23% (19 av 81)
LARO-verksamheter	54% (33 av 61)	30% (18 av 61)
Primärvård	28% (77 av 272)	47% (129 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvård, LARO-mottagningar och primärvårdsverksamheter, 2023.

Relativt få verksamheter har en rutin¹⁹ för att stödja närstående vuxna till personer med skadligt bruk och beroende (tabell 42).

Tabell 42. Andelen verksamheter inom hälso- och sjukvården med rutiner för att stödja närstående vuxna till personer med skadligt bruk och beroende

Verksamhet	Andel verksamheter med rutin att erbjuda stöd till vuxna närstående	Andel verksamheter som saknar rutin att erbjuda stöd till vuxna närstående
Specialistvård	27% (22 av 81)	43% (35 av 81)
LARO-verksamheter	31% (19 av 61)	36% (22 av 61)
Primärvård	10% (27 av 272)	73% (199 av 272)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvård, LARO-mottagningar och primärvårdsverksamheter, 2023.

En låg andel av socialtjänstverksamheterna erbjuder strukturerade metoder vid stöd till anhöriga

I en rapport från SKR redovisas att socialtjänsten erbjuder CRAFT i relativt stor utsträckning och övriga rekommenderade metoder erbjuds i liten utsträckning (tabell 43).

¹⁹ Vissa verksamheter uppgav att de har muntlig rutin.

Tabell 43. Andelen socialtjänstverksamheter som erbjuder strukturerade metoder vid stöd till anhöriga (indikator 14)

Metod	Andel verksamheter som erbjuder
Al-anon inspirerade stödprogram) (prio 2)	17% (39 av 229)
Nar-anon inspirerade stödprogram (prio 2)	10% (22 av 220)
Community reinforcement approach and family training (CRAFT) (prio 3)	41% (94 av 229)
Coping skills training (CST) (prio 3)	2% (4 av 231)

Källa: SKR:s kartläggning av socialtjänstens insatser vid missbruk och beroende.

En låg andel av verksamheterna inom specialistsjukvården erbjuder strukturerat stöd till anhöriga

Inom specialistvården rapporterar 11 procent (8 av 73) att de erbjuder CRAFT, och övriga rekommenderade insatser erbjuds av ännu färre verksamheter (tabell 44). Drygt hälften kan erbjuda individuellt samtalsstöd och flera har också möjlighet att erbjuda barnombud. Få LARO-verksamheter erbjuder stödinsatser till anhöriga (tabell 44). Det är främst skriftligt informationsmaterial och individuellt samtalsstöd som erbjuds.

Tabell 44. Andel specialistvårdsverksamheter och LARO-verksamheter som erbjuder stödinsatser för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende (indikator 14)

Metod	Andel specialistvårdsverksamheter som erbjuder	Andel LARO-verksamheter som erbjuder
Al-anon inspirerade stödprogram) (prio 2)	4% (3 av 73)	2% (1 av 61)
Nar-anon inspirerade stödprogram (prio 2)	4% (3 av 73)	2% (1 av 61)
Coping skills training (CST) (prio 3)	4% (3 av 73)	7% (4 av 61)
Community reinforcement approach and family training (CRAFT) (prio 3)	11% (8 av 73)	7% (4 av 61)
Skriftligt informationsmaterial	58% (42 av 73)	70% (43 av 61)
Barnombud	74% (54 av 73)	74% (45 av 61)
Individuellt samtalsstöd	62% (45 av 73)	72% (44 av 61)

Källa: Socialstyrelsens enkät till specialistvården, 2023.

Analys av resultat

Sociala stödinsatser är viktiga för att personer med skadligt bruk och beroende ska kunna delta i behandling och fullfölja den. Dessa insatser behöver därför finnas tillgängliga. Utvärderingen pekar dock på att de rekommenderade stödinsatserna inte erbjuds i alla verksamheter eller inom samtliga kommuner och regioner. Sociala stödinsatser utgör i huvudsak delar av socialtjänstens uppdrag, vilket kan förklara att följsamheten till rekommendationer för sociala stödinsatser är låg inom hälso- och sjukvården.

Vad gäller boendeinsatser är det tre av fyra kommuner som erbjuder boendestöd och endast drygt en femtedel som genomför de rekommenderade boendeinsatserna vid hemlöshet. En majoritet av verksamheterna, inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, erbjuder heller inte arbetsförberedande insatser enligt IPS-modellen eller case management-insatser. Det är inte alla personer med skadligt bruk och beroende som är aktuella för dessa stödinsatser, men de behöver likväl finnas tillgängliga för de patienter och klienter som har dessa behov.

Personer med skadligt bruk och beroende ingår i en social kontext och det är mycket viktigt att deras närstående uppmärksammas och erbjuds stöd. Utvärderingen visar att verksamheterna i viss mån har rutiner för att fråga

om anhöriga och närstående, samt att erbjuda stöd till anhöriga för egen del. Dessa rutiner måste finnas på plats inom alla verksamheter som möter personer med skadligt bruk och beroende. Socialstyrelsen har nyligen publicerat två nya kunskapsstöd som syftar till att stärka anhörigperspektivet inom både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården²⁰.

²⁰ [Nya kunskapsstöd om anhörigperspektivet i socialtjänsten och hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen](#)

Avslutande diskussion

Målet med de nationella riktlinjerna är att öka möjligheterna för att uppnå jämlik vård för personer med skadligt bruk och beroende. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver fånga upp personer med skadligt bruk och beroende tidigt. Vidare behöver verksamheterna användbara instrument för att bedöma patienten eller klientens behov och för att fatta beslut om rätt insatser.

Rutiner och standardiserade instrument inom alla verksamheter och vårdnivåer är ett sätt att säkerställa att så många personer som möjligt med skadligt bruk och beroende identifieras. Detta är än mer viktigt eftersom vården och stödet är så olika organiserat i landet. Det har skett en positiv utveckling där både hälso- och sjukvården och socialtjänsten använder standardiserade bedömningsinstrument i bedömningen. Dock pekar utvärderingen mot att standardiserade bedömningsinstrument kan användas i betydligt större utsträckning.

Utvärderingen indikerar också att det finns en tendens att föredra korta och snabba standardiserade bedömningsinstrument. Det finns troligen en rationalitet för enkla insatser som är lätta att hantera och går snabbt att sätta in. Det kan också röra sig om en stark tilltro till bedömningsinstrument, att de antas fånga in all nödvändig information inför beslut om behandling. Ibland kan det dock behövas mer fördjupade och tidskrävande bedömningar.

Bedömning och val av behandlingsinsatser behöver göras utifrån vetenskaplig grund, ett helhets- och familjeorienterat perspektiv. Det suicidpreventiva arbetet måste genomföras mer rutinmässigt inom alla verksamheter som möter personer med skadligt bruk och beroende och behöver också förbättras genom strukturerade arbetssätt. Vidare behöver barn och vuxna anhöriga och närstående till personer med skadligt bruk och beroende uppmärksammas i högre grad. Många verksamheter behöver göra mer för att inkludera anhöriga och närstående i behandlingen, genom att erbjuda nätverksorienterade insatser. Arbetet med att fånga upp personer med problematiskt spel om pengar behöver fortsätta utvecklas brett inom både primärvård och specialiserade verksamheter.

Arbetet med medicinska tester, som i vissa fall kan ge stöd till övrig bedömning, behöver förtydligas och organiseras på ett sätt som gör vården mer jämlik. I dagsläget har inte alla verksamheter utrustning eller rutiner för respektive metod så det finns stora variationer i vilka medicinska tester som erbjuds.

Insatser behöver utgå ifrån individens behov

Att ha problem med skadligt bruk och beroende kan skilja sig avsevärt från person till person, innebära bruk av flera olika substanser samtidigt och med olika stor påverkan på livet som helhet. Många har komplex problematik som kräver behandling och sociala stödinsatser under lång tid. Det är därför positivt att verksamheter erbjuder ett brett utbud av behandlingsinsatser, särskilt för målgruppen ungdomar. Det är viktigt att verksamheter inte nöjer sig med att de kan erbjuda ett fåtal högt rekommenderade behandlings- och stödinsatser, utan det måste finnas olika behandlingsinsatser för olika behov. Det är klientens och patientens behov och mål som ska styra valet av insats.

I utvärderingen framgår att metoder riktade till personer med samsjuklighet används i mindre utsträckning inom samtliga vårdområden. Målgruppens mycket stora behov av vård, stöd och samordning har beskrivits i Samsjuklighetsutredningen [2] och även i denna utvärdering framgår att detta behöver vara ett prioriterat område framgent. Arbetsrehabiliterande insatser med IPS-modellen och case management riktade till målgruppen med samsjuklighet visades kunna erbjudas i liten utsträckning. Dessa bör kunna erbjudas i merparten av Sveriges kommuner och regioner.

I dagsläget kan olika verksamheter, med gemensamt ansvar för patienten eller klienten, inte dela information om genomförda behandlingsinsatser eller planeringen framåt. Detta innebär utmaningar att skapa helhet och uthållighet i vården. Givet de organisatoriska skillnaderna inom och mellan hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten kan det delade huvudmannaskapet, när det finns otydlighet kring ansvarsfördelning och bristande gemensamma överenskommelser, försvåra möjligheten för en god och jämlik vård vid skadligt bruk och beroende. Detta blir särskilt tydligt för personer som behöver hjälp från båda huvudmännen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, samt inom olika vårdnivåer. Detta gäller även för unga personer som återfinns i flera verksamheter både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

När unga personer lider av skadligt bruk och beroende är det av särskild vikt att samhället tidigt sätter in adekvata och effektiva insatser, i syfte att öka möjligheterna till goda förutsättningar inför det vuxna livet. Effektivt och tidigt omhändertagande minskar sannolikt också risken för rekrytering till kriminell verksamhet. Vad gäller målgruppen ungdomar är det därför särskilt viktigt att utveckla och samordna insatser avsedda för ungdomar, i form av en nationell struktur och samordning för Maria-mottagningarna, vilket också föreslås i Narkotikautredningen [3]. Vidare skulle en centralisering av vården för ungdomar kunna leda till förbättrade resultat.

För detta krävs mer utredning inte minst gällande konsekvenser och möjligheter till genomförande.

Läkemedelsbehandling är en underutnyttjad insats

Resultaten i utvärderingen visar även att läkemedelsbehandling är en underutnyttjad insats, särskilt vid alkoholberoende. Flera av de rekommenderade läkemedlen med låg prioritet används fortfarande i relativt hög utsträckning. Det är också tydligt att läkemedel inom LARO, som i dagsläget inte ingår i riktlinjerna, fått stort genomslag och används i relativt stor utsträckning.

Att en stor andel läkemedel ges på rekvisition medför omfattande begränsningar vad gäller möjligheten att följa upp förskrivning och ta fram en nationell bild av området. Verksamheter har dessutom olika rutiner vad gäller förskrivning av läkemedel sinsemellan. Sammanfattningsvis behövs verktyg för att mäta och följa förskrivningen av läkemedel, särskilt inom ramen för LARO.

Verksamheter behöver också kunna erbjuda vård och behandling vid utsättning av läkemedel, exempelvis långvarigt bruk av bensodiazepiner. Utvärderingen visar att få specialiserade beroendemottagningar och även primärvårdsverksamheter anger att de kan erbjuda behandling för målgruppen. Vidare behöver förskrivande läkare tillsammans med patienten i möjligaste mån verka för korta läkemedelsbehandlingar för dessa läkemedel.

Beroendevården behöver fortsatt följas upp på nationell nivå

Socialstyrelsens hälsodataregister kan endast besvara en liten del av följsamheten till rekommendationerna inom riktlinjeområdet. Att göra nationella kartläggningar av insatser försvåras av att data saknas i det nationella patientregistret (PAR), eftersom åtgärder och behandlingar ofta utförs av andra yrkesgrupper än läkare i den öppna vården. Vidare är information om besök och insatser inom primärvården, liksom individdata inom socialtjänsten också datakällor som än så länge saknas.

För att möjliggöra uppföljning och utvärdering på lokal-, regional- och nationell nivå behövs tillgång till tydlig information om hur vården och stödet är organiserat inom regioner och kommuner. Vidare behöver diagnos- och åtgärdsregistreringen öka och innefatta samtliga verksamhetsnivåer och fler yrkesgrupper. Det nationella kvalitetsregistret Bättre beroendevård växer och överföring av data från den enskildes journal direkt till registret har ökat. I dagsläget görs detta från Region Stockholm, Region Gotland,

Region Skåne samt Västra Götalandsregionen. Samtidigt är täckningsgraden fortfarande låg i många regioner och registret kan inte användas för regionala jämförelser nationellt. Regionerna och kommunerna behöver se till att verksamheter som bedriver vård vid skadligt bruk och beroende registrerar data eftersom tillgång till datakällor med god nationell täckning är en förutsättning för att få återkoppling om kvalitet, jämlikhet och effektivitet i den vård och de insatser som erbjuds.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
2. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen (SOU 2023:5).
3. Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus. Slutbetänkande av Narkotikautredningen (SOU 2023:62).
4. Vård som inte bör göras, Följsamheten till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
5. Användning och beroendeproblematik av alkohol, narkotika och tobak, En studie med fokus på år 2021 i Sverige. Stockholm: CAN; 2022. Rapport 209.
6. Lägesbild 2024, Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
7. CAN:s nationella skolundersökning 2023, Ungas erfarenhet av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Stockholm: CAN; 2023. Rapport 223.
8. Gerdner A, Håkansson A. Prevalence and comorbidity in a Swedish adolescent community sample – gambling, gaming, substance use, and other psychiatric disorders. *BMC Psychiatry* 2022;22(1):594.
9. Svensson J. Spel om pengar bland vuxna, Omfattningen av problem bland spelare och närstående. Stockholm: CAN; 2023. Fokusrapport 17.
10. Claesdotter-Knutsson E, André F, Fridh M, Delfin C, Håkansson A, Lindström M. Gender differences and associated factors influencing problem gambling in adolescents in Sweden: cross-cultural investigation. *JMIR Pediatr Parent*. 2022;5:e35207.
11. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and competed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76 Suppl:11-9.
12. European Drug Report 2022: trends and developments. European monitoring centre for drugs and drug addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022.
13. Simonsen KW, Kriikku P, Thelander G, Edvardsen HME, Thordardottir S, Andersen CU, et al. Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2017. *Forensic Sci Int* 2020;313:110343.
14. Folkhälsomyndigheten. Narkotikarelaterade dödsfall 2023. Hämtad 2024-05-10 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/narkotikarelateradodlighet/>
15. Heilig M, Tägil M. Do we have an opioid crisis in Scandinavia? Time to act? *Acta Orthop* 2018;89:368.
16. Romelsjö A, Engdahl B, Stenbacka M, Fugelstad A, Davstad I, Leifman A, et al. Were the changes to Sweden's maintenance

- treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity? *Addiction* 2010;105:1625-32.
17. Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam Pract* 2015;16:90.
 18. Calado F, Griffiths M. Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict* 2016;5:592-613.
 19. Behandling av spelmissbruk och spelberoende, Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
 20. Sundqvist K, Rosendahl I. Problem gambling and psychiatric comorbidity - risk and temporal sequencing among women and men: results from the Swelogs case-control study. *J Gambl Stud* 2019;35:757-71.
 21. Kisch M, Håkansson A. Associations Between Addictive Behaviors, Individual Characteristics, and the Use of Gambling Services Within the World of Gaming: Cross-sectional Survey Study. *JMIR Serious Games* 2022;10(2):e29077.
 22. Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon, Delredovisning om genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget, mars 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

Projektorganisation

Projektledning

Ehline Larsson	projektledare
Madelene Barboza	utredare
Heval Beydogan	statistiker

Expertstöd

Mikael Dahlberg	fil dr (PhD) socialt arbete, lektor och forskare vid Linnéuniversitetet, Växjö.
Anders Håkansson	överläkare, professor i beroendemedicin, medicinska fakulteten vid Lunds universitet. Beroendecentrum Malmö, Spelberoendemottagningen.
Helena von Schewen	sektionschef, sjuksköterska, Maria ungdom, Beroendecentrum Stockholm.
Nils Stenström	fil dr socionom, projektledare, SBU.
Anders Hammarberg	docent klinisk beroendeforskning, leg. psykoterapeut, enhetschef Centrum för psykiatricforskning, Karolinska institutet & Beroendecentrum Stockholm.
Annette Skårner	fil dr, professor i socialt arbete, Göteborgs universitet.
Härje Widing	statistiker, Nationellt kvalitetsregister Bättre beroendevård, Beroendecentrum Stockholm.

Projektägare

Maria State	enhetschef
-------------	------------

Projektmedarbetare

Christina Broman	enhetskoordinator
Linda Broström	kommunikatör
Claes Falck	enkätkonstruktör
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Mikael Nyman	datahantering, diagramproduktion
My Raquette	statistiker, enkäter
Riitta Sorsa	metodsakkunnig



Nationell utvärdering – vård och stöd vid skadligt bruk och beroende
(artikelnr 2024-6-9057) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.