

## 9 Samhällsekonomiska konsekvenser

I direktiven anges att ”Förslaget skall inte innebära några ökade kostnader för den offentliga sektorn”. Jag har tidigare, i mina kommentarer till direktiven, framhållit att detta kanske inte – i alla fall på kort sikt – är en realistisk restriktion när direktiven i övrigt uttrycker starka ambitioner om att socialtjänsten, sjukvården och övriga berörda instanser ska ta emot fler personer med tungt missbruk för vård och behandling och att målgruppen som helhet ska få en bättre livssituation.

Det är svårt att med säkerhet uttala sig om ekonomiska effekter av behandlings- och vårdinsatser mot missbruk. Inom missbrukarvården, liksom inom det sociala området i stort, är sambandet mellan insats och effekt ofta inte självklart, särskilt inte när den positiva effekten ska uppnås genom bestående attityd- och beteendeförändringar hos enskilda personer. Därtill saknas i stor utsträckning såväl tradition som metoder för att genomföra systematiska utvärderingar av det sociala arbetets ekonomiska/kostnadsmässiga effekter.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) granskade inför rapporten *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem (2001)* drygt 1 200 studier som tog upp missbruk i samband med kostnader och ekonomi. Endast 24 av dessa studier innehöll någon ekonomisk analys i formell mening. Sammanfattningsvis bedömde SBU att det vetenskapliga underlaget var för svagt, eller motsäggande, för att det skulle vara möjligt att dra slutsatser om kostnadseffektivitet i olika behandlingsmetoder.

För att uttala sig om vilka ekonomiska effekter som förändringar/reformer inom missbrukarvården kan få för den offentliga sektorn krävs ett större grepp, en samhällsekonomisk analys.

I rapporten *Tänk långsiktigt – en samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa* som Socialstyrelsen,

Skolverket och Folkhälsoinstitutet gemensamt gav ut 2004, beskrivs en samhällsekonomska analys enligt följande (sidan 65)

En samhällsekonomska analys visar hur samhällets resurser kan användas effektivt. Den ger underlag för prioritering av tillgängliga resurser för att få så stora positiva effekter som möjligt för pengarna. Analysen visar också vilka kostnader och intäkter som uppstår för olika aktörer till följd av olika insatser. Det är viktigt att ta hänsyn till att kostnader och positiva effekter inte uppstår samtidigt. Många gånger måste beslutsfattare vara beredda att satsa långsiktigt om de mest kostnadseffektiva insatserna ska kunna väljas.

Samhällsekonomska analyser med ett sådant brett anslag är dock mycket komplicerade och resurskrävande att genomföra och därför ytterst sällsynt förekommande.

Det finns emellertid ett antal studier genomförda inom sjukvård och socialtjänst, till exempel inom missbrukarvården, med den så kallade scenariometoden och som refereras i ovan nämnda rapport *Tänk långsiktigt* (sidorna 74–81).

Dessa studier avser målgrupper med komplex problematik kring vilka främst socialtjänst och sjukvård, men även andra samhällsorgan som försäkringskassa, arbetsförmedling, rättsmyndigheter, möts och förväntas samverka. Förutom målgrupperna personer med tungt missbruk och personer med svårare psykiska funktionshinder, som är mest relevanta här, har även målgrupperna personer med sjuklig fetma/övervikt och personer med diffusa ryggproblem med flera studerats.

Ett första syfte med studierna är att redovisa samhällets totala kostnader för klient/patientgruppen genom att ingående beskriva och kostnadsberäkna sjukdoms-/problemutvecklingen med ledning av kontakter med berörda myndigheter, organisationer, allmänhet, personligt nätverk med mera.

Ett andra syfte är att identifiera och analysera olika effekter av resursförstärkning, ökad samverkan och medveten metodik. Blir det bättre eller sämre? Blir det dyrare eller billigare? Vem vinner och vem förlorar? Vilka effekter uppträder på kort och på lång sikt?

Underlaget är realistiska och mycket detaljerade scenarier/fallbeskrivningar på individnivå som utvecklas tillsammans med verksamhetsansvariga och experter inom ramen för en utprovad kalkylmodell. Analysen genomförs sedan enligt vedertagen ekonomisk forskningsmetod.

Eftersom fallbeskrivningarna utgår från fiktiva personer uttrycker resultaten ingen vetenskaplig sanning om kostnader, kostnadsfördelning och effekter. De är snarare att se som kvalificerade räkneexempel utformade för att ge en så representativ bild som möjligt av ett problemområde.

Alldeles nyligen har emellertid en sådan studie baserad på verkliga personer och faktiska uppgifter ur journaler, arkiv och register med mera genomförts med samma metodik och kalkylmodell (*Ekonomiska effekter av personligt ombud – en studie i Lund och Kristianstad, Ingvar Nilson och Anders Wadeskog, kommande*). Den avser 40 slumpvis utvalda personer med psykiska funktionshinder. Dessa personer följdes vad gäller insatser, kostnader och effekter/resultat under sammanlagt fem år före och efter de fått personliga ombud.

Resultaten från denna studie överensstämmer med och förstärker de generella slutsatser som kunnat dras av tidigare scenariestudier.

- De totala samhällskostnaderna för till exempel en person med tungt missbruk är betydande när alla samhällskostnader beaktas.
- De totala offentliga kostnaderna för gruppen minskar väsentligt om myndigheter och andra berörda börjar samverka medvetet med ett gemensamt förhållningssätt.
- För landstinget minskar/försvinner kostnader för dyra insatser som akutvård och sluten vård.
- För kommunen minskar/försvinner kostnader för placeringar på behandlingshem och för socialbidrag men samtidigt kan kommunen få nya (men lägre) kostnader för rehabilitering och eftervård eftersom socialtjänsten har det yttersta ansvaret.
- För försäkringskassa och arbetsförmedling kan ökade kostnader för till exempel sjukpenning och olika former av arbetsmarknadsstöd uppkomma för personer som har rehabiliterats från missbruk och därmed kommit närmare arbetsmarknaden.
- Rättsväsendet avlastas dyra kostnader i form av polisingripanden, rättegångskostnader och kriminalvård (särskilt aktuellt vid tungt missbruk).
- Men det finns ett tidsspänn på oftast några år mellan satsningen/investeringen och förbättringen/kostnadsminskningen.

- Det kräver systematisk metod för att följa upp hur kostnadsminskningen fördelar sig på olika aktörer och olika verksamheter.
- Det är inte säkert att den aktör/myndighet som investerar också tar hem "vinsten", den kan uppkomma hos någon annan.

Min bedömning, mot denna bakgrund, är att mina förslag – integrerad missbrukarvård, behandlingsgaranti och bättre vårdplanering – förutsatt att de genomförs på ett seriöst och genomtänkt sätt kommer att totalt sett minska de offentliga kostnaderna för vård och behandling av personer med tungt missbruk.

Men jag är inte säker på att besparingar hinner uppstå under den tid som gäller, 2006 och 2007. All erfarenhet visar att det kräver tid och eftertanke för att införa nya metoder och arbetssätt om de ska få fäste i organisationen, överleva och bli framgångsrika. Det innebär att man i slutet av 2007 kommer att se mer av kostnaden/investeringen och mindre av besparingen.

## 10 Avslutande diskussion

Jag har ovan föreslagit en användning av de resurser som regering och riksdag avsatt som ett särskilt tidsbegränsat stöd till kommunernas missbrukarvård. Jag har i det sammanhanget också beskrivit statens starkt begränsade möjligheter att med ett tvåårigt stöd till kommunernas missbrukarvård påverka vården i positiv riktning.

TVå statliga rapporter som särskilt granskat statens styrning av missbrukarvården kommer till samma slutsats.

Statskontoret anför i *Modeller för styrning* (2005:2) att staten, om man vill styra verksamheten med stöd av till exempel riktade statsbidrag, särskilda handlingsprogram med flera måste undvika "...att insatserna blir många, kortsiktiga och dåligt samordnade...".

Riksrevisionsverket anför i rapporten *Narkomanvården – om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning* (F1993:2) bland annat att

...RRV bedömer att försöken att styra missbrukarvården genom statsbidrag och regler om vårdresursplanering inte varit lyckosamma...RRV anser att fördelarna med avreglering och generella statsbidrag överväger även inom den kommunala missbrukarvården...statsmakterna framdeles styr ...genom att betona det lokala ansvarstagandet och så långt möjligt ställer upp preciserade resultatkrav samt genom effektiv uppföljning och utvärdering

Parallellt med det stöd, som denna utredning avser, har regering och riksdag avsatt pengar till en rad andra aktiviteter, som också avser att påverka missbrukarvården.

Min grova bedömning, det är svårt att få överblick och full klarhet, är att de särskilda tidsbegränsade statsbidragen till missbruksområdet sammantaget uppgår till närmare 500 miljoner kronor för 2005. Bidragen disponeras av ett antal statliga myndigheter (Socialstyrelsen, 21 länsstyrelser, Kriminalvårdsverket, Statens Institutionsstyrelse, Nationella narkotikasamordnaren, Nationella Psykiatrisamordnaren, Alkoholkommittén) och avser allt från drogin-

formation i skolor och finansiering av kommunala drogsamordnare till projekt för att pröva nya behandlingsmetoder. Bidragen är inte samordnade i syfte eller i tid. Så till exempel disponerar länsstyrelserna 50 miljoner kronor under 2005, psykiatrisamordnarens bidrag (som till delar kommer att gå till människor med både psykiska sjukdomar och missbruksproblem) avser 2005 och 2006 och den här utredningens statsbidrag avser åren 2006 och 2007.

De riktade statsbidragen till missbrukarvården har legat i ungefär samma storleksordning sedan 2002 och fortsätter så till och med 2007.

Från kommunalt håll framhålls svårigheterna för den enskilda kommunen att förstå och fullfölja statens intentioner med dessa snarlika men inte samordnade statsbidrag. För kommunen innebär det dessutom en stor administrativ börda att ansöka om, följa upp och redovisa hur olika bidrag, större och mindre, utnyttjats och dess effekter till olika myndigheter. Jag delar den uppfattningen. Jag menar att detta också försvårar kommunernas (och andra bidragsmottagares) möjligheter till långsiktig planering och prioritering.

Enligt min bedömning skulle regering och riksdag kunna styra utvecklingen av missbrukarvården om man använde de medel, som ändå med viss regelbundenhet avsätts för ändamålet, på ett mer strategiskt, samordnat och långsiktigt sätt. Då ger man samtidigt kommunerna långsiktigt hållbara förutsättningar, ekonomiskt och på andra sätt.

Jag vill också framhålla betydelsen av att kommunerna på det sättet kan utveckla och förändra sitt arbete inom den ordinarie strukturen istället för inom en projektstruktur, som har svårt att få genomslag i organisationen.

Ett sådant stöd, om regeringen vill ha det riktat och öronmärkt, skulle på sikt kunna vara resultatorienterat och inte processororienterat, till exempel skulle det kunna relateras till kommunernas redovisade resultat enligt ASI-uppföljning. På det viset innebär det också minst påverkan på det kommunala självstyret och kommunernas ansvar för det operativa arbetet.

För att få en väl fungerande missbrukarvård är det inte bara nödvändigt att de olika delarna i det operativa arbetet fungerar väl tillsammans. Det krävs också att staten tar ett aktivt ansvar för de insatser som närmast åligger staten och som utgör delar av den viktiga helheten. Då tänker jag särskilt på stödet till kunskapsutveckling, det vill säga forskning, utbildning och strategiska insatser av

annat slag. Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet skisserade i gemensam skrivelse (28 april 2004) till regeringen en modell för stabil och långsiktig finansiering av strategiska FOU-insatser inom socialtjänsten som tar hänsyn till huvudmännens och statens behov att gemensamt prioritera de mest angelägna insatserna.

Jag har, som exempel på ett sådan angelägen insats av gemensamt intresse, tidigare nämnt behovet av en nationell funktion för utveckling – och helst även samordning för komparabilitet – av bedömningsinstrumenten ASI och DOK. En nationell utbildnings-satsning på personalen inom missbrukarvården bör också ges en mycket hög prioritet.

När det gäller den högre utbildningen så är min bedömning att den bättre bör svara mot det som krävs av en missbrukarvård, som ska vara uppbyggd efter den enskildes behov och inte efter vårdparatens organisatoriska gränser. Den rådande strukturen inom det högre utbildningsväsendet är uppbyggt efter samma mönster som vården och tenderar att förstärka professionella motsättningar. Det finns flera exempel på universitets- och högskoleutbildningar, utformade för anställda inom missbrukarvården, som med en helhetssyn försöker förena medicinska, psykiatriska, sociala och omvårdnadsperspektiv på missbruk och missbrukarvård. Det tycker jag är en intressant utveckling.

En annan vital fråga gäller den övergripande organisationen och ansvaret för missbrukarvården. Trots otaliga försök med hjälp av stimulansmedel, lokala initiativ, krav i lagstiftningen, möjligheter till organisatorisk och finansiell samordning med mera så fungerar samarbetet för den enskilde individen alltför ofta alltför dåligt. Frågor om huvudmännens ansvar för vården av personer med tungt missbruk ligger dock utanför mina direktiv. Jag vill ändå med kraft framhålla att den målgruppen har särskilda behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från både socialtjänst och beroendevård/psykiatri. Uppdelningen på två huvudmän, som var och en har sitt lagstadgade kompetensområde, är erfarenhetsmässigt ett stort hinder för en optimal användning av tillgängliga resurser i form av pengar och kompetens samtidigt som det allvarligt försvårar tillgänglighet till dokumenterat effektiva behandlingsformer och kontinuitet ur den enskildes perspektiv.

Jag anser att mitt förslag till behandlingsgaranti kan ge viktiga erfarenheter inför framtiden. Mina direktiv inskränker sig till att föreslå vad kommunerna skall få medel till. Jag menar dock att det optimala är att en behandlingsgaranti inte är begränsad till social-

tjänsten. Hälso- och sjukvården har ansvar för vitala delar av vårdprocessen, inte minst när abstinensbehandling/avgiftning liksom terapeutiska, medicinska och psykiatriska insatser är nödvändiga komponenter i behandlingen. Inom hälso- och sjukvård finns redan olika behandlingsgarantier samtidigt som utvidgningar diskuteras. För att garantin ska få en verklig innebörd för en person med tungt missbruk bör den gälla både landsting och kommuner. Kommunen och landstinget kan då stimuleras att samarbeta integrerat över huvudmannaskapsgränsen med gemensamma bedömningar och prioriteringar i enskilda fall.

Jag vill i detta sammanhang peka på den norska reformen där den specialiserade sjukvården har fått ansvar för vården av personer med tungt missbruk och där dessa nu omfattas av lagstiftade patienträttigheter. Även det av Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med regeringens psykiatrisamordnare initierade projektet för att förbättra vården för personer med tungt missbruk och samtidig psykisk sjukdom, personer med så kallade dubbeldiagnoser, kan ge värdefulla erfarenheter och kunskaper om hur huvudmännens resurser kan integreras för den enskildes bästa.

Avslutningsvis anser jag att det är av stor vikt att det finns en sammanhållen och långsiktig strategi för vården av människor med tungt missbruk, gemensam för berörda aktörer såsom socialtjänst, beroendevård, psykiatri, tvångsvård, kriminalvård med flera. Det gäller inte minst mot bakgrund av det förändrade alkoholpolitiska läget i Sverige och den väntade utvecklingen av missbruket.

Lika viktigt är, enligt min bedömning, att en sådan nationell strategi har fokus på grundstrukturerna som till exempel ansvarsfrågor och huvudmannaskap, växling från organisations- till individperspektiv, samordning och integrering av olika aktörers insatser, samt de viktiga frågorna om högre utbildning, utvärdering av behandlingsmetoder samt forskning och utveckling.





Beslut vid regeringssammanträde den 25 november 2004

## Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att lämna förslag till en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna där kommunens åtagande för att få del av det riktade statsbidraget som regeringen har föreslagit i budgetpropositionen för 2005 framgår. Förslaget skall syfta till att utveckla missbrukarvården och skapa bättre förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. Det skall utgå ifrån befintlig kunskap om olika behandlingsformers effektivitet samt kvinnors och mäns olika behov och förutsättningar samt ha ett brukarperspektiv.

## Bakgrund

Både unga människors erfarenhet av att pröva narkotika och det tunga missbruket ökade kraftigt under 1990-talet. Skattningar av det tunga narkotikamissbruket som Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN) och Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) har gjort pekar på att det i dag finns omkring 29 000 tunga missbrukare vilket är en fördubbling jämfört med nivåerna i slutet på 1970-talet. Därtill har det kommit en kraftig ökning av alkoholkonsumtionen under senare år. Både i fråga om alkoholmissbruk och narkotikamissbruk är andelen kvinnor lägre än andelen män. I antalsräkningar av tunga narkotikamissbrukare från 1979, 1992 och 1998 uppgick andelen kvinnor till 24, 22 respektive 23 procent.

Så gott som samstämmiga uppgifter från organisationer, enskilda och myndigheter inom området pekar samtidigt på att människor med omfattande sociala problem i form av hemlöshet och missbruk inte får vård, omsorg eller stöd i den utsträckning de behöver för

att kunna leva ett drägligt liv. Särskilt svårt att få stöd och behandling har personer som har både missbruksproblem och psykiska problem. Ett uttryck för de tunga narkotikamissbrukarnas utsatthet är en kraftig ökning av den narkotikarelaterade dödligheten sedan 1989 och en ökad sjuklighet.

Det ökade behovet av samhällets insatser mot missbruk har dock inte åtföljts av en motsvarande ökning av resurserna. Tvärtom har kommunernas prioriteringar enligt Socialstyrelsen, bland annat i lägesrapporten för Individ- och familjeomsorgen 2003, lett till en neddragning av resurserna till missbrukarvården. Sedan 1995 har kostnaderna för missbrukarvården minskat med omkring 20 procent, vilket motsvarar drygt en miljard kronor. Läget är dock svårbedömt. En tillfällig nedgång i antalet personer med någon form av behovsprövad insats för sitt missbruk 2002 vändes i en uppgång 2003, vilket innebär att antalet personer med missbruksproblem som får någon form av vårdinsats har varit i stort sett konstant sedan slutet av 1990-talet. Samtidigt pekar andra uppgifter på problem som är kopplade till bedömning av insats samt till vårdens innehåll och resultat. Nedgången i vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-vården) har främst berört personer med ett långvarigt alkoholmissbruk, medan andelen personer med narkotikamissbruk har ökat. Kommunernas kostnader för insatser för personer med missbruksproblem uppgick under perioden 1998–2002 till omkring fyra miljarder årligen.

Ansvar för vård av missbrukare delas mellan kommuner, landsting och staten. Socialtjänsten svarar för den långsiktiga rehabiliteringen. Enligt socialtjänstlagen (2001:453) har den som inte själv kan tillgodose sina behov rätt till bistånd från socialnämnden för sin försörjning eller för sin livsföring i övrigt. Med "livsföring i övrigt" avses bland annat missbrukarvård. Socialnämnden skall vidare aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Avgiftning, behandling av psykiska komplikationer i samband med missbruk och läkemedelsassisterad behandling är ett ansvar för hälso- och sjukvården. Statens institutionsstyrelse svarar för den vård som ges med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Också inom kriminalvården, som inte har inget egentligt ansvar för missbruksfrågorna, genomförs insatser för att höja motivationen och påbörja rehabilitering.

*Omprioritering av insatser*

Insatser för missbrukare ryms i Socialstyrelsens statistik över missbrukarvården inom kategorierna bistånd som avser boende, individuellt behovsprövad öppenvård, frivillig institutionsvård (heldygnsvård), familjehemsvård samt vård med stöd av LVM. En hotande aidsepidemi bland injektionsmissbrukare i mitten av 1980-talet ledde till en kraftig utbyggnad och förstärkning av missbrukarvården med stöd av riktade statliga bidrag. Satsningen gick under benämningen Offensiv narkomanvård. Förstärkningen gällde både den vård som gavs på frivillig basis och tvångsvården. Kulmen nåddes 1989, då antalet personer som vårdades i heldygnsvård en viss mättdag uppgick till drygt 5 000, varav knappt 750 i tvångsvård. Sedan dess har antalet missbrukare i heldygnsvård successivt sjunkit. Mest märkbart har detta varit i tvångsvården. Den 1 november 2003 vårdades drygt 3 600 (2 673 män och 932 kvinnor) i heldygnsvård, varav 215 (145 män och 70 kvinnor) avsåg vård enligt LVM. Den minskning som har skett i heldygnsvården under hela 1990-talet förklaras främst av en tillbakagång i omfattningen av vård enligt LVM.

Parallellt med minskningen av heldygnsvården har det skett en satsning på vård i öppna former. Med öppenvård avses individuellt behovsprövad öppenvård samt bistånd i form av boende. Totalt hade drygt omkring 17 000 personer någon sådan öppenvårdsinsats den 1 november 2003. Utvecklingen mot ökad öppenvård har enligt Socialstyrelsen främst berört alkoholmissbrukare, medan antalet narkotikamissbrukare i heldygnsvård i stort sett varit oförändrat. Fördelningen mellan kvinnor och män varierar beroende på typ av insats.

Utredningen om översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (S 2002:04) (LVM-utredningen) konstaterar i sitt betänkande *Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård* (SOU 2004:3) att det finns starka indikationer på att utvecklingen inom missbrukarvården har lett till att en grupp klienter, företrädesvis med långvarigt alkoholmissbruk, inte får sina vårdbehov tillgodosedda. Utredningen hänvisar bland annat till länsstyrelsernas verksamhetstillsyn som visar att det i vissa kommuner, enligt utredningen, sker en hårdhänt prioritering av vilka klienter som de facto beviljas bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453 SoL). Enligt utredningen ansåg elva länsstyrelser, däribland i de tre storstadslänen, att det största problemom-

rådet inom den kommunala missbrukarvården är insatsernas innehåll och de metoder som används. Det tar sig ibland uttryck i att kommunerna hänvisar klienter till öppenvård, trots att de är i behov av heldygnsvård. Enligt utredningens bedömning samspelar ett flertal överväganden när socialnämnden avgör val av vårdform och vårdinsats och att vårdavgiften har betydelse i det sammanhanget, vilket bekräftades av flera kommuner under remissbehandlingen av utredningens betänkande.

Socialstyrelsen uppmärksammade i sin rapport *Organisation, resurser och insatser i offentlig narkomanvård 2003 (ORION)* att det fanns stora brister i resurserna för avgiftning i många kommuner, att uppsökande verksamhet saknades på många håll, att många verksamheter hade höga trösklar vilket försvårade för de mest utsatta att få vård samt att det fanns brister i eftervården. Kritik mot nedskärningar i vården och de tilltagande svårigheter som en enskild person som ansöker om bistånd till vård möter i kontakten med socialtjänsten har också upprepade gånger framförts av intresse- och klientorganisationer inom området.

#### *Ett kontrakt för livet*

Enligt LVM-utredningen visar erfarenheterna att långsiktighet, ut hållighet och planering är viktiga förutsättningar för framgång när det gäller behandlings- och rehabiliteringsinsatser. För att förstärka vårdkedjan föreslog utredningen att den vårdavgift som socialnämnden betalar för LVM-vården skall sänkas under den del av vården som sker med stöd av 27 § LVM och som innebär vård i annan form utanför LVM-hemmet, inför övergången till LVM-vårdens upphörande och fortsatta vårdinsatser på frivillig bas. För att en avgiftssänkning skall vara möjlig, skall LVM-hemmet och socialnämnden enligt förslaget på ett så tidigt stadium som möjligt komma överens om insatser som skall vidtas såväl under som efter avslutad LVM-vård.

På regeringens uppdrag påbörjades under 2004 en treårig försöksverksamhet inom Statens institutionsstyrelse (SiS) med ett liknande innehåll. Försöksverksamheten omfattar ett begränsat antal kommuner/kommundelar och LVM-hem. Regeringen avsätter sju miljoner kronor årligen till projektet under perioden 2004–2006 och SiS satsar lika mycket.

För att förstärka vårdkedjan i anslutning till LVM-vården föreslår regeringen i budgetpropositionen för 2005 att 100 miljoner kronor avsätts årligen under perioden 2005–2007. De kommuner som åtar sig att aktivt medverka i vårdplaneringen och att följa upp LVM-vården med fortsatta vårdinsatser samt bostad, sysselsättning och psykosocialt stöd skall få en reduktion av sina kostnader för vården under den tid som vård i annan form enligt 27 § LVM pågår. Förslaget är i enlighet med pågående försöksverksamhet inom SiS samt med LVM-utredningens förslag. Därigenom får kommunerna incitament till att aktivt medverka i planeringen i anslutning till LVM-vården, samt att följa upp vården med lämpliga insatser. Minskade kostnader för LVM-vården innebär också ett ökat utrymme för att förstärka andra delar av vårdkedjan.

Regeringen föreslår därutöver i budgetpropositionen för 2005 att det avsätts 50 miljoner kronor för 2005, 100 miljoner kronor för 2006 och 250 miljoner kronor för 2007 till ett riktat statsbidrag till kommunerna för att stärka vårdkedjans alla delar. Satsningen syftar till att framför allt fler tunga missbrukare skall få sina vårdbehov tillgodosedda. Bidraget skall fördelas till kommunerna med utgångspunkt i lokala behov av missbrukarvård. Ett villkor för att få del av stödet är att kommunerna tydligt kan visa hur de avser att utveckla missbrukarvårdens olika delar. Hela den satsning på missbrukarvården som föreslås i budgetpropositionen och som framförallt tar sikte på att förstärka vården för de mest utsatta missbrukarna, går under benämningen Ett kontrakt för livet. En viktig utgångspunkt är att den enskilde missbrukaren skall stimuleras att aktivt medverka i behandlingsplaneringens alla faser.

### Uppdraget

Den särskilde utredaren skall i nära samråd med Svenska Kommunförbundet och företrädare för enskilda kommuner föreslå en modell för fördelning till kommunerna av det riktade statsbidraget som regeringen har föreslagit i budgetpropositionen för 2005. Modellen skall innebära att staten och kommunerna träffar en överenskommelse för missbrukarvården, där kommunens åtaganden för att få del av det riktade statsbidraget preciseras. Utgångspunkt skall vara en utveckling av relevanta delar av vårdkedjan, utifrån behov och förutsättningar i de enskilda kommunerna. En vårdkedja kan innehålla olika komponenter, beroende på hur den enskilde indivi-

dens behov ser ut. Medan det i en kommun kan finnas behov av att utveckla den strukturerade öppenvården kan det i en annan kommun vara mer aktuellt att förstärka stödinsatserna i anslutning till att institutionsvården upphör. Gemensamt är att insatserna skall vara av god kvalitet. Andra centrala delar i en sammanhållen vårdkedja är hälso- och sjukvårdens ansvar för avgiftning, vård vid psykiatriska komplikationer i samband med missbruk samt läkemedelsassisterad behandling. Det är också viktigt att insatser som har påbörjats inom kriminalvården fullföljs efter frigivningen.

Kommunernas behov och deras planer för att utveckla vården skall framgå av överenskommelsen. Förslaget får inte innebära en förskjutning av kommunens yttersta ansvar för missbrukarvården. De ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna för stat, kommun och landsting skall särredovisas. Förslaget skall inte medföra några ökade kostnader för den offentliga sektorn. Statens kostnader för förslaget skall rymmas inom ramen för det riktade statsbidraget. Den särskilde utredaren skall också föreslå vilken statlig myndighet som skall administrera, följa upp och utvärdera användningen av statsbidraget.

Förslaget skall utgå ifrån befintlig kunskap om effektiva behandlingsmetoder, diagnosinstrument och bedömning av vårdbehov, bland annat den kunskapssammanställning som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjorde 2001. Andra centrala kunskapskällor är de expertunderlag som ligger till grund för Socialstyrelsens pågående arbete med riktlinjer för missbrukarvården samt styrelsens arbete med att utveckla kvaliteten i missbrukarvården utifrån ett antal kavalitetsindikatorer. Utredarens förslag skall bidra till en utveckling av missbrukarvården, med utgångspunkt i kvinnors och mäns olika behov och förutsättningar. Utredaren skall i det sammanhanget beakta den dubbla problematik som kvinnor med erfarenhet av både missbruk och prostitution har. Ett brukarperspektiv skall genomsyra förslaget.

#### *Arbetsformer*

Utredaren skall samråda med Socialstyrelsen, Kriminalvårdsstyrelsen, Statens institutionsstyrelse, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, regeringens narkotikasamordnare (S 2002:03), den nationella psykiatrisamordnaren (S 2003:09), alkoholkommittén (S 2001:02), enskilda kommuner och landsting samt

med frivillig- och brukarorganisationer som företräder kvinnor och män med missbruksproblem.

*Övrigt*

Uppdraget skall redovisas senast den 1 oktober 2005.

(Socialdepartementet)

# Redovisning av statistiska uppgifter relaterade till tungt missbruk

**Tabell 1: Alkohol- och narkotikarelaterad dödlighet på länsnivå 1993–2002 per  
10 000 invånare samt i genomsnitt under hela perioden**

Län	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	Medel 93–02
Stockholm	4,40	4,22	4,41	4,59	3,94	4,41	4,26	3,90	4,25	3,85	4,22
Uppsala	2,68	2,00	2,69	2,54	2,40	2,38	1,98	2,48	2,36	2,89	2,44
Södermanland	2,66	2,51	2,25	2,29	2,58	2,69	2,44	2,68	3,00	3,50	2,66
Östergötland	2,70	2,26	2,20	2,29	2,53	2,63	2,00	1,75	3,28	2,87	2,45
Jönköping	1,62	1,77	2,05	1,81	1,58	2,15	2,00	1,94	2,07	2,18	1,92
Kronoberg	1,82	1,46	2,02	2,02	2,86	2,73	2,94	3,37	2,52	2,16	2,39
Kalmar	2,47	2,11	1,85	2,11	2,49	2,55	1,78	1,53	2,73	2,04	2,17
Gotland	3,08	2,19	4,81	3,72	3,06	2,18	3,28	2,62	3,26	4,34	3,25
Blekinge	2,52	2,04	2,35	2,68	2,68	3,00	3,34	3,18	3,17	3,02	2,80
Skåne	2,76	2,37	3,43	3,12	4,09	3,57	4,92	4,37	4,34	4,08	3,71
Halland	2,35	1,90	2,40	2,36	2,24	2,98	3,01	3,22	2,23	1,85	2,45
V Götaland	3,24	3,37	3,31	2,28	3,15	3,12	3,14	3,20	3,23	2,86	3,09
Värmland	2,61	2,69	2,79	2,33	3,22	2,31	2,68	3,18	3,82	3,23	2,87
Örebro	3,03	2,39	2,08	2,30	2,85	2,45	3,15	2,59	2,49	3,07	2,64
Västmanland	3,15	3,29	2,92	2,88	2,36	3,05	2,86	3,29	2,79	3,25	2,98
Dalarna	2,85	2,97	2,30	3,12	2,97	2,24	3,10	3,21	2,63	3,16	2,86
Gävleborg	3,54	3,37	3,94	2,59	3,47	2,84	3,16	3,04	2,91	3,71	3,26
Västernorrland	3,16	3,37	3,11	3,12	2,85	3,26	2,99	2,92	2,94	2,80	3,05
Jämtland	2,38	3,11	3,13	2,03	2,42	3,10	2,55	2,67	3,25	3,35	2,80
Västerbotten	2,31	2,10	1,89	2,57	2,18	1,99	2,14	1,95	2,09	2,28	2,15
Norrbottnen	2,62	3,22	2,63	2,88	3,21	3,33	3,36	2,89	3,14	4,36	3,16
Riket	2,76	2,61	2,79	2,65	2,82	2,81	2,91	2,86	2,98	3,04	2,82



**Tabell 2. Skattning av antal alkoholmissbrukare i länen och i riket, perioden 1998–2003**

Län	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Stockholm	18 274	19 607	21 421	20 975	21 725	22 047
Uppsala	2 262	2 280	1 994	2 045	2 132	2 254
Södermanland	2 111	2 068	2 405	2 252	2 246	2 174
Östergötland	2 882	2 958	2 812	3 282	3 383	3 762
Jönköping	2 842	3 065	3 067	2 982	2 711	2 843
Kronoberg	1 375	1 487	1 456	1 294	1 338	1 251
Kalmar	1 706	1 867	1 970	1 858	1 989	1 770
Gotland	682	599	595	706	749	747
Blekinge	1 202	1 298	1 224	1 093	1 152	1 162
Skåne	9 632	9 385	9 439	9 422	8 436	8 658
Halland	1 881	1 902	1 702	1 702	2 243	1 714
Västra Götaland	12 409	13 197	12 640	12 978	13 890	14 005
Värmland	1 942	1 856	1 853	2 248	2 095	1 892
Örebro	2 174	2 120	2 271	2 876	2 294	2 645
Västmanland	2 171	1 782	2 167	1 820	1 770	2 154
Dalarna	2 724	2 520	2 588	2 304	2 531	2 252
Gävleborg	2 960	2 483	2 510	2 848	2 302	2 166
Västernorrland	2 490	2 698	2 495	2 138	2 190	2 531
Jämtland	1 003	1 228	1 439	1 003	1 096	1 094
Västerbotten	2 112	1 947	1 894	2 007	1 996	1 739
Norrbottn	1 989	1 790	2 526	2 682	2 707	2 240
Riket	76 187	77 565	79 323	79 103	79 870	79 933

**Tabell 2B. Medelålder och könsfördelning bland de vårdade personerna**

Medelålder	49,7	49,7	49,9	50,3	50,8	51,3
Könsfördelning i procent K/M	26/74	26/74	27/73	27/73	27/73	26/74

**Tabell 3: Skattning av antal narkotikamissbrukare i länen och i riket, perioden 1998–2003**

Län	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Stockholm	6 855	7 103	7 673	7 504	7 175	6 573
Uppsala	819	626	1 263	780	757	794
Södermanland	697	654	848	846	1 036	807
Östergötland	1 060	1 314	1 528	1 190	1 179	1 199
Jönköping	1 254	990	1 008	1 138	968	1 013
Kronoberg	385	440	524	410	593	607
Kalmar	639	460	462	542	536	562
Gotland	191	147	104	215	199	122
Blekinge	266	248	309	361	412	248
Skåne	3 789	3 909	4 005	3 708	3 651	3 753
Halland	566	703	519	560	862	662
Västra Götaland	4 684	5 033	4 865	5 270	5 268	5 002
Värmland	698	567	702	879	555	579
Örebro	833	880	814	932	950	925
Västmanland	663	639	601	694	560	811
Dalarna	798	805	939	802	956	791
Gävleborg	665	609	589	704	782	676
Västernorrland	613	570	598	723	547	636
Jämtland	325	516	638	287	783	224
Västerbotten	563	478	574	656	641	402
Norrbottnen	496	354	516	539	707	543
Riket	25 984	26 113	27 737	27 693	27 296	25 745

**Tabell 3B Medelålder och könsfördelning bland de vårdade personerna**

Medelålder	37,3	37,1	37,3	36,3	37,0	38,2
Könsfördelning i procent K/M	36/64	36/64	36/64	36/64	36/64	35/65

**Kommentarer till tabellerna 2 och 3:**

Skattningen för riket har gjorts separat och innebär inte en summering av läns-skattningarna. En sådan summering skulle innebära en viss överskattning på riksnivå.

Grunddata finns även för året 1997. Selektionen har skett med utgångspunkt av ICD-10 diagnoser (se beställningen för närmare

beskrivning av vilka diagnoser som ingår). År 1997 var det var första året efter införandet av ICD-10 och några landsting använde fortfarande ICD-9. Detta medför att det föreligger en underskattning det året (t.ex. ställdes det 19 alkoholrelaterade diagnoser i Skåne län år 1997, enligt ICD-10). Jag har av dessa skäl valt att inte redovisa siffrorna för år 1997.

Det förekommer fluktuationer mellan de olika åren. Fluktuationerna är mer uttalade i län med färre antal invånare. I de befolkningsrikare länen är nivåerna stabilare, självklart gäller detta också i riket. Skattningarna bör därför redovisas, till exempel, som treårsmedelvärden. Det finns också anledning att fundera kring en avrundning av nivåerna till närmsta 10-tal eller 100-tal, och när det gäller skattningarna för riket, en avrundning till närmsta 1000-tal. Detta främst för att undvika illusionen av en exakthet i skattningen som inte existerar.

Skattningarna har gjorts från två separata datafiler. Av detta följer att det med största sannolikhet finns individer som förekommer i båda materialen. Om selektionen i stället skulle göras på ett sådant sätt att det innefattade både indexet för alkoholmissbruk och indexet för narkotikamissbruk i en och samma datakälla skulle totalen alldeles säkert bli lägre än summan för de båda missbrukskategorierna som redovisas i ovanstående tabeller.

Medelålder och könsfördelning är beräknad på de personer som vårdats och är inte med automatik giltigt för det totala skattade antalet missbrukare som ju innebär att ett mörkertal har lagts till de redan kända individerna. Medelålder och könsfördelning är givetvis inte kända bland dem som ingår i mörkertalet. Det är t.ex. troligt att äldre personer med en längre tids missbruk vårdas och att yngre personer i högre grad ingår i mörkertalet. Latenstiden för heroinmissbruk är enligt en EU-studie så pass lång som 7 år.

# Missbrukarvårdens mål – framgångsfaktorer och hinder

På utredningens uppdrag har filosofie doktor Arne Gerdner, Mittuniversitetet, gjort en översiktlig genomgång av relevant forskning. Han svarar själv för urval, tolkning och slutsatser. Det bör betonas att Arne Gerdner har haft kort tid till sitt förfogande och att resultatet inte gör anspråk på fullständighet.

## **Målet med missbrukarvården**

Kommunernas ansvar för missbrukarvården stadgas i socialtjänstlagen (5 kap 9 § SoL):

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen följs.

## **Framgångsfaktorer**

Det finns några viktiga framgångsfaktorer i missbrukarvården som det råder relativt allmän uppslutning kring och som ofta också är belagda i forskningen.

## **Motivation och "timing"**

Motivation är ett komplext begrepp. Insikt om sina problem brukar anges som en förutsättning för förändring, men en lika central faktor är hopp om att förändring är möjlig, vilket bl.a. inkluderar tilltro till sin egen förmåga att utvecklas, och tilltro till eventuella hjälpande instanser. För en utförligare diskussion – se LVM-utred-

ningen (SOU 2004:3). Motivation är inte en statisk egenskap hos individen. Inte heller finns det någon naturlig koppling mellan negativa erfarenheter av missbruk och framväxt av en motivation att ta emot vård och hjälp. Tvärtom tycks återkommande svåra negativa konsekvenser snarare kunna leda till en uppgivenhet, en inlärd hjälplöshet (Gerdner & Holmberg 2000). Å andra sidan kan olika faktorer hos och runt individen – inte minst positiva nätverksfaktorer eller insatser av engagerade professionella kontakter – bidra till att en vilja till och hopp om förändring växer fram (Liepman & Nirenburg, 1989).

En sådan positiv utveckling kan dock inte tas för given. Motivationen kan snabbt återigen försvinna om den som är motiverad att genomgå behandling inte då erbjuds sådan. Detta blir då ytterligare ett misslyckande som riskerar att befästa uppgivenheten för lång tid. Studier visar att väntetider och kölistor hindrar missbrukarens motivation och försämrar vårdens utfall (se Miller & Rollnick, 2002). Det är därför viktigt att sociala myndigheter kan agera snabbt och ta tillvara den vilja som individen uttrycker så att vård och behandling kan erbjudas med kort varsel.

Flertalet studier om förhållandet mellan initial behandlingsmotivation och utfall har visat att sambandet är svagt, därför att man då bortser från det som inträffar under vårdtiden. God behandling kan väcka motivation hos den som saknar sådan och träna individen inför de svårigheter han/hon kommer att möta, men otillräcklig behandling kan också innebära att hjälpen uteblir eller är för ospecifik eller för kortsiktig. Däremot är hög självkänedom och hög självtillit om sina möjligheter att klara drogfrihet relativt goda prognosfaktorer för en fortsatt positiv utveckling (Allsop m.fl., 2000; Miller & Rollnick, 2002;).

Det är naturligtvis viktigt att fortsätta med långsiktigt motivationsarbete i de fall sådan vilja inte finns, med och utan stöd av LVM. De som är mest i behov av hjälp uttrycker ofta inte önskan om hjälp. Grundläggande är att ett uppmuntrande förhållningssätt har större förutsättningar att bidra till motivation medan en moraliserande hållning leder till motstånd. Motivationsarbete i olika former ingår i all behandling, inte bara i arbetet för att få personen att gå in i behandling.

## Fokus på missbruket

En av slutsatserna i den omfattande kunskapssammanställningen av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)<sup>1</sup> var att det finns starkt stöd för att insatser som ska ha effekt på missbruket också måste ha fokus på missbruket som sådant, medan vård som begränsar sig till ospecifika stödinsatser i stort saknar effekt (SBU, 2001). Ytterligare stöd för detta redovisas i en uppdaterad engelsk version av motsvarande rapport (Berglund m.fl., 2003), samt i en bred norsk kunskapssammanställning (NOU, 2003:4)<sup>2</sup>. Förändring av så starkt inrotade beteenden som missbruk – som även inkluderar biopsykologisk anpassning – kräver medvetenhet hos individen och en klar allians med nätverk och hjälpanstanser, där tydlighet både om problemet och om målet bidrar till att de berörda orkar hålla ut.

Fokus på missbruket bör rimligen också innebära att individen genomgår strukturerad diagnostik av beroende/missbruk för alla de olika drogtyper som denne brukar. Det kan ofta bidra till att individen blir varse betydelsen av att hantera andra drogbruk vid sidan om favoritdrogen. Det lägger också grunden till en klarare gemensam syn på problemet och förutsättningarna för olika förändringsmål, liksom om olika stödinsatser som kan behövas – inklusive ev. drogtest och stödmedicinering (se exempelvis Heilig 2004; Agerberg 2004). I de amerikanska placeringskriterierna framhålls därför strukturerad diagnostik som krav både när det gäller beroende för olika drogtyper och när det gäller andra psykiatriska problem. Ju mer ingripande insatser, desto viktigare att dessa föregås av strukturerad diagnostik (ASAM PPC-2R, 2001).

---

<sup>1</sup> SBU-rapporten grundar sig på metaanalyser av randomiserade kontrollstudier, dvs. studier där en grupp som fått viss insats jämförs med en likadan grupp som inte fått insatsen, eller som fått annan insats. Uppdelningen mellan individer på grupperna har skett genom randomisering, dvs. lottning. Denna typ av studier har god kontroll för störande faktorer, såsom patientselektion eller yttre omständigheter. En svaghet är att de kräver noggrann standardisering av förfarandet, till en grad som sällan sker i naturlig behandling.

<sup>2</sup> NOU (2003:4) bygger – förutom på SBU (2001) ovan – också på en självständig genomgång av 129 internationellt publicerade översiktsstudier i vetenskapliga tidskrifter, samt på en skotsk rapport (SACAM 2001, Effective and Cost-effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland). Den senare inkluderar även icke-randomiserade studier (t.ex. case-control och kohortstudier).

### Helhetssyn på individens problem

Att ha fokus på missbruket innebär alls inte att det endast är missbruksbeteendet som kräver insatser. De allra flesta tunga missbrukare har förutom missbruket också en omfattande social problematik samt psykisk och somatisk ohälsa som de behöver hjälp med för att kunna hantera missbruket. För både kvinnor och män kan ofta andra problem bidra till att starta återfall (Marlatt & Gordon, 1985; Annis m.fl., 1998). Samtidigt är det nödvändigt att pengar och kraft används där de verkligen behövs och gör mest nytta. Individuell vård- och behandlingsplanering måste därför utgå från allsidig behovsbedömning. En sådan allsidig bedömning görs säkrare om de baserar sig på välstrukturerade intervjuer.

I ett stort naturligt experiment jämfördes deltagare i standardprogram inom öppenvård som enbart handlade om missbruket (både metadonprogram och drogfria program) med deltagare i motsvarande program där kompletterande insatser erbjöds vid behov. Dessa insatser inkluderade medicinsk och psykiatrisk undersökning/behandling, boendestöd, undervisning i föräldraroll samt sysselsättningsprogram. Initialt var problemen på olika områden lika i de två grupperna. Uppföljningar gjordes efter 12 och 26 månader. Studien visar att det utökade stödet vid båda uppföljningarna ledde till signifikant bättre resultat både vad gäller missbruket som sådant och när det gäller angränsande problem (psykisk och fysisk hälsa samt social anpassning) (McLellan m.fl., 1998).

Det är därför nödvändigt att det finns möjligheter att t.ex. erbjuda boenden/bostäder med stöd i olika former samt sysselsättning och arbete, alternativt utbildning och möjligheter till en meningsfull fritid. Saknas detta blir ofta alla andra insatser och framgångar förgäves. På samma sätt är det viktigt att se att där kommunen väljer att endast ge boendeinsats (kategorihus), utan samtidig hjälp att hantera missbruket som sådant, så når man inte heller någon framgång med detta (Blid & Gerdner, kommande).

Erfarenheterna från behandling av missbrukare med annan psykiatrisk problematik talar för att tillstånden bör behandlas samtidigt och integrerat. På samma sätt är det med svåra sociala problem. Man kan inte inskränka sig till att bara hantera det ena och vänta med det andra till senare. Då spolieras ofta alla effekter. Inte heller kan man kräva att individen själv skall klara missbruket som villkor för att få hjälp med bostaden eller psykiska ohälsan. (Meuser m.fl. 2003; ASAM 2001)

## Vård- och behandlingsplanering utifrån strukturerade utredningsinstrument

Medveten individualisering av vård- och behandlingsinsatserna innebär att planeringen därav grundar sig på utredning av individens behov och förutsättningar, samt att detta sker i nära dialog med den berörde själv, och därmed medverkar till att stärka motivationen.

Delar av denna utredning kan kräva specialisters medverkan, såsom psykiater och psykolog. Socionomer gör sociala utredningar. Vissa strukturerade bedömningsinstrument kan användas av behandlare med olika grundutbildning – t.ex. socionomer, behandlingsassistenter, sjuksköterskor eller mentalskötare – under förutsättning att de ges kompletterande specialutbildning. Det kan av kostnadsskäl vara en fördel att detta inte läggs på psykiater eller psykolog. På framför allt två områden gör strukturerade bedömningsinstrument stor nytta.

- För det första gäller det *inventeringen av individens problemprofil och olika hjälpbehov*. I Sverige används på många håll två instrument för vuxna missbrukare med denna inriktning.

Det är dels Addiction Severity Index (ASI), dels Dokumentation inom missbrukarvården (DOK). Enligt hearingen med verksamheterna visade det sig att ASI främst används inom socialtjänsten och kriminalvården, medan DOK främst används på behandlingsinstitutionerna. ASI är ett internationellt instrument medan DOK har utvecklats i Sverige. ASI framhålls såsom ett planeringsinstrument, medan DOK framställs som ett klientdokumentationsinstrument. Båda bygger (i huvudsak) på intervjuer och innehåller klientskattningar av hjälpbehov på flera områden (fysisk och psykisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol och drogproblem, relationer, legala problem). ASI har dessutom ett system för matematisk skattning av problemnivå utifrån frågor i de olika modulerna. För bägge instrumenten finns uppföljningsmoduler.

- För det andra gäller det *beroendediagnostik enligt DSM-IV alternativt ICD-10*. Även här finns två instrument på svenska som båda har viss utbredning, SCID respektive ADDIS. (Det finns några andra som används i mindre omfattning, och då främst i forskning.)



SCID (Strukturerad klinisk intervju för DSM-IV) har moduler för de oftast förekommande psykiatriska diagnosgrupperna, inklusive psykossjukdomar, affektiva sjukdomar, ångest, ätstörningar och personlighetsstörningar. Där finns också en modul för missbruk och beroende som dock inte differentierar specifikt mellan olika drogtyper. SCID används främst inom psykiatrisk forskning, men ibland även inför behandlingsplanering.

ADDIS (Alkohol- och DrogDiagnosInstrument) är i stället speciellt inriktat på missbruk och beroende och ger grund för beroendediagnoser enligt både DSM-IV och ICD-10 (men ej diagnoser för andra psykiatriska problem). ADDIS differentierar diagnos mellan olika drogtyper – och följer därmed helt DSM-IV och ICD-10. Dessutom innehåller ADDIS enklare skattningar av psykosocial stress, ångest samt depression. ADDIS används både inom socialtjänst och på behandlingsenheter.

Både SCID och ADDIS är svenska versioner av internationella (amerikanska) instrument. För ADDIS (men ej för SCID) finns även en ungdomsversion som dock ännu ej är validerad. I båda fallen ger instrumenten grundläggande information för preliminär diagnostik och kan göras av behandlare med specialutbildning. Fastställande av diagnos ska dock, som framhålls i manualerna, endast göras av läkare eller leg. psykolog.

Gerdner (2004, 2005) visade att användningen av strukturerade utredningar av dessa slag, samt av psykologutredningar, förklarar en stor del av den förbättring av utfallen som skett inom LVM-vården.

Genom systematisk användning av dessa – och andra – instrument kan grunden läggas till en löpande dokumentation, och användas som basinformation till uppföljningar av utfall och resultat med stöd av strukturerade metoder. Detta ger i sin tur förutsättningar till fortsatt forskning/metodutveckling och till diskussion om lämpliga insatser för olika grupper och i olika skeden av processen.

## Strukturerad behandling och involvering av familj

En annan central slutsats av SBU-rapporten (2001) är att de metoder som visar effekt i behandling av missbruk kännetecknas av att de är strukturerade. Det innebär att behandlingen i stor omfattning präglas av aktiviteter och behandlingsinslag som följer en medveten behandlingsstrategi, ofta förutsägbart enligt schema eller behandlingsplan. Dessa inslag kan omfatta t.ex. grupp- eller individualterapi, föreläsningar/lärterapi, övningar etc.

Bland dessa finns det flera teoretiskt olika modeller med relativt likartade positiva resultat. Det gäller t.ex. strukturerade modeller av tolvstegsbehandling, motivationshöjande terapi, kognitiv beteendeterapi, förstärkande samhällsinsatser (Community Reinforcement Approach, CRA) och dynamisk interaktionell terapi. För narkomaner har dessutom psykoterapi visat goda positiva effekter<sup>3</sup>. Ostrukturerade behandlingsinsatser visar däremot inte någon effekt på missbruket. Motsvarande slutsatser dras i flera andra kunskapssammanställningar (NOU, 2003:4).

En annan metaanalys (Pendergast m.fl., 2002) undersökte amerikanska studier<sup>4</sup> som prövade effekt av olika drogberoendeprogram (drogfri öppenvård, terapeutiska samhällen, metadonunderhållsprogram). Den visade att program – oavsett programtyp – med ”hög implementation” dvs. hög intensitet i insatser och god kontroll på hur dessa ges (manual, schema m.m.), var den faktor som starkast var relaterat till positiv effekt. Detta motsvarar vad som ovan kallats ”struktur”. Däremot var ”hög teorinivå” snarare relaterad till lägre grad av effekt<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Det är möjligt att även andra strukturerade insatser kan ge effekt, men för vilka randomiserade kontrollstudier hittills saknas. Då SBU-rapporten gjordes fanns t.ex. endast en randomiserad experimentstudie av Dialektisk Beteendeterapi som utvecklats av Marsha Linehan för borderlinepatienter med självskadebeteende. Idag finns flera ytterligare studier som bekräftar god effektivitet (presentation av professor van der Bosch, konferens om Dubbla diagnoser i Åre augusti 2005.)

<sup>4</sup> Här användes både randomiserade kontrollstudier, matchade studier, ”naturliga experiment” och studier med andra jämförelsegrupper. Noggrann kontroll för olika slags design genomfördes statistiskt.

<sup>5</sup> Lägre grad av teorinivå innehåller bl.a. tolvstegsprogram, då dessa baseras på självhjälpens filosofi snarare än på akademisk teori. Program med högre grad av teorinivå baseras i hög grad på akademiska teorier. Det är möjligt att akademiskt utformade program inte applicerats bra till den praktiska situationen eller att alltför hög teorinivå rent av skulle kunna vara ett hinder för den terapeutiska relationen. Pendergast m.fl. diskuterar även möjligheten att studier om akademiska program publiceras mer trots mediokra resultat, medan andra program publiceras främst om de kan uppvisa positiva resultat.

En översikt om de studier som särskilt handlar om ungdomsprogram (Williams & Chang, 2000)<sup>6</sup> konstaterade att KBT ger bättre resultat än allmänt stödjande och interaktionell terapi.

Inom LVM-vården har Gerdner (2004)<sup>7</sup> visat att strukturerad vård leder till högre grad av överlevnad, givet liknande förutsättningar i övrigt (t.ex. patienternas svårighetsgrad och motivation). Betydelsen av strukturerade insatser är alltså belagd i olika slags forskningsammansättningar och i olika behandlingssammanhang.

### **Förstärk effekten genom involvering av familj och nätverk och genom relevant stödmedicinering**

SBU-rapporten konstaterade också att oavsett vilken behandlingsmodell som tillämpades så kan effekterna av dessa förstärkas ytterligare dels om familjen involveras i behandlingen (familjprogram, nätverksterapi etc.), dels av relevant farmakologiskt stöd för att hantera sug och merbegär.

Betydelsen av familjeinsatser visades också i översikten av Williams & Chang (2000). Öppenvårdsprogram för ungdomar som innefattade familjeterapi når bättre resultat än då detta inslag saknas.

### **Anpassa insatsnivån till individens behov**

Tidiga studier (bl. refererade i Lindström 1986) pekade på att öppenvård av missbrukare i vart fall inte har sämre, möjligen bättre utfall, än slutenvård. Med tanke på att öppenvård är billigare borde det då vara bättre att genomföra vården i öppen form.

En stor systematisk genomgång – över 10 000 patienter – visar dock att patienterna i slutenvården regelmässigt har tyngre problem (Hoffmann & Miller, 1993). Grupperna är alltså inte jämförbara. Det tycks istället vara så att öppenvård vid lindrigare missbruk ger väl så goda resultat som slutenvård. Såväl kostnader som möjligheterna att återkomma till normalt socialt liv kan då tala för öppenvård. Men vid tyngre missbruk (svårare beroende och fler sidoproblem) ger en period av inledande slutenvård bättre utfall än om detta saknas (Walsh m.fl., 1991). Bl.a. har öppenvården i dessa

---

<sup>6</sup> Här användes både randomiserade kontrollstudier och "naturliga experiment".

<sup>7</sup> Här användes i en syntetiserande multivariat analys (metaregression) av alla 31 dittillsvarande utfallsstudier av LVM-vård med oselektade populationer.

fall större problem med avhopp och återfall under behandlingstiden (Alterman m.fl., 1994).

Val av insatsnivå behöver därför anpassas till individens behov. Inte bara ekonomiska utan även etiska skäl talar för att man inte bör använda insatser som är mer ingripande i individens liv än vad som är nödvändigt. Men både etiska och ekonomiska skäl talar också för att man bör ge insatser på den nivå som behövs för att hjälpen skall vara effektiv. Patientsäkerheten skall därför – och särskilt i akuta situationer – vara avgörande för den grundnivå som bör krävas i val av insats enligt ASAM:s placeringskriterier (ASAM PPC-2R, 2001).

### **Måttliga effekter av matchning men goda skäl för individualisering**

För 10–20 år sedan fanns stora förhoppningar om att behandling utfallen skulle kunna förbättras om man lärde sig ”matcha rätt patient till rätt behandling”. Det handlade då om att välja *rätt* behandlingsmodell. För en utförlig genomgång av matchningshypotesen, se Lindström, 1986. Det var också utgångspunkten för den stora behandlingsstudien ”Projekt Match” som jämförde kognitiv beteendeterapi (KBT) med tolvstegsorienterad (12-steps) och motivationshöjande behandling (MET) (Babor & Del Boca, 2003). Emellertid visade det sig att förhoppningarna inte kunde tillfredsställas. Matchningseffekterna var färre och mindre än förväntat. En tidigare prövning av matchningshypotesen gjordes av Blomquist (1991) som också konstaterade att effekterna i vart fall var mycket små. Bland de (måttliga) matchningseffekter som man kunnat konstatera finns dock följande (SBU, 2001; Berglund, 2003):

- *Ilska* – Personer med hög ilska har bättre utfall i MET, medan personer med låg ilska har bättre i 12-steps och KBT, troligen därför att MET upplevs som mindre hotande.
- *Beroendetyngd* – Personer med hög grad av beroende har bättre utfall i 12-steps än i KBT, medan personer med lägre grad av beroende har bättre i KBT än i 12-steps. Möjligen beror det på att 12-steps i högre grad hanterar problem med missbrukaridentitet och känslor av skuld och skam.
- *Nätverkets inställning* – Om personens nätverk inte stödjer nykterhet ger 12-steps bättre utfall än MET, troligen pga. att

12-steps medför AA-deltagande och tillgång till nätverk som befrämjar nykterhet.

- *Psykisk störning* – Vid högre grad av störning är terapi inriktad på bakomliggande psykiska faktorer (dynamiska) *sämre* än terapi inriktad på missbruksbeteendet. Fokus på missbruket är alltså särskilt viktigt för dem som också har stora psykiska problem, troligen därför att de har större benägenhet till avledning från detta fokus.

Då matchningseffekterna är relativt små förefaller det i än högre grad angeläget att man i *vårdplaneringen*<sup>8</sup> låter individens egen preferens spela en central roll. Dessutom handlar det inte bara om att välja mellan erbjudna behandlingsupplägg, utan – och kanske allra främst – om att *individualisera insatserna inom respektive behandling*. Utanför de experimentella studierna finns vanligen en sådan strävan att anpassa insatserna till individernas förutsättningar. God *behandlingsplanering*<sup>9</sup> är just att göra detta så medvetet som möjligt i nära dialog med den det berör.

Slutligen kan det finnas skäl att fundera över lämplig grupsammansättning i behandling. Erfarenheter vid hearingen med verksamheter talade för att man om möjligt bör *undvika att blanda vissa grupper*. Det gäller främst psykiskt sårbara personer (ångestladdade och psykosnära) som inte bör behandlas tillsammans med utagerande och aggressiva. Många kvinnor har också behov av könsseparat behandling, åtminstone i intensiva behandlingsskeden. Det gäller alldeles särskilt gravida, kvinnor med småbarn, samt kvinnor som levt med prostitution.

---

<sup>8</sup> *Vårdplan* är övergripande och har långsiktig karaktär. Den skall ge grund för placeringsbeslut (matchning), och har ekonomisk och juridisk betydelse. Den anger vårdinstanser, planerade vårdtider eller utgångspunkter för hur dessa ska förhandlas. Den brukar innehålla tidigare insatser, nuvarande situation, stöd- och behandlingsbehov och hur dessa ska tillgodoses genom placeringen, samt beskrivning av hur vården ev. tänks ingå som en del i en vårdkedja. Ansvarig är oftast socialtjänsten tillsammans med klienten.

<sup>9</sup> *Behandlingsplan* är mer konkret och detaljerad, men också flexibel för att ta hänsyn till processen. Den skall ge grund för individualisering under behandlingstiden och vara ett aktivt styrinstrument för såväl behandlare som patient. Därför måste den kontinuerligt förändras, vanligen varje/varannan vecka. Den anger individuellt satta mål och metoder, och former för utvärdering av dessa. Kan innehålla beskrivning av ett eller flera problem/behov, mål på lång och kort sikt, metoder för att nå konkreta mål, tid när planen ska utvärderas/omförhandlas. Ansvarig är behandlaren tillsammans med patienten.

## Terapeutisk allians och vårdklimat

I ett antal klassiska studier visade Jerome Frank (1961, 1973, 1974) att positiva effekter i terapi i hög utsträckning beror av relationen mellan patient och terapeut. En empatisk relation, tillhandahållandet av begripliga förklaringsmodeller och någon slags ritual som förenar patient och terapeut var de centrala inslagen, snarare än viss metod. Betydelsen av behandlingsrelationen har även understrukits när det gäller missbrukarvård (Berglund m.fl., 1989; Miller m.fl., 1980).

Möjligen finns ett samband mellan terapeutisk allians och strukturerad behandling. Strukturerade modeller bör ha större förutsättningar att erbjuda begripliga förklaringsmodeller och att förena patient och terapeut inom ramen för en gemensam ritual. Möjligheterna för behandlaren att kunna fungera som auktoritativt ställföreträdande hopp för den uppgivne patienten är rimligen också större inom ramen för en strukturerad behandlingsmodell än inom en ostrukturerad stödmodell.

Det finns också studier som visar att en konfrontativ behandlarstil ger sämre behandlingsutfall jämfört med en stödjande och respektfull behandlarstil där patienten stimuleras att själv utveckla sin motivation till förändring (Miller m.fl., 1993). Detta ligger bl.a. till grund för metoden Motivationell Intervju (Miller & Rollnick, 2002) och är i linje med den "Klientcentrerade terapi" som utvecklades av Carl Rogers. Jenner (1992) har beskrivit hur behandlarnas tilltro till patienten ger patienten en ökad tilltro till sig själv, en Pygmalioneffekt. På senare år har Ulla Holm betonat betydelsen av ett empatiskt professionellt förhållningssätt från behandlaren (se exempelvis Holm, 2001 & 2005).

Inom mer grupporienterad vård eller miljöterapi är relationen till behandlaren bara en av flera viktiga relationer. Den enskilde patienten tillbringar mer tid med andra patienter än med sin terapeut. Därför är gruppprocessen inom patientgruppen central. Ett positivt behandlingsklimat inom institutionen som helhet är då avgörande. I en äldre studie har Jenner (1979) visat att behandlingsklimatet på behandlingshem varierar stort över tid, och att utfallet för deltagarna beror av hur klimatet var just under deras vårdperiod. Inom svensk LVM-vård har Armelius visat att personalens skattning av arbetsmiljön är positivt relaterad till patienternas utfall (se Ryden, 2004). Motsvarande betoning av vårdklimatets betydelse understryks i en rad internationella studier (se exempelvis Long m.fl.,

2000; Moggi m.fl., 1999; samt Timko & Moos, 1998a och b). I grupporienterad vård och miljöterapi är behandlaren roll därför i hög grad inriktad på att understödja positiva grupperprocesser. Även detta görs rimligen lättare med strukturerade behandlingsprogram än med ostrukturerade.

Inom eftervård, där lägre grad av struktur tillämpas, är det ändå viktigt att deltagarna kan fylla på positiv emotionell energi, att de kan "tanka värme" och påminna sig om de vinster som de vunnit. Det görs lättare om de återfinner några centrala inslag från behandlingen (budskap, ritualer, personer) även i eftervården.

I en artikel om missbrukarvårdens iatrogena, dvs. sjukdomsalstrande, effekter diskuterar Moos (2005) det faktum att studier återkommande rapporterar att 7–15 procent av patienterna i missbrukarvård faktiskt försämrats. Bland behandlingsfaktorer som tycks kunna förklara detta pekar han särskilt ut bristande anknytning till behandlingsprogrammet (p.g.a. bristande emotionell kontakt och för korta program), konfrontation (inklusive moraliserande kritik och bestraffningar), brist på struktur och övervakning, negativa rollmodeller och klimat som präglas av hopplöshet och demoralisering.

### Långsiktighet och kontinuitet

Vägen ut ur missbruk är en lång process och den sker sällan rätlinjigt. Bakslag och återfall hör till det normala, även i de fall som så småningom når stabil nykterhet/drogfrihet. Därför är det centralt att stödet till den substansberoende kännetecknas av långsiktighet, kontinuitet och uthållighet. Ofta kan personer med tunga missbruksproblem (och många angränsande problem) vara aktuella hos flera olika instanser, eller faller mellan stolarna p.g.a. att dessa instanser utgår från att andra har hand om personen. För en kaotisk person blir det då övermäktigt att själv samordna dessa insatser. I de tyngre fallen är det därför bäst om en och samma kontaktperson bistår individen med att samordna behandling och insatser både när det gäller sociala och medicinska/psykiatriska insatser, en s.k. case manager. Sprutnarkomaner med case management accepterar också behandling i högre utsträckning (Bokos m.fl., 1992).

Flera studier har visserligen pekat på att förändringar kan uppstå efter relativt korta intensiva program, dock särskilt då problemen är lindrigare (Duckert, 1993; Miller och Rollnick, 2002), men Moos

(2005) pekar som nämndes ovan på att alltför korta program särskilt för tyngre missbrukare tvärtom kan leda till försämring. Hur som helst är korta intensiva program bara ett inslag i en betydligt längre process av tillfrisknande.

Inte ens de mest framgångsrika och välstrukturerade metoderna ger resultat som står sig i längden om de inte följs upp av fortsatta stödåtgärder. Lindström (1986) visade att resultaten av aldrig så goda korta behandlingsinsatser klingar av på något år, jämfört med utvecklingen hos obehandlade, om inget sker efteråt. Gerdner (2005) har pekat på att alltför korta eftervårdsprogram (upp till 3 månader) efter LVM saknar effekt, medan långa (1–2 år) har påtagligt god effekt. Marlatt och Gordon (1985) har beskrivit hur återfallsprocesser hör till det normala inom ramen för en långsiktig rehabilitering. Träning i att identifiera och hantera dessa processer (återfallsprevention) och långsiktigt stöd att hålla fast vid sin rehabilitering behövs därför. Andreasson (2000) föreslår att detta rehabiliteringsstöd behövs under tre–fem års rehabilitering för svåra alkoholister medan Anglin (1988) föreslår fem till tio år för heroinister. I femårsuppföljningen av tio försöksverksamheter med samordnade insatser för missbrukare med psykisk störning bekräftades att fortsatta stödåtgärder behövdes även vid positivt utfall (Öjehagen m.fl., 2004). Det ligger i sakens natur att denna typ av långsiktig kontakt inte kan eller bör ha samma intensitet under hela förloppet – snarare är kontinuiteten i kontakten viktig här.

Det fortsatta stödet efter behandling kan ges i form av professionell eftervård och kan dessutom erbjudas inom ramen för självhjälpgrupper, typ AA, NA och länkarna. Både professionell eftervård och självhjälpgrupper har – var för sig – dokumenterade positiva effekter som stödinsatser efter behandling (Hoffmann & Miller 1992, Gerdner 2005)<sup>10</sup>. Eftervårdens längd har direkt samband med positivt utfall (Hoffmann & Miller, 1993; Gerdner, 2005). Det förefaller som om professionell eftervård i högre utsträckning föredras av dem som har psykiska problem med ångest och depression än av dem med utagerande problematik. De senare tycks hellre föredra självhjälpgrupper (McKay m.fl., 1996; Gerdner, 2005). Det är därför angeläget att understödja båda formerna av deltagande, så att individen kan finna det som passar honom/henne bäst.

---

<sup>10</sup> Däremot har självhjälpgruppdeltagande som *alternativ till* behandling en sämre effekt (Kowacki & Shadish, 1999). Bäst utfall fås då de kombineras (Walsh m.fl., 1991).



## Personalens kompetens

Som antydde ovan när det gäller vikten av behandlingsklimat och empatisk kontakt så kan vård- och behandlingspersonalens roll inte nog understrykas. Det är viktigt att dessa personalgrupper tror att en förändring är möjlig och har adekvata resurser samt flexibilitet för att möta enskilda missbrukares önskningar och behov. Holm (2005) redovisar studier som visar att empatisk förmåga ökar med utbildning.

Detsamma gäller socialarbetarnas roll i utredning och vårdplanering. Enligt en aktuell vinjettstudie om socialtjänstens bedömning av missbrukares behov av olika insatser (Blomqvist & Wallander, 2004) fanns tendenser att socialarbetare med högre utbildning och mer erfarenhet i högre utsträckning önskar ta in individens egen bedömning som grund för val av insats.

Ett problem i detta sammanhang är att stor andel av personalen inom missbrukarvården saknar specialutbildning för uppdraget. Missbrukarvården har därför karaktäriserats som en professionell sektor utan professionella. Många inom behandlingspersonalen saknar helt akademisk grundutbildning. Dessutom har centrala grundutbildningar vanligen en mycket liten obligatorisk grund både när det gäller alkohol och drogkunskap och behandling av missbruk/beroende.<sup>11</sup>

Behandlingspersonalens förmåga både att använda strukturerade instrument och att kommunicera innebörden och konsekvenserna av beroendediagnostik – individuellt och i grupp – förutsätter relevant utbildning. Förutsättningarna för att kunna tillämpa strukturerade behandlingsmetoder beror i hög utsträckning av att de som ska genomföra arbetet har utbildning specifikt i dessa metoder. Behandling av missbrukare som har betydande andra problem kräver i sin tur speciella utbildningsinsatser. Detta gäller inte minst dem som arbetar med personer som har annan psykiatrisk problematik vid sidan av missbruk/beroende. Flera studier visar att även relativt erfarna socialarbetare och behandlare som saknar specialutbildning också saknar förutsättningar att identifiera och hantera personer med dessa störningar (Heilig m.fl., 2003; Hesse, 2005). Mer subtila

---

<sup>11</sup> Enligt en inventering av Centrum för Utvärdering av Socialt Arbete (CUS) fördelade sig medianerna inom respektive utbildningskategori så här (där 1 poäng motsvarar 1 vecka): 5 psykologutbildningar totalt 1,6 poäng varav 0,1 obligatorisk; 6 läkarutbildningar totalt 2,9 varav 2,4 obligatorisk; 22 sjuksköterskeutbildningar totalt 2,3 varav 0,5 obligatorisk; 8 socialpedagogutbildningar totalt 20,5 varav 7,3 obligatorisk; 7 socionomutbildningar totalt 16,0 varav 3,0 obligatorisk. Tendensen var minskande – fem utbildningar hade minskat antal poäng de senaste tre åren medan två hade ökat (Håkansson, 2000).

variationer av störningar observeras inte och psykosdiagnoser över-skattas ofta.

### Organisatoriska förutsättningar

Många har pekat på att den organisatoriska uppsplittringen mellan landsting och kommuner medför särskilda problem för missbrukarvården. Inom landstinget finns dessutom uppsplittring mellan beroendevården och övrig psykiatri. Missbrukarna behöver en snabb och säker tillgång till psykiatrins insatser och till beroendevården med dess abstinens- och substitutionsbehandling.

Att det finns stora brister i tillgången på abstinensbehandling påpekades av LVM-utredningen (2004:3). De medför bl.a. att inledningen på LVM-vård inte sker med den kompetens som krävs för detta.

Det finns numera bättre möjligheter till stödmedicinering mot missbruket än tidigare, både för alkoholister och heroinister – t.ex. Revia, Campral och Subotex (Heilig 2004, Agerberg 2004). Dessa hanteras genom sjukvården. Det är angeläget att inte traditionella låsningar och misstänksamhet mellan olika professioner hindrar att denna hjälp i kombination med olika former av psykosocial behandling och stöd kommer dem till godo som kan dra nytta av den.

Det finns stöd i randomiserade kontrollstudier för att bättre utfall nås för missbrukare med psykisk störning om insatserna mot missbruket integreras med insatserna mot den psykiska ohälsan (SBU, 2001; NOU, 2003, Meuser m.fl. 2003). Det amerikanska regeringsorganet SAMSHA (2002) har föreslagit att integrerad vård regelmässigt skall ske då båda tillstånden har en högre svårighetsgrad. Försök att här i Sverige åstadkomma sådan integrering skedde som försöksverksamhet på tio platser i landet finansierad av Socialstyrelsen under åren 1995–1997. Öjehagen m.fl. (2004) som följde upp dessa försök konstaterar att

Samtidig och samordnad behandling samt stöd till personer som har både missbruksproblem och psykiatriska tillstånd borde vara en självklarhet idag.

## Flaskhalsar/hinder för en effektiv vårdprocess

En hel del problem som hindrar eller försvårar en effektiv vård har redovisats ovan, t.ex. utifrån ORION-studien, LVM-utredningen, och Öjehagens m.fl. utvärdering av dubbeldiagnosprojekten. Samstämmigheten i den givna kritiken är hög. Här skall endast en kortare summering göras. Följande hinder/brister är vanligt förekommande och särskilt allvarliga:

### Inom landstingen

Det finns brister när det gäller *landstingens uppgifter* i förhållande till missbrukare dels när det gäller abstinensbehandling, dels när det gäller stödmedicinering och substitutionsbehandling, och dels när det gäller utredning och behandling av psykiatrisk komorbiditet. Alla dessa problem berördes i LVM-utredningen (SOU 2004:3).

Problemet när det gäller abstinensbehandling har bl.a. resulterat i en riskabel hantering av inledningsskedet i LVM-vård och föranledde förslag till åtgärder. För missbrukarvården i övrigt resulterar dessa brister i väntetider som försvårar eller ibland omöjliggör behandling i inledningsskedet. Väntetider signalerar dessutom till missbrukaren att hans/hennes vilja till förändring inte är viktig.

Ett lika stort problem gäller svårigheterna för missbrukare att få tillträde till psykiatrisk utredning och vård. Det gäller inte bara dem som vårdas inom sociala sektorns institutioner, utan även dem som finns i landstingens egna kliniker, nämligen beroendevården<sup>12</sup>.

Brist på resurser och kompetens för att behandla/ vårda personer med tungt missbruk och samtidig psykisk sjukdom har påpekats i en lång rad utredningar (se exempelvis SOU, 2004:3; Öjehagen, 2004). Detta är den grupp som sannolikt är mest utsatt och vårdbehövande.

---

<sup>12</sup> Vid Socialstyrelsens tillsynsrapport av Stockholms Beroendecentrum (SoS, 2005) framkom att samverkan med socialtjänsten fungerade väl tack vare samlokalisering – och trots skilda huvudmän, medan samverkan med psykiatrin fungerade dåligt – trots samma huvudmän.

## Inom den sociala sektorn

Det finns också en rad brister när det gäller *den sociala sektorns hantering* av missbrukare, dels socialtjänsten, dels angränsande myndigheter och privata aktörer. Ett allmänt problem som återkommer i flera rapporter är att det skulle ha förekommit ett skifte inom socialtjänsten från offensiv uppsökande insatser där man försöker motivera till vård, till en mer avvisande eller prövande inställning, där klienterna måste hävda sin vilja till vård för att få del av insatserna (SoS 2004). Detta har lett till att röster på nytt har höjts för att staten skulle ta över kostnadsansvaret för missbrukarvården (Blomqvist & Wallander, 2004).

Trots satsningar på boendeinsatser under de senaste tio åren, finns fortfarande stora brister när det gäller goda och anpassade boenden/bostäder (Beijer, 2004; Sahlin, 1998; Yohanes m.fl., 2002). Det finns också stora brister när det gäller sysselsättning (anpassat arbete eller utbildning och fritidsaktiviteter), vilket har stor betydelse för att motverka återgång till tidigare missbrukarkamrater/-miljöer och återfall i missbruk. Både boende och sysselsättning är förutsättningar för planerad utskrivning från institutionsvård och för att den fortsatta behandling och rehabiliteringen ska lyckas.

## Problem beroende på uppsplittringen mellan huvudmän

Det finns också särskilda problem som beror av eller åtminstone förstärks av *den organisatoriska uppdelningen mellan huvudmännen*. Hos många som arbetar med missbrukare saknas en gemensam kunskap om missbrukarvården som helhet (olika huvudmäns uppdrag, ansvar och resurser etc.). Det är naturligt att huvudmännen har delvis olika (komplementära) perspektiv på missbruk och beroende och olika kunskapsbas när det gäller skilda faktorer i detta bio-psyko-sociala syndrom. Men dialogen mellan professionella försvåras också av olika vårdideologiska ståndpunkter, olika terminologier, och olika attityder till missbruk och missbrukare (Blomqvist & Wallander, 2004).

Detta kan i olyckliga fall medföra att den enskilde vårdmottagaren tvingas uppleva sig vara i korseld mellan olika uppfattningar. Det behov av s.k. case manager som nämndes ovan blir i detta perspektiv särskilt viktigt.

En möjlighet är att organisera detta i form av Personligt ombud (PO) med stöd av LSS-lagen (Möller, 1998). Personer med missbruk och psykisk störning räknas i lagen in i personkrets 3. Emellertid är det idag mycket tveksamt om kommunernas satsningar kommer gälla dessa (Öjehagen m.fl., 2004). I praktiken är det därför knappast troligt att de som har behoven alls kommer i åtnjutande av insatser den vägen. Författarna jämför med situationen i USA, där denna funktion finns *inom* den integrerade ”dubbel diagnosverksamheten”.

En annan möjlighet är att organisera integrerade mottagningar över huvudmannskapsgränserna – det som Öjehagen m.fl. menade ”borde vara en självklarhet”. Dessvärre är så ännu inte fallet. Efter projekttidens slut fortsatte endast fyra projekt (av tio) den organiserade samverkan. På ytterligare två orter planerades avtal om fortsättning. Öjehagen m.fl. rapporterar svårigheter att fördela ansvar och kostnader mellan landsting och kommun. Särskilt betonas problem att få tillgång till särskilt avdelade psykiatrer, långa väntetider för diagnostisering, för korta vårdtider inom slutenvården och för få behandlingshem anpassade för denna grupp. Det finns också kvar problem i ansvarsfördelning, olika synsätt på missbruksproblemen, och skilda uppfattningar om ”vad som ska åtgärdas först”.

Även inom socialtjänstens organisation upplevs motsvarande problem. Blomqvist & Wallander (2004) pekar bl.a. på att socialsekreterarna har en ”betydande oenighet och osäkerhet när det gäller synen på kommunens och landstingets respektive roller i missbrukarvården och om att socialarbetarna själva på många håll uppskattar en kontakt med den egna verksamheten som stigmatiserande”. De visar också att vilken kommun/kommundel man bor i får en orimligt stor betydelse både för om man kommer att avvisas då man söker insatser via socialtjänsten och för om socialsekreteraren kommer att föreslå LVM-insats<sup>13</sup>. De hävdar att en specialistorganisation som förenar kommunens och landstingets kompetens skulle bidra till avstigmatisering och ökad tillgänglighet.

---

<sup>13</sup> Olikheter mellan kommuner/kommundelar när det gäller LVM bekräftas också av LVM-utredningen (SOU 2004:3) och av Höglom & Johansson (2004).

## Oavsett huvudmannaskap

Slutligen finns brister av mer generell art, *oavsett huvudmannaskap*.

Behovsbedömning på olika problemområden och beroendediagnostik tillämpas sällan, och strukturerad psykiatrisk diagnostik i övrigt tillämpas ännu mer sällan. Mats Berglund pekar på att detta tillämpas mindre inom psykiatriska kliniker än inom LVM-vården, där det av LVM-utredningen pekas ut som ett bristområde (se förord till Arlebrink & Larsson Kronberg, 2005).

ORION-studien (SoS, 2003) innehöll frågor till ett urval omfattande 122 kommuner/kommundelar och 27 landsting om användning av strukturerade bedömningsinstrument. En genomgång av datafilerna från detta material visade att drygt hälften av landstingen och knappt hälften av de kommunala enheterna överhuvudtaget använder något strukturerat instrument. Bland såväl kommuner som landsting använder ungefär ¼ strukturerade bedömningsinstrument *regelbundet*, dvs. på de flesta aktuella personerna. Både bland landsting och kommuner är ASI det mest använda instrumentet, följt av ADDIS – och inte sällan i kombination. Drygt en tiondel av tillfrågade landsting och kommuner anger att strukturerade instrument också används regelbundet i uppföljning.

Det saknas alltså en för olika huvudmän och verksamheter gemensam grund för behovsbedömning, individuell planering och dokumentation för uppföljning och lärande. Denna bör kunna ligga till grund för statligt finansierad forskning. Särskilt angeläget är att studera olika eftervårdsmodeller, eftersom dessa inte inkluderades i SBU:s inventering.

Flertalet vårdinstitutioner för missbrukarvård erbjuder idag inte strukturerade psykosociala behandlingsmetoder eller ens vård som fokuserar hanteringen av missbruket. Enligt Socialstyrelsens inventering IKB 2003 är den endast 40 procent av enheterna som tillhandahåller sådana insatser (SoS, 2003), som enligt SBU (2001) har evidens. Även detta kan vara en överskattning eftersom inventeringen inte skedde utifrån några angivna kvalitetsindikatorer.

I troligen än högre grad saknas en medveten involvering av familj i behandling – i form av familjeprogram, nätverksterapi m.m. – men uppgifter om detta saknas idag.

Kunskapsnivån inom missbrukarvården behöver öka.

- Dels behöver missbrukarvården tillförsel av specialkompetenser som idag är svåråtkomliga för denna sektor (främst psykiater och leg. psykolog).

- Dels behöver den allmänna utbildningsnivån inom behandlingsenheter höjas för att anpassas till det uppdrag verksamheten har, vilket kräver såväl medveten nyrekrytering som satsningar på internutbildning av befintlig personal. En rimlig ambitionsnivå är att behandlande personal i hög utsträckning skall ha den nivå som krävs enligt internationell certifiering för behandlare av missbruk och beroende. Internationell certifiering krävs i USA och Kanada för alla som arbetar i med behandling av missbrukare. Certifieringen erbjuds idag i ett 20-tal länder, inklusive Sverige där hittills omkring 80 behandlare har certifierats.<sup>14)</sup>
- Slutligen behövs specialutbildningar i anslutning till införandet av särskilda, ofta strukturerade, metoder för utredning och behandling.

Långsiktig eftervård saknas ofta. Gerdner (2005) har visat att huvuddelen av dem som genomgått LVM-vård inte får någon eftervård alls, och att många får dåligt anpassad och alltför kortvarig eftervård. Dessvärre finns inte heller någon trend att detta område förbättrats.

Studien "Narkomanvård på lika villkor" visade att personal inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård är mer benägna att ge kvinnliga missbrukare kvalificerade behandlingsinsatser, medan manliga missbrukare i högre grad fick nöja sig med boendestöd och sysselsättningsåtgärder (SoS 2004b) Samtidigt finns det, som framhävdes i hearing, bristande beredskap och resurser att ge könsseparat behandling till kvinnor som missbrukar (och som ofta också är utsatta för våld och sexuell exploatering). Missbrukarvården behöver därför utvecklas både vad gäller män och kvinnor (SoS 2004b).

---

<sup>14</sup> Internationell certifiering i Sverige sker till självkostnadspris genom Svenska certifieringsföreningen för alkohol- och drogbehandlare (SCADB). Certifieringen är oberoende av behandlingsmodell och utgår från tolv grundfunktioner i all behandling. Man skall inför en panel kunna redovisa hur dessa grundfunktioner tillämpats i ett eget fall som man haft behandlingsansvar för. Då certifieringen erbjuds till alla oavsett grundutbildning ingår också ett omfattande kunskapsprov. För att upprätthålla sitt certifikat krävs redovisad fortbildning vartannat år.

## Referenser

Arlebrink, J. & Larsson Kronberg, M. (2005) *Tvångsvård vid missbruk. LVM i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna – En bok om missbruk och beroende*. Lund Studentlitteratur.

Allsop, S; Saunders, B. & Phillips, M (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction* 95(1): 95–106.

Alterman, A.I.; O'Brien, C.P.; McLellan, A.T.; August, D.S.; Snider, E.C.; Dropa, M. et al. (1994). Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182(3): 157–163.

Andréasson, S. (2000). Hur mycket bidrar behandling till förbättring? I: Berglund, M. m.fl. *Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) och Liber, s. 176–193.

Anglin, M.D. (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction. In: Leukefeld, C.G. & Tims, F.M. (red.): *Compulsory treatment of drug abuse: research and clinical practice*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research monograph series 86: 35–56. Washington DC: US Government Printing Office.

Annis, H.M.; Sklar, S.M.; Moser, A.E. (1998). Gender in relation to relapse crises situations, coping, and outcome among treated alcoholics. *Addictive Behaviors* 23(1): 127–131.

ASAM PPC-2R (2001). *Patient Placement Criteria, 2<sup>nd</sup> edition, revised*. The American Society of Addiction Medicine. (<http://www.asam.org/>)

APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed rev. (DSM-IV)* Washington, DC: American Psychiatric Association (APA)



Babor, T.F. & Del Boca, F.K. (2003). *Treatment matching in alcoholism*. Edingburgh: Cambridge University Press.

Beijer, U. (2004), *Hemlösa män I Stockholm. En femårig uppföljning av 82 hemlösa män i Stockholm – de flesta med psykiska funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen

Berglund M, Thelander S, Jonsson E. (2003). *Treating Alcohol and Drug abuse. An evidence based review*. Wiley.

Berglund, M.; Öjehagen, A. & Nordström, G. (1989). Behandling av patienter med alkoholproblem. *Läkartidningen* 86(23): 2215–2218.

Blid, M. & Gerdner, A. (2005). Socially excluding housing support to homeless misusers – two Swedish case-studies of category houses. *International Journal of Social Welfare* (Accepterad för publicering).

Blomquist, J. (1991). *Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match. En kartläggning av missbruksarbete och vårdresurser och en diskussion av behandlingsvalens betydelse*. Stockholm: Socialförvaltningen, FoU-byrån. FoU-rapport 1991:14.

Blomqvist, J. & Wallander, L. (2004). *Åt var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insatser vid missbruksproblem*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten. FoU-rapport 2004:8.

Bokos, P.J.; Mejta, C.L., Mickenberg, J.H. & Monks, R.L. (1992). Case management: An alternative approach to working with intravenous drug users. In: Ashery, R.S. (ed.), *Progress and issues in case management*. NIDA Research Monograph 127. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, pp. 92–101.

Duckert, F. (1993). *Alcohol problems and treatment; follow up studies of problem drinkers with special reference to drinking behaviour*. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Edwards, G (1986). The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction* 81: 171–183.

Frank, J (1961, 1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. Revised edition 1973*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Frank, J. (1974). Therapeutic components of psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 159: 325–342.

Gerdner, A. (2004). *Utfall av LVM-vård – Översikt och syntes av hittillsvarande studier*. Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande ”Tvång och Förändring”. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2004:3.

Gerdner, A. (2005). Tvångsvårdens utfall och effekt. I Arlebrink, J. och Larsson Kronberg M (red.), *Tvångsvård vid missbruk. LVM i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Gerdner, A. & Holmberg, A. (2000). Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics. *Journal of Studies on Alcoholism* 61(4): 548–560.

Hasin, D.; Van Rossem, R.; McCloud, S.; Endicot, J. (1997). Alcohol dependence and abuse diagnoses: Validity in community sample heavy drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21: 213–219.

Heilig, M. (2004). *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.

Heilig, M, Forslund, K., Åsberg, M., Rydberg, U. (2002). The dual-diagnosis concept used by Swedish social workers: limited validity upon examination using a structured diagnostic approach. *European Psychiatry* 17: 363–365.

Hesse, M. (2005). Social workers' ratings of comorbid personality disorders in substance abusers. *Addictive Behaviors* 30(6), 1241–1246.

Hoffmann, N.G. & Hoffmann, T.D. (2003). Construct validity for alcohol dependence as indicated by the SUDDS-IV. *The Journal of Substance Use and Misuse* 38(2): 293–306.

Hoffmann, N.G. & Miller, N.S. (1992). Treatment outcomes for abstinence based programs. *Psychiatric Annals* 22(8): 402–408.

Hoffmann, N.G. & Miller, N.S. (1993). Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders. *Recent Advances in Addictive Disorders* 16(1): 127–140

Holm, U. (2001). *Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, Forskningsrapport nr 3.,

Holm, U. (2005). Förhållningssätt bland personalen på institutioner. I Arlebrink, J. och Larsson Kronberg M (red.), *Tvångsvård vid missbruk. LVM i teori och praktik*. Lund Studentlitteratur.

Håkansson, M. (2000). *Undervisning i alkohol- och drogkunskap. En kartläggning av sex olika grundutbildningar inom universitet och högskola*. Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS 2000:4.

Högblom, C. & Johansson, K.-O. (2004). *Kartläggning av missbrukssituationen i Stockholms stad våren 2004*. Stockholms socialförvaltning, staben.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington DC: National Academy press.

Jenner, H. (1979). *Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle. En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare*. Uppsala: Pedagogiska institutionen, Uppsala Universitet, och Stockholm: Almquist & Wiksell.

Jenner, H. (1992). *Pygmalion i missbrukarvården*. Lund: Studentlitteratur.

Kowacki, R.J. & Shadish, W.R. (1999). Does Alcoholics Anonymous work: the results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance use and Misuse* 34(13): 1897–1916.

Liepman & Nirenburg (1989). Evaluation of a program designed to help family and significant others to motivate resistant others into

recovery. *American Journal on Drug and Alcohol Abuse* 15(2): 209–221

Lindström, L. (1986). *Val av behandling för alkoholism*. Malmö: Liber förlag.

Long, C.G.; Williams, M.; Midgley, M. & Hollin C.R.(2000). Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioural treatment. *Addictive Behaviors* 25(4): 573–578.

Marlatt, G.A.& Gordon, J. R. (Ed. 1985). *Relapse Prevention*. New York & London: The Guilford Press.

McKay, J.; McLellan, A.T.; Alterman, A.I.; Cacciola, J.S.; Rutherford, M.J. & O'Brien, C.P. (1998). Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse. *Journal of Studies on Alcoholism* 59: 152–162.

McLellan, A.T.; Hagan, T.A.; Levine, M.; Gould, F.; Meyers, K.; Bencivengo, M.; Durell, J. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction* 93(10): 1489–1499.

Meuser, K.T.; Noordsy, D.L.; Drake, R.E. Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice*. New York & London: Guilford press.

Miller, W.R.; Taylor, C.A. & West, J.C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: 590–601.

Miller, W. R.; Benefield, R.G.& Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3): 455–461.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing – Preparing People for Change*. Second edition. New York and London: The Guilford Press.

Moggi, F.; Ouimette, P.C.; Moos, R.H. & Finney, J.W.(1999). Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year-outcome. *Addiction* 94(12): 1805–1816.

Muthén, B.O. (1996). Psychometric evaluation of diagnostic criteria: Application to a 2-dimensional model of alcohol abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 41(2): 101–112.

Möller, K. (1998). LSS-lagen – tillämplig som stöd för vissa missbrukare? I antologin Gerdner, A. och Sundin, Ö. (red.): *Dubbel trubbel – nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro; Runnagården och Statens institutionsstyrelse.

NOU (2003:4). *Forskning på rusmiddelfeltet – En oppsummering av kunnskap om effect av tiltak*. Oslo: Sosialdepartementet, Norges offentlige utredningar 2003:4.

Pendergast, M.C.; Podus, D.; Chang, E.; Urada, D. (2002).The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence* 67: 53–72.

Ryden, J (2004). *Aktuell forskning om verksam missbrukarvård. En konferens anordnad av SIS i september 2004*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, Allmän SiS-rapport 2004:11.

Sahlin, I. (1998), *Supported Accommodation. National report from Sweden to the European Observatory on Homelessness*. Bryssel: FEANTSA.

SAMSHA (2002). *Report on Co-occurring Substance Abuse and Mental Disorders Goes to Congress*. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMSHA).

Schuckit, M.A., Smith, T.L.; Danko, G.P.; Bucholz, K.K.; Reich, T.; Bierut, L (2001). Five-year clinical course associated with DSM-IV alcohol abuse or dependence in a large group of men and women. *American Journal of Psychiatry* 158(7): 1084–1090.

Schuckit, M.A., Smith, T.L. Landi, N.A. (2000). The 5-year clinical course of high-functioning men with DSM-IV alcohol abuse or dependence. *American Journal of Psychiatry* 157(12): 2008–2035.

SoS (2003a) *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS (2003b). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003, IKB 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS (2004a). *Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2004*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS (2004b). *Narkomanvård på lika villkor? En studie av förhållanden som kan ha betydelse vid val av insatser inom narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS (2005). *Verksamhetstillsyn av Beroendecentrums öppenvårdsmottagningar Stockholms läns produktionsområde*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (2004:3). *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Betänkande från LVM-utredningen*. Stockholm: Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar.

Timko, C. & Moos, R. (1998a). Determinants of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs: Implications for improving patient outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186(2): 96–103.

Timko, C. & Moos, R. (1998b). Outcomes of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. *Journal of Clinical Psychology* 54(8): 1137–1150.

Walsh, D.C.; Hingson, R.W.; Merrigan, D.M.; Levenson, S.M.; Cupples, L.A.; Heeren, T. (1991). A randomized trial of options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine* 325:775–782.

Williams, R.J. & Chang, S.Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology-Science and Practice* 7 (2): 138–166.

WHO (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

Yohanes, L.; Angelin, A.; Giertz, A. & Sward, H. (2002). "De kommer ut fräscha och fina" – Om tvång och hemlöshet. Stockholm: Statens institutionsstyrelse. Forskningsrapport nr 4.

Öjehagen, A.; Schaar, I.; Stefansson, C.-G. (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatrireformen*. Stockholm: Socialstyrelsen.