

15 Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika och olika?

*Christina Scheffel Birath, med. dr. och leg. psykolog
Stefan Borg, docent och verksamhetschef
Beroendecentrum Stockholm*

Sammanfattning

Syftet var att belysa genusperspektivet i behandlingsprocessen inom den svenska missbruks- och beroendevården, med fokus på förekomst av missbruk, vårdbehov, effekt av olika insatser och differentierad vård, utifrån kön och genus. Underlag utgjorde ett urval av vetenskapliga publikationer, intervjuer med representanter för forskning, profession och intresseorganisationer.

I rapporten visas att cirka en tredjedel av patienterna inom missbrukarvården är kvinnor, vilket ungefär motsvarar den beräknade andelen av kvinnor med alkoholproblem i Sverige. Inga uppenbara skillnader i tillgång till vård utifrån kön kunde ses i gruppen som helhet, däremot identifierades vissa grupper av patienter med större behov och sämre tillgång till vård; kvinnor utsatta för sexuella och/eller fysiska övergrepp, gravida kvinnor med missbruk, familjer med missbruksproblem, psykiskt sjuka kvinnor med komplexa vårdbehov samt unga med en antisocial problematik. Ett fåtal randomiserade kontrollerade studier av behandlingsresultat finns, dessa påvisar små skillnader i behandlingsutfall mellan könen. Svårigheter konstaterades att ge individuell behandling utifrån kön, problematik och andra psykosociala/medicinska behov i kommuner utanför storstadsregionerna.

För en differentierad vård krävs samarbete mellan huvudmännen för att nå en nödvändig kritisk massa och vi drar slutsatsen att det finns behov för vissa huvudmän att gå samman på länsnivå för att klara vissa programutbud.

15.1 Uppdraget

Syftet har varit att belysa genusperspektivet i behandlingsprocessen inom den framtida svenska missbruks- och beroendevården. Fokus har varit på evidensbaserade metoder med inspel från klinisk kompetens och intresseorganisationer. Uppdraget har utförts av Stefan Borg, docent och verksamhetschef vid Beroendecentrum Stockholm (BCS) och Christina Scheffel Birath, med. dr. och psykolog vid Beroendecentrum Stockholm.

Huvudfrågan från utredningen var: Vad utmärker framgångsrika insatser för kvinnor och män när det gäller att tidigt uppmärksamma ett substansproblem, motivera till behandling, förmedla behandling samt effekter av behandling?

Sammanfattningsvis fördelar sig utredningens frågeställningar inom områdena:

- förekomst (riskbruk, missbruk, beroende) – vårdbehov – efterfrågan
- effekten av insatser
- konsekvenser för närstående och samhälle
- könssegregerad eller differentierad vård.

15.2 Metod

I arbetet med föreliggande underlag har det funnits behov av snabb leverans till Missbruksutredningen vilket har påverkat vårt arbets sätt. Vi har valt att studera ett urval av relevanta publikationer inom området och intervjuat experter som representerar aktuell forskning, den kliniska professionen samt intresseorganisationer. Vi har även tagit del av relevanta underlag som levererats till Missbruksutredningen. För att kunna ge en uppskattning av vårdbehoven presenteras också prevalensdata som beskriver patientunderlaget gällande kvinnor och män från två olika landsting, ett storstads län Stockholms läns landsting och ett inlandslän med delvis landsbygdsbefolkning inom Örebro läns landsting.

15.2.1 Publikationer

Urval av publikationer har gjorts med hjälp av sökning i Pubmed med sökorden: Substance abuse treatment, gender samt avgränsats till sammanställningar av studier (reviews). Artiklar som har sorterats bort är de som är publicerade före 2005, handlar om nikotin, spel, shopping, våld, HIV, suicid, farmakabehandling, djur samt artiklar som inte uppenbart har med ämnesområdet att göra. Totalt gav detta 24 artiklar vilka granskats, alla är dock inte använda i rapporten. Flertalet av de granskade artiklarna till denna rapport är rekommenderade från ledande svenska forskare inom området, se *intervjupersoner* nedan. Dessutom har relevant litteratur från Missbruksutredningen använts såsom Trulsson och Segraeus (Trulsson & Segraeus, 2010) Armelius och Armelius (Armelius & Armelius, 2010), Borg och Wallhed (Borg & Wallhed, 2010), samt sammansättningar som Socialstyrelsens nationella riktlinjer för beroendevård (Socialstyrelsen, 2007) och SBU-rapporten: Behandling av alkohol- och narkotikaproblem (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2001).

15.2.2 Intervjupersoner

Personer, eller representanter för organisationer, som anses ha kunskap inom området har intervjuats av verksamhetschef och docent Stefan Borg och Med. dr och psykolog Christina Scheffel Birath, båda från Beroendecentrum Stockholm. De intervjuade har i förväg fått sig tillsänt en intervjuguide som sedan har legat till grund för samtalet vid det personliga mötet, se bilaga 1. Syftet med intervjuerna har varit att få kunskap om olika delområden, aktuell forskning, tips på relevant litteratur och eventuella inspel från de intervjuade som kan vara av intresse för denna rapport till Missbruksutredningen. De som intervjuats har även getts möjlighet att kommentera detta underlag innan det slutligen har färdigställts. Personer som intervjuats har varit:

Sven Andreasson docent vid Karolinska institutet, chef för alkohol- och narkotikaavdelningen, Folkhälsoinstitutet

Mats Fridell professor i klinisk psykologi, Lunds universitet

<i>Leena Haraké</i>	kanslichef vid Kvinnoorganisationernas samarbetsorgan i Alkohol- och Narkotikafrågor (KSAN)
<i>Gunnel Hensing</i>	professor i Socialmedicin vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
<i>Annica Jacobsson</i>	med. dr, i socialmedicin vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
<i>Therese Reitan</i>	forskningsledare vid Statens Institutionsstyrelse (SIS)
<i>Anders Romelsjö</i>	professor em i Socialmedicin, Karolinska Institutet
<i>Jenny Rundberg</i>	dr i medicinsk vetenskap, Lunds universitet
<i>Vera Segraeus</i>	professor em vid Statens institutionsstyrelse
<i>Fredrik Spak</i>	docent och universitetslektor i Socialmedicin vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
<i>Kerstin Stenius</i>	fil.dr i socialt arbete, docent vid Helsingfors universitet och gästprofessor vid SoRAD
<i>Jessica Storbjörk</i>	fil.dr. i sociologi, SoRAD
<i>Anna Thurang</i>	utbildningschef vid BCS, doktorand i vårdvetenskap, Linnéuniversitetet
<i>Anders Tengström</i>	leg. psykolog, biträdande forskningschef vid FORUM, Karolinska institutet
<i>Karin Trulsson</i>	fil. dr, tidigare forskningsledare i Kvinnoforum
<i>Agneta Öjehagen</i>	professor i psykosocial forskning vid Lunds universitet

Vi har fått hjälp med statistiska underlag från civ.ing. Anders Leifman, BCS, Docent Håkan Källmén, Folkhälsoinstitutet samt Tommy Strandberg, verksamhetschef vid Örebro Beroendecentrum. Dessutom har underlaget lästs och kommenterats av Professor em i psykologi *Britt af Klinteberg*, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet.

15.3 Tillämpning av teorier

Nedan beskrivs dels kortfattat vad som avses med substansrelaterat *riskbruk*, *missbruk* och *beroende*, dels problematiseras kön utifrån det sociala könet även kallat *genus*.

15.3.1 Diagnoser

I allmänt tal i Sverige används ofta det mer allmänna begreppet *missbrukare* för personer som har substansrelaterade problem. Begreppet missbrukare används även inom de delar av vården som ligger inom socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården används två system för diagnostisering av psykiatriska sjukdomar där *substansrelaterat missbruk/skadligt bruk* samt *beroende* finns beskrivet, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) samt ICD-10 (World Health Organization 2009). Diagnosen *beroende* har en god samstämmighet i de båda systemen och systemen används ofta parallellt inom den kliniska hälso- och sjukvården i Sverige. De två huvuddiagnoserna beskriver olika konsekvenser av substansintaget, där missbruk/skadligt bruk har lindrigare personliga och sociala konsekvenser än beroende (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization 2009).

Begreppen *riskkonsumtion* och *riskfri konsumtion* används också i olika studier och rapporter om alkohol. Motsvarande begrepp används inte när det gäller narkotika där man i stället använder beteckningarna *tillfälligt bruk* respektive *tungt missbruk*. Tungt narkotikamissbruk definieras som allt injektionsmissbruk oavsett medel och all daglig eller nästan daglig användning av narkotika oavsett intagningsätt (CAN, 2009). Till skillnad från de diagnostiska systemen DSM-IV och ICD-10 som främst tar hänsyn till de sociala konsekvenserna så bygger bedömningar om riskkonsumtion /riskfri alkoholkonsumtion på forskning om fysiologiska konsekvenser som vetenskapligt bevisats uppstå vid en viss konsumtionsmängd och refererar därför till konsumtionsmängder mätt i gram alkohol. Det finns inga internationella överenskommelser men i stort sett så har man satt gränserna vid ungefär samma nivåer i västvärlden där en standarddrink motsvarar ungefär 12 gram alkohol vilket motsvarar 15 cl bordsvin, 33 cl starköl eller knappt 4 cl sprit (Andreasson & Allebeck, 2005). Manliga riskkonsumenter är de som dricker mer än 30 gram alkohol per dag och motsvarande

för kvinnor är 15 gram alkohol per dag (Ramstedt, Axelsson Sohlberg, Engdahl, & Svensson, 2009). Som riskfyllt drickande betraktas också så kallad ”binge drinking” (5 eller fler drinkar vid ett och samma tillfälle för män, 4 eller fler för kvinnor). En lång tids riskkonsumtion kan innebära att man utvecklar skador eller ett missbruk eller beroende. Personer med riskkonsumtion är dock sällan patienter inom beroendevården utan antas få stöd i att begränsa sitt drickande eller konsekvenserna av det från primärvården eller företagshälsovården.

15.3.2 Kön och genus

Frågan om kvinnors speciella utsatthet för alkohol har studerats från både fysiologiska och psykosociala aspekter (Nolen-Hoeksema, 2004). Parallellt har också kvinnors missbruk belysts utifrån ett genusperspektiv (Hensing, 2003). Med genus avses vanligen det sociala könet, eller vilka betydelser som ges begreppen kvinna och man. Ofta förstås dessa begrepp utifrån det biologiska könet (E. Magnusson, 2003). Genus kan beskrivas som en dynamisk social struktur som produceras och reproduceras genom individens och samhällets handlingar (Courtenay, 2000; Hammarström, 2005; Hensing, 2003). Problem kan uppstå då relationer mellan könen kan förknippas med dominansförhållanden, ojämlikhet och motsättningar (Alvesson & Sköldberg, 1994). Karaktäristika som tillskrivs könen blir ofta stereotypa beskrivningar av vad som anses typiskt för en man eller en kvinna (Courtenay, 2000). Konsekvenser av sådana stereotypa uppfattningar i samhället innebär till exempel att man är mer benägen att beskriva skillnader mellan könen än eventuella likheter. Genusspecifika stereotyper när det gäller alkoholkonsumtion i det svenska samhället kan sägas vara att nykterhet är mer kvinnligt och inte associerat till manlighet under det att normsystemet accepterar manligt drickande och berusning (Trulsson, 2003). Det skulle också kunna vara en förklaring till varför kvinnor fortfarande har en lägre alkoholkonsumtion som grupp betraktat jämfört med män (Wilsnack, et. al., 2009). En medveten överskridning av de kvinnliga normerna för alkoholkonsumtion under de senare decennierna kan ses som bidragande till den stora ökningen av kvinnors drickande (Hensing & Spak, 2009). Inom alkoholforskningen så har problematiseringen av könet när det gäller kvinnors drickande fått en större plats och motsvarande

forskning om mäns alkoholkonsumtion och alkoholproblem saknas (F. Spak, 1997). Kvinnors missbruk och väg ut ur det problematiseras ofta genom deras relation till barnen (Leissner & Hedin, 2002). Familjens betydelse och föräldraskap för männen har däremot inte framträtt lika tydligt i förståelsen av mäns förändringsprocess (Hensing, 2003).

15.4 Prevalens av alkohol-, narkotika- samt läkemedelsmissbruk

Några helt säkra uppgifter om hur många personer i Sverige som har ett missbruk eller beroende av substanser (alkohol, narkotika, läkemedel) finns inte. Nedan beskrivs olika skattningar av förekomsten av riskbruk, missbruk och beroende för de olika substanserna. Därefter följer en beskrivning av antalet patienter från två olika län.

15.4.1 Alkohol

I Sverige konsumerar 90 procent av befolkningen mer eller mindre regelbundet alkohol i någon form. En uppskattning av antalet alkoholmissbrukare gjordes av alkoholpolitiska kommissionen 1994 (Alkoholpolitiska kommissionen, 1994) till att det fanns omkring 300 000 alkoholmissbrukare i Sverige. Detta innebar att 10–15 procent av alla män och 3–5 procent av alla kvinnor skulle ha allvarliga alkoholproblem (CAN, 2001; Helmersson Bergmark, 2001; SOU, 2005). Målgruppen för vård och behandling skattades till mellan 50 000 och 100 000 av en statlig utredning 2005 (SOU, 2005). Antalet personer med tungt missbruk bedöms ha ökat med 20 procent mellan åren 1998 och 2008 till 80 000 personer, i ett opublicerat underlag som Socialstyrelsen tagit fram på uppdrag av Missbruksutredningen 2010. Uppgifter om andelen kvinnor och män i detta underlag saknas. I ytterligare ett opublicerat underlag till Missbruksutredningen 2010 från Mats Berglund med flera där skattningar om beroende och missbruk/beroende i befolkningen utifrån AUDIT visar på liknande resultat. I underlaget bedömer man förekomsten alkoholberoende/alkoholmissbruk hos befolkningen över 18 år till 4.38 procent och 10.34 procent. I en utvärdering från Statens folkhälsoinstitut (Statens folkhälsoinstitut,

2008) framkommer att 5.2 procent av männen och 4.3 procent av kvinnorna i befolkningen hade diagnosen alkoholberoende. Omräknat i individer blir det totalt 317 000 personer över 18 år varav 190 000 män och 127 000 kvinnor.

Generellt har en mindre andel kvinnor riskbruk, missbruk eller beroende orsakat av substanser jämfört med män. Ramstedt m.fl. (Ramstedt, et al., 2009) beskriver i en årsrapport 2008 från Monitorprojektet, att mäns konsumtion uppgick till 13 liter ren alkohol per person under det att kvinnorna drack cirka 6 liter per person. Män konsumerade mer öl och sprit under det att kvinnor och män konsumerade ungefär lika mycket vin. Det framgår vidare i rapporten att andelen riskkonsumenter för män var 15 procent och för kvinnor 9.5 procent (Ramstedt, et al., 2009). Den högsta andelen riskkonsumenter fanns i den yngsta åldersgruppen 16–29 år. Den största konsumtionen fanns i den yngsta åldersgruppen för både män och kvinnor (16–29 år), dock fanns könsskillnader i åldersgrupperna 30–49 år där männen drack mer än i åldrarna 50–64 år under det att det motsatta gällde för kvinnor. Totalt fanns det tendenser till en minskad alkoholkonsumtion för män men inte för kvinnor (Ramstedt, et al., 2009).

15.4.2 Narkotika

Omfattningen av det narkotikabruk som är experimentellt eller tillfälligt, och som inte kan betecknas som tungt, saknas det nästan helt uppgifter om. Gällande de tunga missbrukarna så har Missbruksutredningen skattat antalet i Sverige till 29 500 personer varav knappt en fjärdedel är kvinnor (Missbruksutredningen, 2008).

15.4.3 Läkemedel

Enligt rapporten om Läkemedelsmissbruk till Missbruksutredningen (Borg & Wallhed, 2010) som redovisar data från en prevalensstudie omfattande DUDIT-frågor så har 1.1 procent av befolkningen mellan 16 och 64 år förekomst av problem orsakade av läkemedelsanvändning, totalt 65 000 personer. Av dessa var 28 000 kvinnor och 37 000 män. I rapporten framkom att år 2008 hade 72 av 100 000 invånare, 18 år eller äldre i Stockholms län vårdats inom sluten- eller öppenvård för skadligt bruk eller beroende av

sedativa/hypnotika enligt ICD-10 kriterierna (Borg & Wallhed, 2010). För skadligt bruk eller beroende av opiater enligt ICD-10 kriterierna var motsvarande siffra 50 per 100 000 invånare. Totalt räknar Missbruksutredningen (Borg & Wallhed, 2010) med extrapolerade siffror från beroendevården i Stockholm och Malmö att det totalt i riket kan finnas 13 000 personer med behov av vård för sitt läkemedelsmissbruk. Omräknat på ett medelstort landsting om 250–350 000 invånare innebär det 450–550 patienter per år (Borg & Wallhed, 2010). Antal personer som söker behandling för sitt läkemedelsmissbruk i hela landet är dock betydligt färre.

15.4.4 Prevalensdata inom specialiserad beroendevård

Uppgifter om patientgrupper från Stockholms län (VAL-databasen) och Örebro län (Patientadministrativt system: IMx) har inhämtats från respektive landsting. Patientgrupperna är beskrivna utifrån kön, kommun, åldersgrupp samt per 100 000 invånare, för samtliga data i tabellform se Bilaga 2.

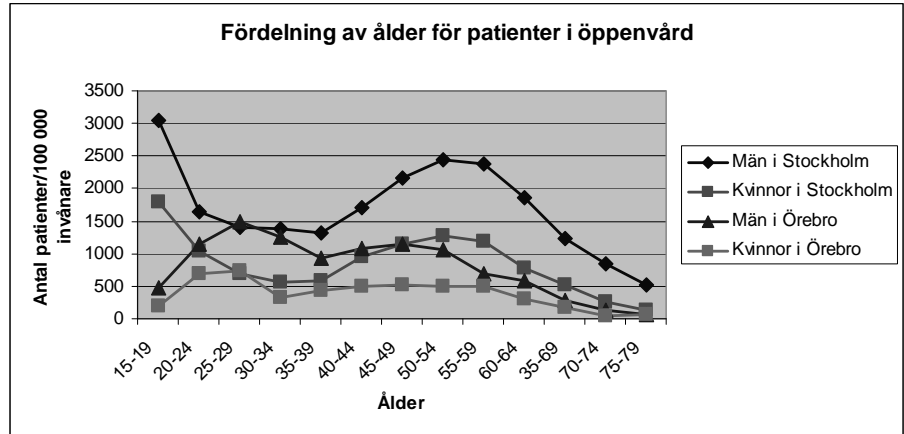
I Stockholms län uppgick befolkningen den 31/12 2009 till 1 999 182 personer varav 977 732 män och 1 021 450 kvinnor och i Örebro län uppgick befolkningen den 31/12 2009 till totalt 278 882 personer, varav 138 125 män och 140 757 kvinnor.

År 2009 fanns det i Stockholms län 21 478 patienter vilket motsvarar 1,2 procent av befolkningen och i Örebro län 1 363 patienter motsvarande 0,5 procent av befolkningen i öppenvård. I båda länen var en tredjedel av patienterna kvinnor. Per 100 000 invånare innebär det 1 064 i Stockholms län varav 707 kvinnor, och 489 patienter i Örebro län varav 318 kvinnor. En liknande fördelning av manliga respektive kvinnliga patienter redovisades också av Palm & Storbjörk utifrån data insamlade 2000–2001 i Stockholm (Palm & Storbjörk, 2003).

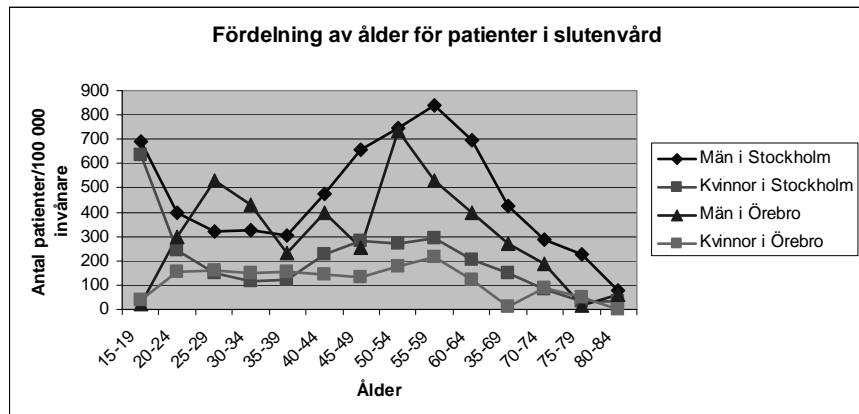
Antalet kvinnliga patienter varierade starkt från kommun till kommun. I Stockholms län hade exempelvis Nykvarn endast 19 medan Stockholm stad uppvisade hela 3 354, i kommuner som Sollentuna och Huddinge fanns 189 respektive 351 kvinnliga patienter i öppenvård. I Örebro län hade de små kommunerna enstaka kvinnliga patienter i öppenvård exempelvis Degerfors och Hälleforsnäs med 4 respektive 5 medan Karlskoga och Kumla redovisade 20 respektive 22 och Örebro 310 kvinnliga patienter i öppenvård. En högre prevalens för Stockholms län sågs i

åldersgrupperna 15–19 år och över 40 år hos både män och kvinnor medan Örebro län hade en något högre prevalens i gruppen 25–29 hos båda könen och för män mellan 30–34 års ålder, se figur 1 och 2.

Figur 1 Fördelning av ålder för manliga och kvinnliga patienter i öppenvård per 100 000 manliga och kvinnliga invånare i Stockholm och Örebro län, år 2009



Figur 2 Fördelning av ålder för manliga och kvinnliga patienter i slutenvård per 100 000 manliga och kvinnliga invånare i Stockholm och Örebro län, år 2009



När det gäller åldersfördelningen i figur 1 och 2 innehåller de troligen fler patienter än det faktiska antalet då ett antal patienter

byter åldergrupp under året och en del individer kan därför finnas i två åldersgrupper under ett och samma år.

15.5 Psykosociala förhållanden

15.5.1 Social utsatthet

Kvinnor och män skiljer sig åt inte bara avseende i vilken utsträckning de är patienter utan även gällande vissa bakgrundsdata. Två olika undersökningar i Stockholm (Palm & Storbjörk, 2003; Romelsjö, 2007) visade att skillnader fanns mellan kvinnor och män på så sätt att kvinnor i högre grad hade arbete som hög eller högre tjänsteman under det att män i större utsträckning innehade arbete som facklärare (Romelsjö, 2007). Generellt så tenderade kvinnorna att ha en bättre förankring på arbetsmarknaden genom att uppge att de levde på förvärvsarbete, sjukpenning eller arbetslöshetsförsäkring under det att männen var klart överrepresenterade bland dem som hade försörjningsstöd (Romelsjö, 2007). Den kvinnliga profilen är annorlunda jämfört med beskrivningar i främst amerikanska studier där dålig ekonomi och arbetslöshet tas upp som ett stort problem för kvinnor, vilket också hindrar dem att söka vård för sina missbruksproblem (Gomberg, 2003; Timko, Finney, & Moos, 2005; Winhusen & Kropp, 2003). De svenska männen i beroendevård ansåg sig i större utsträckning ha behov av hjälp för sin kriminalitet, kvinnorna upplevde behov av hjälp för familjerelaterade problem och psykisk hälsa (Palm & Storbjörk, 2003). Männen var även större vårdkonsumenter än kvinnorna avseende akut slutenvård, avgiftning och öppenvård, medan kvinnorna hade haft fler kontakter med psykiatrin (Palm & Storbjörk, 2003).

I stort sett så bekräftas detta i Armelius och Armelius rapport till Missbruksutredningen (Armelius & Armelius, 2010). I rapporten görs en genomgång av 14 000 ASI-intervjuer främst från socialtjänsten där det framkommer att män och kvinnor inte skiljer sig åt i ålder, bostadsort, arbete de senaste 30 dagarna eller akassa. Skillnader framkommer däremot då en något större andel av männen är utlandsfödda, bostadslösa, ensamstående, har socialbidrag och är inblandade i kriminalitet. En större andel av kvinnorna har eftergymnasial utbildning, bor i egen bostad och är gifta/sambo och försörjer sig med pengar från försäkringskassan jämfört med männen. Fysisk misshandel de senaste 30 dagarna är ovanligt för

både män och kvinnor men närmare hälften av kvinnorna och en dryg fjärdedel av männen har tidigare varit utsatt för fysisk misshandel (Armeliuss & Armeliuss, 2010).

Att alkoholkonsumtion inte behöver ha något samband med psykisk ohälsa visas i en populationsstudie från Lundregionen i Skåne (Rundberg, et al., 2008). Studien omfattande alla kvinnor i åldern 50–59 år och det framkom att medelålders kvinnor som var nykterister eller drack vid enstaka tillfällen oftare hade en lägre utbildningsnivå och fler medicinska problem jämfört med kvinnor som drack varje vecka. (Rundberg, et al., 2008).

Sårbarheten för ökat drickande kan även påverkas av olika faktorer som kan knytas till ålder och fas i livet. Sociala nätverk har stor betydelse för oss under livet och övergångsperioder i livet som kan öka sårbarheten är när vuxna barn lämnar familjen, skilsmässa, pensionering eller när partnern dör. Vanligtvis avtar konsumtion av alkohol och narkotika med ökande ålder för både män och kvinnor (Ahlstrom, Bloomfield, & Knibbe, 2001). Dock har den största ökningstakten av alkoholkonsumtionen i samhället rapporterats vara för kvinnor över 50 år (Andreasson & Allebeck, 2005). Kombinationen av alkohol och läkemedel har även påvisats hög hos bland både äldre änkor och änklings för att minska känslor av sorg och ensamhet (Grimby & Johansson, 2009; Rundberg, et al., 2008).

15.5.2 Psykiatrisk problematik

Samsjukligheten mellan alkoholism och annan psykiatrisk sjukdom är vanligare hos kvinnor (ca 60 procent) än hos män (cirka 40 procent) (Berglund, 2000; Berglund & Öjehagen, 1998; Söderpalm, 2003; Öjehagen, 2000). Kvinnliga patienter med missbruksproblem har som grupp sämre psykisk hälsa och mer problem med familj/umgänge än manliga patienter med missbruksproblem och psykisk störning är vanligare för kvinnor med missbruksproblem. Exempel på samtidiga psykiatriska störningar är depressiva tillstånd, ätstörning, ångest och posttraumatisk stress (Greenfield, et al., 2007). Det är också vanligare att kvinnor lever i ett förhållande där misshandel förekommer (Armeliuss & Armeliuss, 2010). En stor del (48 procent) av självmorden i Sverige är alkoholrelaterade, alkoholberoende är näst efter depression den vanligaste diagnosen vid självmord (Berglund & Öjehagen, 1998) och för män i större utsträckning än för kvinnor (Sher, 2006).

Personalens syn på sjukdom hos patienterna beskrevs i en studie i Stockholms län (Palm, 2007) där det framkom att personal ofta beskrev kvinnliga patienter/klienter som sjukare, med lägre självkänsla, saknade nära relationer till andra kvinnor, offer samt var manipulativa. I studien ställdes ett antal påståenden om kvinnliga respektive manliga patienter/klienter till både personal och patienterna/klienterna. Resultaten visade att personalen erfor skillnader mellan kvinnor och män både vad beträffar deras problem och vilken behandling de behövde. Motsvarande påståenden som ställdes till patienterna/klienterna i studien visade att de eventuella skillnader som de upplevde avseende marginalisering, skam, behandlingsbehov samt könsdifferentierad behandling eller inte, var små eller existerade inte alls (Palm, 2007).

15.5.3 Kriminalitet

I Armelius & Armelius (Armelius & Armelius, 2010) framkommer inte oväntat att missbrukande män är överrepresenterade som förövare när det gäller området kriminalitet som det framkommer i ASI-intervjuer. I intervjuer med experter med särskilda kunskaper om ungdomar för den aktuella rapportens räkning pekades också på gruppen unga män med antisocial personlighetsstörning och de stora problem som finns med att behandla dessa i öppenvård.

15.6 Grupper med behov av könsdifferentierad behandling

En anledning till att ha könsdifferentierad behandling kan vara en slag skyddsaspekt från vårdens sida när det gäller kvinnan (Jansson, 2010; Laanemets & Kristiansen, 2008; Palm, 2007). Vårdgivare och personal inom institutionsvården framför att kvinnor och män tillsammans i behandling "riskerar" att inleda relationer, men även att sexuella trakasserier kan förekomma samt risk för sexuella övergrepp (Laanemets & Kristiansen, 2008; Sun, 2007).

Andra mer specifika synpunkter som har framkommit i intervjuerna för denna rapport är att vissa grupper av kvinnor respektive män med ett substansmissbruk/beroende kan ha behov av ytterligare en specialiserad behandling. De grupper som återkom hos många av de intervjuade var kvinnor som utsatts för sexuella

övergrepp och/eller annat fysiskt våld, gravida kvinnor med missbruksproblem, familjer där missbruksproblem förekommer, psykiska sjuka kvinnor med flera diagnoser och unga med en antisocial problematik.

15.6.1 Sexuella övergrepp och/eller annat fysiskt våld

Den tydligaste gruppen som framkommer i så gott som alla intervjuer är gruppen av kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp eller annat fysiskt våld från en man. Antal kvinnor med missbruksproblem och som blivit utsatta för sexuella övergrepp varierar stort i olika undersökningar. Uppgifter om att mellan 6 procent och 62 procent av missbrukande kvinnor har blivit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen förekommer (L. Spak, Spak, & Allebeck, 1997). I en svensk enkätstudie av 103 kvinnor med missbruk från olika verksamheter i Stockholm, Göteborg och Malmö vilka vände sig till missbrukande kvinnor hade 75 procent av de tillfrågade varit utsatta under de senaste två åren för fysiskt våld, och/eller sexuellt våld, och/eller psykiska övergrepp från en manlig förövare (Holmberg, Smirthwaite, & Nilsson, 2005). Kvinnor som har varit utsatta för sexuella övergrepp har även en signifikant ökat risk att utveckla alkoholproblem i vuxen ålder (L. Spak, et al., 1997). För dessa kvinnor anses skyddsaspekten vara mycket viktig, både vad det gäller att stöta på en eventuell förövare som medpatient men även att risken för att återuppleva tidigare trauma skrämmer bort dessa kvinnor från att söka vård över huvud taget (Greenfield, et al., 2007). Denna grupp är särskilt sårbar då de som regel inte heller har tillträde till kvinnojourernas verksamheter på grund av sitt missbruk.

15.6.2 Gravida kvinnor med missbruksproblem

En annan grupp kvinnor som de intervjuade framhåller bör ha specifik vård är gravida kvinnor med missbruksproblem. Alkoholkonsumtion bland gravida är mer utbredd i Sverige än vad som tidigare antagits (Göransson, et al., 2003). Högre konsumtion än ett knappt standardglas alkohol per dag (ca 70 gram per vecka) har visats på gruppnivå påverka utfallet av graviditeten (Å. Magnusson, Göransson, & Heilig, 2005). I en studie utförd i Stockholms län på

MVC framkom att 15 procent av de gravida kvinnorna drack mer än 70 gram alkohol/vecka och att medelkonsumtionen var 25 gram alkohol/vecka (SD = 51) (Å. Magnusson, et al., 2005). Screening i början av graviditeten sker bäst med Time-line-follow-back (TLFB) för att visa om fostret exponerats för alkohol och i så fall i vilken grad. AUDIT som screeninginstrument med mer än 6 poäng året innan graviditeten talar för att man i högre utsträckning fortsätter att dricka under graviditeten (Å. Magnusson, et al., 2005). Genom att screena med hjälp av AUDIT inom MVC har man i Stockholm län ökat möjligheten att tidigt i graviditeten identifiera kvinnor med riskkonsumtion. På så sätt kan man anpassa stödet under den fortsatta graviditeten avseende grad av insats i syfte att stödja kvinnorna och hjälpa dem att föda friska barn.

Dock framkommer problem i vårdkedjan mellan MVC och BVC där erfarenheter finns som visar på att missbrukande kvinnor och deras barn missgynnas. Denna grupp kvinnor kan ha svårare att knyta an till BVC, passa tider eller känna sin omvårdnadskapacitet ifrågasatt, vilket kräver mer specialkunskaper hos BVC-personalen.

15.6.3 Familjer med missbruksproblem

Familjer som har små barn och där det förekommer missbruk anses ha ett stort behov av särskilt stöd. Det kan röra familjer där barnen exponerats för en substans under graviditeten, familjer som behöver stöd i att vara föräldrar eller partners. Barn till mammor som missbrukat opioider eller kokain under graviditeten eller som behandlats med metadon eller buprenorfin under graviditeten får olika typer av problem efter födelsen (Bandstra, et al., 2010). Opioider ger neonatal abstinens och beteendeproblem, barn som exponerats för kokain som foster får signifikant mer problem med kognitiva och språkliga funktioner i den tidiga förskoleåldern (Bandstra, et al., 2010). Ett flertal framgångsrika behandlingar beskrivs i Ashleys och medarbetares sammanställning (Ashley, Marsden, & Brady, 2003) där kvinnor med substansmissbruk som får särskilt stöd under graviditeten eller som föräldrar i större utsträckning stannar kvar i behandling, minskar sitt missbruk och/eller får andra vinster, personliga eller för samhället (Ashley, et al., 2003).

15.6.4 Psykiskt sjuka kvinnor med komplexa vårdbehov

En liten grupp av kvinnor som har framkommit i våra intervjuer är de som förutom ett missbruk också har en eller flera psykiska sjukdomar, kriminalitet och ofta hemlöshet. I en svensk studie framkommer att hemlösa kvinnor som vårdats på sjukhus kring 20 gånger högre risk (RR 20.9) för psykiatriska problem och sjukdomar jämfört med kvinnor i en kontrollgrupp (normalbefolkning) och även högre risk jämfört med hemlösa män (RR 1.2) (Beijer & Andreasson, 2010). Särskilt utsatta var yngre kvinnor (RR 2.2). Den vanligaste diagnosen för de hemlösa kvinnorna var schizofreni med totalt 15 procent jämfört med 5 procent för de hemlösa männen och 1 respektive 0.5 procent för de i kontrollgruppen (Beijer & Andreasson, 2010). I denna studie finns dock inga data om klienternas kriminalitet. Denna grupp är svår att knyta upp i en behandling då de behöver en samtidig vård för både psykiatrisk och beroendeproblematik och ofta skickas mellan vårdgivarna. Då de saknar bostad tillhör de inte heller något specifikt upptagningsområde. Kvinnorna i denna grupp är de som får minst hjälp från uppsökande verksamhet i Stockholm Stad enligt en undersökning (Beijer, 2001).

15.6.5 Unga pojkar och flickor med antisocial problematik

En grupp personer som ofta behandlas inom slutenvården är de unga antisociala pojkarna och flickorna. Inom institutionsvården är vården delad mellan pojkarna och flickorna, dels på grund av säkerhetsaspekter, dels då flickorna till antalet är förhållandevis få. Inga prevalenssiffror existerar som anger hur många ungdomar som har ett tydligt och över tid kvarhållande antisocialt beteende. Gällande vuxna vet vi dock att för Stockholm så beräknas 5 procent av alla vuxna män ha en tydlig antisocial problematik, motsvarande siffra för kvinnor beräknas till 0,5 procent (Hodgins & Janson, 2002). Denna grupp av personer begår en majoritet alla brott som begås i Stockholm (Hodgins & Janson, 2002). De allra flesta av dessa har börjat sin kriminella bana under ungdomsåren. De mest effektiva behandlingarna för unga antisociala pojkar och flickor har visat sig vara strukturerad familjebehandling i öppenvård med fokus på att ändra beteende hos ungdomen och funktionen i familjen (Barnoski & Aos, 2004; Kazdin, 1994; Santisteban, et al.,

2003). I Stockholms län ges i dag sådana behandlingar i liten utsträckning av specialiserad beroendevård, barnpsykiatri och i ett fåtal kommuner.

15.7 Vård och behandling

15.7.1 Könsdifferentierad behandling

Kvinnors särskilda behov av könsdifferentierad behandling har framförts parallellt med den könsspecifika forskningen (Dahlgren & Willander, 1989; Kearney, 1997; Trulsson, 2000). Få randomiserade kontrollerade studier har dock utförts (Ashley, et al., 2003; Greenfield, et al., 2007; SBU, 2001; Winhusen & Kropp, 2003). Till stor del verkar de flesta könsdifferentierade behandlingsalternativ uppkommit på initiativ av klinikers iakttagelser (SBU, 2001). Kearney tar i en review (Kearney, 1997) upp olika områden i missbruksbehandling av kvinnor som inte kan tillgodoses inom ramen för traditionell behandling, bland annat självkänsla, stigmatisering och sexuella övergrepp. I Trulsson (Trulsson, 2000) framkommer missbrukande kvinnors speciella behov av att få ta igen brister i sin socialisation från tonåren i samspel med kvinnliga behandlare och ”väninnor” i behandlingskollektivet.

I Sverige har könsdifferentierad vård och behandling haft störst genomslag inom institutionsvården där flertalet av Statens Institutionsstyrelses (SIS) institutioner har enkönad behandling (Jansson, 2010; Laanemets & Kristiansen, 2008; Pettersson, 2009; Segraeus, 2005). Den främsta anledningen till detta uppges ha varit att undvika kärleks- eller sexuella relationer mellan könen samt minska risken för att manliga klienter ska förgripa sig på de kvinnliga klienterna (Pettersson, 2009). Under de senaste åren har även kunskaper om institutionsvårdade kvinnors specifika behov i missbrukarvården kommit att implementeras (Trulsson, 2003).

15.7.2 Tillgänglighet till vård och behandling

Tillgänglighet till vård och behandling kan förstås utifrån både hur vården är organiserad och vad den vårdsökande önskar. Vårdens konstruktion bygger på den underliggande vårdfilosofin, hur man utformar vårdprogrammet och tillämpningen av detsamma (Birath Scheffel, DeMarinis, & Hansagi, 2005). Vad den vårdsökande vill

ha av vården beror på många faktorer, bland annat de normer och värderingar som finns i samhället och som individen vanligen delar. När det gäller missbruk finns ofta ett underliggande antagande om att missbruket är självförvållat, dessutom finns dubbla budskap om vad som är tillåtet inom ramen för det sociala könet (Hensing, 2003).

Det har framförts synpunkter från flera håll under arbetet med rapporten att olika grupper av kvinnor, i jämförelse med män har låg tillgänglighet till behandling. Exempel är att tillgängligheten påverkas av orsaker som att kvinnor har särskilda upplevelser av skuld och skam samt mer negativa sociala konsekvenser av ett substansmissbruk. Det har dock varit problem att verifiera detta med randomiserade vetenskapliga studier men finns upptaget i deskriptiva studier (Greenfield, et al., 2007; Nolen-Hoeksema, 2004; Sun, 2007). Andra synpunkter som förts fram i flera intervjuer under arbetet med denna rapport har varit motstridiga, både att ”kvinnor i allmänhet verkar föredra kvinnospecifika behandlingsalternativ” men även att ”90 procent av patienterna vill ha behandling i blandad miljö”. Tilläggas bör att av 9/10 patienter/klienter så är två tredjedelar män. Samtidigt har även kritik framförts under intervjuerna att tillgång till viss kvinnospecifik vård är villkorad och endast för dem som har minderåriga barn medan motsvarande villkor inte gäller för män med minderåriga barn. Detta kan innebära att vissa grupper av kvinnor, bland annat äldre kvinnor, helt eller delvis saknar möjlighet till vård och behandling.

15.7.3 Väg in i behandling

Det har länge ansetts att kvinnor söker vård för sina missbruksproblem i proportionellt mindre utsträckning än män. De flesta studier som dessa uppgifter bygger på är gjorda i USA och flera av dem bygger på data insamlade på 1900-talet (Greenfield, et al., 2007).

Typ av substansproblem (narkotika), samtidig psykiatrisk sjukdom och etnicitet (minoritet) verkar försvårande för kvinnors beslut att söka behandling (Greenfield, et al., 2007). Det framhålls dock att kvinnor får behandling för sina beroendeproblem inom andra delar av sjukvården än inom beroendevården då de i stället definierar problemen som ett symptom på psykisk eller somatisk ohälsa samt att skillnaderna mellan könen i beroendebehandling jämnas ut i takt med antal år som man haft problemen (Greenfield,

et al., 2007). I aktuella svenska rapporter verkar dock inte andelen kvinnor i behandling lika underrepresenterad (Armeliuss & Armelius, 2010; Blomqvist, 2002; Richert, 2007). I föreliggande genomgång av aktuella patientpopulationer i Stockholm och Örebro län är ungefär 1/3 av patienterna/klienterna inom beroendevården kvinnor vilket ungefär motsvarar andra beräkningar om proportionen kvinnor respektive män som har substansproblem i landet. Dock kan kvinnor och män från vissa sociala-, etniska- eller åldersgrupper vara mindre väl representerade jämfört med förekomsten inom behandlingssfären.

15.7.4 Val av behandling

De flesta patienter/klienter i Sverige har ett begränsat utbud när det gäller val av behandlingsenhet för sina beroendeproblem. Detta gäller såväl kvinnor som män. Endast i de större städerna kan det finnas flera olika enheter att välja mellan och ofta får man ta det som står till buds i kommunen/länet. Inte heller har vi funnit någon information om detta i de sammanställningar eller studier som vi tagit del av, vilket kan bero på att det även internationellt finns små möjligheter för både kvinnliga och manliga patienter/klienter att välja behandling på samma sätt som man väljer teleoperatör. Gissningsvis så tänker en presumtiv kvinnlig patient/klient att om det finns en enhet speciellt för kvinnor på hemorten så är de troligtvis bättre på att behandla just kvinnors missbruksproblem jämfört med en enhet som inte differentierar utifrån kön.

15.7.5 Behandlingsutfall

Behandlingsutfall kan beräknas på många sätt, det kan innebära att man genomför en fullständig behandling enligt en viss modell, att man minskar symtomen eller att man uppnår sina egna eller vårdgivarens behandlingsmål. Sammanställningar inom området behandlingsutfall för kvinnor respektive män visar på motsägelsefulla resultat, i vissa studier framkommer inga skillnader mellan könen, de studier som kan uppvisa skillnader är ofta till kvinnornas förmån (Pelissier, 2004; Winhusen & Kropp, 2003). Greenfield slår fast i sin sammanställning (Greenfield, et al., 2007) att kön ensamt inte kan predicera för behandlingsutfall vare sig när det gäller

retention eller att behandlingsmålen uppnås. Det finns dock vissa indikationer på att kvinnorna skulle vara mer nöjda med en kvinnospecifik behandling eftersom de stannar kvar längre (Ashley, et al., 2003; Greenfield, et al., 2007). För kvinnor har slutenvårdsprogram där de har sina barn med sig en positiv effekt på retentionen (Ashley, et al., 2003; Greenfield, et al., 2007), vidare beror retentionen på psykologiskt fungerande, stabilitet och förekomst av barn hos kvinnorna (Greenfield, et al., 2007). Könsdifferentierade behandlingsprogram kan förbättra retentionen för vissa subgrupper av kvinnor såsom de som var gifta eller tidigare hade gått i behandling (Greenfield, et al., 2007). I en studie av alkohol- och drogmissbrukare i beroendevården i Stockholms län framkommer att variabler som var associerade med markant förbättrade alkoholvanor efter 12 månader var att vara kvinna jämfört med att vara man (OR 2.26) samt att gå i behandling på (OR 3.82) och efter rekryteringsenheten (OR 3.80) (Romelsjö, 2007).

I SBU:s (SBU, 2001) genomgång av evidensbaserad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk lyfts inte genusperspektivet fram. Bland de studier som fokuserat på könsdifferentierad behandling är det endast fem studier som redovisat en randomiserad kontrollerad design (SBU, 2001). I fyra av dessa jämfördes kvinnor och män i behandling vilket visade att kvinnor erhöll bättre behandlingsresultat än män. Den femte studien jämförde kvinnor i könsspecifik behandling med kvinnor i blandad behandling vilken visade att kvinnor i kvinnobehandling fick bättre behandlingsresultat avseende minskat drickande och förbättrad social anpassning (SBU, 2001). En analys avseende könseffekter har inte redovisats i de granskade arbetena (Helmersson Bergmark, 2001) och sammantaget innebär detta att det inte funnits tillräckligt underlag för att värdera könsdifferentierade behandlingsprogram inom ramen för ett solitt vetenskapligt evidensperspektiv (SBU, 2001). De nationella riktlinjer som finns för svensk missbruksvård har inte heller tagit upp något om differentierad vård och behandling med avseende på kön (Socialstyrelsen, 2007). Detta upplevs som en brist av dem som intervjuats för denna rapport och har säkerligen påverkat utvecklingen av ett eventuellt behandlingsutbud specialiserat för kvinnor respektive män.

15.8 Genomförande av behandling

15.8.1 Verksamma ingredienser i behandlingen – Bemötande, omvårdnad, terapeutisk allians

Bemötandet i vården är en del av arenan för behandling och kan beskrivas i flera olika termer såsom en del av vårdens konstruktion (Birath Scheffel, et al., 2005), omvårdnad (Benner, Rooke, & Grundberg, 1993) och terapeutisk allians (Johansson & Eklund, 2004) eller arbetsallians (Mueser, 2003). Ett fördelaktigt behandlingsutfall ökar om programmet har en god retention, det vill säga om patienterna/klienterna stannar i behandling under en längre tidsperiod (Greenfield, et al., 2007). Retentionen förutsätter som regel att patienten/klienten känner sig väl bemött och får möjlighet att ingå i en terapeutisk allians.

Bemötandet i vården består dels av en affektiv relationell aspekt, dels av en samarbetsaspekt som innebär att behandlare och patient är överens om behandlingens mål och medel (Johansson & Eklund, 2004) som också kan förtydligas genom att patienten/klienten betraktas som objekt eller subjekt (Benner, et al., 1993). Behandlingsutfall är visat ha samband med den terapeutiska alliansen bedömd redan tidigt i en psykoterapi och korrelerar i olika studier kring 0.25 (Philips & Holmqvist, 2008). Det finns flera studier som visar på jämgoda effekter för specifika behandlingsmetoder inom området psykiatri och missbruk (Leichsenring & Rabung, 2008; Project MATCH, 1997). Andra studier visar att de specifika faktorerna svarar för en mindre del av den sammantagna effekten av behandling och i stället i hög grad består av generella faktorer (Johansson & Eklund, 2004). Sådana faktorer kan beskrivas som stödjande eller som bemötande, omvårdnad samt allians.

Allmänt stödjande behandling uppvisade inga effekter jämfört med specifika behandlingsmetoder och ansågs ha litet vetenskapligt stöd enligt rapporten från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (SBU, 2001). Den kritik som restes av SBU var bristen på fokuserad strategi i förhållande till missbruksbeteendet samt att de inte uppfyllde SBU:s kvalitetskriterier och teori-förankring. En förutsättning för att behandling ska kunna bli effektiv är att patienten/klienten stannar kvar och fullföljer sin behandling och att personalen har en förmåga att anpassa sitt stöd till den unika patienten/klienten på ett sätt som patienten/klienten uppfattar som betydelsefullt.

Könsdifferentierad behandling finns i många olika utföranden och inriktningar. Vanligast är att man arbetar enligt någon beprövad och/eller evidensbaserad metod och har enkönade behandlingsprogram eller ett program där inslag finns som är specifika för kvinnor (Ashley, et al., 2003). Brister i vetenskaplighet som framkommer i de flesta metaanalyser av senare datum är avsaknaden av randomiserade kontrollerade studier samt tydligt beskrivna behandlingsprogram (Ashley, et al., 2003; Greenfield, et al., 2007; Sun, 2007). Trots dessa begränsningar dras slutsatser kring kvinnors behov av könsdifferentierad behandling, behandlingsmetoder och behandlingsutfall.

I en sammanställning (Ashley, et al., 2003) där 38 studier av effekter på behandlingsutfall i kvinnoprogram redovisades sex olika programkomponenter som hade en positiv association avseende retention, minskat substansmissbruk, minskade fysiska och psykiska symtom och sociala komplikationer. De viktigaste komponenterna i dessa företrädesvis amerikanska studier var barnomsorg, mödravård, kvinnoprogram jämfört med blandade program, supplementärt stöd (undervisning, socialstöd, work-shops m.m.), psykiatri, utökade aktiviteter (program för barn, hushållsekonomi, färdighetsträning, terapeutiska samhällen) (Ashley, et al., 2003).

15.8.2 Sociala sanktioner

Vissa studier framhåller att kvinnor drabbas mer än män av sociala sanktioner på grund av sitt missbruk, men andra studier visar att kvinnor och män drabbas i samma utsträckning. Sociala sanktioner speciellt riktade mot kvinnor med missbruksproblem beskrivs som att kvinnor som berusar sig ogillas i högre utsträckning av allmänheten än män som berusar sig (Nolen-Hoeksema, 2004). Detta kan leda till att kvinnor med missbruksproblem också riskerar att internalisera denna uppfattning (DeMarinis, Scheffel-Birath, & Hansagi, 2009). Kvinnor som dricker anses mer aggressiva och sexuellt tillgängliga än kvinnor som inte dricker (Nolen-Hoeksema, 2004), beteenden med negativa förtecken som kan få till följd att kvinnor med alkoholproblem ofta dricker ensamma hemma (Birath Scheffel, Demarinis, & Klinteberg, 2009; Nolen-Hoeksema, 2004).

Ett hinder för kvinnor att söka vård uppges vara en oro för att förlora vården om sina barn. Detta framkommer i ett antal sammanställningar (Armeliu & Armeliu, 2010; Ashley, et al.,

2003; Greenfield, et al., 2007; Sun, 2007; Walter, et al., 2003). När det gällde andra faktorer som hindrat från att söka hjälp så skiljde sig kvinnorna även väsentligt från männen i tre påståenden i Armelius & Armelius rapport (Armelius & Armelius, 2010):

- Jag kände att jag hade för mycket ansvar hemma.
- Jag var rädd för att förlora vårdsnaden om mina barn.
- Det fanns ingen som kunde ta hand om mina barn.

Å andra sidan finns också resultat som pekar på att kvinnor som får vård i behandlingar som även tillgodoser barnens behov stannar längre kvar i behandlingen, får ökad självkänsla samt minskade depressiva besvär (Ashley, et al., 2003; Sun, 2007).

15.9 Specifika behandlingsmetoder

15.9.1 Tidig intervention

Att hitta personer med riskkonsumtion av alkohol kan i första hand ske utanför den specialiserade beroendevården/socialtjänsten. Stora vinster för såväl individen som för samhället finns att göra genom att screena för alkohol/drog/läkemedel inom primärvård, psykiatrisk vård, MVC, BVC med flera. Tidig/kort intervention (Brief Intervention) är avsedd att ges främst inom primärvården för att minska en riskfylld alkoholkonsumtion hos patienten. En sådan tidig intervention kan ges vid 1–4 tillfällen och av läkare, psykologer eller sjuksköterskor. Tidig intervention bygger på att patienterna rutinmässigt tillfrågas eller screenas om sin alkoholkonsumtion. Vid hög konsumtion eller riskbruk erbjuds patienten information om alkohol, skador, hjälp att identifiera risksituationer och strategier, motiverande samtal och att göra en personlig plan för att minska sitt drickande. En tidig intervention beräknas ta mellan 5 och 30 minuter (Kaner, et al., 2007). En stor metaanalys från Cochrane (Kaner, et al., 2007) av totalt 22 randomiserade kontrollerade studier som omfattade 7 619 deltagare visade att de som fått en tidig intervention minskade sin alkoholkonsumtion jämfört med kontrollgruppen vid en uppföljning efter 12 månader, med i medeltal 38 gram alkohol per vecka (motsvarar cirka en halv flaska vin). Uppdelat på kön så minskade männen sitt drickande med i medeltal 57 gram/vecka under det att kvinnorna minskade

sin konsumtion med i medeltal 10 gram/vecka, skillnaden i minskning var dock inte signifikant (Kaner, et al., 2007). Längre behandling hade liten additiv effekt. Slutsatsen som de drar är att fler studier avseende verksamma komponenter för kvinnor bör utföras (Kaner, et al., 2007).

15.9.2 Gruppbehandling

Goda resultat för missbruk har visats i studier som använt gruppbehandling (Ashley, et al., 2003). Behandlingar som använts har varit gruppbehandling eller undervisning med fokus på alkohol, färdighetsträning, självkontrollsträning, grupperapi, yrkesrådgivning. Studierna framhåller särskilt positiva resultat avseende minskad substansanvändning, retention och försörjning (Ashley, et al., 2003). De grupper av kvinnor som verkade föredra kvinnlig gruppbehandling var kvinnor med små barn, lesbiska och kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp (Sun, 2007).

15.9.3 Självhjälpsgrupper

Två större rörelser för självhjälpsgrupper finns i Sverige, *Länkrörelsen* och *Anonyma Alkoholister*. Länkrörelsen är en opolitisk, icke-religiös frivilligorganisation som under årens lopp delat upp sig på flera lokala rörelser och två större som är Sällskapen Länkarnas Riksförbund <http://www.rikslankarna.se> och Länkens Kamratförbund <http://www.lankenskamratforbund.se>. Länkrörelsen ser alkoholproblem som ett komplicerat förhållande mellan människan, dess omgivning och samhället i stort och arbetar kamratstödande med bland annat uppföljande eftervård, rådgivning, hembesök och fritidsaktiviteter. Majoriteten av medlemmarna i den svenska länkrörelsen är enligt uppgift män. Anonyma Alkoholister (AA) <http://www.aa.se/> är en gemenskap av män och kvinnor, som delar sina erfarenheter, sina förhoppningar och sin styrka med varandra för att söka lösa sitt gemensamma problem och hjälpa andra att tillfriskna från alkoholism. Det enda villkoret för deltagande i AA är en önskan att sluta dricka. I Sverige finns för närvarande mer än 440 AA-grupper som tillsammans har cirka 1 140 möten per vecka. Speciella grupper eller möten för kvinnliga alkoholister finns. AA har även en telefonjour, grupper som vänder

sig till unga missbrukare samt online-grupper. För personer med narkotikamissbruk finns en syster organisation Anonyma Narkomaner <http://www.nasverige.org/index.html>.

Såväl i Sverige som i USA är kvinnor överrepresenterade i AA relativt antal kvinnor med alkoholproblem och kvinnor i behandlingsprogram i befolkningen (Witbrodt & Romelsjö, 2010). I ett flertal studier från USA framkommer att ett kontinuerligt deltagande i AA eller andra självhjälpsgrupper är associerat med bättre behandlingsutfall (Moos, Moos, & Timko, 2006; Timko, et al., 2005; Witbrodt & Romelsjö, 2010). Att ha nykterhet som mål med sitt deltagande ökar sannolikheten för nykterhet (Moos, et al., 2006; Witbrodt & Romelsjö, 2010). De skillnader som framkom i Witbrodt & Romelsjö (Witbrodt & Romelsjö, 2010) visade att kvinnors deltagande kunde prediceras utifrån att ha minderåriga barn samt ha nära vänner att tala med. Mäns deltagande var beroende av att ha fått förslag på deltagande från rättssystemet. I Moos m.fl. (Moos, et al., 2006) framkom att kvinnor i större utsträckning deltog i AA-möten och att de drog mer nytta än män av ett förlängt deltagande. Dock gäller för både kvinnor och män att ju längre tid man var aktiv i AA desto bättre behandlingsutfall och förbättrade relationer till omgivningen (Moos, et al., 2006; Timko, et al., 2005; Witbrodt & Romelsjö, 2010).

15.9.4 Familjebehandling

Familjebehandling för familjer där någon vuxen i familjen har missbruksproblem finns ett fåtal aktuella sammanställningar som beskriver (Copello, Templeton, & Velleman, 2006; Fernandez, Begley, & Marlatt, 2006). Av dessa framgår att det finns ett stort lidande hos anhöriga till missbrukare och att familjebehandlingen har goda möjligheter att påverka familjemedlemmen med missbruksproblem och på så sätt förbättra livskvalitén hos hela familjen (Copello, et al., 2006; Fernandez, et al., 2006). Ett antal olika metoder jämförs i sammanställningarna och sammantaget så uttrycks att man alltid bör inleda en behandling med att utreda en patient/klients nära relationer och anpassa metoden efter detta. En typ av familjebehandling som beskrivs som framgångsrik i många studier är olika typer föräldrainterventioner för kvinnliga missbrukare som har sina barn inkluderade i behandlingsmiljön (Ashley, et al., 2003; Sun, 2007). I SBU-rapporten framgår att

parterapi ger bättre resultat än väntelista och lika bra eller bättre resultat jämfört med individuell behandling (SBU, 2001). Ett flertal sammanställningar av studier gällande tonåringar och familjeterapi visar på goda resultat avseende både tonåringen och dess familj (Becker & Curry, 2008). En fördel med familjebehandling som inte har framgått i någon av de studier som refereras till ovan, är att det finns möjlighet att lyfta många olika perspektiv, såväl det manliga, kvinnliga och samspelet dem emellan. Familjebehandling som implementeras i beroendebehandling ger även män möjlighet att vara föräldrar.

15.10 Sammanfattande analys

Uppdraget har inneburit att belysa kvinnors och mäns speciella situation inom den framtida missbruks- och beroendevården vad gäller förekomst, effekt av behandling, tillgänglighet samt behov av könsdifferentierad behandlingsverksamhet. Föreliggande rapport bygger på ett urval av vetenskapliga publikationer, intervjuer med representanter för forskning, profession och intresseorganisationer. I analysen har ett genusperspektiv anlagts det vill säga att hänsyn har tagits till det sociala könet.

Folkhälsoinstitutet angav nyligen att drygt 5 procent av svenska män och 4 procent av svenska kvinnor kan ha diagnosen alkoholberoende (Statens folkhälsoinstitut, 2008). En uppskattning tio år tidigare angav cirka 14 000 färre missbrukare. Runt 29 500 vuxna uppskattas ha tunga narkotika problem varav en fjärdedel är kvinnor (Missbruksutredningen, 2008). När det gäller läkemedelsmissbruk uppskattas antalet till individer till 65 000 med utgångspunkt från en enkät utförd av Folkhälsoinstitutet, med en knapp majoritet män (Borg & Wallhed, 2010).

I analysen av patientdata från den specialiserade beroendevården från Stockholm och Örebro län framkommer dubbelt så höga siffror från Stockholm (1 064 per 100 000 invånare) jämfört med Örebro (489 per 100 000 invånare) varav en tredjedel är kvinnor i båda länen. Det är en stor variation mellan kommunerna i såväl Stockholm som Örebro. Det är knappast troligt att enbart skillnad i prevalensen av beroendediagnos i befolkningen kan förklara de stora skillnaderna däremot framkommer inga data som talar för att kvinnor har sämre tillgänglighet än män i denna eller annat underlag som studerats.

Analysen visar att det föreligger vissa psykosociala skillnader mellan manliga och kvinnliga patienter/klienter inom vården. Kvinnorna rapporteras mer socialt integrerade vad gäller försörjning och familj men har mer somatiska och psykiatriska besvär även om männen är kraftigt överrepresenterade vad gäller kriminalitet, och har högre förtida dödlighet samt risk för suicid.

En genomgång av befintlig behandlingsforskning visar att det finns ett fåtal randomiserade kontrollerade studier vad gäller könsdifferentierad behandling. Sammantaget så visar dessa studier en liten eller ingen signifikant skillnad för kvinnor i kvinnospecifik behandling jämfört med kvinnor i blandad behandling, med undantag av den svenska EWA-studien från 1989 (Dahlgren & Willander, 1989). Däremot finns ett antal arbeten som jämfört behandlingseffekter mellan män och kvinnor där intrycket snarast ger vid handen att kvinnor som regel har bättre utfall än männen såväl vad gäller behandling som retention, det finns därför anledning att analysera behovet av könsdifferentierad vård och behandling även från mäns behov av en god behandling.

En viktig fråga är vårdens möjligheter att skapa trygghet och bärande allianser i behandlingsarbetet. Här är naturligtvis vårdmiljön vara en viktig faktor liksom vårdens kompetens om genus. Utifrån detta perspektiv kan man lyfta fram grupper respektive faser i beroende- och behandlingskarriären där det kan vara kritiskt att kunna erbjuda en könsdifferentierad miljö. Exempel på detta kan vara kvinnor som utsatts för sexuella eller fysiska övergrepp, familjer med missbruks problem och gravida missbrukare. Andra grupper som definierats är svårt antisociala och kriminella pojkar och flickor. En ytterligare grupp är kvinnor med komplexa vårdbehov – missbruk, psykisk sjukdom och social svikt såsom hemlöshet. Tillämpningen av riktlinjer i det kliniska arbetet riskerar att mer uppmärksamma generella behandlingsförhållanden i stället för de individuella behoven vilket medför svårigheter att ge behandling utifrån den individuella kvinnliga respektive manliga patientens specifika behov.

En könsdifferentierad behandling kan genomföras i programformat antingen individuellt eller i grupp. Den kan utföras avskilt i egna lokaler med egen personal eller integrerat i den övriga behandlingsverksamheten.

Organisationen av missbrukarvården i program anpassade för differentierade behov kan försvåras för de mindre kommunerna då patient/klientunderlaget kan vara mycket litet trots stora individuella

behov. Man kan därför behöva vidare undersöka andra plattformar för behandling av olika grupper av substansmissbrukare med särskilda behov än de som finns i dag.

Grupprogram är ofta kostnadseffektiva och möjliga att strukturera och kvalitetssäkra. Dock kräver grupprogram stora patientunderlag. När det gäller individualiserad och integrerad verksamhet kan problem uppstå när det gäller att upprätthålla struktur, kompetens, kvalitetssäkring, handledning och vidareutbildning. Familjebehandling som har evidens används i liten skala, oklart om detta beror på brister på utbildad personal eller är en strukturell fråga.

Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer visar att det behövs ett omfattande utvecklingsarbete för att klara kompetensfrågorna i den svenska missbruks- och beroendevården. Gruppen personer som har substansrelaterade problem är en heterogen grupp vare sig det är kvinnor eller män. Oberoende av drog så har patienterna/klienterna olika förutsättningar. Till exempel kan neuropsykiatriska diagnoser, andra funktions nedsättningar, personlighetsstörningar eller mognadsnivå ha stor betydelse för val och utfall av behandling. För en differentierad vård krävs samarbete mellan huvudmännen för att nå en nödvändig kritisk massa. Det är rimligt att tänka sig att mindre huvudmän går samman för att klara visst programutbud och att viss verksamhet läggs på länsnivå.

Referenser

- Ahlstrom, S., Bloomfield, K., & Knibbe, R. (2001). Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings. *Subst Abus*, 22, 69–85.
- Alkoholpolitiska kommissionen (1994). *Svensk alkoholpolitik: en strategi för framtiden: huvudbetänkande*. Stockholm: Fritzes.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association, A. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, A. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Andreasson, S., & Allebeck, P. (2005). Alkohol och hälsa – En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa [Alcohol and Health – effects of alcohol on our health]. In Folkhälsoinstitutet (Ed.). Stockholm: Taberg Media Group AB.
- Anonyma Alkoholister (AA) <http://www.aa.se/>
- Anonyma Narkomaner <http://www.nasverige.org/index.html>.
- Armelius, B., & Armelius, K. (2010). En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI. Rapport till missbruksutredningen (S 2008:04). Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 29, 19–53.
- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Mansoor, E., & Accornero, V. H. (2010). Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. *J Addict Dis*, 29, 245–258.
- Barnoski, R., & Aos, S. (2004). Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders: Washington State Institute for Public Policy.
- Becker, S. J., & Curry, J. F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 76, 531–543.
- Beijer, U. (2001). Kvinnoprojektet: uppsökande verksamhet för hemlösa. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen.
- Beijer, U., & Andreasson, S. (2010). Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *Eur J Public Health* [epub ahead of print].
- Benner, P., Rooke, L., & Grundberg, T. (1993). Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur.
- Berglund, M. (2000). Diagnostik av alkoholproblem. I CUS (Eds.), *Behandling av alkoholproblem: en kunskapsöversikt* (1. uppl. ed.). Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS): Liber.

- Berglund, M., & Öjehagen, A. (1998). The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res*, 22(Suppl), 333–345.
- Birath Scheffel, C., DeMarinis, V., & Hansagi, H. (2005). Grundläggande vårdfilosofi vid uppbyggnad av behandling för kvinnor med missbruksproblem. In M. Hilde (Ed.), *Kön, behandling och kunskap: om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering* (pp. 257). Lund: Studentlitteratur.
- Birath Scheffel, C., Demarinis, V., & af Klinteberg, B. (2009). Moods and expectancies of female alcohol drinking – an exploratory study. *Scand J Caring Sci* [epub ahead of print].
- Blomqvist, J. (2002). *Att sluta med narkotika: med och utan behandling*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen.
- Borg, S., & Wallhed, S. (2010). *Läkemedelsmissbruk. Rapport till missbruksutredningen (S 2008:04)*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Opublicerat material.
- Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning, C. (2001). *Drogutvecklingen i Sverige: rapport 2001: Trends in alcohol and other drugs in Sweden: Report 2001 (1. uppl. ed.)*. Stockholm: Centralförb. för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.
- Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning, C. (2009). *Drogutvecklingen i Sverige. 2009 (1. uppl. ed.)*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Copello, A. G., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Curr Opin Psychiatry*, 19, 271–276.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 50, 1385–1401.
- Dahlgren, L., & Willander, A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcohol Clin Exp Res*, 13, 499–504.

- DeMarinis, V., Scheffel-Birath, C., & Hansagi, H. (2009). Cultural analysis as a perspective for gender-informed alcohol treatment research in a Swedish context. *Alcohol Alcohol*, 44, 615–619.
- Fernandez, A. C., Begley, E. A., & Marlatt, G. A. (2006). Family and peer interventions for adults: past approaches and future directions. *Psychol Addict Behav*, 20, 207–213.
- Gomberg, E. S. (2003). Treatment for alcohol-related problems: special populations: research opportunities. *Recent Dev Alcohol*, 16, 313–333.
- Göransson, M., Magnusson, Å., Bergman, H., Rydberg, U., & Heilig, M. (2003). Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction*, 98, 1513–1520.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., et al. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*, 86, 1–21.
- Grimby, A., & Johansson, A. K. (2009). Factors related to alcohol and drug consumption in Swedish widows. *Am J Hosp Palliat Care*, 26, 8–12.
- Hammarström, A., Sverige. Högskoleverket, & Nationella sekretariatet för genusforskning (2005). *Genusperspektiv på medicinen: två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik* (2. uppl. ed.). Stockholm: Högskoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Helmerson Bergmark, K. (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000* (1. uppl. ed.). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut: Centralförb. för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Hensing, G. (2003). Alkoholkonsumtion och alkoholproblem ur ett genusperspektiv: en bild av utvecklingen och nuläget. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 355–361.
- Hensing, G., & Spak, F. (2009). Introduction: gendering socio cultural alcohol and drug research. *Alcohol Alcohol*, 44, 602–606.
- Hodgins, S., & Janson, C.-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: the Stockholm Metropolitan project*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Holmberg, C., Smirthwaite, G., & Nilsson, A. (2005). Mäns våld mot missbrukande kvinnor: ett kvinnofridsbrott bland andra. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Jansson, I. (2010). Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor: inverkan av psykiska problem på utfallet. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychol Psychother*, 77, 511–523.
- Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004148.
- Kazdin, A. E. (1994). *Psychotherapy for children and adolescents* (Internat.4 Rev. ed.). New York: Wiley.
- Kearney, M. H. (1997). Drug treatment for women: traditional models and new directions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 26, 459–468.
- Laanemets, L., & Kristiansen, A. (2008). Kön och behandling inom tvångsvård: en studie av hur vården organiseras med avseende på genus. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300, 1551–1565.
- Leissner, T., & Hedin, U.-C. (Eds.). (2002). *Könsperspektiv på missbruk: antologi*. Bettna: Bjurner och Bruno.
- Länkens Kamratförbund <http://www.lankenskamratforbund.se>.
- Magnusson, Å., Göransson, M., & Heilig, M. (2005). Unexpectedly high prevalence of alcohol use among pregnant Swedish women: failed detection by antenatal care and simple tools that improve detection. *J Stud Alcohol*, 66, 157–164.
- Magnusson, E. (2003). *Psykologi och kön: från könsskillnader till genusperspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Missbruksutredningen (2008). *Bättre vård och stöd för individen : om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården: en diskussionspromemoria från Missbruksutredningen (S 2008:04)*. Stockholm: Missbruksutredningen.

- Moos, R. H., Moos, B. S., & Timko, C. (2006). Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clin Med Res*, 4, 163–174.
- Mueser, K. T. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York: Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev*, 24, 981–1010.
- Palm, J. (2007). Women and men – same problems, different treatment. *Int J Soc Welfare*, 16, 18–31.
- Palm, J., & Storbjörk, J. (2003). *Kvinnor & män i svensk missbruksbehandling: en beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landstings beroendevård 2000–2001*. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning (SoRAD).
- Pelissier, B. (2004). Gender differences in substance use treatment entry and retention among prisoners with substance use histories. *Am J Public Health*, 94, 1418–1424.
- Pettersson, T. (2009). *Att arbeta på enkönade eller blandade avdelningar? – betydelse för vårdens utformning*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse SiS.
- Philips, B., & Holmqvist, R. (Eds.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Project MATCH (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*, 58, 7–29.
- Ramstedt, M., Axelsson Sohlberg, T., Engdahl, B., & Svensson, J. (2009). *Tal om alkohol 2008: en statistisk årsrapport från Monitorprojektet*. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD).
- Richert, T. (2007). *Unga missbrukare i Stockholm, Göteborg och Malmö: en deskriptiv och jämförande studie av sex öppenvårdsmottagningar och deras besökare*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Romelsjö, A. (2007). Behandling av alkohol- och drogmissbrukare i beroendevården. [Treatment of alcohol and drug abuse in drug treatment centers. How is the outcome for patients?]. *Lakartidningen*, 104, 1050–1055.

- Rundberg, J., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Romelsjö, A., & Öjehagen, A. (2008). Abstinence, occasional drinking and binge drinking in middle-aged women. The Women's Health in Lund Area (WHILA) Study. *Nord J Psychiatry*, 62, 186–191.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., et al. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121–133.
- Segraeus, V. (2005). Terapeutiskt samhälle – kvinnobehandling på männens villkor. In M. Hilde (Ed.), *Kön, behandling och kunskap – om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering* (pp. 147–169). Lund: Studentlitteratur.
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *QJM*, 99, 57–61.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [Elektronisk resurs]: vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spak, F. (1997). Alkoholforskning – kvinnor och alkohol. *Könsforskning inom alkoholfältet. Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 197–198.
- Spak, L., Spak, F., & Allebeck, P. (1997). Factors in childhood and youth predicting alcohol dependence and abuse in Swedish women: findings from a general population study. *Alcohol Alcohol*, 32, 267–274.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: en evidensbaserad kunskaps-sammanställning. Vol. 1*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Statens folkhälsoinstitut (2008). *Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete: utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner: huvudrapport: resultat från utvecklingsarbetet i sex kommuner i samverkan med Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika och Statens folkhälsoinstitut*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens offentliga utredningar. (2005). *Personer med tungt missbruk: stimulans till bättre vård och behandling; betänkande*. Stockholm: Fritzes.

- Sun, A. P. (2007). Relapse among substance-abusing women: components and processes. *Subst Use Misuse*, 42, 1–21.
- Sällskapen Länkarnas Riksförbund <http://www.rikslankarna.se>
- Söderpalm, B. (2003). Alkoholism hos män och kvinnor – biologiska skillnader? *Socialmedicinsk tidskrift* 4, 298–302.
- Timko, C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2005). The 8-year course of alcohol abuse: gender differences in social context and coping. *Alcohol Clin Exp Res*, 29, 612–621.
- Trulsson, K. (2000). The identity of women and treatment of drug abuse. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1–2, 120–136.
- Trulsson, K. (2003). Masculine and feminine in a melting pot – A gendered perspective on substance abuse. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 20, 5–19.
- Trulsson, K., & Segraeus, V. (2010). Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Opublicerat material.
- Walter, H., Gutierrez, K., Ramskogler, K., Hertling, I., Dvorak, A., & Lesch, O. M. (2003). Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment. *Arch Womens Ment Health*, 6, 253–258.
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*, 104, 1487–1500.
- Winhusen, T. M., & Kropp, F. (2003). Psychosocial treatments for women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 30, 483–499, vi.
- Witbrodt, J., & Romelsjö, A. (2010). Gender differences in mutual-help attendance one year after treatment: Swedish and U.S. samples. *J Stud Alcohol Drugs*, 71, 125–135.
- World Health Organization, W. (2009). International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10 (10. rev., 2008 ed.). Geneva: World Health Organization.
- Öjehagen, A. (2000). Kvinnor och alkoholmissbruk. In CUS (Ed.), *Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber.

Lästips – Svenska avhandlingar inom området

- Andersson, C. (1993). *The Children of Maria*. Acta Universitatis Upsaliensis: Göteborg.
- Beijer, U. (2009). *Homelessness and Health: Analysis of Mortality and Morbidity from a Gender perspective*. Department of public health sciences, Division of social medicine. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Bergström, M. (1998). *Tre verkligheter – Kvinnor i olika stadier av narkotikamissbruk – en socialpsykologisk studie*. Psykologiska institutionen: Lund.
- Bertling, U. (2002). *Psychopathology, treatment utilization and gender in relation to substance abuse*. Department of Clinical Neuroscience, Section of Psychotherapy. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Grimby, A. (1995). *Aspects of quality of life in old age – Studies on life events, bereavement and health*. Göteborgs universitet: Göteborg.
- Göransson, M. (2004). *Alcohol consumption during pregnancy – How do we separate myth from reality?* Neurotec Department, Division of Psychiatry. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Jansson, I. (2010). *Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor – Inverkan på det psykiska utfallet*. Institutionen för psykologi, Lunds universitet: Lund.
- Laanemets, L. (2002). *Skapande av femininitet, om kvinnor i missbrukarbehandling*. Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet: Lund.
- Lander, I. (2003). *Den flygande maran – En studie om åtta narkotikamissbrukande kvinnor i Stockholm*. Institutionen för kriminologi, Stockholms universitet: Stockholm.
- Lindén, K. (1991). *Kvinnor, hälsa, handling*. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet: Göteborg.
- Magnusson, Å. (2010). *Hazardous alcohol use and alcohol use disorders in women : characteristics and vulnerability factors*. Karolinska Institutet: Stockholm
- Mattson, T. (2005). *I viljan att göra det normala – En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Institutionen för socialt arbete. Lunds universitet: Lund.

- Olausson, S. (2008). *Kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa*. Psykologiska institutionen. Göteborgs universitet: Göteborg.
- Rundberg, J. (2007). *Alcohol Use and Mental Health in Middle-aged Women – Women's health in Lund area, A Swedish population-based study*. Department of Clinical sciences, Lunds universitet: Lund.
- Scheffel Birath, C. (2010). *Women with alcohol problems seeking treatment – Underlying individual and psychosocial characteristics*. Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine. Karolinska Institutet: Stockholm.
- Spak, L. (2001). *Women and alcohol: early background factors and aspects of comorbidity*. Avdelningen för Socialmedicin, Institutionen för samhällsmedicin. Göteborgs universitet: Göteborg.
- Thörn, C. (2004). *Kvinnans plats(er) – bilder av hemlöshet*. Egalité: Stockholm.
- Trulsson, K. (2003). *Konturer av ett kvinnligt fält: Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lunds universitet, Socialhögskolan: Lund
- Östlund, A. (2006). *Personality and alcohol-related problems – epidemiological findings including gender identity, anxiety and depression in women*. Department of Social Medicine, Institution of Community Medicine. Göteborgs universitet: Göteborg.

Bilaga 1

Områden av intresse för ett underlag till Missbruksutredningen avseende behov av könsspecifik behandling

Följande frågor bör vara av intresse att besvara inför arbetet med ett underlag till Missbruksutredningen avseende behov av könsspecifik behandling. Ett antal områden är beskrivna nedan. Frågorna skulle vi vilja få möjlighet till en fördjupad diskussion kring vid ett personligt möte. För att ge en översikt i förväg så presenteras dessa nedan i form av matriser men som vi givetvis hoppas kunna utveckla i en gemensam diskussion. Avslutningsvis i dokumentet finns några ”öppna” frågor.

1 Finns stöd för blandad/enkönad behandling avseende behandlingsutfall?

		Kvinnor		Män	
		Behandlingsform			
		Blandad	Enkönad	Blandad	Enkönad
Behandlings utfall	Retention				
	Minskad konsumtion				
	Förbättrad social funktion				
	Förbättrad psykisk hälsa				

2 Finns det tillgänglig behandling i dag för olika grupper? (God/Normal/Låg)

		Kvinnor			Män		
		Konsumtion					
		Risk	Skadligt	Beroende	Risk	Skadligt	Beroende
Social funk- tions nivå	Låg						
	Medel						
	Hög						

3 Finns det effekter av behandling som är genus specifika?

	Kvinnor	Män
Familjeterapi		
Gruppbehandling		
Självförtroendeträning		
AA		
Farmaka		
Samtidig psykiatrisk behandling		
Psykoterapi		
Case-manager		
Empowerment		
Fokus på hälsa		
Annan behandling...		

4 Finns det effekter av behandlingskomponenter som är genus specifika?

	Kvinnor	Män
Behandlingslängd		
Intensitet		
Dagis		
Personalens kön		
Geografisk placering		
Annan...		

Avslutningsvis övriga frågor som vi vill belysa:

5. Finns det könsspecifika sökmönster/preferenser till vård och behandling?

- Tidigt/sent i karriären
- Särskilda program
- Öppen/sluten vård

6. Finns det behandlingsenheter som undviks av kvinnor/män och isåfall varför?

- Behandlingsmetoder
- Koppling till offentlig verksamhet
- Ifrågasatt omvårdnad

7. Kan vissa kriterier (DSM, ICD, AUDIT, TLFB osv.) användas bäst för att identifiera grad av problem för kvinnor respektive män?
 - Riskabelt bruk
 - Skadligt bruk
 - Beroende
8. Hur många kvinno-specifika verksamheter som finns i landet?
 - Hälso- och sjukvården
 - Socialtjänsten
9. Finns kunskaper om behandling för HBT-personer med missbruk?
 - Tillgänglighet
 - Resultat
 - Queer-perspektiv
10. Bör slutenvård/institutionsbehandling vara könsspecifik?
11. Övriga frågor som ni anser bör belysas?

Bilaga 2

Tabeller över fördelningen av patienter inom Stockholm och Örebro län.

Tabell 1 Manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i öppen (ÖV)- och slutenvård (SLV) per 100 000 manliga, kvinnliga och totalt antal invånare för respektive kommun i Stockholms län, år 2009

Kommun	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare i ÖV ^a	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare i ÖV ^a	Totalt antal patienter per 100 000 invånare i ÖV ^a	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare i SLV ^b	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare i SLV ^b	Totalt antal patienter per 100 000 invånare i SLV ^b
Botkyrka	1 316	703	1 012	386	144	266
Danderyd	866	397	623	260	87	170
Ekerö	744	381	562	288	127	207
Haninge	1 587	790	1 190	421	168	295
Huddinge	1 546	732	1 139	370	163	266
Järfälla	1 176	499	835	373	149	260
Lidingö	1 029	590	801	244	129	184
Nacka	1 274	631	948	327	177	251
Norrtälje	534	253	393	301	132	216
Nykvarn	959	419	694	234	44	141
Nynäshamn	2 186	938	1 567	485	188	337
Salem	928	438	679	305	77	189
Sigtuna	1 404	642	1 022	439	183	311
Sollentuna	1 079	594	835	257	163	210
Solna	1 360	692	1 021	398	171	282
Stockholm	1 652	792	1 212	486	200	340
Sundbyberg	1 505	880	1 190	390	248	318
Södertälje	1 238	621	931	354	149	252
Tyresö	1 357	767	1 061	372	215	293
Täby	1 026	470	744	225	138	181
Upplands Bro	1 347	680	1 013	294	215	254
Upplands Väsby	1 386	800	1 092	410	232	321
Vallentuna	1 303	735	1 018	232	197	215
Vaxholm	938	647	791	386	216	300
Värmdö	1 445	799	1 126	325	252	289
Österåker	1 393	592	993	265	163	214
Stockholms län	1 429	707	1 064	402	182	290

a Uppgift om kommuntillhörighet saknas för 49 män och 61 kvinnor boende i Stockholms län

b Uppgift om kommuntillhörighet saknas för 16 män och 14 kvinnor boende i Stockholms län

Tabell 2 Manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i öppen (ÖV)- och slutenvård (SLV) för respektive kommun i Stockholms län, år 2009

Kommun	Antal manliga patienter i ÖV ^a	Antal kvinnliga patienter i ÖV ^a	Totalt antal patienter i ÖV ^a	Antal manliga patienter i SLV ^b	Antal kvinnliga patienter i SLV ^b	Totalt antal patienter i SLV ^b
Botkyrka	539	283	822	158	58	216
Danderyd	130	64	194	39	14	53
Ekerö	93	48	141	36	16	52
Haninge	607	300	907	161	64	225
Huddinge	740	351	1 091	177	78	255
Järfälla	381	164	545	121	49	170
Lidingö	215	133	348	51	29	80
Nacka	553	282	835	142	79	221
Norrtälje	149	71	220	84	37	121
Nykvarn	45	19	64	11	2	13
Nynäshamn	284	120	404	63	24	87
Salem	70	34	104	23	6	29
Sigtuna	275	126	401	86	36	122
Sollentuna	340	189	529	81	52	133
Solna	448	235	683	131	58	189
Stockholm	6 701	3 354	10 055	1 971	849	2 820
Sundbyberg	282	167	449	73	47	120
Södertälje	531	263	794	152	63	215
Tyresö	288	164	452	79	46	125
Täby	319	150	469	70	44	114
Upplands Bro	156	79	235	34	25	59
Upplands Väsby	267	155	422	79	45	124
Vallentuna	191	108	299	34	29	63
Vaxholm	51	36	87	21	12	33
Värmdö	276	149	425	62	47	109
Österåker	273	116	389	52	32	84
Stockholms län	14 253	7 225	21 478	4 007	1 855	5 862

a Uppgift om kommuntillhörighet saknas för 49 män och 61 kvinnor boende i Stockholms län

b Uppgift om kommuntillhörighet saknas för 16 män och 14 kvinnor boende i Stockholms län

Tabell 3 Fördelning på ålder för manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i öppenvård (ÖV), och manliga, kvinnliga och totalt antal patienter per 100 000 manliga, kvinnliga och totalt antal invånare per åldersgrupp i Stockholms län, år 2009

Ålder	Antal manliga patienter i ÖV	Antal kvinnliga patienter i ÖV	Totalt antal patienter i ÖV	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare i ÖV	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare i ÖV	Totalt antal patienter per 100 000 invånare i ÖV
0-4	1	0	1	1	0	1
5-9	2	4	6	3	7	5
10-14	270	219	489	493	419	457
15-19	2011	1126	3137	3057	1802	2446
20-24	1 017	635	1 652	1 642	1 027	1 335
25-29	1 002	492	1 494	1 402	683	1 041
30-34	1 052	426	1 478	1 382	566	976
35-39	1 075	467	1 542	1 317	586	956
40-44	1 338	727	2 065	1 710	954	1 337
45-49	1 549	794	2 343	2 160	1 137	1 655
50-54	1 521	773	2 294	2 438	1 276	1 865
55-59	1 336	666	2 002	2 380	1 181	1 779
60-64	1 081	479	1 560	1 861	774	1 301
65-69	584	263	847	1 235	528	873
70-74	254	93	347	836	268	533
75-79	111	37	148	522	131	299
80-84	39	19	58	252	77	144
85-89	7	4	11	70	20	37
90-94	2	1	3	63	12	25
Samtliga	14 253	7 225	21 478	1 429	707	1 064

Not. Uppgift om ålder saknas för 1 man

Tabell 4 Fördelning på ålder för manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i slutenvård (SLV), och manliga, kvinnliga och totalt antal patienter per 100 000 manliga, kvinnliga och totalt antal invånare per åldersgrupp i Stockholms län, år 2009

Ålder	Antal manliga patienter i SLV	Antal kvinnliga patienter i SLV	Totalt antal patienter i SLV	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare per åldersgrupp i SLV	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare per åldersgrupp i SLV	Totalt antal patienter per 100 000 invånare per åldersgrupp i SLV
0-4	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0
10-14	49	78	127	89	149	119
15-19	454	396	850	690	634	663
20-24	247	149	396	399	241	320
25-29	227	106	333	318	147	232
30-34	250	87	337	328	116	223
35-39	246	96	342	301	120	212
40-44	371	172	543	474	226	352
45-49	472	195	667	658	279	471
50-54	466	163	629	747	269	511
55-59	470	164	634	837	291	563
60-64	403	127	530	694	205	442
65-69	202	75	277	427	151	285
70-74	87	28	115	286	81	177
75-79	48	9	57	226	32	115
80-84	12	8	20	77	32	50
85-89	1	2	3	10	10	10
90-94	1	0	1	31	0	8
Samtliga	4 007	1 855	5 862	402	182	290

Not. Uppgift om ålder saknas för 1 man

Tabell 5 Manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i öppen (ÖV)- och slutenvård (SLV) per 100 000 manliga, kvinnliga och totalt antal invånare för respektive kommun i Örebro län, år 2009

Kommun	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare i ÖV	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare i ÖV	Totalt antal patienter per 100 000 invånare i ÖV	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare i SLV	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare i SLV	Totalt antal patienter per 100 000 invånare i SLV
Askersund	424	195	310	212	106	159
Degerfors	183	84	134	183	63	124
Hallsberg	697	173	440	220	53	138
Hällefors	488	137	314	271	0	136
Karlskoga	312	133	222	217	53	134
Kumla	600	215	406	250	38	158
Laxå	543	211	380	102	35	69
Lekeberg	407	320	365	217	116	168
Lindesberg	446	141	295	249	53	152
Ljusnarsberg	656	406	534	347	162	257
Nora	633	359	493	257	95	174
Örebro	876	452	659	351	124	235
Örebro län	663	318	489	287	94	190

Not. Vissa patienter kan ha vårdats i både ÖV och SLV

Tabell 6 Manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i öppen (ÖV)- och slutenvård (SLV) för respektive kommun i Örebro län, år 2009

Kommun	Antal manliga patienter i ÖV	Antal kvinnliga patienter i ÖV	Totalt antal patienter i ÖV	Antal manliga patienter i SLV	Antal kvinnliga patienter i SLV	Totalt antal patienter i SLV
Askersund	24	11	35	12	6	18
Degerfors	9	4	13	9	3	12
Hallsberg	54	13	67	17	4	21
Hällefors	18	5	23	10	0	10
Karlskoga	46	20	66	32	8	40
Kumla	60	22	82	25	7	32
Laxå	16	6	22	3	1	4
Lekeberg	15	11	26	8	4	12
Lindesberg	52	16	68	29	6	35
Ljusnarsberg	17	10	27	9	4	13
Nora	32	19	51	13	5	18
Örebro	573	310	883	230	85	315
Örebro län	916	447	1 363	397	133	530

Not. Vissa patienter kan ha vårdats i både ÖV och SLV

Tabell 7 Fördelning på ålder för manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i öppenvård (ÖV), och manliga och kvinnliga patienter i ÖV per 100 000 manliga och kvinnliga invånare i Örebro län, år 2009

Ålder	Antal manliga patienter i ÖV	Antal kvinnliga patienter i ÖV	Totalt antal patienter i ÖV	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare i ÖV	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare i ÖV
15–19	44	19	63	465	191
20–24	107	64	171	1 143	699
25–29	116	59	175	1 497	726
30–34	96	27	123	1 249	334
35–39	84	40	124	928	439
40–44	100	48	148	1 081	493
45–49	101	48	149	1 152	523
50–54	90	42	132	1 048	491
55–59	62	44	106	699	494
60–64	59	30	89	589	304
35–69	24	14	38	284	166
70–74	7	2	9	119	35
75–79	3	3	6	58	72
Samtliga	893	440	1 333	663	318

Not. Uppgift om ålder saknas för 30 patienter

Tabell 8 Fördelning på ålder för manliga, kvinnliga och totalt antal patienter i slutenvård (SLV), och manliga och kvinnliga patienter i SLV per 100 000 manliga och kvinnliga invånare i Örebro län, år 2009

Ålder	Antal manliga patienter i SLV	Antal kvinnliga patienter i SLV	Totalt antal patienter i SLV	Manliga patienter per 100 000 manliga invånare i SLV	Kvinnliga patienter per 100 000 kvinnliga invånare i SLV
15–19	2	4	6	21	40
20–24	28	14	42	299	153
25–29	41	13	54	529	160
30–34	33	12	45	429	149
35–39	21	14	35	232	154
40–44	37	14	51	400	144
45–49	46	12	58	252	131
50–54	63	15	78	734	176
55–59	47	19	66	530	213
60–64	40	12	52	399	122
35–69	23	1	24	272	12
70–74	11	5	16	187	88
75–79	1	2	3	19	48
80–84	3	-	3	63	0
Samtliga	396	137	533	287	94

Not. Uppgift om ålder saknas för 30 patienter

16 Sprutbytesprogram

Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet

Marianne Alanko-Blomé, läkare och doktorand, Lunds universitet

Per Björkman, docent, Lunds universitet

Anders Håkansson, läkare och med. dr, Lunds universitet

Anders Widell, överläkare och docent, Lunds universitet

Sammanfattning

Flera systematiska översikter av effekterna av sprutbytesprogram har publicerats. Av dessa har WHO-rapport och rekommendationer (2004) och översikten från Institute of Medicine i USA (2007) haft stor betydelse. En omfattande översikt av Palmateer och medarbetare genomfördes 2010. Denna översikt ligger till grund för slutsatserna i denna rapport. Författarna konkluderar att det finns otillräckliga bevis för att stödja eller avvisa effekt på spridning av HCV (6 positiva studier och 7 icke positiva), möjliga (tentativa) bevis för att stödja effekt på spridning av HIV (10 positiva studier och 6 icke positiva studier) och tillräckliga bevis för att stödja effekten av minskat riskbeteende (39 positiva och 4 icke positiva studier). Inga av dessa studier har haft en randomiserad design. Under senare år har 6 studier med randomiserad design genomförts. Två studier har använt olika metoder för att föra över klienterna till substitutionsbehandlingsprogram. Bäst effekt har erhållits med ett omfattande psykosocialt program, som inkluderat ekonomiska incitament för att söka behandling.

Flera studier från sprutbytesprogrammet i Malmö presenteras, varvid det visas att nysmitta av HIV inom programmet i stort upphört, medan framför allt HCV fortfarande sprids. Programmet ger unika möjligheter till relativt regelbunden testning och fungerar som ett tidigt varningssystem för HIV.

16.1 Studier av sprutbytesprogram

Det första sprutbytesprogrammet startade 1981 för att reducera smittspridningen vid en hepatit B epidemi bland sprutnarkomaner i Amsterdam. Samma år identifierades den då redan pågående HIV/AIDS:s epidemin. Injektionsnarkomaner identifierades tidigt som en av de viktigaste riskgrupperna. Sprutbytesprogram (Needle Exchange Program, NEP) inrättades i stor skala under 1980-talet för att söka påverka smittspridningen av HIV.

I början av 1990-talet fanns flera studier som beskrev effektivitet och säkerhet vid NEP. Dessa resultat sammanfattades i flera litteraturöversikter. Av särskilt intresse är att mellan åren 1991 och 2001 genomfördes sju översikter av eller på uppdrag av federala myndigheter i USA. Samtliga dessa översikter konkluderade att NEP förhindrade spridning av HIV och inte ökade antalet injektionsmissbrukare (pga. lättillgängliga sprutor). Resultaten från en av dessa systematiska översikter (Gibson och medarbetare 2001) redovisas senare i artikeln i samband med Palmateers och medarbetares (2010) översikt över systematiska översikter. USA drev under denna period en restriktiv narkotikapolitik och var ej positiv till sprutbytesprogram.

Antalet studier inom sprutbytesområdet är av måttlig omfattning. Om sökordet needle syringe exchange används i PubMed fås 649 träffar (3/3 2010). Om studierna uppdelas på femårsintervall finner man följande fördelning:

1987–1990	27
1991–1995	84
1996–2000	196
2001–2005	146
2006–2010	196

Forskningen inom området ökade successivt fram till femårsperioden 1996–2000, då 196 studier publicerades. Därefter har omfattningen av antalet studier per år varit relativt konstant. Alla dessa studier är inte effektstudier av sprutbytesprogram. Det kräver en noggrann genomgång av dessa studier (och andra som inte behöver vara katalogiserade i PubMed). Detta görs med en särskild teknik, systematisk översikt.

Två systematiska översikter kommer att presenteras; Wodaks och Conneys (2006), som är baserad på WHO-rapporten 2004, samt Tilsons och medarbetares (2007), som är en Institute of Medicine rapport. Slutligen kommer Palmateers och medarbetares (2010) översikt över systematiska översikter att presenteras, vilken inkluderar översikterna av Gibson och medarbetare (2001), Wodak och Conney (2006) och Tilson och medarbetare (2007). Dessa tre översikter var de enda som uppfyllde de kvalitetskriterier som Palmateer och medarbetare hade uppställt.

De aktuella översikterna har inte inkluderat vetenskapliga artiklar som publicerats under senare år. Dessa studier kommer därför att redovisas separat efter redovisningen av översiktsartiklarna. Bland annat har fem randomiserade studier publicerats. Denna typ av studier har den starkaste vetenskapliga designen och har tidigare saknats inom området.

Många frågor har varit hett diskuterade i den vetenskapliga litteraturen. I denna rapport finns därför ett avsnitt som diskuterar om testning och rådgivning om HIV kan vara ett alternativ till sprutbyte. Dessutom presenteras två negativa studier som varit mycket omdiskuterade, Bruneaus och medarbetares (1997) och Strathdees och medarbetares (1997).

Svenska studier från senare år presenteras i ett avslutande avsnitt. Stenströms avhandling redovisas utförligt och HCV (hepatit C) studier från sprutbytespopulationen presenteras. En omfattande diskussion om sprutbytets fördelar och nackdelar har pågått under lång tid i Sverige. Denna diskussion är inte redovisad, då den inte skett i ett vetenskapligt forum.

16.2 WHO-rapport och rekommendationer 2004

WHO-rapporten, som också sammanfattats i Wodaks och Cooneys artikel (2006), redovisar initialt de olika studier som genomförts vad gäller NEP. Den hänvisar till tidigare översikter som alla bekräftat effektiviteten hos NEP att reducera spridning av HIV. WHO-rapporten är den första internationella översikten (övriga översikter har gjorts i USA). Det är också den första systematiska översikt som använder moderna validitetskriterier för evidens (Bradford Hill kriterierna). Dessa kriterier utvecklades för att bedöma kausalitet (orsak) vid observationsstudier, men har de senaste åren också använts för att bedöma interventionsstudier. Resultaten

av denna litteraturoversikt diskuteras senare i samband med Palmateers och medarbetares (2010) översikt över systematiska översikter.

Wodak och Cooney påpekade en viktig felkälla, som finns när det gäller tolkningen av effektiviteten av NEP, nämligen om det samtidigt finns tillgång till apotek som säljer eller delar ut sprutor utan recept. Wodak och Cooney presenterade siffror från 25 studier. I 18 studier fanns tillgång till sådana apotek och i 7 studier fanns det inte. Endast 5 av 18 studier (28 procent) av NEP i regioner med apotek som förmedlade sprutor var positiva, medan samtliga 7 studier (100 procent) där det ej fanns tillgång till apotek var positiva.

Förklaringen är att om det både finns apotek som förmedlar sprutor och NEP i ett område, så väljer de minst marginaliserade missbrukarna att få sprutor på apotek, medan de mest utslagna i första hand får dem på NEP.

Huvuddelen av de studier som utvärderat effektivitet och säkerhet av NEP är mycket positiva. Trots detta har effekten av NEP ifrågasatts på grund av några negativa studier, Bruneaus och medarbetares (1997) och Strathdees och medarbetares (1997). Dessa studier och den följande vetenskapliga diskussionen presenteras i ett senare avsnitt av rapporten.

Så här sammanfattar WHO sin litteraturgenomgång.

- 1: Det föreligger övertygande evidens för att en ökning av tillgänglighet och användandet av sterila injektionsverktyg bland injektionsnarkomaner reducerar HIV-infektion avsevärt.
- 2: Det föreligger inga övertygande evidens för några betydande inte avsedda negativa konsekvenser (ökning av missbruk).
- 3: Sprutbytesprogram är kostnadseffektiva.
- 4: Sprutbytesprogram har ytterligare värdefulla fördelar förutom att reducera HIV-infektioner (öka rekrytering till behandling).
- 5: Klorin och andra former av desinfektion reducerar inte HIV-infektion.
- 6: Apotek med sprutförsäljning och sprutautomater ökar tillgängligheten och troligen användandet av sterila injektionsverktyg.
- 7: Lagstiftningen om parafernalier för injektioner är ett hinder för effektiv HIV-kontroll.
- 8: Enbart sprutbytesprogram räcker inte för att kontrollera HIV-infektion (det krävs ett system med multipla komponenter).

Efter att ha presenterat rekommendationer på basen av slutsatserna beskrivna ovan skisserar WHO det framtida forskningsbehovet på följande sätt:

Mer och bättre kvalitativ forskning skulle fördjupa förståelsen av resultaten i de talrika kvantitativa studierna. Forskningen skulle använda mer av de kontinuerliga mått som finns i baslinje karakteristika, interventioner och resultatvariabler. Det är emellertid viktigt att inse att den begränsade implementeringen av NEP inte i första hand är brist på adekvata forskningsdata. Det är därför osannolikt att en ökad kvantitet av samma slags forskning som tidigare skulle leda till en ökning av implementeringen av NEP.

16.3 Institute of Medicine 2007

Institute of Medicine of the National Academy of Science är ett av de ledande kunskapscentra i USA. 2007 publicerade institutet en konsensusrapport om NEP (Tilson och medarbetare 2007). Den sammanfattande texten utgör de slutsatser som de deltagande forskarna och klinikerna kunnat enas om på basis av en omfattande systematisk litteraturöversikt, som hade sammanställts som underlag för rapporten. Resultaten av denna litteraturöversikt diskuteras senare i samband med Palmateers och medarbetares (2010) översikt över systematiska översikter.

Att utvärdera NEP innebär svårigheter, då inga egentliga konklusioner är möjliga att dra baserat på randomiserat kontrollerade studier, RCT. I allmänhet innebär bedömningen av icke RCT-studier en större variation av tolkningarna. Att arbeta med konsensus innebär att alla deltagarna förutsättes bli överens om sluttexten. Detta visade sig vara möjligt att åstadkomma.

Detta är konsensusuttalandet:

Vägar för göra rena injektionsutensilier mer lättillgängliga – och på så sätt reducera drogrelaterad HIV-risk – inkluderar byte av kanyler och sprutor; legala och ekonomiska förutsättningar för försäljning av kanyler och sprutor genom apotek; kupongsystem; förskrivningsprogram för läkare, sprutautomater; övervakade injektionsrum och desinfektionsprogram.

Kanyl- och sprutbyte är vanligtvis en del av ett HIV-preventionsprogram med multipla komponenter. Sådana program kan också inkludera utdelande av kondomer och utbildning om desinficering, remiss till drogbehandling och andra tjänster. HIV-preventionsprogram med multipla komponenter som inkluderar tillgång till sterila kanyler och

sprutor är effektiva i att reducera drogrelaterade HIV-risker som kanyl- och sprutdelning.

Inte utspädd klorin kan inaktivera HIV på injektionsverktygen i laboratoriet och på fältet om det används enligt instruktionerna. I verkligheten använder inte injektionsnarkomaner klorin på ett riktigt sätt, så i program med klorinutdelning skall också missbrukarna utbildas i tekniken. I en del länder är inte klorin tillgängligt eller accepterat, och det kan vara nödvändigt att använda andra desinfektionsmedel. Missbrukarna skall bara använda denna typ av metoder när de inte kan upphöra med injektionerna eller att de inte har tillgång till rena verktyg.

På samma sätt som med läkemedelsbehandling är det viktigt att tillgång till sterila kanyler och sprutor inte medför inte avsedda resultat som flera drogmissbrukare, utökade nätverk med högriskanvändare, ökad injektionsfrekvens och fler bortkastade kanyler i omgivningen.

Studierna finner inga hållpunkter för ett sådant resultat. Tillgång till sterila kanyler och sprutor kan vara viktigt för att hjälpa missbrukaren till kontakt med sjukvård och socialtjänst. Denna typ av program kan också erbjuda möjligheter att förhindra hepatit C – som överförs lättare med injektionsmissbruk än HIV – genom att tillhandahålla andra sterila paraferalia såsom filter och tussar.

Även om frågetecknen kvarstår vad gäller effekter av multikomponent program som inkluderar tillgång till sterila kanyler och sprutor på HIV-incidensen, rekommenderar rapporten att högriskländer (för HIV) bör agera nu för att implementera denna typ av program. Dessa program skall inkludera multipla ingångsvägar och sätt att leverera, fokus på att reducera sexuella risker och att aktivt remittera missbrukare till behandling.

16.4 Palmateer och medarbetare, 2010

Palmateer och medarbetare (2010) genomförde en systematisk översikt över systematiska översikter vad gällde effekten av sprutbytesprogram (NEP). Endast systematiska översikter som uppfyllde särskilda kriterier vad gällde kvalitet inkluderades. Tre systematiska översikter uppfyllde kvalitetskraven och inkluderades i analysen. Ytterligare två översikter som ej uppfyllde kvalitetskraven inkluderades vad gällde särskilda frågeställningar. De tre systematiska översikterna som uppfyllde kvalitetskraven var Gibsons och medarbetares (2001), Wodaks och Cooneys (2004) samt Tilsons och medarbetares (2007). De andra översikterna som användes var Wrights och Tompkins (2006) och Islams och Conigraves (2007).

Antalet studier som rapporterades i de tre centrala översikterna var (i ordning Gibson, Wodak och Tilson) för HCV: 3, 6, 1; för HIV: 6, 10, 12; för självrapporterat injektionsrelaterat riskbeteende: 23, 28, 27. Totalantalet studier var för HCV 8, för HIV 16 och för självrapporterat injektionsrelaterat riskbeteende 43. Ytterligare nio relevanta artiklar om HCV hämtades från Wright och Tompkins. En artikel om självrapporterat riskbeteende och sprutautomater hämtades från Islam och Conigrave.

Författarna sammanfattar effekterna av NEP i ett diagram. En förenklad version presenteras i denna rapport (Tabell 1). Studierna är uppdelade i kohortstudier (starkast design), seriala tvärsnittsstudier, tvärsnittsstudier och ekologiska studier. Effekter på riskbeteende vid injektion har flest positiva resultat, 39 av 43. Minskning av HIV-infektion rapporteras i 10 av 16 studier och av HCV i 6 av 13 studier. Författarna konkluderar att det föreligger tillräckliga bevis för att stödja effekten på riskbeteende, möjliga (tentativa) bevis för att stödja effekten på HIV-smitta och otillräckliga bevis för att stödja eller avvisa effekten på HCV-smitta.

Tabell 1 Effekter av sprutbytesprogram för att påverka HCV, HIV och riskbeteende vid injektion. Antalet studier enligt Palmateer och medarbetare 2009

Signifikant positiv effekt +. Signifikant negativ effekt -. Ej signifikant effekt 0.									
	HCV			HIV			Riskbeteende		
	+	0	-	+	0	-	+	0	-
Cohortstudier	0	2	2	2	2	2	20	1	0
Seriala tvärsnittsstudier	2	2	0	2	0	0	7	0	0
Tvärsnittsstudier	3	1	0	2	2	0	11	2	1
Ekologiska studier	1	0	0	4	0	0	1	0	0
Konklusioner	Otillräckliga bevis för att stödja eller avvisa effekt			Möjliga (tentativa) bevis för att stödja effekt.			Tillräckliga bevis för att stödja effekt.		

16.5 Nyare studier

16.5.1 Randomiserade kontrollerade studier

NEP mot apotek

Fischer och medarbetare, 2002

Desinfektion med klorin av kanyler och sprutor har rekommenderats som en intervention för att reducera risker vid injektionsmissbruk. Effekten av att delta i ett sprutbytesprogram med utfallskriterium effektivt klorin användande studerades i en randomiserad design. 176 injektionsmissbrukare randomiserades antingen till: 1) apotek med legal försäljning av kanyler och sprutor eller 2) sprutbyte med ytterligare tillgång till kanyler eller sprutor via sprutbytesprogrammet. Författarna konkluderade att ingen skillnad förelåg mellan grupperna vad gällde användandet av klorindesinfektion.

Fischer och medarbetare, 2004

Frågeställningen var om NEP-program medförde en ökning av injektionsmissbruk. En randomiserad studie genomfördes 1997–2000. 600 injektionsmissbrukare randomiserades antingen till: 1) apotek med legal försäljning av kanyler och sprutor eller 2) sprutbyte med tillgång till kanyler eller sprutor via sprutbytesprogrammet. 426 (71 procent) följdes upp efter 6 månader och 369 (62 procent) efter 12 månader. 490 (82 procent) blev uppföljda vid minst ett tillfälle. Det var ingen skillnad över tid mellan antalet injektioner och inte heller vad gäller positiva urinprover mellan apoteksgruppen och NEP-gruppen. Författarna konkluderar att denna studie ger den starkaste evidensen hitintills att NEP inte medför ökat injektionsanvändande.

NEP lokaliserat vid sjukhus eller i samhället

Masson och medarbetare, 2007

Masson och medarbetare studerar lokaliseringens betydelse för NEP:s funktion. 166 deltagare randomiserades till NEP lokaliserat till sjukhus eller i samhället. I båda grupperna minskade injektionsmissbruk och den kroppsliga hälsan förbättrades. NEP lokaliserat till sjukhus hade 83 procent fler inläggningar och 22 procent mer öppenvård jämfört med NEP i samhället. Författarna konkluderar att NEP lokaliserat till sjukhus ger en större hälsoeffekt än NEP lokaliserat i samhället.

derar att NEP som en integrerad del av ett sjukhus fyller en viktig funktion för att minska smittspridning av HIV och att öka tillgången till behandling för beroendetillstånd.

Att öka spruttäckningen

Gagnon och medarbetare, 2009

Gagnon och medarbetare (2009) studerade effekter av en teoribase-rad intervention för att öka spruttäckningen av sterila sprutor i ett NEP. 260 missbrukare randomiserades till interventions- eller kontrollgrupp. Interventionsgruppen loggade in på en dator en gång per vecka under fyra veckor och rapporterade sina injektions-tillfällen. De erhöll feedback vad gällde användandet av icke sterila sprutor. Initialt rapporterade 52 procent att de använt icke sterila sprutor den senaste veckan. Interventionsgruppen använde signifi-kant färre icke rena sprutor under studien (effektstorlek 53 pro-cent), medan ingen minskning skedde i kontrollgruppen. Vid tre-månadersuppföljningen förelåg inte längre någon skillnad mellan grupperna.

Att öka patientflödet från NEP till narkotikabehandling

Kidorf och medarbetare, 2005

Kidorf och medarbetare (2005) studerade effekten av en session motivationsökande behandling, MI, med två kontrollgrupper vid ett NEP. 302 missbrukare randomiserades. Uppföljning skedde efter 1 år. 11 procent av deltagarna hade vid uppföljningen påbörjat behandling. Frekvenserna var desamma i experimentgruppen och i kontrollgrupperna. Författarna konkluderar att en session MI inte är tillräckligt för att motivera patienterna till att söka behandling.

Kidorf och medarbetare, 2009

Kidorf och medarbetare (2009) fortsatte sitt tema (se ovan) med en ny design med tre randomiserade grupper: 1) 8 sessioner av moti-vationsökande behandling, MI, och 16 sessioner med förberedelser för behandling utan ekonomiska incitament, 2) samma modell (8+16 sessioner) med ekonomiska incitament för att delta i ses-sionerna (totalt 392 US dollars) och påbörja behandling (50 US dollars) och 3) standardremiss. 281 opioidberoende individer ran-

domiserades till en av grupperna. Deltagarna följdes under fyra månader.

Gruppen med ekonomiska incitament påbörjade behandling (alla typer) betydligt oftare än övriga grupper (52 procent mot 32 procent och 36 procent) och metadonbehandling betydligt oftare (40 procent mot 20 procent och 16 procent). Denna grupp rapporterade också mindre heroinanvändande och injektioner än övriga grupper. Författarna konkluderar att det är möjligt att motivera opioidberoende individer att påbörja behandling och därigenom minska heroinanvändande och injektioner.

Kidorf och medarbetare, 2010

Kidorf och medarbetare (2010) rapporterar sambandet mellan anslutning till behandling och svårighetsgraden av psykiatriska symptom (SCL-90) i den randomiserade studie från 2009 som presenterades ovan. Högre SCL-90 poäng förutsade högre engagemang i behandling (OR=2.15). Detta resultat kan vara viktigt för att avgöra vilka patienter som bäst kan motiveras för behandling.

16.5.2 Relevanta inte randomiserade studier 2006–2010

Inflytande av NEP på smittspridning av HIV och HCV

Kwon och medarbetare, 2009

Kwon och medarbetare (2009) utvecklade en ny matematisk modell för smittspridning av HIV och HCV hos injektionsmissbrukare som delar sprutor. Den kalibrerades med biologiska data och epidemiologiska och beteendevetenskapliga data från Australien. Förutsatt att sprututdelningen från NEP påverkar antalet gånger varje spruta används användes modellen för att uppskatta sambandet mellan incidens av HIV och HCV och sprututdelning.

Enligt denna modell kunde HIV kontrolleras effektivt genom NEP:s utdelning av sterila sprutor. I motsats härtill förblir HCV-frekvensen hög. Proportionen sprutdelning och antalet gånger varje spruta används kan förklara den fortsatt höga incidensen av HCV. Författarna uppskattar att om sprutdistribution och spruttäckning dubblas, så kommer den årliga HCV-incidensen att reduceras till hälften. Om den skulle minska till en tredjedel skulle incidensen öka tre gånger.

Des Jarlais och medarbetare, 2010

Des Jarlais och medarbetare (2010) studerade den historiska utvecklingen av HIV-prevention i New York. Tidiga HIV-preventionsprogram (1984–1994) inkluderade självinitierad riskreduktion, metadon, utbildning och HIV-testning, medan senare ”kombinationsprogram” (1995–2008) innehåller samma komponenter, men inkluderar också en omfattande NEP-verksamhet. Individer som bara injicerat 1984–1994 (n=261) jämfördes med dem som bara injicerat 1995–2008 (n=1 153). De rekryterades från ett omfattande avgiftningsprogram i New York (Beth Israel).

HIV-infektioner var betydligt vanligare hos injektionsmissbrukare i den tidiga kohorten än i den senare (21 procent mot 6 procent, uppskattad incidens 4/100 och 0,3/100 personår). Sprutdelning rapporterades av 33 procent och 30 procent. Individer som både var HIV-positiva och delade sprutor var tidigare betydligt vanligare (10 procent mot 1 procent). Författarna konkluderar att ”kombinerade” preventionsprogram avsevärt kan reducera HIV-smittspridning.

Social kontext och riskbeteende hos injektionsmissbrukare vid NEP*Ksobiech, 2006*

Ksobiech (2006) genomförde en metaanalys av studier av beteenden och social kontext hos injektionsmissbrukare vid NEP. 31 studier med totalt 86 olika mått för 36 beroendevariabler inkluderades. Fem separata metaanalyser genomfördes avseende riskmiljöer, injektionsfrekvens, delade drogparaferalia, drogförberedelser och sprutanvändande. NEP-deltagande påverkade inte vistelse i riskmiljöer såsom ”shooting galleries”. NEP hade en moderat positiv effekt när det gällde riskfria drogförberedelser. NEP-deltagare använde mindre ofta begagnade sprutor och delade mindre ofta drogparaferalia. Det fanns slutligen inget samband mellan injektionsfrekvens och NEP, vilket talar emot att NEP skulle öka frekvensen av injektioner.

Endast 14 studier ingår både i Wodaks och Conneys samt Ksobiechs översikter. Frågeställningarna är delvis annorlunda, men likheterna i resultat är påfallande. Detta gäller också resultaten av de andra redovisade översikterna.

Spruttäckning och HIV-risk

Bluthenthal och medarbetare, 2007

Bluthenthal och medarbetare (2007) studerade spruttäckningen för 1 577 injektionsmissbrukare. Proportionen utdelade sprutor i förhållande till antalet injektioner de senaste 30 dagarna beräknades. Täckningsgraden uppdelades i fyra grupper, mindre än 50 procent (34 procent), 50–99 procent (19 procent), 100–149 procent (12 procent) och 150 procent och högre (35 procent). Gruppen med mindre än 50 procent spruttäckning rapporterade oftare sprutdelning (OR=2,3) och de med 150 procent eller högre täckning lägre sprutdelning (OR=0.3) jämfört med gruppen med 100–150 procent spruttäckning. Andelen som uppgav sprutdelning i de fyra grupperna var 38 procent, 27 procent, 18 procent och 9 procent. Författarna konkluderar att spruttäckning är ett användbart mått för att avgöra om individen får tillräckligt antal sprutor för att minska HIV-risken.

Rich och medarbetare, 2007

Rich och medarbetare (2007) studerade återanvändning och sprutdelning i Rhode Island, där sprutor legaliserades år 2000, och i Massachusetts, där sprutor först legaliserades 2006. Studien genomfördes 2001–2003. Inlagda injektionsmissbrukare (injektion sista sex månaderna) studerades i Rhode Island (n=151) och Massachusetts (n=106). 35 procent av patienterna i Rhode Island hade delat sprutor den sista månaden mot 50 procent i Massachusetts. Författarna konkluderar att en del av skillnaderna kan förklaras av legalisationen av sprutor i Rhode Island 2000.

HCV-status och riskbeteende

Cox och medarbetare, 2009

Cox och medarbetare (2009) studerade hur tillgång till sterila sprutor och medvetenhet om hepatit C (HCV)-status påverkade riskfyllt injektionsbeteende. 230 individer från NEP och metadonprogram intervjuades om drog- och injektionsbeteende de senaste sex månaderna och HCV-testning. 20 procent delade sprutor (hög risk), ytterligare 20 procent delade bara parafrenalia (låg/intermediär risk) och 60 procent delade inte (ingen risk). Både de med låg/intermediär risk och de med hög risk hade svårigheter att erhålla sterila injek-

tionsredskap jämfört med de som inte hade någon risk. Däremot hade HCV-status inget samband med riskbeteende. Författarna konkluderar att tillgång till sterila sprutor och sprutredskap kan vara viktigare än kunskap om HCV-status vad gäller att reducera riskbeteende.

Substitutionsbehandling av sprutbytespatienter

Neufeld och medarbetare, 2008

Neufeld och medarbetare (2008) jämförde behandlingseffekter efter ett år hos de som remitterats från sprutbytesprogram (n=81) jämfört med de från andra remissinstanser (n=243). Förloppet studerades med urinprover varje vecka och antal dagar i behandling. Patienter från sprutbytesprogrammet använde oftare opioider under behandling (OR=2,57) och fullföljde mera sällan behandlingen (35 procent mot 56 procent). Skillnaderna försvann då resultaten korrigerades för bakgrundsdata. Författarna konkluderar att speciella interventioner kan krävas för att minska droganvändande och öka retentionen i behandling av personer som remitteras från sprutbytesmottagning.

16.6 Testning och rådgivning om HIV – ett alternativ?

I Sverige har diskussionen om alternativ till sprutbytesprogram såsom utökad testning och rådgivning under perioder varit intensiv. Mest diskuterad har en norsk studie varit.

Amundsen presenterade 2003 en registerstudie från Sverige, Norge och Danmark baserat på nationella HIV-register under 1980–1996. Sverige och Norge hade lägre frekvens av HIV bland sprutnarkomaner än Danmark. De två länderna hade också mer omfattande provtagning och rådgivning om HIV än Danmark. Danmark hade tillgång till sprutbytesprogram, vilket inte Sverige hade (utom i Lund/Malmö). Författarna menar att utökad rådgivning och testning bör övervägas där sprutbytesprogram inte används eller har låg prioritet.

I en ledare i *Addiction*, en av de ledande vetenskapliga tidskrifterna inom området, diskuterar Amundsen svagheter i de ekologiska studierna (jämförelser mellan regioner eller länder) som jämför HIV-frekvens och tillgång till NEP. (Amundsen 2006) De

statistiska samband som finns kan enligt henne bero på bakomliggande faktorer som inte kunnat kontrolleras, såsom t.ex. HIV-epidemins spontan förlopp.

Hon avslutar artikeln med att påpeka att denna kritik inte kan tolkas som en brist på effekt av NEP. Svårigheterna att förstå mekanismerna bakom NEP och HIV-testning och rådgivning för att minska riskbeteende bör betonas starkare. Hypoteserna bakom forskningen bör specificeras bättre och relevansen bakom de använda designerna bör utvecklas. Kanske är HIV-testning och rådgivning bättre? Vi vet helt enkelt inte. I väntan på ny kunskap bör NEP ingå bland andra metoder för prevention av HIV, men dess status som den överlägsna metoden kan ifrågasättas.

I en insändare i samma tidskrift ifrågasätts hennes slutsatser. **Maher och medarbetare (2006)** menar att evidensen för effekten av testning och rådgivning är relativt svag jämfört med de som stödjer NEP. Testning och rådgivning är mest effektiva i att reducera riskbeteende hos serodiskordanta (endast ena parten har HIV) heterosexuella par. Medan en del studier visar minskning av riskbeteende efter HIV-diagnos, visar flera andra ett fortsatt oförändrat riskbeteende. De flesta randomiserade studier visar en större minskning av riskbeteende vid mer intensiv rådgivning. Evidensen för positiva effekter hos intravenösa missbrukare är särskilt svag. Medan en del studier visar att HIV-positiva injektionsnarkomaner rapporterar mindre riskbeteende än de som inte har testat sig, så visar två studier av hög kvalitet, en randomiserad (Calsyn et al., 1992) och en prospektiv (McCusker et al., 1994) att rådgivning och testning inte hade samband med en minskning av riskbeteende i samband med injektioner.

Calsyn och medarbetare (1992) studerade 313 intravenösa missbrukare. Dessa randomiserades till tre grupper: 1) rådgivning och information om HIV, 2) rådgivning och information om HIV med möjligheter till HIV-testning och 3) väntelista. Vid uppföljning efter tre månader hade högriskbeteende vid injektioner minskat i alla grupper, men inga skillnader förelåg mellan grupperna.

McCusker och medarbetare (1994) studerade förloppet hos 497 injektionsnarkomaner som deltog i en randomiserad studie av HIV-utbildning. Rapporterat HIV-status eller resultat av HIV-test hade obetydligt inflytande på högriskbeteende vad gällde injektioner och sex.

16.7 Negativa studier

Bruneau och medarbetare, 1997

Bruneau och medarbetare (1997) genomförde en kohortstudie i Montreal 1988 till 1995. Studien bestod av tre delar: 1) en tvärsnittsstudie av NEP-deltagare för att bedöma initial HIV-smitta, 2) en kohortanalys (uppföljning 21,7 månader) för att bedöma HIV-serokonversion och 3) en fallkontrollstudie för att identifiera prediktorer för serokonversion. I den första studien (tvärsnittsstudie) ingick 1 599 injektionsmissbrukare. Av dessa hade 10,7 procent positiva HIV-test. De som tidigare haft kontakt med NEP hade en högre frekvens av HIV (OR=2,2). I den andra studien (kohortstudien) registrerades 89 nya fall av HIV. Den kumulativa sannolikheten för HIV-serokonversion var 33 procent för NEP-användare och 13 procent för icke användare. I den tredje studien (fallkontrollstudien) var regelbundet användande av NEP kopplat till ökad risk för HIV (OR=10,5). Alla resultat var baserade på omfattande kovariatanalyser. Författarna konkluderar att NEP-användarna i Montreal har en mer omfattande serokonversion till HIV än individer som inte utnyttjade NEP.

Strathdee och medarbetare, 1997

Strathdee och medarbetare (1997) rekryterade 1 006 aktiva injektionsmissbrukare i Vancouver, som har ett av kontinentens största sprutbytesprogram. Missbrukarna undersöktes initialt och varje halvår med HIV- och HCV-prover. Prevalens för HIV var 23 procent och för HCV 88 procent. Majoriteten (92 procent) hade besökt sprutbytesprogrammet. 40 procent av både HIV-positiva och HIV-negativa individer hade delat sprutor. Under studien blev 24 individer HIV-positiva. HIV-incidensen uppskattades till 18,6 per 100 personår. Författarna konkluderar att trots att Vancouver hade en omfattande sprutbytesverksamhet förhindrade detta inte utvecklingen av en HIV-epidemi.

Garfin och medarbetare (1997) är kritiska till Bruneaus och medarbetares studie i flera avseenden. Studieuppläggningsen var inte avsedd för att bedöma NEP-deltagande. I Montreal fanns också både NEP och apotek som sålde sprutor utan recept. Det har i flera studier visats att i en sådan miljö väljer individer med högriskinjektionsbeteende att få sprutor vid NEP, medan andra med mindre risk väljer att köpa sprutor på apotek. Ett bias föreligger som inte

kan kontrolleras statistiskt och som kan leda till falska positiva samband mellan NEP och HIV.

16.8 Svenska studier

16.8.1 Sprutbytesprogrammet i Malmö

Stenström, 2008 (intervjubaserade studier)

Stenström (2008) publicerade en avhandling med titeln ”Sprutbyte vid intravenöst narkotikamissbruk. En longitudinell studie av deltagarna i sprutbytesprogrammet i Malmö.” Stenström presenterade initialt en omfattande systematisk genomgång av litteraturen. Han finner 70 studier och delar upp dem i missbruksomfattning, riskbeteende och infektionsrisk. Studier av missbruksomfattning är positiva i 6/11 (55 procent), riskbeteende i 21/26 (81 procent) och infektionsrisk i 17/33 studier (52 procent). Proportionen av positiva studier är av samma omfattning som i tidigare redovisade översikter. Studierna är inte helt överensstämmande i de olika översiktterna, t.ex. är tio artiklar som presenteras i Wodaks och Conneys översikt inte upptagna i Stenströms översikt.

Undersökningen. Under 1995 genomfördes intervjuer av 495 personer som deltog i sprutbytesprogrammet i Malmö. Dessa utgjorde 74 procent av alla som haft kontakt under 1995 och som var bosatta i Malmö. Dessutom fanns tillgång till registeruppgifter under åren 1989–2003 från sammanlagt 177 000 besök. Vidare användes Malmödelen av en tidigare nationell kartläggning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning, den så kallade MAX-undersökningen 1998 (Olsson och medarbetare 2001).

Vilka är sprutbytarna? Stenström jämförde karakteristika hos de som deltar i sprutbytesprogrammet med övriga tunga missbrukare. Jämförelsen använde sig av MAX-undersökningen. Sprutbytarna var äldre och hade missbrukat längre än andra tunga missbrukare. Amfetamin dominerade i sprutbytargruppen, medan heroin dominerade bland icke sprutbytare. Majoriteten av missbrukare på sprutbytet injicerade i perioder, medan majoriteten bland övriga injicerade regelbundet. Han konkluderar att sprutbytarna i Malmö knappast utgör en selektion av narkotikamissbrukare med kaotiska bakgrundsförhållanden och högt injektionsrelaterat riskbeteende. Data talar snarare för att gruppen i någon mån utgör en positiv selektion av injektionsmissbrukare.

De intervjuade. De intervjuade delades upp i fyra grupper beroende på integration i majoritetssamhället respektive involvering i subkulturen. En omfattande redovisning av bakgrund och missbruksanamnes gjordes i förhållande till de fyra grupperna. Mest intressant är kanske skillnaden mellan förekomst av sprutdelning i de olika grupperna. Det senaste året har sprutdelning förekommit i totalt 37 procent av individerna och den senaste månaden i 19 procent. De som är integrerade i majoritetssamhället, men inte i subkulturen, har betydligt lägre siffror än övriga, 29 procent respektive 8 procent. De flesta hade tidigare erhållit narkomanvård, totalt 75 procent.

Programutnyttjande. Den genomsnittliga besökaren deltar i programmet under fyra år och gör då 50 besök och hämtar 200 sprutor och 400 kanyler. Variationerna är emellertid stora. Ungefär hälften av besökarna har besökt mottagningen vid något tillfälle utan att byta sprutor och kanyler.

Spruttäckning och sprutdelning. Spruttäckningen baserades på de intervjuades uppgifter om injektionstillfällen under det senaste året. I registret erhöles sedan uppgifter om antalet utdelade sprutor och kanyler. Täckningsgraden för sprutor totalt beräknades till 15 procent och för kanyler 30 procent. Frekventa besökare (> 100 besök) har en täckningsgrad för sprutor på 21 procent och för kanyler på 44 procent. Kanyler kan användas för 3–4 injektioner och sprutor 6–10 gånger.

De som det senaste året ej delat spruta med andra (37 procent) hade en täckningsgrad för sprutor på 17 procent och för kanyler på 34 procent. Motsvarande siffror för de som delat spruta med andra var 11 procent respektive 22 procent.

Vård och behandling. Knappt 60 procent av sprutbytarna hade någon form av behandlingserfarenhet innan de började i sprutbytesprogrammet. Drygt 40 procent hade erhållit någon form av behandling under tiden i programmet, men av dessa hade bara 8 procent ingen tidigare behandlingserfarenhet. Drygt en tredjedel hade aldrig erhållit behandling för sitt missbruk. Behandlingsdata är baserade på anteckningar i sprutbytesregistret och inte erhållna genom kontroll i andra register. Dessa data är därför osäkra.

16.8.2 HBV, HCV och HIV (infektionsbaserade studier)

Månsson och medarbetare (2000) studerade 698 intravenösa missbrukare från sprutbytesprogrammet i Malmö registrerade under perioden 1990–1993. Femton (2,8 procent) var HIV-positiva vid studiens början. 74 procent kunde följas upp under i genomsnitt 31 månader. Inga nya fall av HIV upptäcktes. Initialt var 70 procent HBV-positiva och 91 procent HCV-positiva. 35 procent blev positiva för minst ett av virusen under uppföljningsperioden motsvarande 11,7 serokonversioner/100 år för HBV och 26,3 serokonversioner/100 år för HCV. Serokonversion hade samband med tidigare fängelsevistelse (OR= 2,2), avsaknad av drogfria perioder (OR=5,5) och mera frekvent byte av sprutor (OR=1,3). Således fortsatte både HBV och HCV att spridas bland deltagare i sprutbytesprogrammet. Detta blev ett incitament att förbättra information till missbrukarna samt införa vaccination mot hepatit B.

Alanko-Blomé och medarbetare har senare gjort en uppföljning täckande åren 1997–2005 av 831 nyrekryterade och därefter återkommande sprutbytesdeltagare från Malmömottagningen. Data har hitintills presenterats på vetenskapliga konferenser 2007–2009 och har nyligen accepterats för publikation i *Journal of Viral Hepatitis*. Med bakgrund till den låga HIV-prevalensen bland narkomaner i Malmö, liksom i Månssons studie, riktades fokus mot incidens av surrogatmarkörer för HIV – framför allt hepatit C då risken för smitta med HBV påverkats av införandet av hepatit B-vaccination. I uppföljningsstudien studerades nyregistrerade deltagare. Av de 831 nyrekryterade var endast en HIV-positiv vid den initiala undersökningen. Två serokonverterade till HIV under 2 433 observationsår (incidens 0,08 procent/100 personår) och HIV-incidensen förblev således mycket låg, vilket alltid har varit huvudsyftet med sprutbytesverksamheten. Emellertid var motsvarande incidenser för HCV 38,3/100 personår under risk och för HBV var 3,4/100 personår under risk. Ny smitta av hepatit C inträffade oftast inom 2 år efter registrering till sprutbytet. Med hjälp av RNA-testning kunde man visa att 12 procent redan vid inträdet var i inkubationsfas av hepatit C med virus i blod, fast antikroppar ännu inte hunnit utvecklas. Denna subgrupp var således redan hepatit C-smittade innan de fick tillgång till rena sprutor/nålar via sprutbytet. Om man korrigerar för dessa redan smittade reduceras incidensen till ca. 30 per 100/personår – fortfarande en hög nivå för blodsmitta. När studieperioden delades in i treårsperioder observe-

rades ingen trend till förbättring under senare år. Riskfaktorer för anti-HCV serokonversion var injektion både av amfetamin och av heroin samt fängelsevistelse.

Den kraftiga förbättringen avseende hepatit B får helt tillskrivas införandet av hepatit B-vaccination. Den höga täckningen för HBV-vaccination bland deltagarna visar på ytterligare en positiv effekt av sprutbytesverksamhet, nämligen att nå injektionsmissbrukare för olika typer av andra preventiva interventioner.

Den kontinuerliga virustestningen ungefär var tredje månad möjliggör tidig upptäckt av nysmitta och är en av sprutbytets mest värdefulla komponenter. Det faktum att varje prov efter analys bevaras nedfruset i biobank ger unika möjligheter till både prospektiva och retrospektiva studier av virus, av stammar och virusnivåer, inte minst om de kopplas till självrapporterade data om injektionsmönster.

16.9 Program för personer med missbruk och hög risk för blodburen smitta

Sprutbytesprogrammen startades i Sverige och internationellt framför allt i avsikt att minska smittspridningen av HIV, men också av HBV och HCV. Sprutbytesprogrammen utvecklades sedan till att också inkludera insatser för att reducera riskfyllt sprutbeteende och riskfyllt sexuellt beteende. Detta kompletterades ibland med somatiska, psykologiska och sociala insatser, inklusive remiss för behandling av missbruket. I föregående avsnitt redovisas data från sprutbytesprogrammen i Sverige, där bl.a. effekter av vaccination mot HBV dokumenteras.

16.10 Samordnade program för behandling av kronisk hepatit C eller HIV-infektion och drogberoende

Det råder enighet om att aktivt injektionsmissbruk inte är ett exklusionskriterium för behandling av HIV med antiretroviral terapi (ART; WHO 2006). Aktivt missbruk har dock samband med en hög frekvens avbrott och omfattande försök har gjorts för att minska avbrottsfrekvensen. Metadon- och buprenorfinbehandling är de mest väldokumenterade metoderna för att öka effekten av ART, öka följsamheten och förbättra det virologiska svaret

(Wolfe et al. 2010). Många andra tekniker har också använts i dessa syften. En systematisk redovisning ges i Wolfe et al. (2010).

HCV är vanligt vid intravenöst missbruk med frekvenser mellan 53 procent och 96 procent (Novick och Kreek 2008). Vad gäller behandling för HCV vid intravenöst missbruk konstaterade Schaefer och Mauss (2008) att aktiva missbrukare ofta avbröt behandling under de första tre månaderna bland annat då de upplevde biverkningarna av medicinen som abstinenssymptom. Samtidig behandling med metadon eller buprenorfin rekommenderas därför vid heroinnarkomani.

Novick och Kreek (2008) analyserade behandlingseffekter av den virologiska behandlingen för patienter i agonistprogram. De fann sex studier. Fem av dessa redovisade att mellan 72 procent och 100 procent fullföljde behandlingen, vilket är utmärkta resultat. Författarna konkluderar att högkvalitativ behandling för alla aspekter av HCV-infektionen kan erbjudas patienter som behandlas i agonistprogram. I verkligheten är det emellertid få i denna grupp som erhåller och fullföljer behandling. I svåra fall kan levertransplantation genomföras, men även här är antalet genomförda transplantationer få och vid vissa transplantationscentra accepteras inte patienter med substitutionsbehandling som recipienter. I Sverige pågår sedan 2008 en kohortstudie av patienter inskrivna vid kliniker för substitutionsbehandling i Stockholm, Göteborg och Malmö (Jerkeman och medarbetare) som syftar till att undersöka förekomst av kronisk leversjukdom orsakad av HCV samt möjlighet att genomföra antiviral behandling i denna grupp.

En praktiskt viktig fråga är var behandlingen skall ske – i anslutning till metadonprogrammet eller vid somatisk klinik (infektionsklinik, gastroenterologisk klinik)? Batki och medarbetare genomförde en sådan studie, där patienterna randomiserades till att få behandling i anslutning till metadonprogrammet eller vid en gastroenterologisk klinik. Behandlingen bestod av en injektion per vecka av interferon och daglig oral medicinering med ribavirin under 24 till 48 veckor beroende på HCV-genotyp.

Av initialt 111 patienter bedömdes endast 58 (52 procent) lämpliga för behandling. Vid jämförelse mellan behandling på metadonmottagning jmf med somatisk klinik sågs följande skillnader: fullföljt behandlingen fram till vecka 12, 36 procent respektive 20 procent, erhållit tidigt viralt svar, 33 procent respektive 20 procent och fullföljt behandlingen fram till vecka 24, 27 procent respektive 13 procent. Emellertid var viralt svar vid slutet av behand-

lingen, 15 procent respektive 13 procent och varaktigt svar endast 13 procent respektive 5 procent, dvs. skilde inte mellan grupperna. Författarna konkluderar att HCV-behandling lokaliserad vid metadonprogrammet ökar antalet individer som påbörjar behandling, men har mindre effekt på antalet som fullföljer behandlingen, jämfört med behandling som ges vid den somatiska kliniken.

16.11 Konklusioner

Flera systematiska översikter av effekterna av sprutbytesprogram har publicerats. Av dessa har WHO-rapporten och rekommendationerna (2004) och översikten från Institute of Medicine i USA (2007) haft stor betydelse. En omfattande översikt av Palmateer och medarbetare genomfördes 2010. Denna översikt ligger till grund för slutsatserna i denna rapport. Författarna konkluderar att det finns otillräckliga bevis för att stödja eller avvisa effekt på spridning av HCV (6 positiva studier och 7 icke positiva), möjliga (tentativa) bevis för att stödja effekt på spridning av HIV (10 positiva studier och 6 icke positiva studier) och tillräckliga bevis för att stödja effekten av minskat riskbeteende (39 positiva och 4 icke positiva studier). Inga av dessa studier har haft en randomiserad design.

Under senare år har sex studier med randomiserad design genomförts. Två studier jämförde effekter av sprutor utdelade via sprutbytesprogram jämfört med via apotek. Inga skillnader förelåg mellan grupperna, vilket talar för att sprutbytesprogram inte ökar injektionsfrekvensen. En sådan oro fanns under 1990-talet, men har således visat sig ogrundad.

En studie visade bättre effekter av sprutbytesprogram lokaliserade till sjukhusområde, jämfört med lokalisering ute i samhället. Detta förklarades av en bättre tillgång till kompletterande sjukvård vid lokalisering till sjukhusområde. En annan studie försökte optimera spruttäckningen genom ett datorbaserat program, som beräknade behovet av nya sprutor individuellt, jämfört med sedvanligt förfarande. Under studien minskade användandet av icke sterila sprutor i interventionsgruppen, men inte i kontrollgruppen. Vid uppföljning efter tre månader hade skillnaderna försvunnit.

Två studier har använt olika metoder för att föra över klienterna till substitutionsbehandlingsprogram. Bäst effekt har erhållits med ett omfattande psykosocialt program, som inkluderat ekonomiska incitament för att söka behandling.

Ytterligare sju studier utan randomisering har publicerats efter Palmateers översikt. Resultaten stämmer väl överens med slutsatserna i denna översikt.

I ett särskilt avsnitt redovisas den diskussion som har pågått i vetenskapliga tidskrifter, ifall testning och rådgivning om HIV kan vara lika effektivt som sprutbyte. Något empiriskt underlag för att det skulle förhålla sig så föreligger inte.

Flera studier från sprutbytesprogrammet i Malmö presenteras, varvid det visas att nysmitta av HIV inom programmet i stort sett upphört, medan framför allt HCV fortfarande sprids. Programmet ger unika möjligheter till relativt regelbunden testning och fungerar som ett tidigt varningssystem vid introduktion av HIV. Slutligen diskuteras behandling av HIV och HCV vid intravenöst missbruk. Behandling av HIV skall ges också under ett aktivt missbruk, men indikationerna för samtidig behandling med metadon eller buprenorfin är starka. HCV behandlas bäst med samtidig behandling med metadon eller buprenorfin. Visst stöd finns för att HCV-behandlingen lokaliseras i anslutning till agonistprogrammet.

Referenser

- Amundsen EJ. Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users. *Addiction*. 2006 Jul;101(7):911-2.
- Amundsen EJ, Eskild A, Stigum H, Smith E, Aalen OO. Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counselling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users: a comparative study of Denmark, Norway and Sweden. *Eur J Public Health*. 2003 Sep;13(3):252-8.
- Batki SL, Canfield KM, Plooutz-Snyder R, Levine R. A controlled trial of on-site hepatitis C treatment in methadone maintenance versus GI clinic. *College on the Problems of Drug Dependence*, Scottsdale, AZ, June 2010.
- Blomé MA, Björkman P, Flamholc L, Jacobsson H, Molnegren V, Widell A. Minimal transmission of HIV despite persistently high transmission of hepatitis C virus in a Swedish needle exchange program. *J Viral Hepatitis* (accepted) and The 16th

- Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 2009, <http://www.retroconference.org/2009/PDFs/1023.pdf>.
- Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Jul 10;89(2-3):214-22.
- Bruneau J, Lamothe F, Franco E, Lachance N, Désy M, Soto J, Vincelette J. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am J Epidemiol.* 1997 Dec 15;146(12):994-1002.
- Calsyn DA, Saxon AJ, Freeman G Jr, Whittaker S. Ineffectiveness of AIDS education and HIV antibody testing in reducing high-risk behaviors among injection drug users. *Am J Public Health.* 1992 Apr;82(4):573-5.
- Cox J, Morissette C, De P, Tremblay C, Allard R, Graves L, Stephenson R, Roy E. Access to sterile injecting equipment is more important than awareness of HCV status for injection risk behaviors among drug users. *Subst Use Misuse.* 2009;44(4):548-68.
- Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, Hagan H, Perlman DC, Torian LV, Beatice S, Semaan S, Friedman SR. HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: The importance of transmission behaviors. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Feb 15. (Epub ahead of print).
- Drucker E, Lurie P, Wodak A, Alcabes P. Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS.* 1998;12 Suppl A:S217-30.
- Fisher DG, Fenaughty AM, Cagle HH, Wells RS. Needle exchange and injection drug use frequency: a randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003 Jun 1;33(2):199-205.
- Fisher DG, Harbke CR, Canty JR, Reynolds GL. Needle and syringe cleaning practices among injection drug users. *Drug Educ.* 2002;32(2):167-78.
- Gagnon H, Godin G, Alary M, Bruneau J, Otis J. A Randomized Trial to Evaluate the Efficacy of a Computer-Tailored Inter-

- tion to Promote Safer Injection Practices Among Drug Users. *AIDS Behav.* 2009 Dec 23. [Epub ahead of print].
- Garfein RS, Lyerla R, Jones TS, Nakashima AK, Monterroso ER, Vlahov D. Re: "High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study". *Am J Epidemiol.* 1999 Aug 1;150(3):325-6.
- Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS.* 2001 Jul 27;15(11):1329-41.
- Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduct J.* 2007;4:14.
- Kidorf M, Disney E, King V, Kolodner K, Beilenson P, Brooner RK. Challenges in motivating treatment enrollment in community syringe exchange participants. *J Urban Health.* 2005 Sep;82(3):456-67. Epub 2005 Jul 13.
- Kidorf M, King VL, Neufeld K, Peirce J, Kolodner K, Brooner RK. Improving substance abuse treatment enrollment in community syringe exchangers. *Addiction.* 2009 May;104(5):786-95.
- Kidorf M, King VL, Peirce J, Burke C, Kolodner K, Brooner RK. Psychiatric distress, risk behavior, and treatment enrollment among syringe exchange participants. *Addict Behav.* 2010 May;35(5):499-503. Epub 2010 Jan 4.
- Ksobiech K. Beyond needle sharing: meta-analyses of social context risk behaviors of injection drug users attending needle exchange programs. *Subst Use Misuse.* 2006;41(10-12):1379-94.
- Lowndes CM, Alary M. Re: "High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study". *Am J Epidemiol.* 1998 Oct 1;148(7):713-4; author reply 716-7.
- Lurie P. Invited commentary: le mystère de Montréal. *Am J Epidemiol.* 1997 Dec 15;146(12):1003-6; discussion 1007-10.
- Maher L, Iversen J, Kaldor J. Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programs for prevention of HIV among

- injecting drug users: Response to Amundsen. *Addiction*. 2006 Dec;101(12):1834-6.
- Månsson AS, Moestrup T, Nordenfelt E, Widell A. Continued transmission of hepatitis B and C viruses, but no transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users participating in a syringe/needle exchange program. *Scand J Infect Dis*. 2000;32(3):253-8.
- Masson CL, Sorensen JL, Perlman DC, Shopshire MS, Delucchi KL, Chen T, Sporer K, Des Jarlais D, Hall SM. Hospital- versus community-based syringe exchange: a randomized controlled trial. *AIDS Educ Prev*. 2007 Apr;19(2):97-110.
- McCusker J, Bigelow C, Stoddard AM, Zorn M. Human immunodeficiency virus type 1 antibody status and changes in risk behavior among drug users. *Ann Epidemiol*. 1994;4:466-71.
- Neufeld K, King V, Peirce J, Kolodner K, Brooner R, Kidorf M. A comparison of 1-year substance abuse treatment outcomes in community syringe exchange participants versus other referrals. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Sep 1;97(1-2):122-9. Epub 2008 May 16.
- Novick DM, Kreek MJ. Critical issues in the treatment of hepatitis C virus infection in methadone maintenance patients. *Addiction*. 2008 Jun;103(6):905-18. Epub 2008 Apr 16.
- Olsson B, Adamsson-Wahrén C, Byqvist S. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3 Nr 61. Stockholm: CAN; 2001.
- Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010 Mar 2. [Epub ahead of print].
- Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, Reinert S. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Jul 10;89(2-3):292-7. Epub 2007 Mar 26.
- Schaefer M, Mauss S. Hepatitis C treatment in patients with drug addiction: clinical management of interferon-alpha-associated psychiatric side effects. *Curr Drug Abuse Rev*. 2008 Jun;1(2):177-87.

- Stenström N. Sprutbyte vid intravenöst narkotikamissbruk. En longitudinell studie av deltagarna i sprutbytesprogrammet i Malmö. Östersund, Sweden: Department of Social Work. Mid Sweden University Doctorial Thesis 42; 2008.
- Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*. 1997 Jul;11(8):F59–65.
- Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DD, Falco M, Hammett TM. et al. Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: Institute of Medicine; 2007.
- WHO. HIV/AIDS treatment and care: clinical protocol for the WHO European Region. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, 2006.
- Wodak A., Cooney A. Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users Evidence for Action Technical Papers. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Wolfe M, Carrieri MP, Shepard S. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010;376:355–66.
- Voth EA. Re: "Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses". *Am J Epidemiol*. 2000 Jan 15;151(2):207-8.
- Wright NM, Tompkins CN. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J*. 2006;3:27.

17 Etnicitet och missbruks- och beroendevård

Solvig Ekblad, leg psykolog och docent, Karolinska institutet

Sammanfattning

Den ökande asylinvandringen och rörligheten inom Europeiska unionen av människor med andra drogvanor jämfört med våra traditionella medför behovet av att studera hur det förhåller sig med nyanländas och andra utrikesföddas missbruk och vårdbehov.

Litteraturoversikten visar att kunskapsläget ännu är generellt bristfälligt när det gäller etnicitet och missbruk- och beroendevård. Etnicitet kan skydda mot drogmissbruk, nollkonsumtion men det förekommer en blandning av värdlandets drogvanor med individens drogvanor från hemlandet. Missbruk bland barn till utrikesfödda föräldrar påverkas av såväl mönstret i majoritetsbefolkningen som föräldrarnas ursprungsland.

Definition av begrepp (t.ex. etnicitet, utrikesfödd) måste klargöras och bli enhetliga så att det blir möjligt att koppla samman data från olika informationskällor.

Mer samarbete och gemensamma kompetensutbildningar behövs mellan aktörer i asyl- och flyktmottagandet inklusive delaktighet från målgruppen samt forskningsinstitutioner för kvalitetssäkring i syfte att förebygga, minska och rehabilitera utrikesfödda med missbruk.

Drogprevention och nolltolerans till diskriminering ska utgå från ett folkhälso-, introduktions- och integrationsperspektiv där tvärvetenskapliga metoder utvecklas för analys av folkhälsans epidemiologi i ett mångkulturellt samhälle, såväl nationellt, regionalt, lokalt som i den europeiska grannskapspolitiken. Informativa, innovativa IT-insatser som komplement påverkar attityder och normer hos riskgrupper. Behandling för att vara effektiv måste vara vetenskapligt baserad. ”Goda” exempel på drogbehandling i samverkan med bl. a. frivilligorganisationer behöver främjas och spridas.

17.1 Inledning

17.1.1 Syfte

Kartläggningen syftar till att identifiera och granska den befintliga aktuella litteraturen om etnicitet och missbruks- och beroendevård och innehåller:

- Definition av nyckelbegrepp och statistik.
- Trender och mönster i Sverige vid internationella jämförelser (särskilt i jämförelse med de nordiska länderna).
- Nollkonsumtion, bruk och missbruk och ”nya grupper av problematiska konsumenter” – teoretisk förankring.
- Risk- och skyddsfaktorer för drogberoende.
- Vårdbehov och systembarriärer som försvårar tillgången till vård.
- Case, lyckat preventivt arbete till asylsökande och nyanlända flyktingar.
- Förslag på åtgärder (primär, sekundär och tertiär nivå).
- Områden för framtida forskningsfokus.

Frågeställningar

Hur ser alkohol- och drogstatistiken ut?

Riskgrupper?

Risk- och skydds faktorer?

Vilka vårdinsatser finns i dag?

Hur matchar dessa insatser med vårdbehoven?

Vilka systembarriärer finns?

Vilka åtgärder behövs inom preventivt arbete?

Inom vilka områden behövs ytterligare kunskap?

17.2 Upplägg

Litteraturöversikten inleds med en bakgrund som tar upp definition av nyckelbegrepp, metod, emigration och immigration, in och utvandring till Sverige, integrationspolitikens mål och inriktning och avslutar med ett teoretiskt perspektiv. Omfattning av traditionella och nya drogvanor och missbruksmönster i ett internationellt (tonvikt på EU och nordiskt) och svenskt perspektiv följer härnäst varefter riskgrupper företrädesvis i Sverige behandlas och avsnittet avslutas med behandlingsstudier. Översiktens sista del handlar om åtgärdsförslag utifrån de systembarriärer som försvårar tillgången till preventivt arbete och vård. Avsnittet tar upp helhetssyn och samverkan, följt av etik, kompetensutbildning till vårdpersonal och behov av forskning.

17.3 Bakgrund

17.3.1 Definition av nyckelbegrepp

Kultur, transkulturellt och transnationellt perspektiv och etnocentrism

Med begreppet *kultur* menas i denna kunskapsöversikt en gemensam livsform av erfarenheter, värderingar, regler och idéer som finns i ett samhälle. Kultur står för det vi lär oss och som vi delar med andra. Innehållet i respektive kultur är inte statiskt utan förändras ständigt, speciellt i dagens globala värld där vi genom olika tekniker omedelbart kan möta omvärlden. Dock finns det samtidigt kvar centrala grundelement (t.ex. språk, och traditioner) som utgör identitetens kärna i respektive kultur. Kleinman (1980) utvecklade begreppet "explanatory model" för sjukdom i samband med bl.a. drogberoende. Patienters förklaringar till drogberoende eller annan upplevd sjukdom påverkas av historiska och sociala förhållanden och kan skilja sig från majoritetskulturens modell och vårdgivarens medicinska modell. Skillnader i förklaring av sjukdom kan leda till olika förväntningar, svårigheter i kommunikationen och till bristande tillgång till vård. Det kan även leda till att man på grund av stigmatisering inte deltar i en studie om t.ex. alkohol- och drogvanor och missbruk.

Med ett *transkulturellt perspektiv* menas i denna översikt att kunna reflektera över betydelsen av egen och andras bakgrund,

kulturell och annan, och nuvarande levnadsförutsättningar i ett maktperspektiv för arbete med målgruppen och kolleger. Ett alltmär vanligt begrepp i sammanhanget är *transnationell* och används för att beskriva händelser utifrån flera länders interaktion. När vi med våra ”svenska kulturglasögon” bedömer andra främmande kulturer, dvs. när vi utgår från vår egen kultur vid tolkning av en främmande kultur så handlar det om *etnocentrism*.

Minoritet, etnicitet, utrikesfödd och uppehållstillstånd

Den 1 juni 2000 trädde den svenska ratificeringen av Europarådets konvention om regionala språk och minoritetsspråk samt Ramkonventionen för skydd av nationella minoriteter i kraft. Därigenom erkände Sverige *fem nationella minoriteter och minoritetsspråk*: judar/jiddisch, romer/romani, samer/samiska, sverigefinnar/finska och tornedalingar/meänkieli. Eftersom det ännu inte förs någon statistik utifrån etnicitet i Sverige så finns en uppskattning om hur många det är som tillhör de fem nationella minoriteterna (samer, judar, romer, sverigefinnar och tornedalingar). Totalt ligger siffran på cirka 600 000 människor. Samerna uppgår till cirka 20 000 (varv 2 500 lever av renskötsel), tornedalingarna beräknas vara 50 000, romerna lika många (50 000), judarna omkring 20 000 och sverigefinnarna cirka 450 000.

Begreppet *etnicitet/etnisk identitet* (från grekiskan *ethnos, people*) definieras av Allwood och Franzén (2000) utifrån följande fyra vanliga kriterier: att individen själv och omvärlden ser att individen tillhör en speciell grupp; att den gruppen individen tillhör har föreställning om ett gemensamt ursprung; att individen i stor utsträckning gifter sig inom gruppen; att den grupp individen tillhör skiljer sig från andra grupper vad gäller kollektiva egenskaper. Samma författare menar också att andra kriterier för att identifiera etniska grupper är att de har en gemensam religion och ett gemensamt språk.

SCB:s definition av en person som är *utrikesfödd* utgörs av utrikesfödda och svenskfödda med två utrikesfödda föräldrar. En person räknas som *invandrad* när denne folkbokförs i Sverige. En utrikesfödd som t.ex. är kurd kan komma från flera länder och ha olika skäl för invandring. Personer med utländsk bakgrund i Sverige är en mycket heterogen grupp. År 2009 uppgick andelen födda utomlands till 14 procent. Andelen utrikesfödda har fördubblats sedan början av 1970-talet. Sedan slutet av 1970-talet har

de som invandrat till Sverige främst bestått av flyktingar då gruppen arbetskraftsinvandare varit låg. Största gruppen utgörs av 173 000 personer födda i Finland följt av 117 000 födda i Irak. Vidare är 390 000 personer födda i Sverige av två utrikesfödda föräldrar. Tillsammans med andelen föda utomlands utgjorde de vid årsskiftet (31 december 2009) nära 19 procent av Sveriges befolkning. Vidare indelas utrikesfödda i stora geografiska indelningar (Sverige, Norden, Europa och utanför Europa), något som kan ge missvisande resultat i studier.

Grund för bosättning: I statistiska centralbyråns statistik görs en indelning om grund för bosättning och som baseras på Migrationsverkets uppgifter över beslut om uppehållstillståndet i Sverige. Födelseland avser det land där personen är född. Permanent uppehållstillstånd kan förvärfvas av EU- eller ESS-medborgare, personer som har familjeanknytning till Sverige, personer som har annan anknytning till Sverige, personer som har arbete i Sverige (under vissa omständigheter) eller personer som söker skydd. För dem som söker skydd finns det olika grunder för uppehållstillstånd (Bilaga 2). Den 1 juli 2010 infördes en lagändring som syftar till att barn och föräldrar inte ska skiljas åt i onödan. En person som får statusförklaring som flykting, alternativt skyddsbehövande eller övrig skyddsbehövande beviljas permanent uppehållstillstånd (PUT) eller ett tidsbegränsat uppehållstillstånd (TUT) som gäller i minst tre år. I undantagsfall kan giltighetstiden begränsas men tillståndet är aldrig kortare än ett år.

Systemhinder

I Statistiska centralbyråns statistik förekommer inte etnicitet som en variabel ännu utan i stället förekommer variabeln utrikesfödd. Indelning av utrikesfödda i stora geografiska indelningar försvårar tolkningen av data.

17.3.2 Metod

En litteratursökning av svenska och internationella (företrädesvis från EU inklusive nordiska) studier som studerat eventuella samband mellan etnicitet och konsumtionsvanor, missbruks- och beroendevård har skett mellan åren januari 2005 – och juni 2010 i

olika databaser, framför allt i PubMed, men också i PsychINFO och PILOTS. En genomgång av hemsidor på kommuner, landsting och andra myndigheter och organisationer, referenslistor, samt muntliga kontakter med nyckelpersoner har gjorts. På grund av den begränsade litteraturen inom området valdes inte som arbetsform och metodik den sedvanliga rutin som används av olika etablerade centra för systematisk granskning (t.ex. Cochrane Centre i England och SBU i Sverige).

Brist på data – specifika hinder för tolkning av data

Kunskap om drogmissbruk bland utrikesfödda är begränsad på grund av brist på data (Lindert m.fl. 2008, Hensing och Spak, 2009). En annan förklaring är att den svenska alkohol- och narkotika politiken baseras på ideologier i stället för en policy som är grundad på forskning och vetenskapliga studier kring etnicitet och drogkonsumtion och missbruk. Vidare bygger osäkra data på de få tillgängliga tvärsnittsstudier som finns på målgruppen, något som gör analyser osäkra över tid. På senare år har nya grupper med mångskiftande behov mottagits och åtgärder behövs på många olika områden varför det kan vara en av orsakerna till att kunskapen om drogvänor bland personer med utländsk bakgrund är begränsad.

En ytterligare begränsning som försvårar insamling och tolkning av data är metodologiska problem i samband med intervjuundersökningar; man uppger socialt önskvärda svar, man kommer inte ihåg, personer med alkohol- och andra missbruksproblem är i regel underrepresenterade, något som begränsar validitet. Litteraturen rekommenderar därför fokus på kvalitativa fältstudier eftersom målgruppen känner brist på förtroende, fruktan och känsla av stigmatisering. Därför behövs ett brett perspektiv vid urval som tar hänsyn till både pre- och postmigrations perioden i det nya landet. Vidare är det viktigt att tala *med* och inte *om* målgruppen för att kunna rekommendera förslag på prevention.

Psykometriska instrument som använts i studier på utrikesföddas hälsa är inte alltid ekvivalenta, kulturellt validerade vad gäller begrepp, metriska värden och normer (Lindert m.fl. 2008, Ekblad, Janson och Svensson, 1996). De tillgängliga översättningarna har vanligen inte blivit validerade innan för respektive språkgrupp. Instrumenten präglas av ett västerländskt sätt, svenska normer,

varför det är svårt att generalisera sjukdomar och symtom till andra etniska grupper än svenskfödda.

Det förekommer brister i språkförståelse om svenskan inte är modersmålet, och där kvaliteten på tolkar varierar. Rättssäkerheten kommer i fara om översättningen inte görs korrekt.

Bristande konsensus om begreppet missbruk/riskbruk

Missbruk (på engelska hazardous use, heavy consumption) av droger (alkohol, narkotika) definieras allmänt utifrån ett kontinuum, konsumtionsmått, beräknat per tillfälle och/eller vecka, medan andra aktörer föredrar en definition utifrån eventuella negativa konsekvenser (Andersson, Bendtsen, Spak, 2010). Självrapporterad intensivkonsumtion avser svar på frågan ”Hur ofta händer det att du vid ett och samma tillfälle dricker alkohol motsvarande minst 1 halvflaska sprit, 2 flaskor vin, 6 burkar starköl eller 12 flaskor folköl?” Ett svar på 2–3 gånger per månad eller oftare har klassificerats som att ha riskkonsumtion av alkohol. Statens Folkhälsoinstitut har tagit fram s.k. pragmatisk gräns: Riskbruk anses föreligga om den totala veckokonsumtionen överstiger 14 standardglas för män respektive 9 för kvinnor och/eller om 5 eller fler standardglas för män respektive 4 eller fler för kvinnor konsumeras vid ett dryckestillfälle. Dessa gränser används i Europa och i USA. Emellertid finns det länder som av kulturella och hälsopolitiska skäl har satt högre gränser. Dock är det oklart om intensivkonsumtion ska fastställas till minst ett eller två sådana tillfällen per månad för att betraktas som riskbruk. Den bristande konsensus som föreligger avseende begreppet riskbruk leder till att åtgärder sätts in i olika faser av problem och gör det svårt att kunna implementera riskbruksarbetet i vården. En entydig definition av riskbruksbegreppet kan gynna såväl patienter och klienter och vårdpersonal som folkhälsoarbete och forskning. Eftersom det svenska samhället blivit ett mångkulturellt samhälle på kort tid är ett etnicitetsperspektiv på begreppet missbruk och riskbruk av central betydelse.

Systemhinder

För att kunna följa missbruksutvecklingen mer i detalj är det således viktigt att ha god konsensus om begrepp, information om dryckes-
mönster i olika befolkningsgrupper, och hur förändringar av dessa
mönster sker över tid, men detta saknas ännu på ett systematiskt
sätt (Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, 2009).

17.3.3 Emigration och immigration till Sverige

Mellan 1850 och 1930 utvandrade 20 procent (cirka 1,4 miljoner) av Sveriges befolkning på grund av fattigdom och de flesta reste till Nordamerika. Sverige var därför ett emigrationsland fram till 1930-talet. Under 1930–40-talen var det omvänt och invandringen har stigit därefter successivt. Den första vågen av invandring bestod av återvändande svensk-amerikaner men allteftersom har invandringen skett av människor utan tidigare anknytning till vårt land. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB, 2005) har Sverige ända sedan 1930-talet, med undantag för några år i början på 1970-talet, haft ett invandringsöverskott, dvs. fler invandrare än utvandrare. Under 1940-talet var det framför allt flyktingar från närliggande länder (Baltikum, Danmark, Finland, Norge) och överlevande judar från koncentrationsläger från andra världskriget i Europa som sökte asyl i vårt neutrala land, Sverige. En del återvände hem efter krigsslutet.

Under 1950- och 1960-talen behövde den svenska industrin arbetskraft som medförde invandring från de nordiska grannländerna och Polen. Sedan kom arbetskraftsinvandrare från Syd-europa (Italien, Grekland, forna Jugoslavien) och Turkiet och som kulminerade under de sista åren av 1960-talet (SCB, 1991). Sverige var med och undertecknade Genevèkonventionen (1949) vilket möjliggjorde flyktinginvandring. De första flyktinggrupperna på 1960-talet kom från Polen, Ungern, Tjeckoslovakien och forna Jugoslavien. I början av 1970-talet minskade behovet av utländsk arbetskraft och flyktingar och deras anhöriga har därefter dominerat invandringen. Flyktingar kom från Afrika (Etiopien), Asien (Vietnam), Latinamerika (Chile) och Mellanöstern (Irak och Iran) under 1970- och 1980-talen. Under 1990-talet och de första åren av 2000-talet sökte flyktingar från f.d. Sovjetunionen, Bosnien, Kosovo, Iran, Irak, och Somalia.

Fjärde största asyllandet i Europa

I årsredovisningen Migrationsverket 2009 står att under 2009 sökte 24 194 personer asyl i Sverige, ungefär lika många som 2008. En global uppskattning av migrationsströmmar finns i Tabell 1. Flyktingvågen har minskat från Irak samtidigt har den ökat från Somalia som står för den största gruppen asylsökande i Sverige. Under 2009 sökte 5 874 somalier asyl i Sverige, som är en ökning med 75 procent jämfört med året innan. Det har även skett en ökning av antalet asylsökande från Afghanistan, Kosovo, Iran, Ryssland och Eritrea.

Europeisk statistik från Intergovernmental Consultations on Migration, Asylum and Refugees visar att det har skett en uppgång med 8 procent av asylsökande i Europa under 2009 och de länder som tagit emot flest asylsökande är Frankrike, Tyskland, Storbritannien och Sverige på fjärde plats. Under 2009 har fler asylsökande i Sverige fått uppehållstillstånd jämfört med året innan, 2008. Denna ökning beror på att andelen asylsökande från Somalia har blivit större. Antalet kvotflyktingar under 2009 var 1 936 personer. Sverige har det största mottagandet av kvotflyktingar bland EU-länderna. Migrationsverket har ambitionen att förkorta väntan för asylsökande; från 9 månader under 2008 till 6,8 månader under 2009 och under första halvåret 2010 i genomsnitt väntetid 4,5 månader för första beslutet. Återvändandet är prioriterat. Det finns fortsatt behov av kommunplatser för ensamkommande flyktingbarn, dvs. barn utan vårdnadshavare.

År 2009 var familjanknytning det vanligaste skälet (35 procent) till invandring i Sverige (totalt 34 082 personer). Under samma år fick drygt 11 000 personer (11 procent) som sökte asyl i Sverige permanent uppehållstillstånd (inklusive cirka 1 900 kvotflyktingar). Den största gruppen asylsökande under 2009 bestod av somalier (24 procent), irakier (9 procent) och afghaner (7 procent). Under 2009 beviljade Migrationsverket 27 procent av de asylsökande (totalt 98 644) uppehållstillstånd. Av dessa var 20 procent flyktingar enligt Genèvekonventionen, 66 procent skyddsbehövande i övrigt och 9 procent beviljades uppehållstillstånd på grund av synnerligen ömmande omständigheter.

Tabell 1 Global uppskattning av migrationsströmmar (WHO, 2010)

Kategori	Uppskattat antal
Internflyttningar	Cirka 740 miljoner (2009)
Invandrare	Årligt flöde mellan åren 2005–2010 om 2.7 miljoner med omkring 214 miljoner internationella migranter år 2010
Arbetskraftsinvandrare	Cirka 100 miljoner (2009)
Internationella studenter	Cirka 2.1 miljoner (2003)
Personer som förflyttas till skydd av UNHCR	51 miljoner (2007) inkluderar dem som förflyttats på grund av naturkatastrofer och konflikter (UNHCR)
Flyktingar	15.2 miljoner (2009)
Asylsökande eller med flyktning skäl	838 000 (2009)
Temporärt – semester eller affärsresor	922 miljoner (2008)
Internationell trafficking	Cirka 800 000 per år (2006)

17.3.4 Integrationspolitikens mål och inriktning

Regeringens mål för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Regeringens politik under senaste mandatperioden var inriktad på att bryta utanförskapet. År 2008 presenterade regeringen skrivelsen ”Egenmakt mot utanförskap – regeringens strategi för integration”, ett samlat dokument med analys, strategi och politisk inriktning för integrationspolitiken. I skrivelsen redovisar regeringen sju strategiska inriktningar:

- ett effektivt system för mottagande och introduktion för nyanlända,
- fler i arbete och fler företagare,
- bättre utbildningsresultat och likvärdighet i skolan,
- bättre språkkunskaper och utbildningsmöjligheter för vuxna,
- en effektiv bekämpning av diskriminering,
- en positiv utveckling i stadsdelar med utbrett utanförskap, samt
- en gemensam värdegrund i ett samhälle som präglas av en tilltagande mångfald.

Ny organisation för flyktingmottagandet fr.o.m. 1 december 2010

I Regeringens proposition (2009/10:60), "Nyanlända invandrades arbetsmarknadsetablering – egenansvar med professionellt stöd" föreslås en ny lag om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. Den 17 mars 2010 beslutade riksdagen om en ny lag "Lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare" som ska påskynda etablering i arbets- och samhällslivet och träder i kraft den 1 december 2010. Detta innebär förändrade eller nya ansvarsområden för Arbetsförmedlingen, kommunerna, Länsstyrelserna, Försäkringskassan samt Migrationsverket. Samtidigt föreslås en ny aktör – etableringslotsen som ska stödja den nyanlände i arbetsrelaterade frågor, men också i sociala frågor. Arbetsförmedlingen får ett samordnande ansvar i etableringsinsatserna, som introduktionen i kommunen nu ansvarar för. Etableringsplanen gäller i ett år från och med den dag som den nyanlände folkbokförs i en kommun för första gången. Arbetsförmedlingen ska tillsammans med den nyanlände upprätta en etableringsplan utifrån en behovsbedömning i etableringssamtalen. Planen ska vara ett levande dokument som revideras efterhand. Planen ska vara upprättad inom två månader från permanent uppehållstillstånd (PUT) eller inresa i landet och den gäller i max två år. Försäkringskassan betalar ut etableringsersättning, etableringstillägg och bostadsersättning som blir lika i hela landet. Ansvariga för genomförande av Svenska för invandrare (SFI) och 60 timmars obligatorisk samhällsorientering kommer fortsättningsvis att ligga på respektive kommun. Kommunerna kommer även i fortsättningen att ansvara för introduktionen av de personer som inte omfattas av den nya lagen och ger försörjningsstöd.

Lagen om etableringsinsatser vänder sig till nyanlända i arbetsför ålder (20–64 år) som har fått uppehållstillstånd som flyktingar eller av flyktingliknande skäl samt kvotflyktingar. Även nyanlända i åldern 18–19 år, som saknar föräldrar i Sverige, omfattas av den nya lagen liksom anhöriga till nyanlända om de ansökt om uppehållstillstånd inom två år från det att anknytningspersonen först togs emot i en kommun. Nyanlända som förvärvsarbetar på heltid, går i gymnasieskola eller på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan, endast kan delta i etableringsinsatser på mindre än 25 procent av heltid, har ingen rätt till etableringsplan.

Systemhinder

I den nya organisationen av flyktingmottagandet från och med 1 december 2010 får inte landstingen ett klart ansvarsområde som de övriga myndigheterna (Arbetsförmedlingen, kommuner, länsstyrelser, försäkringskassan, Migrationsverket). Detta kommer att försvåra ett samarbete när det gäller preventivt hälsoarbete vid uppförandet av etableringsplanen för den nyanlände.

17.3.5 Ett teoretiskt perspektiv

En biopsykosocial modell

Varför hamnar vissa med olika etnisk bakgrund i drogmissbruk? Det finns ett flertal förklaringar till det, men en förklaringsmodell som valts med hänsyn till syftet är en kognitiv, genetisk och psykosocial modell (Carlsson m.fl. 2004) och som här kallas en biopsykosocial modell (Ekblad, i tryck). Missbruk av droger kan ses som ett sätt att handskas med sina personliga tillkortakommanden. Tvilling- och adoptionsstudier och djurförsök visar högre missbruk bland enäggstvillingar än tvåäggstvillingar. Den sociala inlärningspsykologiska modellen menar att alkohol- och andra drogmissbruk är socialt förvärvade beteendemönster i likhet med tröstätande eller rökning.

Missbruk är generellt en okontrollerad tvångsmässig konsumtion av drogen, vilket medför förr eller senare (kroniska) kroppsliga, psykiska eller sociala skador för individen eller dennes omgivning. Drogen kan fungera som ett rent njutningsmedel men missbruket kan även ha funktionen som en strategi för överlevnad genom att minska psykisk spänning eller fungera som en flykt från en outhärdlig livssituation eller kris. Ett biopsykosocialt perspektiv på stress och individuell sårbarhet innebär att stress tolkas som en obalans mellan vad människan behöver och förmår och vad omvärlden erbjuder och kräver av personen i fråga. Stress är någonting som vi alla förr eller senare drabbas av, dock är det svårt att avgöra vad som är "normalt" och vad som har sjukdomsvalör". Stress blir kroppens mobilisering för att möta situationer som upplevs hotande. Med *primära stressfaktorer* i flyktingsammanhang, menas de händelser i form av våld, förlust, separation och flykt som drabbar individen före ankomst till ett mottagarland. *Sekundära stressfaktorer* menas i flyktingsammanhang bemötande i mottagandet

efter ankomsten (t.ex. lång och svår tid i väntan på uppehållstillstånd, föräldrasvikt, utebliven familjeåterförening, arbetslöshet, passivitet).

Stressande händelser kan framkalla akuta och posttraumatiska stressyndrom, men kronisk stress utan tillräcklig återhämtning ger upphov till utmattningssyndrom. Utmärkande drag för utmattningssyndrom är stark trötthet, kognitiva problem och sömnstörning. I regel så ger det akuta stressyndromet med sig inom några dagar men ibland övergår det i ett posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), vanligt hos flyktingar (Ekblad och Roth, 2009) och samsjuklighet med drogmissbruk och depression.

Den teoretiska modellen i detta synsätt är utvecklad av Silove (1999) och utgår från vikten av att förstå individen i sin kontext, dvs. att individen upplever sig bli bekräftad, som i sin tur leder till trygghet, mindre stress och bättre upplevd hälsa. Silove utgår från fem hälsosystem (anknytning, trygghet/säkerhet, identitet/roller, mänskliga rättigheter/rättvisa och existentiell/meningsskapande). Dessa system kan under normala omständigheter säkerställa att interaktionen mellan individ och samhälle fungerar på ett sätt som understödjer den personliga och sociala jämvikten. Att inte kunna koncentrera sig är också en viktig del i de språkinlärningsproblem som många flyktingar med PTSD har (Söndergaard & Theorell, 2004). I en kartläggning bland SFI-deltagare i Malmö (Eriksson-Sjöo och Ekblad, 2009) visar en stor andel nyanlända flyktingar bl.a. klara symptom på utbrändhet, de känner stor oro över familj och anhöriga i hemlandet och många känner sig diskriminerade och dåligt bemötta. Modeller varierar för att förklara PTSD, t.ex. utvecklad överkänslighet för stress, betingning av rädsla, svårigheter att utsläcka minnen. Alternativt förklaras PTSD som en störning i individens integrativa kapacitet av informationsbearbetning och återhämtningsförmåga.

Etnicitet och etnisk identitet ses i denna kartläggning som möjliga prediktorer för drognormer (vad som är accepterat respektive inte accepterat beteende) och konsumtionsmönster men kan även ses som ”skydd” mot olika former av drogkonsumtion. Det finns ett antal prediktorer för hur man lyckas socialt och psykologiskt som invandrad. I detta sammanhang är en prediktor om ursprungsmiljön är tolerant eller avvisande mot olika typer av drogkonsumtion. En del utrikesfödda kommer från länder där lugnande medel, sömnmedel, bantningsmedel och uppiggande medel är receptfria. Två andra prediktorer är tillgänglighet och pris vilket påverkar missbruksrisken. Reaktionen efter svåra traumatiska upplevelser före,

under eller efter ankomst till värdlandet kan sannolikt ses som allmänmänskliga orsaker till drogmissbruk. Utrikesfödda påverkas i regel allt eftersom tiden går i det nya landet av de drogvanor som är vanliga i mottagningslandet.

En stark religiös tro (faith), är en skyddande faktor (Dupont, m.fl. 2005). Individens religiösa tro samt tron på sin egen förmåga att klara av svåra saker utöver det vanliga är viktiga skyddande faktorer liksom att känna tillit till andra i omgivningen. Teorier om social påverkan, kontroll och modellerande tar upp om betydelsen av att ha en närstående, likvärdig nykter förebild för att förebygga alkohol och andra drogvanor eller för missbrukarens vilja och möjlighet att bli nykter. Det förefaller som om kvinnors drogvanor är lägre jämfört med män på grund av uppfostringsstrategier (social kontroll). Att vara i ett meningsfullt sammanhang är viktigt för hälsan (Ekblad, 2003). Antonovsky (1991) har beskrivit fysisk och psykisk hälsa som en känsla av sammanhang som består av en dynamisk process i vilket individen strävar i att förstå, utforma och finna en mening i livet. Av speciell betydelse för hälsosamt beteende är sociala nätverk och socio-ekonomiska faktorer. Emellertid saknar många utrikesfödda dessa förutsättningar.

Bland de sociala nätverksfaktorerna hör familjestruktur och stöd, föräldrars förmåga att uppfostra barn, kamratrelationer, skolmiljö, arbetsförhållanden och fritidsaktiviteter, och föreningsliv.

Till en samhällsnivå hör lokala och nationella regler och lagar som styr tillgänglighet till alkohol och andra droger samt försök att på samhällsnivå påverka de normer som styr människors syn på alkohol och andra drogproblem.

17.4 Omfattning

17.4.1 Traditionella och nya drogvanor och missbruksmönster

Olika typer av drogkulturer och missbruksmönster

Bruk och missbruk av droger förekommer mer eller mindre i de flesta kulturerna och olika typer av droger har använts av individen sedan mycket långt tillbaka. Droger intogs till en början i medicinskt syfte, sen blev det njutning och hallucinogena verkningar, och som spreds snabbt. Uppskattningsvis är 4 procent av den globala sjukdomsördan orsakad av alkoholbruk och som motsvarar lika många

dödsfall och oförmåga som tobak och hypertension (Room, Babor och Rehm, 2005).

Sydamerikanska indianstammar har en tusenårig tradition att tugga kokablåd (Hamberg, 2010, s. 4). Orsaken tros närmast vara brist på mat, varför tuggning av kokablådet blev en ersättning för mat. Koka har även varit en betydelsefull del av schamanernas religiösa ritualer för att främja kontakten med gudarna. Dessutom har drogen fungerat som smärtstillande och som stimulantia för t ex arbete. Sigmund Freud, psykoanalytiker rekommenderade kokain som botemedel mot bl.a. alkoholism och depressioner (Courtwright, 2003, i Hemberg 2010). Alkoholen är säkerligen den äldsta drogen och mest användbara berusnings- och bedövningsmedlet (dock undantag islam officiellt) (Nordengren & Tunving, 1997). I Iran används opium traditionellt för medicinska skäl, som inkluderar själv-hjälp liksom för rekreation och sociala band. En studie bland patienter i slutna vård rapporterar en 9,7 procent livstidsprevalens för opiumbruk. Opium är den andra mest frekventa använda drogen i Iran efter tobak (Ahmadi och Benrazavi, 2002). Opiumkonsumtion är högre bland iranska flyktingar i Nederländerna jämfört med iranier i hemlandet (Dupont m.fl., 2005).

Sverige ses traditionellt som ett spritland och som har en ”torr” dryckeskultur (låg totalkonsumtion men hög berusning) medan restriktioner mot narkotika varit starkare på grund av att drogen anses komma från utlandet (Boekhout van Solinge, 1997). Från början av 1990-talet och framåt har alkoholkonsumtionen ökat i Sverige. Den största ökningen ägde rum mellan 1995 och 2004, den period under vilken konsumtionen steg från drygt 8 liter till 10,5 liter ren alkohol per person (15 år och äldre). Enligt Statens Folkhälsoinstitut finns det ingen tydlig trend angående andelen riskkonsumenter, bland 16–84 åringar, siffran har legat stadigt på cirka 17 procent bland männen och 10 procent bland kvinnorna sedan 2004, men siffrorna är inte uppdelade på etnicitet. Konsumtionen har minskat något under de senaste åren men är fortfarande cirka 20 procent högre än vid mitten av 1990-talet. Svenska och amerikanska studier visar att 10–15 procent av alla män och 3–5 procent av alla kvinnor blir kroniskt alkoholberoende. Männen har under 2000-talet haft en cirka fyra gånger så hög alkoholrelaterad dödlighet som kvinnorna, men skillnaden mellan könen har minskat.

På senare år har utrikesföddas drogvanor och missbruk uppmärksammas såväl internationellt som i Sverige. Enligt tillgänglig statistik

över alkoholkonsumtion, visar data att utrikesfödda generellt inte dricker någon alkohol alls. Var femte utrikesfödd man (jämfört med 10 procent av svenskfödda) och närmare var tredje utrikesfödd kvinna (jämfört med 18 procent av svenskfödda) dricker inte alkohol. Det är även en lägre andel av de utrikesfödda männen som har ett riskbruk. Svenskfödda med minst en utrikesfödd förälder hade alkoholvanor som liknar övriga svenskfödda men narkotikaerfarenheter som är jämförbara med utrikesföddas. Alkoholkonsumtion bland européer och icke-européer är lägre än bland svenskfödda. Ursprungsland är en stark determinant för alkoholmissbruk bland första generationens invandrare. Mönstret bland andra generationens invandrare påverkas både av föräldrarnas ursprungsland och mönstret i majoritetsbefolkningen. Invandrare från Finland samt adoptivbarn i allmänhet är grupper vars alkoholvanor motiverar ett särskilt fokus på det förebyggande arbetet. Det är samtidigt viktigt att komma ihåg att dessa samband avser grupp-nivåer, ej enskilda individer.

Axelsson Sohlborg (2008) har utforskat i en frågeundersökning via telefonintervjuer (7 899 personer i åldrarna 17–80 år, 69 procent svarsfrekvens, slumpmässigt utvalda från Registret över totalbefolkningen som förs av SCB) av SCB i början av 2002 om alkoholvanorna (alkoholkonsumtion och berusningsfrekvensen) bland grupper med olika etniskt ursprung boende i Sverige. Med etnicitet avses i betydelsen kultur och i viss mån religion. Resultaten stödjer ”torra” och ”våta” dryckeskulturer. Många av de svenskfödda kvinnorna och männen intensivkonsumerar, och de gör det oftare än några andra av de etniska grupperna, vilket är karakteristiskt för den ”torra” dryckeskulturen. En majoritet av kvinnorna från europeiska länder berusar sig aldrig. Fler män med europeiskt ursprung berusningsdricker, men de gör det mer sällan än de med svenskt ursprung. Antagandet att islams förbud mot alkohol samt buddhismens/hinduismens avståndstagande skulle ge låga konsumtions- och berusningsnivåer verkar till viss del finna stöd i studien. Årlig nollkonsumtion var (2002) för svenskfödda kvinnor: 23,9 procent, svenskfödda män: 12,7 procent; kvinnor födda i muslimskt land: 66,7 procent och män födda i muslimsk land: 43,0 procent. De sociodemografiska bakgrundsvariablerna samt etnisk ursprung förklarar cirka 17 procent av variansen i den totala årskonsumtionen av alkohol för kvinnor och cirka 11 procent för män. ”Störst negativ effekt, det vill säga de som i förhållande till svenskfödda konsumerar minst, uppvisar kvinnorna och männen med ursprung i

något muslimskt land” eller buddhistiskt/hinduistiskt ursprung. Muslimska män visar mest negativ effekt, dvs. de berusar sig mer sällan än män och kvinnor med annat etniskt ursprung samt mer sällan än kvinnorna med samma etniska bakgrund. Slutsatsen av studien är att det förefaller som om ursprungslandets dryckeskultur, med avseende på konsumtionsnivå tenderar att bestå, åtminstone under en tid efter ankomsten.

Drogkonsumtionen har alltså varierande betydelse i olika kulturella kontexter, varför vissa kulturer tolkar konsumtionen utifrån traditionella kännetecken, andra har mer rituella bakgrunder och hos andra kan t.ex. alkoholen vara en del av matvanorna (EEAP, 2005). Dupont m.fl. (2005) i en studie om alkohol och narkotikaproblem bland asylsökande i Nederländerna delar in alkohol- och drogmönster i fyra typer av drogkulturer: (1) abstinens (fundamentalister, muslimer från Afghanistan och liberala muslimer från Irak som socialt har accepterat droger) (2) opium (Iran); (3) khat (Somalia) och (4) alkohol (som rekreation i Irak och före revolutionen i Iran, forna Jugoslavien). När det gäller alkohol har muslimska länder ett totalt officiellt förbud mot alkohol, dvs. haram. Enligt islam är allt som fördunklar sinnena och förmågan att tänka förbjudet, och inkluderar också droger som marijuana eller kokain samt all slags hantering av dessa droger (Bensaci-Svensson, 2005). Droger länkas samman med synd och samhälleligt kaos, vilket gör islam till en av de teologiska traditionerna som är mest restriktiv till droger (Otterbeck, 2008). Generellt kan muslimska länders attityder till alkohol indelas i följande tre kategorier: ”den förbjudande (ex Saudiarabien och Iran), den restriktiva (ex Egypten, Jordanien och Algeriet) respektive den tillåtande staten (Libanon, Tunisien, Turkiet)” (Otterbeck, 2008, sid. 309). Även hinduism och buddhismen tar avstånd från alkohol- och drogkonsumtion (meditation försvåras av berusning).

I en populationsbaserad studie i Nederländerna av Selten m.fl. (2007) framkommer att de invandrargrupper i landet som är i riskzonen för schizofreni är även i riskzonen att utveckla drogberoende DUD (drug use disorder) men inte alkoholmissbruk AUD (alcohol use disorder). Kronisk erfarenhet av socialt misslyckande har antagits som en riskfaktor för både drogmissbruk och schizofreni (Selten and Cantor-Graae, 2005).

Det är inte enkelt att tolka statistiken, men det finns indikatorer på att narkotikamissbruket ökar sen 1990-talet. Tillgängliga indikatorer är beslagsuppgifter, kriminalstatistik, samt vård- respektive

dödsorsaksstatistik. Ökningen kan också bero på förändringar i lagstiftning och tillämpning av lagarna samt förändrade inriktningar och resurser inom narkotikabekämpning och narkomanvård etc. Enligt postenkäter riktade till 16–84-åringar har 10 procent i befolkningen någon gång provat cannabis, högre bland vuxna män än kvinnor. Det finns regionala skillnader. Utrikesfödda har klart återhållsamma alkoholvanor men i stället något högre grad av narkotikaerfarenhet. Under senare år har olika rapporter kommit om ett ökat missbruk av narkotika bland vissa utrikesfödda grupper. Drogvanor hos mönstrande ungdomar visade (år 2006) klara skillnader mellan svenskfödda och utrikesfödda 18-åriga män. Narkotikakonsumtionen var högre bland utomeuropeiskt födda medan den var jämförbar mellan svenskfödda och övriga européer. Missbruk bland barn till utrikesfödda föräldrar påverkas av såväl föräldrarnas ursprungsland som mönstret i majoritetsbefolkningen.

Det finns specifika drogmissbruksrelaterade problem som är mer vanliga bland vissa utrikesfödda grupper i Sverige. Ett exempel är att cirka 30 procent av män med somalisk bakgrund i vissa områden i Sverige använder khat. Khat tuggas som en stimulansdrog i många delar av Afrika och på den arabiska halvön. Khatmissbruket är ett relativt etniskt begränsat missbruk, främst bland somalier, etiopier, eritreaner och jemeniter, alltså bland människor i området kring Röda havet (Moberg, 2004). Vanliga kännetecken på fysiska symtom är bl.a. förhöjt blodtryck, ökad kroppstemperatur, förstörade pupiller och hyperaktivitet, medan psykiska signaler kan vara rastlöshet, pratsamhet, retlighet och aggressivitet samt förvirring och förföljesetankar. Drogen är beroendeframkallande. Vid längre konsumtion av khat, kan komplikationer utvecklas såsom irritabilitet, aggressivitet, magkatarr, förstoppning, aptitlöshet, avmagring, sömnsvårigheter, förvirringstillstånd, psykosor (i sällsynta fall) samt hjärt- och kärlproblem hos främst äldre missbrukare. Khat angriper tandrötterna varför det är vanligt bland khat missbrukare att ha mycket dålig tandstatus (Moberg, 2004). Gravida kvinnor som tuggar khat föder barn med lägre födelsevikt, vilket kan leda till ökad spädbarnsdödlighet (Omar och Besseling, 2007).

På senaste åren har alkohol- och drogmissbruk uppmärksammats bland minoriteter i olika länder. Bland urinvånare i Australien, aboriginer finns det väl kända s.k. SNAP (smoking, poor nutrition, alcohol misuse and physical inactivity) faktorer som är nyckelfaktorer för kronisk sjukdom.. Aboriginer är mer sjuka (mortalitet och morbiditet) än majoritets befolkningen i Australien.

Nya missbruksmönster inom EU

Populationsbaserade studier om drogmissbruk bland utrikesfödda i olika europeiska länder är mycket begränsade och de som har publicerats har metodologiska begränsningar. Såväl i litteraturen som i forskningen är det vanligt att utrikesfödda är en av de grupper som kan ligga i riskzonen för social utslagning. Emellertid måste hänsyn tas till att det kan vara metodmässiga begränsningar och systematiska fel i den redovisade informationen om drogmissbruk och missbruksmönster i socialt utsatta grupper eftersom det saknas jämförbara uppgifter och informationskällor.

När det gäller konsumtionen i Norge och de femton länder som tidigare utgjorde EU så konstateras i Rapporten om Drogutvecklingen i Sverige 2009 att ”konsumtionsutvecklingen gått åt olika håll i de europeiska länderna i fråga, med resultatet att konsumtionsmönstren tenderat att bli mer lika. Vinländerna minskar sin vinkonsumtion och ölet och spritens andel av den totala konsumtionen ökar, medan utvecklingen är den motsatta i typiska spritländer. Utjämningsnivåerna emellan har även inneburit en utjämningsnivå av den alkoholrelaterade dödligheten. Det gäller framförallt dödligheten i levercirrhos som sjunkit i EU:s vinländer och ökat i de så kallade ölländerna, medan Norge, Finland och Sverige sammantagna uppvisat en relativt konstant nivå (för att tydliggöra bygger detta på en statistikserie som avslutades 1995)” (CAN 2009, s. 23). Sveriges inträdde i EU 1995 med en restriktiv alkoholpolitik med bl.a. höga priser men inom EU råder en mer liberal syn på alkohol. Enligt Ramstedt, Stokkeland och Hultcrantz (2010) har det skett en betydande ökning av alkoholorsakad leversjukdom i Sverige de senaste tio åren, som sammanfaller med en ökning i den totala alkoholkonsumtionen. Det är inte längre sprit utan vin- och starkölskonsumtionen som kopplas till dessa leverskador och utvecklingen är mer negativ för kvinnor än för män och för åldersgruppen 50–69 år. Risken att dö i förtid är hög och vårdbehoven ökar.

Intresset för internationella jämförelser ökar inom EU t.ex. ”Rapid Assessment and Respons” som genomfördes under 18 månader (okt 2000–mars 2002) i sex europeiska länder (Irland, England, Sverige, Grekland, Portugal och Luxemburg) (Helling, 2005). Det finns inga entydiga resultat om prevalensen av beroende och samband med andra problemområden. Det handlar om både pre- och post-migrationsfaktorer.

Det finns olika samarbetsprojekt för att få en bild av drogutvecklingen inom EU. Axelsson Sohlborg (2008) menar att samsynen på narkotika inom EU är mycket större än samsynen på alkohol och har att göra med det vinstintresse som alkoholen skapar. Alkoholkonsumtionen är ett växande folkhälsoproblem inom EU. Medan öl, vin och starksprit är en fundamental del av traditionellt drickande i Europa och en viktig del i den europeiska ekonomin, så är samtidigt alkohol en determinant för hälsorisker och andra problem såsom våld i hemmet, kriminalitet och sjukdomar. Alkohol, näst efter fetma och illegala droger är den tredje största orsaksfaktorn till ohälsa och död inom den europeiska unionen.

EU-medborgare har den högsta alkoholkonsumtion i världen (11 liter ren alkohol per vuxen och år) som leder till svåra folkhälsoproblem, högt fest-drickande, och alkoholrelaterad våld:

- 1 av 6 fall av barnmisshandel är relaterat till alkohol.
- Mellan 7 och 9 miljoner barn växer upp i familjer med föräldrar/anhöriga som har alkoholproblem.
- Upp till 2 av 5 fall av våld mot kvinnor i familjer är relaterade till alkohol.

Den 24 oktober 2006 antog Europeiska kommissionen en milstolpe för att reducera alkoholrelaterad skada med en nyckelstrategi för att stödja medlemsländerna att etablera ett Alkohol- och Hälsforum som skulle hjälpa i att sprida goda praktiska exempel. Om än vissa framsteg har gjorts visar en rapport från september 2009 att det finns mycket mer att göra och det finns inget fokus inom EU att inkludera etnicitet i arbetet att reducera alkoholmissbruket.

I en kvalitativ studie kring alkohol- och drogproblem bland asylsökande i Nederländerna visar resultaten att oberoende av etnicitet, var ett vanligt svar om orsak till användandet av alkohol och droger att de önskade döda sin tid under väntan på asyl, ett annat vanligt svar var vardaglig postmigrationsstress såsom den holländska byråkratin för flyktingstatus, i bemötandet, och en oro för släktingar och anhöriga som var kvar i hemlandet eller bodde någon annanstans. Ett första negativt besked på sin asylansökan kan leda till att den asylsökande känner sig deprimerad och dricker därför eller tar droger för att skingra tankarna. Ytterligare en orsak kan vara längtråkighet bland högutbildade asylsökande, att t ex inte ha

rättighet att jobba under väntan på asyl. Dessutom nämndes en alltför liberal alkohol- och drogpolitik som i praktiken ledde till att det var lätt att få tag i alkohol och narkotika. Forskarna förde fram en hypotes om att postmigrationsstress och kulturella förväntansfaktorer som fortsätter mellan hemlandet och mottagningslandet är mer signifikant än tidigare traumatiska upplevelser före ankomsten.

Det finns enstaka studier av specifika etniska minoritetsgrupper där man har funnit en högre andel av missbrukare än i majoritetsbefolkningen; exempelvis i årsrapporten 2003 om situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge, är ingermanlänningar i Finland (där 1–2 procent bedöms vara narkotikamissbrukare och särskilt heroinmissbrukare), kurder i Tyskland, romer i Spanien och flera etniska grupper i Nederländerna. Vidare finns tendens att debuten för missbruk är 2–3 år lägre för romer i Spanien än bland de infödda. Bakgrunden till missbruket är i regel inte en orsak utan kan vara en kombination av socialt missgynnsamma faktorer, bl.a. svårigheter med kommunikation (kan inte landets språk så pass bra att man klarar sig själv i landet), arbetslöshet, boendeproblem, dåliga levnadsvillkor och dålig ekonomi. När det gäller narkotikamönstret förekommer skillnader mellan olika etniska grupper. Khat används mest av somalier och färgade afrikaner, under det att heroin röks av invandrare från Surinam och Bangladesh.

Carballo och Nerurkar (2001) redovisar data från Storbritannien som visar att alkoholmissbruk bland män med indisk bakgrund, speciellt sikher har ökat när det gäller ökad mortalitet som har samband med alkoholorsakad leversjukdom, och som är två gånger högre än för män födda i England. Denna trend är inte typisk för alla utrikesfödda från Asien, men män från Pakistan (som tenderar att vara muslim) konsumerar mycket mindre alkohol. Oberoende av religiös bakgrund, så är det osannolikt att kvinnor från indiska subkontinenten konsumerar alkohol, och deras dödstal från alkoholrelaterade orsaker är på jämförbar nivå med kvinnor födda i England. Drogmisbruk förefaller vara ett ökande problem bland utrikesfödda. Utrikesfödda drogmisbrukare som har testats HIV-positiva i Storbritannien förefaller vara en ny grupp missbrukare som söker sig till landet för att förhoppningsvis få bättre livsbetingelser, men mörkertalet är stort.

En norsk studie (Amundsen, Rossow, och Skurtveit, 2005) på unga visar att en lägre andel av dem med asiatisk eller afrikansk bakgrund hade druckit någon gång eller varit berusad jämfört med

personer med etnisk norsk bakgrund. Bland unga med båda föräldrarna norskfödda varierade andelen som hade druckit alkohol från 62 procent till 88 procent. Mellan 48 procent och 73 procent av de tillfrågade hade blivit alkoholförgiftade. Bland unga med båda föräldrarna födda i ett annat land, var motsvarande andelar 40 procent till 59 procent, respektive 31 procent till 53 procent. De deltagare som uppgav att de var muslimer hade mer sällan druckit alkohol någon gång eller varit berusade än deltagare som var medlemmar i norska statskyrkan eller personer som uppgav att de inte tillhörde någon religion. Flickor med etnisk norsk bakgrund hade oftare prövat alkohol än pojkar med etnisk norsk bakgrund, medan pojkarna oftare hade prövat hasch. Vuxna män hade i större grad än kvinnor prövat alla rusmedel som efterfrågades i undersökningen. Kvinnor med asiatisk och afrikansk bakgrund hade en mycket begränsad konsumtion av alkohol, tobak och hasch.

17.4.2 Blandmissbruk av droger

Kliniska erfarenheter visar att det har bland flyktinggrupper blivit vanligare med en blandning av olika missbruksvanor (alkohol, narkotika och receptbelagda läkemedel). På grund av den höga konsumtionen av lugnande medel och sömnmedel bland flyktingar, behöver sjukvården tidigt i mottagandet av asylsökande och flyktingar uppmärksamma riskgrupper för psykisk ohälsa.

En studie bland personer som kom till Sverige 1993–94 på grund av kriget i Bosnien-Hercegovina (Johansson Blight, Persson, Ekblad och Ekberg, 2008) visar att den uppskattade prevalensen bland dem som använde lugnande medel var 26,5 procent, för sömnmedel 26,2 procent och 22,4 procent för antidepressiva medel. Alkohol (någon till stor risk) uppskattades till 5,1 procent. Den låga alkoholkonsumtionen följde prevalensmönstret i deras hemland snare än i mottagningslandet Sverige.

Ett mönster från andra invandrargrupper är att en del unga kombinerar en drog som är vanlig i ursprungskulturen med droger som är vanliga i värdlandet. I Sverige gäller det både amfetamin och alkohol.

Kunskapsöversikten (Andréasson, 2008), som dock inte belyser etnicitet och samband med missbruk, visar ett utbrett blandbruk av olika psykoaktiva droger, eftersom de regelbundna brukarna av narkotika använder flera droger samtidigt; 58 procent har ett risk-

bruk av alkohol. Bland regelbundna läkemedelsbrukare är siffran 72 procent.

17.4.3 Riskgrupper

Data saknas

Det är allmänt känt att följande faktorer påverkar hälsan hos utrikesfödda:

- *individuella faktorer* (arvsanlag, levnadsvanor, ålder vid invandring, skäl till invandring, språksvårigheter, hälsoförhållanden hos befolkningen i deras ursprungsländer, traumatiska påfrestningar före och efter migrationen, förändrade livsmönster, förändringar i kostvanor, och i fysisk aktivitet efter migrationen, antal år i Sverige, integrationssvårigheter, kulturkrockar, hemlängtan, oro för anhöriga i hemlandet, familjesplittring), och
- *sambällsfaktorer i hemlandet och i mottagarlandet* (svårigheter att komma in på arbetsmarknaden, bostadssegregering, diskriminering och rasism, låg social position och ohälsa).

En första kunskapsöversikt kring hur tvingad migration påverkar dryckesmönster på ett skadligt sett har publicerats i år (Weaver och Roberts, 2010). Av de 1 108 kvantitativa och kvalitativa studier som författarna till studien granskade var det endast 10 studier (inga svenska) som mötte upp till inklusionskriterierna. De riskfaktorer som identifierades var gender, ålder, traumatiska erfarenheter som resulterat i posttraumatiska symtom, tidigare problemkonsumtion av alkohol i hemlandet, antal år som invandrad, boendemiljö, sociala relationer och postmigrations traumatiska erfarenheter och vardaglig stress. Evidensen var mycket svag i studierna varför författarna drog slutsatsen att det behövs kvalitetsförbättringar i framtida kvantitativa och kvalitativa upplägg av forskning om skadliga effekter av alkoholkonsumtion bland människor som tvingats fly.

Vidare visar en annan kunskapsöversikt att det saknas nästan helt forskning om muslimska minoriteters alkoholkonsumtion i USA och inom EU (Otterbeck, 2008), men det kunde konstateras att det finns en tendens att den nya generationen av muslimer, som vuxit upp i ett icke muslimskt land är mer tillåtande till alkohol, ”plockar upp vanor från icke-muslimska generationskamrater” (Otterbeck, 2008 sid. 312).

Utan att vara uttömmande och inte i en specifik ordning (riskfaktorer av högre dignitet) i kartläggningen tas här upp några exempel på grupper som har en ökad sårbarhet för att utveckla drogmissbruk: *minoriteter; de som lever med sämre uppväxtvillkor och dåliga levnadsförhållanden; asylsökande; flyktingar; ungdomar, och de som är våldsamma*. Andra riskgrupper är dem med temporärt uppehållstillstånd, papperslösa eller gömda flyktingar (f.d. asylsökande) eller f.d. soldater som kan ha tvingats använda narkotika i krigsföringen, f.d. barnsoldater, ensamkommande flyktingbarn, tonåringar som levt i fosterhem, prostituerade och hemlösa (Ekblad, i tryck).

Minoriteter

Statens Folkhälsoinstituts rapport "Hur mår Sveriges nationella minoriteter?" (2010) visar att hälsoläget är sämre bland stora delar av de nationella minoriteterna än hos befolkningen i sin helhet. Drogmissbruk är ett problem bland romer och rapporten drar slutsatsen att hög arbetslöshet och utanförskap är bidragande orsaker. Vidare visar kartläggningen att självmord är mycket vanligare bland renskötande samer än bland de icke-renskötande samerna; den judiska gruppen har generell bättre hälsa än majoritetsbefolkningen, men bland männen är cannabissmissbruk vanligare generellt än bland majoritetsbefolkningen. Bland sverigefinnarna är psykisk ohälsa vanlig, speciellt bland männen, och de har hög alkoholkonsumtion i större utsträckning än andra befolkningsgrupper. Studier bland romer i Malmö visar att alkohol inte har utgjort något stort problem medan narkotikan ser ut att öka, främst amfetamin och partydroger. Gruppen romer med finsk bakgrund kan vara mer drabbad än andra. Romer är en av de fem minoritetsgrupperna i Sverige.

Barn och ungdomar från minoritetsgrupper är en riskgrupp, bland annat på grund av att ungdomsåren anses vara en period av risktagande, drogvanor i respektive kultur. Det finns en risk att minoritetsgrupper är social exkluderade från majoritetssamhället samt att det är extra stress att leva i två kulturer samtidigt (UN Office on drugs and crime, 2004). Enligt samma källa finns ett behov av en bättre förståelse av problemet med drogmissbruk bland unga från etniska och minoritetsgrupper på grund av bl.a.:

- drogmissbruk är ett inlärt coping-beteende,

- det är brist på information om drogmissbruk bland unga minoriteter,
- det finns en underrepresentation av unga minoriteter i den allmänna vården och det behövs en vård som anpassas till målgruppens behov,
- barriärer behöver uppmärksammas som förhindrar tillgänglig vård och service,
- professionell kompetens behöver utvecklas,
- tolkservice behöver förbättras,
- ökat samarbete behövs mellan företrädare för minoriteter och majoritetsvården.

Sämre uppväxtvillkor och dåliga levnadsförhållanden

Det är stora hälsoskillnader mellan utrikesfödda från olika länder och i Folkhälsorapporten 2009 från Socialstyrelsen beskrivs att ”social utsatthet och diskriminering är de främsta orsakerna till ohälsa hos befolkningen med utländsk bakgrund i Sverige” (s. 386).

En stor enkätundersökning, men som inte tar upp samband med etnicitet, till 58 000 slumpvis utvalda personer i åldrarna 15–64 år har genomförts av Statens Folkhälsoinstitut (Andréasson, 2008). Kartläggningen visar att 2 procent av männen och knappt 1 procent av kvinnorna i åldrarna 15–64 år har använt någon form av narkotika den senaste månaden. Personer med ett problematiskt bruk av narkotika beräknas till knappt 30 000 personer. Därtill uppger cirka 50 000 att de använt narkotikaklassade eller beroendeskapande läkemedel utan läkares ordination de senaste dagarna. Den vanligaste typen av narkotika bland både män och kvinnor är cannabis. Ungefär dubbelt så många kvinnor (1,3 procent) som män (0,6 procent) har använt narkotikaklassade eller beroendeskapande läkemedel utan läkares ordination den senaste månaden. Narkotikabruket är högre bland arbetslösa och personer som haft svårigheter att klara de dagliga utgifterna en eller flera gånger det senaste året, bland bostadslösa och personer med svaga sociala nätverk samt bland personer med psykisk ohälsa. Däremot ses inga klara samband mellan utbildningsnivå och narkotikaanvändning, eller mellan inkomstnivå och narkotikaanvändning. Narkotikabruket är diffust spritt i hela befolkningen. Andelarna som

använder narkotika är högre bland utsatta personer, men de flesta brukarna tillhör inte utsatta grupper. Resultatet talar också för olika livsvillkor bland manliga och kvinnliga användare av narkotika.

I de nationella kartläggningarna av det tunga narkotikamissbruket (UNO och MAX) har Ted Goldberg (2009), professor i socialt arbete funnit att andelen missbrukare med invandrarbakgrund ökat kraftigt. Han menar emellertid att det är en spegling av att det är de sämst lottade – oavsett härkomst – som löper störst risk att utveckla ett missbruk. Dock finns det ett stort bortfall (28 procent) och utrikesfödda står för en mycket bred grupp.

Socialstyrelsens rapport (2010) om hemlöshet visar att många av de hemlösa personerna har problem med missbruk eller psykisk ohälsa. Socialstyrelsens nationella kartläggning av hemlösheten 2005 visade också att utrikesfödda var överrepresenterade bland hemlösa personer. Hemlöshet bland flyktingar innebär vanligen att de är inneboende hos släktingar, vänner eller hyr i andra hand, och har kontakt med socialtjänsten. Många asylsökande väljer emellertid redan vid ankomsten att bo inneboende eller i andra hand, snarare än i Migrationsverkets anläggningsboende. Enligt rapporten ligger det egna boendet (EBO) vanligen nära stora arbetsmarknader, vilket anläggningsboenden ofta inte gör. De flyktingar som valt EBO under asylperioden förefaller i studien klara sig bättre på arbets- och bostadsmarknaden än de som valt Migrationsverkets anläggningsboende. Hur snabbt flyktingar har möjlighet att etablera sig på bostadsmarknaden är nära relaterad till kommunens agerande. Boverkets rapporter (2008, 2009) visar att det hänger samman med om kommunen ger hyresgarantier, om en dialog förs med fastighetsägare, vilka principer allmännyttan och andra fastighetsägare har för uthyrning och ifall man erbjuder hyreskontrakt även till dem som saknar löneinkomster (Boverket, 2008, 2009). Socialstyrelsen har bl.a. gjort bedömningen att kunskapen om diskriminering på grund av etnicitet på bostadsmarknaden behöver fördjupas (2008, s. 39).

Forskare har också lyft fram att det finns studier som pekar på att familjer med invandrarbakgrund med större sannolikhet är i riskzonen för att bli bostadslösa (Nordfeldt och Olsson, 2006). Inom ramen för regeringens hemlöshetsstrategi 2007–2009 ska Socialstyrelsen utarbeta en plan för hur hemlösheten fortlöpande ska kunna följas (Socialstyrelsen 2007). Anmälningarna till t.ex. Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, DO, kan öka kunskap om

situationen på bostadsmarknaden för personer med utländsk bakgrund.

Ungdomar

I en systematisk litteraturöversikt (Petersen, Bergström, Cederblad, Ivarsson, Köhler, Rydell, Stenbeck, Sundelin och Högglöf, 2010) med tonvikt på förändringar över tid om barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige är den övergripande slutsatsen efter gruppens genomgång ”att det inte fanns någon enda studie av hur svenska barns psykiska hälsa och välbefinnande har utvecklats över tid som kunde betraktas ha en tillfredsställande bevisvärde” (s. 17). Tidsperioden för studierna skulle innefatta 1945–2009. I studien ingick inte missbruksproblem och kriminalitet i översiktens definition av psykisk hälsa.

Enligt en rapport från Statens folkhälsoinstitut (Malmgren, Ljungdahl och Bremberg, 2008) är utvecklingen av den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen bland ungdomar oroande. Könskillnader har studerats men inte etnicitet. Nationella Folkhälso-rapporten 2009, kapitel 13 ”Migration och hälsa” rapporterar att vård för alkoholmissbruk bland barn till utlandsfödda visar ett konsumtionsmönster som ligger någonstans mellan deras föräldrars och det mönster som barn till sverigefödda har. Det kan vara en signal på att de influerats mer än sina föräldrar av alkoholvanorna i den svenska majoritetsbefolkningen. Skolbarn i högstadiet vars föräldrar kommer från länder utanför Europa, dricker sig mer sällan berusade än andra skolbarn. Det visar skolundersökningar i Stockholm 1996, och Malmö och Värmland 2005. Rosenquist med flera (2010) har i en longitudinell studie (Framingkohorten i vilka sammanlagt 12 067 ingick) mellan åren 1971 och 2003 funnit att alkoholvanor liksom rökning, övervikt och självmord sprids via sociala nätverk, s.k. Kluster, dvs. via alkoholvanor hos individens släkt och vänner. Studien visar också att hur mycket alkohol kolleger och grannar konsumerar har mindre betydelse.

Alkoholrelaterade sjukdomar bland utrikesfödda i en registerstudie (Hjern och Allebeck, 2004) på en nationell kohort av 1,25 miljoner ungdomar födda 1968–1979 och 1,5 miljoner av vuxna födda 1929–1965 visar bl.a. att adopterade från utlandet är en sårbar grupp. Adoptivbarn har också hög risk för svåra psykiska hälsoproblem, suicid och suicidförsök.

Svensson (2010) har genomfört en studie på dryckesmönster bland svenska ungdomar med olika etnisk bakgrund och funnit att dryckesmönstret bland majoritetsbefolkningen har en signifikant effekt på drickandet bland svenska ungdomar och utrikesfödda från nordiska och europeiska länder men ingen effekt på dryckesmönster bland utrikesfödda från icke-europeiska länder. Svensson och Hagquist (2010) förklarar att det kan bero på det låga dryckesmönstret bland unga kvinnor från icke-europeiska länder. Alla utrikesfödda grupper använde i större utsträckning illegala droger jämfört med majoritetsbefolkningen. Den högsta drogkonsumtionen var bland nordiska invandrare och icke-europeiska invandrare. Konsumtionsmönstret bland andra generationens invandrare var mer lika majoritetsbefolkningens, dvs. högre konsumtion av alkohol och mindre användning av illegala droger.

Giovanni Carta m.fl. (2005) har även gjort en sammanställning på de befintliga rapporter som har publicerats där syftet har varit att studera skäl till drogmissbruk bland utrikesfödda ungdomar. Här nämns Sverige med en studie bland grekiska ungdomar (Giannopoulou, 1988), Frankrike och Tyskland. Deras slutsats stöds av tidigare studier; drogmissbruk är en konsekvens av svår social integration. En WHO rapport från 1996 noterade att konsumtionen av receptbelagda läkemedel (lugnande och antidepressiva medel) bland unga utrikesfödda är ett stort problem i Europa.

Asylsökande

Det är inte en enskild faktor som är bakomliggande till missbruk och vårdbehov, utan det handlar om komplexa samband och varierar på individ- grupp- och samhällsnivå. Det handlar om en interaktion över tid mellan individ och miljö. En av de få publicerade internationella studierna på asylsökandes missbruk visar att alkohol- och drogproblem är relaterad till ett behov av "att döda sin tid" i avvaktan på beslut om asyl (Dupond, m.fl. 2005).

Befintliga studier visar att asylsökande har sämre psykisk hälsa än svenskfödda och löper större risk att utveckla alkohol- och narkotikamissbruk. Kunskaper om drogernas skadeverkningar är inte alltid känt och detta hinner vårdpersonal i regel inte fråga om under det halvtimmeslånga hälsosamtalet om behov inte föreligger. Den kliniska erfarenheten visar att konsumtionen av receptbelagda läkemedel (lugnande medel och sömnmedel) är hög bland asyl-

sökande, speciellt kvinnor vilket kan innebära en risk för missbruk på sikt. Därtill kommer att om den asylsökande är analfabet kan han eller hon inte läsa läkarordinationen och riskerar att dosera fel. Helling (2005) gjorde intervjuer med ett 50-tal personer vid tre stora flyktingförläggningar (Gimo, Carlslund och Flen) samt med andra personer som i sin professionella verksamhet eller genom ideellt arbete kommer i kontakt med asylsökande. ”Det sammanfattande intrycket var att missbruket av alkohol och narkotika var sparsamt, men möjligtvis med undantag för de från f.d. Sovjetunionen. Riskfaktorer som nämndes var främst av psykisk karaktär. De som drabbas av besvikelser, oro, hopplöshetskänslor och monoton livsföring kan vara mer mottagliga för droger som flyktmekanism. För vissa kan även bristen på pengar leda till kriminalitet som inkluderar droghantering” (s. 18).

En sammanställning behöver göras av de erbjudna hälsosamtalen (Socialstyrelsens allmänna rekommendationer 1995:4) för att få en kartläggning om ohälsa inklusive eventuellt missbruk vid ankomst till Sverige. I dag finns endast statistik om hur många hälsosamtal som genomförs. Enligt senaste siffror från Sveriges kommuner och landsting var det 38 procent som genomgick hälsosamtal med provtagning förra året (2009), en siffra som sjunkit från 2008 då siffran var 65 procent på nationell nivå.

Helling (2005) anser att följande faktorer minskar risken för asylsökande att utveckla missbruk:

- flertalet asylsökande saknar pengar till droger,
- flertalet saknar kontakter med försäljare och langare,
- flertalet är måna om att vara skötsamma och vill inte riskera utvisning på grund av missbruk. Många har stark anknytning till religiösa samfund där bruk av alkohol och narkotika fördöms.

Flyktingar

Ackulturation, avser den kulturpåverkan och kulturförändring som uppstår när samhällen med olika kulturtraditioner möts (Socialstyrelsen och CEIFO, 1999). En översikt visar på två faktorer av betydelse för psykisk ohälsa bland utrikesfödda: trauma innan ankomst och postmigrationsstress (Silove och Ekblad, 2002). Det handlar om traumatiska upplevelser under krigstillstånd bland både soldater och civilbefolkningen. Andra orsaker kan vara natur-

katastrofer, terrorhandlingar och olyckor av olika slag, liksom övergrepp (ex rån och våldtäkt). Flyktingar är inte bara offer – den traumatiserade flyktingen, utan det sker även en medikalisering av flyktingskap (Eastmond, 2004). Vidare visar den kliniska erfarenheten att flyktingen även kan ha varit förövare, för att själv kunna få överleva. Waldrop m.fl. (2007) visar i en studie att det finns fler psykopatologiska konsekvenser för individer med barndoms trauma jämfört med att få trauma som vuxen.

En metaanalys av publicerade studier mellan 1959–2002 av faktorer före och efter migration där flyktingar jämförts med icke flyktingar kring mätningar av psykopatologi av Porter och Haslam (2005) visar att sociopolitiska kontexten av flyktingars erfarenheter har samband med flyktingars psykiska ohälsa

Marshall m.fl. (2005) visar i en studie om psykisk hälsa bland kambodjanska flyktingar två decennier efter ankomst till USA att deltagarna hade hög nivå på psykiatrisk sjukdom (62 procent PTSD, 51 procent depression men lågt alkoholmissbruk 4 procent). Westermeyer (2000) som tidigt genomförde en studie på etniska Hmong flyktingar i USA efter Vietnamkriget, visade en relativt hög positiv korrelation mellan stress och alkohol- och drog konsumtion i gruppens nya liv i USA. Paradoxalt, fann Westermeyer att även en känsla av lyckad tillvaro bland dessa flyktingar i USA ledde till alkohol och droger och en orsak kan vara att de var unga vid ankomsten till det nya landet. Tidigare opiummissbruk i hemlandet ledde till fortsatt användning av drogen i det nya motagningslandet.

Människor som varit utsatta för svåra traumatiska upplevelser kan reagera på många olika sätt. För många räcker självläkning men den del kan ha svårigheter som blir kroniska patologiska störningar. En av de vanligaste reaktionerna är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Kunskapsöversikter visar att riskfaktorer för PTSD är förutom allvarlig exponering, kvinnligt kön, svag utbildning, låg socioekonomisk status och tidigare psykiatrisk sjukdom (Berg Johannesson och Lundin, 2007). Livsstilsprevalens för PTSD i normalbefolkningen är 1–3 procent, men cirka 20–30 procent bland personer som har utsatts för svårt psykiskt trauma (Berg Johannesson, 2010, Söndergaard och Ekblad, 1998).

Det finns vanligen en överlappning, komorbiditet mellan PTSD och andra psykiatriska symtom såsom ångeststörningar, depression, missbruk och symtom på somatisering. Drogberoende förekommer tillsammans med våld, psykiatriska tillstånd som somatisering,

PTSD och depression bland både män och kvinnor. Alkoholkonsumtion ses som coping och en responsstrategi efter traumatiska erfarenheter som resulterar i förluster, komorbiditet med psykiatriska sjukdomar såsom depression och skadlig alkoholkonsumtion (Sacco, Bucholz och Spitznagel, 2009). Ekblad och Wasserman (2002) visar i en forskningsrapport att riskfaktorer för självmord inte är specifika just för asylsökande, flyktingar eller andra invandrare utan förekommer hos de flesta självmordsnära individer.

Folkhälsorapporten 2009 från Socialstyrelsen visar att psykisk ohälsa är en större utmaning hos nyanlända flyktingar än hos andra grupper av migranter. En svensk översikt av Lindencrona, Ekblad och Johansson Blight (2006) kommer till samma slutsats, dvs. att de som kommit till Sverige som flyktingar har betydligt sämre hälsa än andra invandrargrupper. Vad det gäller stressfaktorer som utlandsfödda upplever efter migrationen (postmigrationsstressfaktorer), så har Lindencrona, Ekblad och Hauff (2008) i en studie funnit att sociala och ekonomiska svårigheter, alienation, diskriminering och statusförlust, samt våld och hot i Sverige är faktorer som har stark negativ påverkan på nyanlända flyktingar från Mellanöstern. Exponering av traumatiska händelser före ankomst och hur den nyanlände bemästrar stressen i mottagarlandet är avgörande för den psykiska hälsan.

Psykisk ohälsa kan leda till drogmissbruk och även det omvända att hög drogkonsumtion ökar risken för psykiska problem. Forskning inom stressrelaterade symtom visar att det ofta föreligger symtom under en lång tid innan denna belastning leder till utmattning så att individen inte klarar av studier, arbete och liknande. Såväl orsaker (utlösande faktorn) till stressbelastningen som symptomatologin är inte statisk utan kan förändras över tid. Tidigare och nya livshändelser (Søndergaard, 2003) samt anknytningsmönster (Silove, 1999) med olika grad av självkänsla och tillit kan mer eller mindre öka sårbarheten. Individens totala resurser kan likaså variera över tid beroende på olika betingelser i miljön och dennes aktuella livsstil.

Våldsamma personer

Enligt Rättsmedicinalverket är fler än var tredje person som genomgår rättspsykiatrisk undersökning av utländsk härkomst, merparten är födda i utlandet. Var femte kommer från länder utanför Europa (Helling, 2005).

Rapporten publicerad 2005 från Brottsförebyggandet rådet (BRÅ) "Brottslighet bland personer födda i Sverige och i utlandet" som omfattade femårsperioden 1997–2001 visade att det är två och en halv gånger vanligare att utrikesfödda personer är registrerade som misstänkta för brott, jämfört med svenskfödda personer med båda föräldrarna födda i Sverige. För personer födda i Sverige med två utrikesfödda föräldrar är det dubbelt så vanligt. Personer med utländsk bakgrund är alltså överrepresenterade i brottsstatiken. Enligt Norman (2008) visar statistiken att "ju starkare anknytning som finns i Sverige desto mindre risk för brottslighet, vilket överensstämmer väl med kriminologiska teorier kring orsakerna till brottslighet" (s. 3). Emellertid finns en risk att utrikesfödda diskrimineras inom rättsväsendets olika led och "förtroendeundersökningar visar dock att personer med utländsk bakgrund har lågt förtroende för rättsväsendet" och författaren drar slutsatsen att "det föreligger en stark misstanke om att likhet inför lagen inte råder inom det svenska rättsväsendet" (s. 4).

En studie (Kristiansson, Sumelius, och Søndergaard, 2004) inom svensk rättspsykiatri visar att i en invandrargrupp (n=25) hade 60 procent PTSD jämfört med 12 procent bland svenskfödda (n=25). Det fanns ingen skillnad mellan grupperna i socioekonomiska bakgrundsvariabler. Proportionen av sexual- och våldsbrott tillsammans var högre i PTSD gruppen än i den svenska gruppen.

Men trots att många kriminella använder droger och att många missbrukare är kriminella finns det ofta gemensamma bakomliggande förklaringar såsom fattigdom, brist på framtida karriärmöjligheter, dåligt självförtroende och låg social integration (UNDCP, 2000).

Många hälsoproblem inkl. drogmissbruk har sina rötter i sociala och ekonomiska bestämningsfaktorer. Dessa kan påverkas såväl politiskt och genom varje enskild individs egna beslut och åtgärder.

Gender

En registerstudie av Hollander m.fl. (2010) visar att oberoende av ursprungsland så löper kvinnliga flyktingar en större risk för psykisk ohälsa än invandrarkvinnor som helhet. Skillnaden mellan manliga flyktingar och andra invandarmän är inte lika tydlig.

Kön är den högsta förklaringsfaktorn följt av ålder när det gäller alkoholkonsumtionen i Sverige (Axelsson Sohlborg, 2008). Kvinnor

som missbrukar droger stigmatiseras och diskrimineras i högre utsträckning än män (Ekblad, i tryck). Kvinnor med akut PTSD har jämfört med män sämre psykisk hälsa, drogmissbruk och sexuella riskbeteenden och infektionssjukdomar. Resultatet från Statens Folkhälsoinstitutets kartläggning om narkotikamissbruk i befolkningen men utan uppdelning på etnicitet visar att kvinnor med ett frekvent narkotikabruk framstår som betydligt mer utsatta än männen, med mindre socialt stöd och en större psykisk sjuklighet (Andreasson, 2008).

17.4.4 Behandlingsstudier

Vårdbehov och systembarriärer

Enligt Socialstyrelsens senaste Folkhälsorapport 2009 tar utrikesfödda med sig sin livsstil till det nya landet, t.ex. kost, tobaks-, alkohol- och drogvänor. Man tar in det nya landets vanor, men lång tid efter invandringen kan inflytande av ursprungslandets livsstil ofta spåras i invandrades sjukdomsmönster.

En jämförande analys om tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande inom EU (Norredam, Mygind och Krasnik, 2006) visar att tillgången till sjukvård för asylsökande i EU-länderna är heterogen och ofta baserad på miniminormer (resultatet av studien bör tolkas med försiktighet, eftersom den bygger på jämförelser av mycket olika hälso- och sjukvårdssystem). Den 1 juli 2008 antogs en ändring i hälso- och sjukvårdslagen som reglerar asylsökandes rätt till sjukvård. Lagen tar inte särskilt upp papperslösas rätt till hälso- och sjukvård vilket innebär att vuxna papperslösa har laglig rätt till akut vård men inte rätt till subventionerad vård utan får själva betala hela vårdkostnaden. En utredning angående papperslösas rätt till vård leds för närvarande av Erna Zelmin, generaldirektör för Rättsmedicinalverket och tidigare expeditionschef vid Socialdepartementet, och som blivit tillsatt som utredare av socialminister Göran Hägglund. Utredningen ska vara klar i maj 2011.

Som nämnts tidigare har utrikesfödda generellt sämre hälsa jämfört med majoritetsbefolkningen, speciellt överrepresenterade bland dem som vårdats med en psykiatrisk diagnos och för självmordsförsök. Nationella Folkhälsorapporten 2009, kapitel 13 Migration och hälsa rapporterar att förekomsten av alkoholrelaterade sjukdomar hos den utlandsfödda befolkningen speglar

attityder och vanor som grundlagts i ursprungslandet. Finländare vårdas oftare på sjukhus för alkoholmissbruk än sverigefödda, medan invandrare från Mellanöstern konsumerar mer sällan vård än sverigefödda. Vård för alkoholmissbruk bland barn till utlandsfödda visar ett mönster som ligger någonstans mellan deras föräldrars och det mönster som barn till sverigefödda har, kanske som ett tecken på att de påverkats mer än sina föräldrar av alkoholvanorna i den svenska majoritetsbefolkningen.

Saraiva Leao, Johansson och Sundquist (2006) fann i en epidemiologisk studie av totalt 2 243 546 personer i åldern 20–39 år som följdes från 1 jan 1992 till 31 dec 1999 och med svenskfödda som kontroll att den högsta risken för alkohol- och drogmissbruk fanns bland första och andra generationens invandrare. Bland andra generationens invandrare från Finland med en förälder född i Sverige var risken lägre för att bli inlagd för vård av alkohol- och drogmissbruk jämfört med dem som hade båda föräldrarna från Finland.

Data från mindre studier och kliniska erfarenheter visar ett lägre utnyttjande av sjukvård bland gruppen utrikesfödda och de avbryter påbörjad behandling i större utsträckning än svenskfödda och det finns en tendens bland utrikesfödda att söka akut sjukhusvård i stället för primärvård. Kliniska erfarenheten visar att många gånger söker utrikesfödda fel i vårdkedjan vilket kan ha att göra med att de inte har kunskaper om vårdens organisation.

Tillgång till vård beror i hög grad på social status. För att underlätta folkhälsoarbete kring förebyggande av missbruk bland etniska svenskar, minoriteter och utrikesfödda i Sverige är det viktigt att arbetet är vetenskapligt baserat och inkluderar målgruppens vårdbehov, och för att ge rätt underlag för prioritering av insatser. Samarbete med invandrarföreningar, religiösa och kulturella organisationer har stor betydelse när det gäller preventiva insatser.

17.5 Åtgärdsförslag

17.5.1 Helhetssyn och samverkan

Primärprevention, strategi från dag 1 som nyanländ

Helhetssynen bygger på respekt för att individen vill styra sitt eget liv, aktiviteterna är baserade på bästa tillgängliga kunskap om utformning, innebörd och förväntade resultat, dvs. bygger på veten-

skap och beprövad erfarenhet och på ett snabbt och ändamålsenligt handläggningssätt. Därutöver är aktiviteterna tillgängliga och jämlikt fördelade oavsett geografi och handlar om att samtliga utrikesfödda, inklusive nyanlända ska ha rätt till och vara delaktiga i dessa insatser. De myndigheter som är involverade ska präglas av rätts-säkerhet,. Aktiviteterna ska vara föremål för regelbunden kvalitets-säkring.

10 parter¹ skrev under en Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige (Integrationsverket, 2004) som innebar att de enats om principer för samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige, om angelägna förändringsområden för den fortsatta utvecklingen av de berörda parternas arbete. Angelägna förändringsområden avseende främjande, förebyggande och behandlande insatser under den första tiden är:

- förbättrad samverkan,
- förbättrad information,
- förbättrat nyttjande av hälsoundersökning för asylsökande och andra nyanlända,
- förbättrad hantering av frånvaro från planerade aktiviteter,
- förbättrad mottagning av funktionshindrande,
- förbättrad mottagning av barn och ungdomar, och
- förbättrad utbildning/kompetensutveckling.

En kartläggning bör göras inledningsvis kring de nyanländas och personalens behov, hinder och möjligheter för samverkan byggd på en lokal eller regional överenskommelse och som även innefattar arbetsförmedlingens nya roll.

Information om alkohol och droger tas upp under en fem veckors hälsoskola (Ekblad m.fl., 2009) och vid vårdbehov följs deltagaren upp inom hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att ha ett helhetsperspektiv på alkohol- och narkotikamissbruket och att kunna nå utrikesfödda innan problemen blivit för stora. Därför behöver frågor ställas till alla nyanlända som ska erbjudas ett hälsosamtal med provtagning (Socialstyrelsens allmänna råd 1995:4). För att nå detta mål behövs först en strategi

¹ Integrationsverket, Institutet för Psykosocial Medicin, Karolinska Institutet, Landstingsförbundet, Migrationsverket, Myndigheten för skolutveckling, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Svenska kommunförbundet).

för hur en screening ska läggas upp och sedan bestäms screeningmetod, t.ex. AUDIT och DUDIT och livsstilstest. Gränsen för riskbruk måste valideras mot respektive etnisk grupp och i ett genderperspektiv. En kort version (4 frågor kring PTSD) av Kimerling, Trafton och Nguyen (2006) bland patienter med drogmissbruk har visat sig effektiv i att upptäcka PTSD. På alkoholområdet används olika biokemiska tester (urinprov, leverprov, blodprov) medan inom narkotikaområdet sker vanligast urinprov.

Behov av ekvivalens i bedömningsinstrument

Skattningsskalor och kliniska psykologtest kan vara problematiska att använda om patienten har ett annat modersmål, eller är analfabet. Förutom att begreppen kan vara svåra att översätta till patientens modersmål, och patienten inte är van att gradera sin hälsa med numeriska mått så kan det vara så att instrumentet inte är validerat på aktuell språkgrupp. Behovet av ekvivalens finns inom fyra områden:

1. språklig ekvivalens, dvs. orden översatt på ett adekvat sätt,
2. begreppsekvivalens, dvs. att begreppet har samma mening i olika kulturer,
3. skalekvivalens, dvs. att skalstegen i svaren till frågorna uppfattas på samma sätt. Analfabeter behöver en speciell metod,
4. normativ ekvivalens, dvs. att likvärdiga normer används vid jämförelse av resultaten.

Erfarenheten är att man ska sträva efter en översättning som ligger på grundskolenivå. Detta arbete tar tid i anspråk, där en auktoriserad translator (Kammarkollegiet) översätter från svenska till aktuella språk och sen översätts den översatta versionen muntligen av en auktoriserad sjukvårdstolk varefter versionerna jämförs.

Det finns grundläggande krav på skattningsformulär (exempelvis neuropsykologiska, kognitiva, differentialdiagnostik) som används vid bedömning. Det finns rekommendationer att formulären (standardiserade) beskrivs utifrån

- historisk bakgrund

- definition av begrepp, psykometriska egenskaper, konstruktion av frågor och poängsättning
- målsättning
- lätthet, relevans, integritetskränkande och tidsåtgång för att besvara frågorna
- långsiktig hälsoutveckling, klinisk relevans och jämförelsevärden, internationell tillämpbarhet
- utbildningsbehov och akademiska och kliniska krav på intervjuare
- administration, kostnad, manual, och eventuell copyright
- reliabilitet (cronbach alpha, test-retestkorrelation)
- validitet (innehålls-, begrepps- och kriterierelaterad)
- sensitivitet (sant positiva fall fångas upp)
- specificitet (negativa fall utesluts)
- transkulturella aspekter, översatta till vilka språk, normer
- studien skall ha föregåtts av etisk granskning
- referenser

Samverkan mellan aktörer från 1 december 2010

Figuren nedan är en skiss på hur hänsyn till hälsa inklusive drogkonsumtion och eventuella missbruk kan kompletteras i den nya lagen om etableringsinsatser som träder i kraft från 1 december 2010 i hela landet.

Första hälsosamtalet erbjuds under asyltiden. Likaså ges en hälsoinformation till asylsökande i grupp under Migrationsverkets introduktionsdagar (Ekblad m.fl. 2009, 2010). Nästa hälsosamtal bör erbjudas i samband med etableringssamtalet och innan etableringsplanen är fastställd. Hälsosamtalet utförs av en legitimerad sjuksköterska från vårdcentral och som utifrån resultatet vid behov remitterar vidare i vårdkedjan, beroende på problemets art, t.ex.:

- vårdcentral
- psykiatrisk klinik
- kris- och traumacenter

- Röda korsets center för torterade flyktingar.

Frivilligorganisationer, såväl politiska och religiösa som neutrala liksom olika invandrarungdomsföreningar och kvinnoinvandrarorganisationer är viktiga när det gäller det preventiva arbetet. Ett exempel på en aktiv frivilligorganisation är SIMON (Riksförbundet Sveriges Invandrare mot Narkotika). Somaliska Kvinnors Riksförbund i Sverige (SKRS) och Somali Women in Sweden (SWIF) har tillsammans med SIMON tagit initiativ till den studiecirkel som finns i skrift. Målet ”är att bryta drogernas frammarsch genom att bekämpa den med kunskapens makt och med engagemang” (Omar och Besseling, 2007, s. 3). SIMONs lokalförening i Örebro samarbetar med beroendeenheten på Örebro sjukhus, har seminarier, utbildar droginformatörer, och deltar i integrationsförebyggande arbete såsom att möta nyanlända som går på svenska för invandrare (SFI) och ger ut en ordlista om narkotika. Deras erfarenheter visar att vi måste ändra fokus: från ”om” mot ”till”, dvs. målgruppen ska äga problemet själv, för att bli trovärdig, t ex hela den somaliska gruppen äger frågan.

Figur 1 Samverkan i etableringsprocessen



Sekundärprevention

För att nå riskgrupper för alkohol och narkotikamissbruk behövs ett folkhälsoperspektiv. Sekundärpreventionen blir avhängig screening och behov av uppföljning. Tolk sker efter behov. Rutinmässiga frågor i hälsosamtalen till asylsökande behöver införas på nationell nivå. Svaren från hälsosamtalen behöver sammanställas, något som ännu inte görs, utan endast hur många som genomfört dem. I och med att vuxna asylsökande endast enligt lag har rätt till akut vård och vård som inte kan anstå blir det oetiskt att genomföra dessa hälsosamtal om de inte får den vård de har behov av.

Tertiär prevention

Det saknas sammanställning av utbud på behandling (tertiär prevention) för målgruppen när det gäller missbruk av alkohol och droger. I regel gäller sedvanlig behandling oavsett bakgrund. Omhändertagande kan vara på tre nivåer: primärvård, allmänpsykiatrisk specialistvård eller specialistcentrum för psykotraumatologi. Vid svårt missbruk behövs inläggning för observation och utredning, och en strategi för uppföljning inom primärvården ska vara etablerad innan patienten blir utskriven. Här är information och vid behov med tolk mycket viktigt för att undvika missförstånd och uteblivande från uppföljningssamtal. Även samverkan med familj och anhöriga är viktigt i det preventiva uppföljningsarbetet.

Rapporten från Socialstyrelsen "Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen" visar att psykiskt sjuka får sämre vård än andra (utan uppdelning på etnicitet) i behandlingsbara sjukdomar. De får heller inte samma tillgång till rekommenderade läkemedel som andra patienter.

Norredam, Mygind och Krasnik (2005) visar att hälso- och sjukvårdspolicy skiftar kraftigt mellan länder inom EU. Detta innebär att asylsökande inte får den vård de har behov av. Sverige är ett av de mest restriktiva länderna, något som tagits upp tidigare i översikten.

Sammanfattningsvis vill Socialstyrelsen i sin rapport till regeringen "Psykiatrisk vård till vuxna asylsökande" (2003) peka på betydelsen av att utveckla målstyrningen vad gäller hälso- och sjukvård åt asylsökande. Rapporten visar vad gäller journalstudierna underlag för följande slutsatser:

- Många patienter har blivit föremål för tvångsvård och flertalet har vårdats upprepade gånger inom den slutna psykiatriska vården. Hälften av patienterna hade före det studerade vårdtillfället fått avslag på ansökan om uppehållstillstånd.
- Det förhållandet att endast 37 procent av de asylsökande har genomgått hälsoundersökning eller hälsokontroll väcker frågan om de vårdbehov som kan finnas i gruppen verkligen tillgodoses.
- Vård till de asylsökande medför särskilda problem som vårdgivaren måste hantera. Dessa problem kan t.ex. gälla krigsförbrytare, överbeläggningar och intygsproblematik.
- En väl utbyggd öppenvård minskar behovet av slutna vård.
- Informationsvärdet av landstingens uppföljningar av vården till asylsökande kan utvecklas. Detta gäller t.ex. möjligheten att värdera de kostnader som landstingen redovisar.
- Ur enkätdelen i studien framkommer att flera möjligheter till utveckling och förändring kan vara angelägna att överväga vad gäller att ge psykiatrisk vård till vuxna asylsökande. Bland dessa möjligheter märks behovet av att utveckla en förbättrad samverkan mellan psykiatri och primärvård. Ett förhållande som bör uppmärksammas i den fortsatta planeringen är vidare bristen på landstingsövergripande mål och vårdprogram. Punkter som därvid kan vara av intresse är fortbildningsprogram och budget. Socialstyrelsen noterar vidare att man kan behöva tydliggöra ansvaret för samordning mellan olika aktörer inom landstingsområdet. En utveckling av uppföljningen i riktning mot att ge ett högre informationsvärde skulle ge ett värdefullt tillskott till diskussionen om resursfördelning. Vad gäller uppföljning bör man också tydliggöra ansvaret för denna. Slutligen vill Socialstyrelsen också peka på behovet av att det satsas mer på fortbildning av personalen. Flera landsting saknar i dag landstingsövergripande program för fortbildning och rapporter att inga insatser alls görs”.

Risikkonsumenter behöver omedelbar uppföljning inom primärvården av sjuksköterska, läkare eller kurator och som inkluderar en kort rådgivning. Tolk sker efter behov. En globalt baserad metod är FRAMES:

FEEDBACK – information ges till patienten

RESPONSIBILITY – ansvaret ligger hos patienten

ADVICE – råd ges om patienten vill ha dem

MENU – flera olika alternativ ges till patienten

EMPATHY – samtalet byggs på respekt och medkännande, inte konfrontation

SELF-EFFICACY – öka tilltron till patientens egen förmåga, förmedla hopp.

Motiverande samtal och vid behov med tolk är värdefullt. Såväl den korta rådgivningen som motiverande samtal kan även följas upp per sms eller annan kanal som bestämts i samråd med patienter.

Evidensbaserade effektiva behandlingsmetoder inklusive psykopedagogiska interventioner finns inklusive IT men är ännu inte anpassade till andra etniska språkgrupper än svenska. Innovativ behandlingsteknologi inom utredning och behandling av migrationsrelaterad psykisk ohälsa (ex PTSD, depression) behövs och som kvalitetssäkras: från stöd, självhjälp via Internet (ex nationell linje för asylsökande och nyanlända flyktingar) och datortelefoni till professionell behandling och vid behov skraddarsydd långsiktiga rehabiliteringsprogram.

Systemhinder

Det saknas en hälsofrämjande introduktion som tar hänsyn till ett helhetsperspektiv som inkluderar person, händelser och det sammanhang som den nyanlände befinner sig i. Introduktionen är en hälsofrämjande arena. Europeiska riktlinjer är emellertid för allmänna och täcker inte behoven. Det behöver utvecklas en samsyn och ett systemtänkande mellan myndigheter i flyktingmottagandet. Nya samverkansformer behövs från och med 1 december 2010 då lagen om etableringsinsatser träder i kraft i hela landet och Arbetsförmedlingen tar över flyktingmottagandet.

17.5.2 Etik

I hälso- och sjukvårdslagen anges att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” samt att vården ska vara lättillgänglig. Hälsa är en mänsklig rättighet (ger god vård till alla på lika villkor och ger företräde till dem med de största behoven: minskar ojämlikheten i tillgång till hälso- och sjukvård och gör den tillgänglig med hänsyn till de olika socioekonomiska förhållandena som föreligger; gör sjukvården lättillgänglig och effektiv; ger vård på rätt kompetensnivå och av hög kvalitet; arbetar förebyggande och hälsofrämjande för såväl medborgarna som de anställda; utvärderas fortlöpande med vetenskapliga metoder för att ge bästa möjliga hälsa till alla. www.gemensamvalfard.se).

En intervju med asylsökande kort efter ankomst till Sverige belyser hur individer som lever under väntan på asyl är en sårbar grupp för suicidala tankar och annan psykosocial ohälsa vilken kan påverka asylsökandes trovärdighet (Ekblad och Shahnava, 2004).

Individer med PTSD är speciellt sårbara och kan förmodligen försämrats i situationer där levnadsvillkoren eller kraven i vardagslivet upplevs som alltför svåra. Därför är det enligt Söndergaard (2003) viktigt att betona behovet av en individuell introduktionsplan som är anpassad till individens förmåga med syftet att uppnå en så snabb introduktion som möjligt.

Personalen inom drogområdet behöver kompetensutbildning kring etnicitet och missbruk och beroendevård och reflektera över sin yrkesroll i mötet med patienten, ett transkulturellt perspektiv.

Systemhinder

Vuxna asylsökande har enligt lag endast rätt till akut vård och vård som inte kan anstå medan papperslösa har rätt till akutvård men inte rätt till subventionerad vård. Det förekommer en strukturell diskriminering i vården där status har betydelse för att få den vård som behövs utifrån vårdbehov.

17.5.3 Kompetensutbildning till vårdpersonal

Eftersom Sverige på relativt kort tid har förändrats från ett samhälle med ett fåtal etniska grupper till ett samhälle med många olika nationaliteter, språk och religioner, så har även bruk och missbruk förändrats, men kunskapen hos såväl allmänhet som vårdpersonal om drogvanor, missbruk och vårdbehov bland personer med utländsk bakgrund är ännu begränsad. Dock visar den kliniska erfarenheten att etnicitet kan skydda mot drogmissbruk, nollkonsumtion men att det även förekommer en blandning av värdlandets drogvanor med individens drogvanor från hemlandet. Vidare finns data som visar att missbruk bland barn till utrikesfödda föräldrar påverkas av såväl föräldrarnas ursprungsland som mönstret i majoritetsbefolkningen. Vi lever i ett mångkulturellt samhälle och därför är det av intresse att ta fram de fakta som finns om utrikesföddas alkohol- och drogvanor för att se om de uppvisar ett mönster som kan relateras till deras vanor i hemlandet eller om de påverkats av de svenska alkohol- och drogvanorna.

Det är av central betydelse att vårdpersonal har goda kunskaper om vilka risk- och friskfaktorer som bidrar och samspelar till varför drogvanor utvecklas förr eller senare (kroniskt) till missbruk bland såväl svenskfödda som utrikesfödda, hur ett missbruk kan identifieras utifrån ett transkulturellt perspektiv och vilka behandlingsinsatser som bedöms vara relevanta vid missbruks- och beroendeproblem hos målgruppen. Utrikesfödda med svåra traumatiska upplevelser har på grund av sin utsatta position i samhället och vården ett speciellt behov av att bemötas i vården med rätt kompetens och med förmåga att samverka i vårdkedjan.

Systemhinder

Vårdpersonal saknar i regel kunskaper kring etnicitet, missbruks- och beroendevård. Studenter på vårdutbildningar får mycket begränsad kunskap inom området. Det räcker inte med "eldsjälar", utan det bör vara inskrivet som obligatoriska moment i lärandemålen under vårdutbildningarna.

17.5.4 Behov av forskning

Interkulturell kommunikation i klinisk verksamhet behöver ingå i ett strategiskt tvärvetenskapligt forskningsområde. Det behövs en medveten satsning på forskning inom utbildning, samverkan och klinisk (inklusive missbruk) forskning så att grundkompetensen höjs hos vårdpersonal och övrig berörd personal. Fokus behövs på den psykiska hälsan hos målgruppen. Forskningen ska bedrivas med målet att minska stigmatiseringen och främja brukarmedverkan och former för detta behöver utvecklas. Eftersom Norden inkl Sverige som tradition har en stark populationsbaserad epidemiologisk registerforskning, som är av stort intresse för omvärlden, bör universitet och forskningsråd ge fortsatt stöd till detta. En tydlig definition av riskbruksbegreppet utifrån etnicitet skulle gynna såväl patienter och klienter som är utrikesfödda som vårdpersonal liksom prevention och forskning. Vidare finns en förbättringspotential av IT-baserade och ändamålsenliga informationssystem som komplement till andra preventiva åtgärder och som regelbundet kvalitetssäkras.

Systemhinder

Likvärdiga begrepp behövs så att det går att jämföra datakällor och andra material.

Referenser

- Ahmadi, J., & Benrazavi, L. (2002) Short report. Substance use among Iranian physical patients. *International Journal of Drug Policy*, 13, 505–506.
- Allwood, C., Franzén E. (2000) *Tvärkulturella möten*. Stockholm: Natur och kultur.
- Amundsen, E.J., Rossow, I., Skurtveit, S. (2005) Drinking pattern among adolescents with immigrant and Norwegian backgrounds: A two-way influence? *Addiction* 100(10), 1453–1463.
- Andersson, A.M., Bendtsen, P., Spak, F. (2010) Oklart begrepp som behöver tydlig definition. *Riskbruk av alkohol*. *Läkartidningen*, 11 maj. pdf fil.

- Andréasson, S. (red) (2008) Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, R 2008:23.
- Antonovsky, A. (1991) Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.
- Axelsson Sohlberg, T. (2008) Den skötsamme invandraren. Etnicitet och alkoholvanor i den svenska befolkningen (sid. 261–298) I: Lindgren, Å. (red) Nykterhet i rörelse. Nykterhetens och nykterhetsrörelsens utveckling efter 1970. Sandviken: Sober förlag.
- Bensaci-Svensson, M. (2005) Varför är alkohol haram? 21 februari. www.islamguiden.com
- Bergh Johannesson, Lundin, T. (2007) Vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar. Uppsala universitet, pdf fil, januari.
- Boekhout van Solinge, T. (1997) The Swedish Drug Control System. An in-depth review and analysis. Uitgeverij Jan Mets Cedro Amsterdam <http://www.cedro-uva.org/bookstore>
- Boverket. (2009) Mellan uppehållstillstånd och bostad. En kartläggning av nyanlända flyktingars bostadssituation. Karlskrona.
- Boverket. (2008) Asylsökandes eget boende, EBO – en kartläggning. Karlskrona.
- Brottsförebyggande rådet. (2005) Brottslighet bland personer födda i Sverige och i utlandet. Brå-rapport 2005:17.
- Brottsförebyggande rådet. Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007. Rapport 2008:23.
- Carballo, M., Nerurkar, A. (2001) Migration, refugees and health risks. Panel summary from the 2000 Emerging Infectious Diseases Conference in Atlanta, Georgia. Emerging Infectious Diseases, June; 7(3):supplement.
- Carlsson, N.R., Martin, G. N., & Buskist, W. (2004) Psychology. England: Pearson Education Limited.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2009) Drogutvecklingen i Sverige 2009. Rapport nr 117.
- Dupont, H.J.B.H.M, Kaplan, C.D., Verbraeck, H.T., Braam, R.V., van de Wijngaart, G.F. (2005) Killing time: drug and alcohol problems among asylum seekers in the Netherlands. International Journal of Drug Policy, 16:27–36.

- Eastmond, M. (2004) Den traumatiserade flyktingen. Medikalisering av flyktingskap som ordningsregim. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6, 546–557.
- Ekblad, S. (2003) Introduktion – Att vara i ett meningsfullt sammanhang är viktigt för hälsan. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, 3–7.
- Ekblad, S. (2010 i tryck) Transkulturellt perspektiv på missbruk och beroende. Nylander, I., Franck, J. (red) *Beroendemedicin. Alkohol- och drogberoende – Grundläggande och kliniska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, S., Asplund, M., Jaafar, G., Johnson, N., Linander, A. (2009) Hälsoskola för nyanlända. *Invandrare och Minoriteter*, 6, 2-3.
- Ekblad, S., Janson, S., Svensson, PG. *Möten i vården*. (1996) *Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber utbildning.
- Ekblad, S., Roth, G. (2009) Transkulturell psykiatri och flyktingpsykiatri (sidor 703-711). I: *Psykiatri* (red: Jörgen Herlofson, Lisa Ekselius, Lars-Gunnar Lundh, Anders Lundin, Björn Mårtensson, och Marie Åsberg). Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, S., Shahnava, S. (2004) Trauma, postmigrationsstress och suicidal tankar hos asylsökande. *Sucidologi*, 9(1), 19–22.
- Eriksson-Sjö, T., Ekblad, S. *Stress, sömn och livskvalitet*. (2009) En studie bland flyktingar i SFI-utbildning, lärare och handläggare i Fosie stadsdel, Malmö. Malmö högskola. FoU Rapport 2009:5
- European Region, *European Alcohol Action Plan (EEAP)*, 2005. Giannopoulou, I. (1998) Patterns of alcohol and drug use and indicators of psychological distress among migrant greek adolescents. In *Congrès International sur l'alcoholisme et les toxicomanies Vol 2*. Sslo: CIAT.
- Giovanni Carta, M., Bernal, M., Hardoy, M.C., Haro-Abad, J.M. (2005) "Report on the Mental health in Europe" working group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix I) *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 13 doi:10.1186/1745-0179-1-13.
- Goldberg, T. (2009) Invandrare och problematisk konsumtion av narkotika. *Innvandrare & Minoriteter*, 4, 10–12.

- Hamberg, M. (2010) "Det är väl bara att sluta dricka?" – en litteraturstudie om den västa vägen ut ur ett alkoholmissbruk. C-Uppsats. Luleå tekniska universitet. Psykologi, Institutionen för Arbetsvetenskap, Avdelningen för Teknisk Psykologi 2010-036.
- Helling, S. (2005) Alkohol- och narkotikamissbruk bland invandrare. Stockholm: CAN, rapport 88.
- Hensing, G., Spak, F. (2009) Psycho-social aspects supplement. Introduction: Gender Socio Cultural Alcohol and Drug Research. *Alcohol & Alcoholism*, 44(6), 602–606.
- Hjern, A., Allebeck, P. (2004) Alcohol-related disorders in first and second generation immigrants in Sweden: a national cohort study. *Addiction*, 99, 229–236.
- Integrationsverket. (2004) Nationell samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige. Norrköping: Integrationsverket.
- Johansson Blight, K., Persson, JO., Ekblad, S., Ekberg, J. (2008) Medical and licit drug use in an urban/rural study population of refugee background, 7–8 years into resettlement. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5, 1–11.
- Kimerling, R., Trafton, J.A., Nguyen, B. (2006) Validation of a brief screen for Post-Traumatic Stress Disorder with substance use disorder patients. *Addictive Behaviors*, 31, 2074–2079.
- Kleinman, A. (1980) Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. *Cult Med Psychiatry*, 4(1), 3–23.
- Kristiansson, M., Sumelius, K., Søndergaard, HP. (2004) Post-traumatic Stress Disorder in the Forensic Psychiatric Setting. *J Am Acad Psychiatry Law*, 32, 399–407.
- Lagen om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare 2010:197.
- Lindencrona, F., Ekblad, S., Hauff, E. (2008) Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 121–131
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. (2008) Priebe, S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23: S14–S20.

- Malmgren, L., Ljungdahl, S., Bremberg, S. (2008) Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser. Statens folkhälsoinstitut. R 2008:37.
- Marshall, G.N., Elliot, M.N., Berthold, S.M. Chun, C-A. (2005) Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*, 294(5), 571–579.
- Moberg, Ulla-Carin. (2004) Knark kontra kultur? En studie av katmissbruket i Göteborg och vad som görs för att förhindra det. Kurs i Alkohol och narkotikaprevention, Avd socialmedicin, Göteborgs universitet.
- Nordegren, T., Tunving, K. Droger A–Ö. (1997) Stockholm: Natur och Kultur.
- Nordfeldt, M., L-E Olsson.(2006) Trösklar och gränshinder på bostadsmarknaden. I: SOU 2006:37. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Stockholm.
- Norman, J. (2008) Likhet inför lag? Om invandrares brottslighet och diskriminering inom rättsväsendet av personer med utländsk bakgrund. Examensarbete 30 poäng. Juridiska fakulteten vid Lunds universitet, vårterminen.
- Norredam, M., Mygind, A., Krasnik, A. (2005) Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*, doi.10.1093/eurpub/cki91.
- Norredam, M., Mygind, A., Krasnik, A. (2006) Tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande inom EU. En jämförande analys. *Läkartidningen*, 103(17):1317–1319.
- Nätverket för gemensam välfärd. www.gemensamvalfard.se
- Omar, A., Besseling, R. Kat. (2007) Ett växande missbruk. Malmö: SIMON.
- Otterbeck, J. (2008) Attityder till alkohol inom islamisk teologi och historia (sid. 299–313) I: Lindgren, Å. (red) Nykterhet i rörelse. Nykterhetens och nykterhetsrörelsens utveckling efter 1970. Sandviken: Sober förlag.
- Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A-M., Stenbeck, M., Sundelin, C., Hägglöf, B. (2010) Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk

- litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Hälsoutskottet, Kungliga Vetenskapsakademien.
- Porter, M., Haslam, N. (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. A Meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612.
- Ramstedt, M., Stokkeland, K., Hultcrantz, R. (2010) Nytt alkoholmönster och fler leverskador efter Sveriges EU-inträde. *Läkartidningen*, 1 juni pdf.
- Regeringens proposition Nyanlända invandrades arbetsmarknads-etablering – egenansvar med professionellt stöd. 2009/10:60
- Room, R., Babor, T., and Rehm, J. (2005) Alcohol and public health. *Lancet*, 365:519–530.
- Rosenquist, J.N., eMurabito, J., Fowler, J.H., Christakis, N.A. (2010) The spread of alcohol consumption behavior in a large social network. *Ann Intern Med*, 152:April 6, 426–433.
- Sacco, P., Bucholz, K.K., and Spitznagel, E.L. (2009) Alcohol use among older adults in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions: a latent class analysis. *Journal of Studies on Alcohol Drugs*, 70, 829–838.
- Saraiva Leao, T., Johansson, L-M., Sundquist, K. (2006) Hospitalization due to alcohol and drug abuse in first- and second-generation immigrants: a follow up study in Sweden. *Substance Use & Misuse*, 41, 283–296.
- SCB. (1991) Tema invandrare. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, Efterkrigstidens invandring och utvandring. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 2005.
- Selten, JP., Canto-Graae, E. (2005) Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry*, 187:1010-102.
- Shanks, E. (2008) Utländsk bakgrund och tungt narkotikamissbruk – en kartläggning av levnadsförhållanden. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, 2008:125.
- Silove, D. (1999) Psychosocial effects of torture, mass human rights violations and refugee trauma – toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200-2007.
- Silove, D., Ekblad, S. (eds) (2002) How well do refugees adapt after resettlement in Western countries? *Acta Psychiatr Scand*, 106, 401–402.

- Situationen på narkotikaområdet i Europa – årsrapport 2009.
- Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge. Årsrapport 2003.
- Socialstyrelsen. (1995) Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:4.
- Socialstyrelsen och CEIFO. (1999) Mångfald, integration, racism och andra ord. Stockholm: SOS-Rapport 1999:6.
- Socialstyrelsen. (2010) Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar. Plan för genomförande av regeringens strategi för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2007–2009. Skrivelse. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2008) Hemlöshetsprojekt 2005–2007. Lokala erfarenheter, resultat, slutsatser och bedömningar. Publicerad www.socialstyrelsen.se juni 2008, artikelnr: 2008-103-12, ISBN 978-91-85999-45-3.
- Socialstyrelsen. (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. ISBN: 978-91-85482-90-0, Artikelnr: 2007-102-1.
- Socialstyrelsen. (2009) Folkhälsorapport 2009, kapitel 13 Migration och hälsa.
- Socialstyrelsen. (2010) Öppna jämförelser och utvärdering. 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Statens folkhälsoinstitut (2010) Hur mår Sveriges nationella minoriteter. Pdf fil.
- Svensson, M. (2010) Alcohol use and social interactions among adolescents in Sweden: Do peer effects exist within and/or between the majority population and immigrants? *Social Science & Medicine*, 70, 1858–1864.
- Svensson, M., Hagquist, C. (2010) Adolescent alcohol and illicit drug use among first- and second-generation immigrants in Sweden. *Scandinavian Journal for Public Health*, 38, 184–191.
- Sveriges kommuner och landsting. (2009) Matcha eller rusta? Arbetsförmedlingens framtida insatser för nyanlända invandrare. pdf fil.
- Søndergaard, HP. (2003) Livshändelser hos nyanlända flyktingar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, 37–44.

- Søndergaard, H.P., Ekblad, S. (1998) Traumatiska belastningar hos vuxna flyktingar: När ohälsan tiger still – eller pratar bruten svenska. *Läkartidningen*, 13, 1415–1422.
- Søndergaard, H.P., och Theorell, T. (2004) Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of resettled refugees. *Psychother Psychosom* sept-oct, 73(5), 320-323.
- UNDCP. (2000) World Drug Report. New York: Oxford University Press.
- Waldrop, A.E., Ana, E.J., Saladin, M. E., McRae, A.L., Brady, K.T. (2007) Differences in early onset also alcohol use and heavy drinking among persons with childhood and adulthood trauma. *The American Journal of Addiction*, 16, 439–442.
- Weaver, H., Roberts, B. (2010) (Trauma: Forced Displacement.) *Drinking and Displacement: A Systematic Review of the Influence of Forced Displacement on Harmful Alcohol Use. Substance Use & Misuse*, Early Online: 1–16.. DOI:10.3109/10826081003793920.
- Westermeyer, J. (2000) Severity of trauma among refugee psychiatric patients. *Psychiatric Times*, April, XVII(4).
- World Health Organization. (2010) Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation, Madrid, Spain 3–5 March.
- Vård av personer från andra länder. Femte omarbetade upplagan. www.skl.se
- www.simon.org.se + studieplan till Filmen Khat. InformationsCD om Khat, SIMON.
- www.who.int/topics/alcohol/en
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2004) Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities, United Nations, New York.

18 Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet

Arne Gerdner, professor, Hälsohögskolan i Jönköping

Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet

Sammanfattning

Tvångslagstiftning som möjliggör vård av vuxna personer med tungt missbruk är vanligt internationellt. Av 24 europeiska länder hade 21 sådan lag år 1999 och 19 år 2009. En begränsad litteratur finns internationellt och nationellt vad gäller randomiserade kontrollstudier och kvasiexperimentella studier om effekt av tvångsvård. Dessutom finns ett antal förloppsstudier. Baserat på dessa studier kan följande slutsatser dras.

Tvångsvård när samtycke om frivillig vård ej finns ökar förutsättningarna för att vård skall komma till stånd och förbättrar fullföljandet av den. Tvångsföreskrift kan också öka fullföljande av eftervård. Utfall av vård och eftervård som ges med tvångsföreskrift är lika bra eller bättre än utfall av motsvarande frivillig vård för motsvarande patientgrupper. Personernas problemnivå samt vårdens och eftervårdens innehåll och omfattning är avgörande för resultaten i tvångsvård, precis som i frivillig vård.

Strukturerade behandlingsmetoder som i frivillig vård visat sig vara effektiva, kan användas även inom tvångsvården. Initiativ till utbildningar har tagits under senare år och det är viktigt att studera implementeringen av dessa. Vårdens kvalitet har stor betydelse även för att minska de negativa upplevelser av tvång som förekommer hos många intagna och som kan vara starkare och mer varaktiga än hos dem som vårdas enligt psykiatrisk tvångslag.

Flera stora projekt har de senaste åren inriktats på förbättrad integrering av initial institutionsvård och strukturerad eftervård. Resultaten är lovande men ännu ej konklusiva.

18.1 Uppdraget

Missbruksutredningen begärde en översikt som skulle gå igenom kunskapsläget när det gäller tvångsvård vid missbruk och beroende avseende effekt och kvalitet, samt med en utblick över tillämpningen av denna vårdform historiskt och internationellt. Då tillämpningarna varierar över tid och i olika länder måste översikten ge tillräcklig bakgrund för att underlätta tolkningarna av resultaten. Till skillnad mot vad som är vanligt vid översikter av standardiserade vårdmetoder kan denna översikt endast i begränsad utsträckning luta sig mot randomiserade kontrollstudier. Detta sammanhänger bl. a. med etiska och metodologiska problem med att tillämpa randomisering om tvång.

Det är viktigt att hålla i minnet att tvångsvård i regel ges under förutsättningen att frivillig vård inte kan tillämpas, och att de som är föremål för tvångsvård ofta är en selekterad grupp med särskilt allvarliga problem. Det sista gäller främst vid s.k. civil tvångsvård¹, men inte nödvändigtvis i s.k. straffrättslig tvångsvård där lagöverträdelse är en grund för beslutet.

Översikten redovisar brett det vi har kunnat få fram om tvångsvårdens utfall och effekt i internationella och svenska studier. För internationella studier bygger detta på en noggrann och delvis kritisk genomgång av tillgängliga vetenskapligt publicerade översikter och med särskild redovisning av de studier som har högst kvalitet. Genomgången av svenska studier av utfall och effekt baseras där så är möjligt på publicerade artiklar men redovisar även relevanta studier som ej är publicerade i vetenskapliga tidskrifter eller i rapportform. Genomgången av kvalitet i svensk LVM-vård bygger huvudsakligen på studier redovisade i rapportform, och bland dessa har främst systematiska utvärderingar av olika slag använts. Kvalitativa studier som har fokus på andra aspekter än de vi direkt studerar har vi tvingats lämna åt sidan – inte minst av tidsskäl. Det har inte heller legat i uppdraget att granska SiS som myndighet, dvs. utbildningssatsningar, utvecklingsprojekt, forskningsbidrag, årsrapporter etc.

Även om det vetenskapliga läget ibland inte kan ge grund för klara konklusioner, så har vi på detta sätt ändå strävat att redovisa bästa tillgängliga evidens. Evidensbaserad praktik bygger på tre källor. Utöver forskningens bidrag om insatsernas effekter, skall

¹ Med civil tvångsvård avses det som på engelska kallas *civil compulsory commitment* eller ibland bara *civil commitment*, i motsättning till straffrättslig tvångsvård.

denna också bygga på brukarnas – i detta fall de intagnas – upplevelser, samt professionens erfarenheter. Såväl brukarstudier som professionsvärderingar av vården ingår i den avslutande redovisningen om vårdens kvalitet. Med ”brukare” avses här både de som var intagna för tvångsvård, och företrädare för brukarorganisationer, vilka tidigare varit intagna. Med ”professionen” avses dels socialtjänsten som beställer tvångsvården, dels anställda i vården (de senare medverkar i vårdmiljömätningar.)

För att hjälpa läsaren till överblick har varje avsnitt avslutats med en kort summering av de mest centrala fynden. Det har inte legat i vårt uppdrag att baserat på genomgången vore sig ge något samlat omdöme om den nuvarande tvångsvården eller att ge några rekommendationer om den framtida tvångsvårdens organisation.

18.2 Bakgrund – historiskt och internationellt

18.2.1 Kortfattad historik

Svensk tvångsvård av vuxna personer med tungt missbruk har i dag en ganska lång historia som därför bara kort kan antydast här. Alkoholistlagen fastställdes 1913 och började verka 1916. Detta var i en tid då nykterhetsrörelsen arbetade för alkoholförbud, till följd av svåra alkoholproblem som funnits under lång tid. Nykterhetsrörelsen var stark, delvis allierad både med frikyrkorörelsen och med arbetarrörelsen, och präglad av socialt och moraliskt patos. Den första Alkoholistlagen, som ersatte den gamla Lösdrivarlagen, var dock tydligt inriktad på samhällsskydd snarare än på vård av individerna med problemet. Det kan förefalla märkligt, med tanke på att en av de tidigaste doktorsavhandlingarna i världen som utförligt beskrev alkoholism som en sjukdom var skriven av den svenske läkaren Magnus Huss² redan 1849. Han tog också initiativ till de första frivilliga vårdinrättningarna för alkoholister. Men då Alkoholistlagen diskuterades drygt 60 år senare, var det en annan läkare som hade stort inflytande på svensk alkoholpolitik – dr Ivan Bratt, som annars mest är känd för insatser på samhällsnivå med motboken och statliga monopol i sprithanteringen. Bratt motsatte sig ordet ”vård” i lagen, eftersom han såg alkoholism som ett samhällsproblem och ett moraliskt problem. I den mån institutions-

² Huss var dock inte först. Redan 1788 respektive 1795 publicerade skotten Thomas Trotter och amerikanen Benjamin Rush uppsatser med samma utgångspunkt.

vistelser tillämpades var hans modell för livet på anstalterna att de intagna skulle sättas i arbete, gärna i sin egen profession, samt dagligen läsa sina journaler för att därmed föras på bättre tankar. Ordet vård infördes trots Bratts motstånd, men innehållet följde delvis hans synsätt genom betoningen på arbete.

Alkoholistlagen reviderades 1931 och efterträddes av Nykterhetsvårdslagen (NvL) 1955 i samband med att motboken avskaffades och man befarade kraftig tillväxt av alkoholproblemen. NvL innebar en ökad betoning på förebyggande insatser, framför allt i form av nykterhetsvårdsnämndernas arbete med upptrappande varningar. Anstaltssystemet med sin arbetsbetoning byggdes samtidigt ut ännu mer än tidigare. NvL avlöstes i sin tur av vår nuvarande ”Lag om Vård av Missbrukare i vissa fall” (LVM) som trädde i kraft 1982. Denna innebar dels en utvidgning, eftersom lagen nu även omfattade nya grupper av drogmisbrukare, dels en begränsning genom kortare vårdtid än tidigare. Samtidigt ändrades lagens kriterier för att mer fokusera vårdbehov. Elmér (1993) beskrev hur tvångsvårdens historia i Sverige varit en långsam process från moralism till ett ambivalent acceptande av alkoholism som sjukdom. Vården kom alltså att förändras under denna tid, men bär fortfarande drag av sin historia.

Utvecklingen i Sverige var inte unik i internationellt perspektiv. Många länder i västvärlden införde under 1900-talets första decennier lagar om institutionsvård för alkoholister med och utan tvång (Gerdner 1998; Edman 2005). Ordet ”alkoholistasyl” hade använts redan av Huss, men då gällande frivilliga institutioner, och detta begrepp avsåg att institutionen skulle ge alkoholisten möjlighet att vila från den kaotiska tillvaron präglad av missbruk. Ibland benämndes tvångsintagningen för vård, men i flertalet länder genomfördes denna i stora institutioner, där arbete skulle stå för det huvudsakliga innehållet (Edman, 2005). Det anknöt väl till samhällets och industrins behov av att mobilisera arbetskraften. Motsvarande system behölls eller infördes under efterkrigstiden även i Östeuropa under kommunisttiden (Elekes, 1987). När andra länder i Östasien tvingades hantera drogepidemier efter andra världskriget, såsom amfetaminepidemin i Japan, opiumepidemin i Kina och heroinepidemin i Singapore, utvecklade regimerna motstrategier baserade på moraliska befolkningskampanjer, tvångsintagning på institution med arbete som innehåll, samt mycket hårda straff för langare (Brown 1988; McGlothlin 1980).

Goffman (1961) beskrev hur asylerna, i avsaknad av klart vårdinnehåll, utvecklades till stora institutioner som tryckte mer på kontroll än på rehabilitering. Kritiken av institutionerna fokuserade dels intagnas svaga rättsställning, dels bristen på behandlingsinnehåll (Eriksson 1967). De sågs som repressiva institutioner med en stark klasskaraktär riktad mot underklassen (Jonsson 1972; Gerdner 1998; Edman 2005). Diskussion om vårdmiljö och behandlingsinnehåll under 1960- och 1970-talen inspirerade både framväxten av terapeutiska samhällen och öppenvårdsinsatser. Även om det fanns exempel på rehabiliterande verksamhet i det gamla anstaltssystemet, så uppstod ideologiska kontroverser bland socialarbetare och behandlare om huruvida tvångsvård kunde spela någon roll i vårdsystemet (Gerdner 1998). I vissa länder övergavs asylerna, samtidigt som tvångsvården behölls för ett mindre antal svåra fall – men nu ofta organiserat inom den psykiatriska hälsovården. I andra länder utvecklades tvångsvård som komplement till socialtjänsten.

I USA, som fick hantera en ökning av narkotikamissbruk efter Vietnamkriget, infördes först tvångsvård på delstatsnivå, och 1966 infördes the Narcotic Addict Rehabilitation Act (NARA) som federal lag, vilken stadgar 6 månaders civil tvångsvård på sjukhus följt av 3 års eftervård under övervakning (Maddux 1988). När HIV-epidemin inträffade bland injektionsmissbrukare under 1980-talet, efterfrågades åter kontrollåtgärder i många länder och förstärkning av tvångsvård i olika former kom på nytt på dagordningen (Klingeman 1987). Nederländerna, som tidigare framstätt som anförare av legalisering och individuellt ansvar, införde nu tvångsvård under två år riktad till kriminella missbrukare (Engelsmann 1989; Baas 1998). Kina, som tidigare lyckats hejda en opiat-epidemi, upplevde en ny sådan sedan landet på 1980-talet börjat öppna sig för omvärlden. Olika vårdformer byggdes upp, inklusive tvångsvård (Wang 1999). När, å andra sidan, Sovjetunionen avvecklades under 1990-talet, så ifrågasattes det gamla anstaltssystemet i de nybildade länderna – ett system som haft samma betoning på arbete snarare än vård. Även där handlade kritiken både om individens rättigheter och om vårdinnehåll. Den senare kritiken tog bl.a. fasta på nya kunskapssammanställningar om såväl farmakologisk som psykosocial behandling, vilka tycktes ge grund för en ny optimism att effektiv behandling möjligen skulle leda till att tvångsvården inte skulle behövas³. Samtidigt finns emellertid

³ AG´s samtal med företrädare för ryska hälsodepartementet under gemensamt projekt 1999–2001.

stor oro för starkt ökande drogproblem, som gör att myndigheterna nu har planer på utvidgad tvångsvård (Bobrova m.fl. 2008).

18.3 Tvångslagstiftning internationellt

18.3.1 Likheter och skillnader

Processen att förändra synen på och hanteringen av missbruk från ett moraliskt problem till ett hälsoproblem pågår fortfarande och är således inte unik för Sverige. Israelsson och Gerdner (2010) beskriver hur lagar om tvångsvård av personer med missbruksproblem såg ut i 90 länder fördelade på alla världsdelar vid 1990-talets slut. Genomgången baseras på tre olika inventeringar som publicerats av WHO (Porter m.fl. 1986 & 1999 samt WHO 2001, den sistnämnda främst avseende Östeuropa och forna Sovjetstater). Med tvångsvård avses här enbart vård som kan genomföras utan individens samtycke. Dit räknas alltså inte vård som kräver samtycke inom eller istället för fängelse. Över 80 procent av de 90 länderna har enligt inventeringarna aktuella lagar om tvångsvård och medianen för hur länge denna kan pågå är två år. Dessa lagar följer två skilda huvudmönster. Det ena mönstret kännetecknas av att lag om tvångsvård är placerad inom straffrätten och vanligen också av att bruk, missbruk och innehav för eget bruk är kriminaliserat. Detta mönster kännetecknas av en tydligare moralisk logik. Det andra mönstret bygger på civil tvångsvård inom mentalhälso- och/eller social- eller speciallagstiftning och följer till sin legala struktur snarare en välfärdslogik. Världshälsoorganisationen har sedan 1960-talet aktivt verkat för en övergång från det första till det andra mönstret (WHO 1967). De relativt sett rikare länderna i väst samt de länder som tidigare dominerades av Sovjetunionen hör till dem som mest anammat detta, men även bland dessa finns ambivalensen kvar med starka inslag från den moraliska logiken. Tvångsvård som istället i huvudsak är reglerat inom strafflag är dominerande bland länder i tredje världen (Israelsson & Gerdner 2010).

Inom den civila tvångsvården anges eller antyds vanligen olika etiska grundvalar, vilka kan klassificeras utifrån Tännsjö (1994). ”Presumerande tvång” utgår från att individen saknar effektiv beslutskapacitet, men antar (presumerar) att individen skulle ha velat detta om han/hon kunnat välja. ”Paternalistiskt tvång” gör inte motsvarande antagande, utan beslutet tas ”i individens

intresse”, men oberoende av dennes uttalade vilja, utifrån en bedömning av att vård krävs för att hejda en destruktiv utveckling. ”Preventiv tvång” tas för att förhindra att personen genom sitt beteende skadar närstående, andra eller vidare samhällsintressen. Slutligen finns – mindre vanligt – s.k. ”Homeriskt tvång” som innebär kvarhållande med tvång i vård som individen initialt själv valt. Straffrättsligt tvång anger inte lika tydligt några etiska grundvalar men grunden är vanligen att förebygga fortsatt brottslighet.

Den civila tvångsvården finns i totalt 56 procent av de 90 länderna och kan delas upp i två huvudtyper utifrån vårdens mål och längd. Akut tvångsvård med syftet att hantera överdoser, genomföra avgiftning samt i vissa fall något längre stabilisering efter missbruk, men som inte syftar till att genomföra mer långsiktig rehabilitering, finns i 27 procent av länderna. Denna typ av vård är oftast (75 procent av länder med denna typ av vård) reglerad inom mentalhälsolagstiftning, och i övrigt inom social- eller speciallagstiftning. Presumerande tvång dominerar, men paternalistiskt och preventiv tvång är också vanligt förekommande i akut civil tvångsvård. Maximala vårdtider varierar från 8 timmar till 6 månader och med en median av en månad. Den andra typen av civil tvångsvård – rehabiliterande tvångsvård – finns i närmare hälften (48 procent av de 90 länderna. Den är främst reglerad enligt social- eller speciallagstiftning (65 procent av länder med denna typ), men ofta också inom mentalhälsolag. Den har oftast paternalistisk eller preventiv etisk grundval. Maximal vårdtid för denna typ varierar från en månad till tre år eller odefinierad tid, och medianen för denna är ett år.

Länder som har tvångsvård inom straffrätt uppgår till 47 procent. Dess maximala vårdtider varierar stort beroende på syftet med vården. I några fall är syftet begränsat till avgiftning och stabilisering och dessa har maximala vårdtider mellan 14 dagar och en månad. I andra fall är syftet att komma ifrån missbruket och då kan vårdtiden vara i flera år, upp till fem år eller odefinierad tid. Medianen för maximal tvångsvård inom straffrätten är tre år (Israelsson & Gerdner 2010).

Några övriga skillnader

Vanligen är behandlingsinsatserna som ges inom tvångsvård inte närmare preciserade i lagarna, utom då det gäller medicinskt omhändertagande. I vissa länder nämns dock de insatser som

tvångsvården avser. Här skall bara illustreras några skillnader⁴. I Ryssland under Sovjettiden föreskrevs psykiatrisk tvångsvård för svårt missbruk i en lag och "corrective labour" i en annan. Vi har motsvarande skillnad i nuvarande Fastlands-Kina med terapeutiskt inriktade community camps å ena sidan och långvariga arbetsläger som är mer bestraffande å andra sidan (Wang 1999). Macau föreskriver undervisning, sociala tjänster och deltagande i preventionsåtgärder. Irak kräver att institutioner som skall tvångsvårda har tillgång till team bestående av konsulterande psykiater samt följande fast anställda: läkare, klinisk psykolog, socialarbetare, "rehabilitation therapist" samt sjuksköterska. Där slås också fast att behandlingen skall innefatta både individuell och gruppterapi. Norsk lag anger att, utöver insatser för dem som missbrukar, skall råd och stöd även ges till dennes familj.

I några länder, som i Sverige och Peru samt tidigare Portugal, ges den aktuella tvångsvården i speciella statliga tvångsinstitutioner, men i andra länder (som Norge) ges den vid statliga institutioner som i huvudsak tar emot frivilliga personer. Från Tyskland (Berlin) rapporterar Oberlander m.fl. (1995) att av personer intagna för alkoholberoende och alkoholpsykos inom mentalthälsovård var andelen tvångsomhändertagna mellan 13 och 19 procent. Kinas "community camps" används för både frivilliga och tvångsintagna, till skillnad från tvångsarbetslägren. I en del länder, t.ex. Bolivia, Hong Kong och Italien, kan även privata institutioner bli auktoriserade att ta emot tvångsvårdade tillsammans med frivilligt intagna. I Tyskland (Bayern) kan vården ges både vid psykiatriska sjukhus och vid särskilda behandlingsinstitutioner inriktade på missbruk. I New Zealand behandlas tvångsvårdade tillsammans med frivilliga på statligt certifierade institutioner som tillämpar olika intensiva behandlingsprogram eller fungerar som terapeutiska samhällen. Broadstock m.fl. (2008) rapporterar programinnehåll i två sådana institutioner, vilka kombinerar element som arbete, gruppterapi och individuell terapi med 12-stegsbehandling och Community Reinforcement Approach (CRA) som utgångspunkter. I Malaysia kan såväl behandlingshem, dagvårdscentra som eftervårdsenheter hantera tvång.

I några fall där civil tvångsvård har inneburit längre maximal vårdtid än genomsnittligt, har det framgått att vårdtiden inte är tänkt att avse institutionsvistelse annat än inledningsvis (t.ex. USA

⁴ När ej annat anges är källorna Porter m.fl. 1999 och WHO 2001.

samt olika delstater i Kanada). Det rör sig då i stället om påtvingad övervakning som kan vara förknippad med föreskrifter att genomgå eftervård av olika slag arrangerade som ”community care” samt förbud att inta alkohol och eller droger under övervakningstiden. Detta är givetvis fundamentalt annorlunda än arbetsläger under lång tid.

Anglosaxiska Drug Courts

Drug Courts är en form av straffrättsligt reglerad vård som vuxit fram i anglosaxiska länder (USA, Kanada och Australien). Det handlar om särskilda domstolar vilka hanterar drogrelaterade brott som inte innehåller våld eller smuggling. Domstolen ger en formellt tvingande föreskrift om vård som påföljd för brottet. Det är alltså inte frivilligt att fullfölja, och domstolen övervakar genom rapporter hur detta fungerar. I den meningen är det tvångsvård. Men föreskriften förutsätter att den åtalade initialt accepterar vården, vilket gör det till homeriskt tvång inom straffrätten. Emellertid skiljer sig detta från vad som annars är det vanliga mönstret vid homeriskt tvång – och som exempelvis gäller i Norge och Danmark och som gällde förr i Sverige under Nykterhetsvårdslagens tid (i samtliga dessa fall civil tvångsvård) och som gäller straffrättsligt i Qatar, nämligen att det homeriska tvånget innebär *kvarhållande med tvång en kortare tid* på institution om den enskilde oplanerat vill lämna denna. Vårdföreskriften från drug court kan dock avse både institutionell vård och öppenvård. I det senare fallet finns trots övervakning ingen praktisk möjlighet till kvarhållande. Även de institutioner som används för institutionsvård enligt föreskrift från drug court saknar låsta vårdavdelningar. Vid misskötsamhet kan domstolen först döma till häkte en till två veckor, men upprepas detta begränsas domstolens möjligheter vanligen till att skriva ut individen från programmet och överföra denne till kriminalvården. Detta gör att drug courts i praktiken delvis liknar det som annars kallas ”diversion to treatment”, dvs. överföring från kriminalanstalt till vård så länge samtycke finns och som brukar räknas till straffrättsligt påtryckt men ändå frivillig vård (jämför svensk ”kontraktsvård”). Därför förekommer det att drug courts ibland bedöms som tvångsvård och ibland som frivillig vård. Den principiella skillnaden är dock att drug courts *beordrar* (s.k. court order) att vård skall ske och *bestraffar* bristande följsamhet, medan exem-

pelvis kontraktsvård innebär en *överenskommelse* om vård istället för fängelse som den enskilde har *rätt att ensidigt bryta*, varefter den ursprungliga domen gäller.

18.3.2 Förändring av tvångslagstiftning – internationella tendenser

Genom jämförelser av samma länder över tid kan vi studera om det finns några eventuella tendenser. Sådana jämförelser över tid kan göras dels för de 40 länder från olika delar av världen som finns med i de båda WHO-studierna (Porter m.fl. 1986 och 1999), dels för 24 europeiska länder som både finns med i WHO-studien från 1999⁵ och i en ny datainsamling gjord av Magnus Israelsson vid Mittuniversitetet. Det är dessvärre inte samma uppsättning länder i de två jämförelserna, men kan ändå ge en fingervisning om förändringar som gjorts under två tidsperioder.

Perioden från 1986 till 1999

I rapporten från 1986 hade 30 av de 40 länderna någon form av tvångsvård vid missbruk (Porter m.fl. 1986). Av dessa hade 25 civil tvångsvård och 12 hade tvångsvård inom straffrätt; 7 hade båda formerna. I rapporten från 1999 hade 38 av samma 40 länder någon form av tvångsvård vid missbruk (Porter m.fl. 1999). Det hade alltså ökat. Nu hade 29 civil tvångsvård (4 mer än tidigare) medan 24 hade tvångsvård inom straffrätt (en fördubbling). Observera att frivillig vård inom kriminalvården inte räknas in. Femton länder hade nu båda formerna. Medianerna för maximala vårdtiderna var oförändrad mellan de två mättillfällena: för civil tvångsvård två år och för tvångsvård inom straffrätt var den odefinierad eller maximerad till det ursprungliga straffets längd.

Samtidigt har det skett byten från den ena till den andra formen, och bytena har gått i bägge riktningarna. Nio länder införde ny lag – antingen civil eller straffrättslig tvångsvård; två tog bort lag och fyra bytte från den ena till den andra. Ändringar hade också skett vad gäller maximala vårdtider. För civilt tvång var det ungefär lika många som ökade respektive minskade vårdtiden, men för straff-

⁵ Utöver dem som tas upp i Porter m.fl. 1999, finns uppgift för samma tid från Nederländerna genom deras justitiedepartement och Baas 1999.

rättslig tvångsvård var det fler som ökade den. Hela 28 av de 40 länderna har antingen infört eller avskaffat lag eller gjort en förändring av maximala vårdtiden. Slutsatsen är att detta tycks vara ett område där lagstiftarna varit aktiva, vilket talar för att lagarna rimligen oftast tillämpas, och tendensen är att tvångsvårdslagar ökat under perioden. Tvärtemot WHO:s rekommendationer har tvångsvård inom straffrätt ökat mest. En möjlig förklaring kan vara att HIV/AIDS-epidemin i slutet på 1980-talet innebar ökade krav på att injektionsnarkomaner kom i vård oavsett eget samtycke utifrån perspektivet samhällsskydd. Ökningen ledde alltså till att praktiskt taget alla dessa länder hade någon form av tvångsvård i slutet av 1990-talet.

Perioden från 1999 till 2009 – Europa

För 24 europeiska länder finns uppgift från både 1999 och 2009. Tjugoen av dessa hade någon form av tvångsvård 1999, varav 16 civil tvångsvård och 12 straffrättslig (sju hade båda formerna). Tio år senare, år 2009, hade antalet länder med tvångsvård minskat något. Nitton hade någon tvångsvård, varav 12 är civil tvångsvård och 9 straffrättslig (2 båda formerna). Båda formerna har alltså minskat. Fortfarande är det något fler som har civil tvångsvård än straffrättslig, men även nu har förändringar gått i bägge riktningarna. Tre länder ökade tiden för civil tvångsvård och ett land minskade, och för straffrättslig tvångsvård skedde två förändringar, en i vardera riktningen. Medianen i maxtid för dem som har civil tvångsvård har ökat från 6 till 9 månader, men är oförändrad vad gäller straffrättslig tvångsvård (huvudsakligen utan bortre gräns). Totalt sett har 18 av 24 länder ändrat antingen typ av lag eller maximal vårdtid. Det har alltså även nu varit en period med hög lagstiftningsmässig aktivitet på tvångsvårdens område. Det är svårt att se någon lika tydlig tendens i förändringarna under denna period i Europa. Å ena sidan har totalt något färre länder tvångsvård än tidigare, men de som har civil sådan har något längre vårdtid än innan. Jämförelsen mellan de båda perioderna begränsas givetvis av att det inte är samma panel av länder i de båda jämförelserna.

Avslutningsvis jämförs därför 11 europeiska länder där uppgifter finns i båda rapporterna 1986 och 1999 och dessutom i aktuell datainsamling från 2009, dvs. samma panel vid alla tre tidpunkterna. År 1986 hade 9 av de 11 länderna någon tvångsvård, varav 8 civil

och 5 straffrättslig (4 hade båda). År 1999 hade 10 av länderna någon tvångsvård varav återigen 8 civil och 5 straffrättslig, men nu hade 3 båda formerna. År 2009 slutligen är det igen 9 av länderna som har tvångsvård, varav 6 civil sådan, 4 straffrättslig och en båda formerna. I den första perioden, från 1986 till 1999, skedde lika många minskningar som ökning av maximal tid (tre vardera⁶). I den andra perioden skedde en ökning (civil) och en minskning (straffrätt). I båda perioderna har 7 av 11 länder gjort någon av dessa ändringar. Huvudintrycket bland dessa länder är onekligen stabilt i andel som har tvångsvård, men med små variationer i form och tidsgränser.

18.3.3 Summering

Tvångsvård vid missbruk har en snart hundraårig historia i Sverige och bär ännu drag av sin historia. Den präglas av en utveckling från huvudsakligen kontroll och arbetsdrift till ett ambivalent accepterande av en starkare vårdambition. Tvångsvård finns i drygt 80 procent av världens länder, och lagstiftningen varierar mellan straffrättsligt reglerad tvångsvård och civil tvångsvård. Världshälsoorganisationen har sedan 1960-talet förespråkat en övergång från straffrättsligt reglerad tvångsvård till civil tvångsvård och att denna i likhet med annan vård hanteras genom hälsovårdande organ och med samma krav på kvalitet och etiskt omhändertagande. Lagar om tvångsvård har ökat internationellt särskilt i samband med drogepidemier, och senast i samband med HIV/AIDS under 1980- och 1990-talen.

18.4 Svenska tvångslagar för vuxna med missbruksproblem

Den nuvarande svenska lagstiftningen om tvångsvård av vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem innehåller inslag av alla de olika former som nämnts ovan – tvångsvård enligt sociallagstiftning, enligt mentalhälsolag samt enligt strafflag, men civil tvångsvård är helt dominerande. Den typ som vanligen diskuteras – LVM – motsvarar det som ovan benämnts civil rehabiliterande tvångsvård, även om de rehabiliterande inslagen inte tydligt regleras

⁶ Varav en avsåg straffrättslig ökning. Övriga 5 ändringar avsåg civil tvångsvård.

i lagen. LVM:s vårdtid är maximerad till sex månader, dvs. halva medianen för internationell rehabiliterande tvångsvård. Den återfinns bland sociallagarna och den har samma paternalistiska etiska grundval som dominerar internationellt för denna typ.

Sett utifrån internationell horisont skiljer alltså inte den svenska LVM-lagstiftningen ut sig. Det har ibland hävdats att tillämpningen – främst vad gäller antalet personer som döms till tvångsvård – skulle vara mer omfattande än vad som är vanligt internationellt. Men detta påstående kan inte styrkas, då statistiska uppgifter sällan redovisas från andra länder. Det enda som är klarlagt är att Sverige har fler tvångsomhändertaganden av denna typ (dvs. social tvångsvård) än övriga nordiska länder.⁷ Uppgifter om antalet omhändertaganden för missbruk/beroende enligt psykiatrisk tvångsvård i dessa länder har då inte räknats in. Om detta görs förändras bilden. I en ledare i Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift pekar Kerstin Stenius (2008) på att tvångsomhändertaganden vid missbruk inom den psykiatriska vården inte har observerats i jämförelser mellan de nordiska länderna. Antalet personer som tvångsintagits i Finland enligt mentalvårdslagen med läkemedels-, alkohol- eller drogdiagnoser uppgick till 1.373 personer år 2006⁸.

Tvångsomhändertagande som påföljd för brott enligt straffrätt finns också i Sverige genom paragrafen om överlämnande till vård enligt LVM (2 § 31 kap. BrB). Denna kräver – till skillnad från exempelvis vårdvistelse under kriminalvård enligt 56 § KvaL – inte något uttalat samtycke eller någon ansökan från den enskildes sida. Enligt uppgift från BRÅ var det 15 personer som år 2008 överlämnades till LVM-vård enligt detta lagrum (BRÅ 2009, tab. 4.7), och nivån har varit densamma under de senaste 10 åren, men mer vanligt tidigare (BRÅ 2008, tab. 4.1). Betydligt vanligare – men ofta negligerat i tvångsvårdsdebatten – är psykiatrisk tvångsvård av vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem. Det finns två psykiatriska tvångsvårdslagstiftningar för vuxna – LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård; 1991:1128) och LRV (Lagen om rätts-

⁷ I Finland tillämpas lagen endast undantagsvis, 0-5 gånger årligen, medan i Norge tvångsomhändertogs mellan 250 och 270 personer årligen sedan 2005. Detta kan jämföras med ca 700 per år i Sverige. Uppgifterna härrör från Magnus Israelssons datainsamling. Dessa uppgifter bekräftas i en rapport från Rokkansenteret (Rindal Lundeberg m.fl. 2010) som för 2008 uppger totalt 266 tvångsomhändertagna enligt Lov om sociale tjenester, varav 87 enligt § 6-2 (paternalistiskt tvång), 29 enligt § 6-2a (preventivt tvång för gravida) och ca 150 enligt § 6-3 (homeriskt tvång).

⁸ Rindal Lundebergs rapport (se föregående not) rapporterar att 282 personer med svårt missbruk eller beroende fick psykiatrisk tvångsvård i Norge år 2008, dvs. fler än alla som samma år fått social tvångsvård då de tre lagrummen kombineras.

psykiatrisk vård; 1991:1129). LPT-vård ges grundat på allvarlig psykisk störning där samtycke om vård inte finns, medan LRV ges grundat på att brott har begåtts av person med allvarlig psykisk störning. Slutligen har vi också Lag om omhändertagande av berusad person (LOB), men den berörs inte vidare här.

18.4.1 Omfattning av olika vårdformer – antal och vårdtider

Vård och tvångsvård inom socialtjänsten

Socialstyrelsen redovisar årligen statistik för socialtjänstinsatser som ges till vuxna personer med missbruksproblem antingen enligt socialtjänstlagen (SoL) eller enligt LVM. Under *en enda dag*, den 1 november 2008, hade drygt 12 200 vuxna personer individuellt behovsprövade öppenvårdinsatser medan 2 900 vuxna personer hade insatser som betecknas som heldygnsvård (SoS 2009). I heldygnsvård ingår frivillig institutionsvård (knappt 2 400 personer) och familjehemsvård (knappt 220 personer). Där ingår också 260 personer som vårdades med tvång enligt LVM (inklusive 24 som vårdades i familjehem enligt § 27 LVM). LVM-vården omfattade därmed 1,7 procent av dem som vid viss tidpunkt fick insatser för sitt missbruk genom socialtjänsten och 8,9 procent av dem som var i socialtjänstens heldygnsvård. Närmare 40 procent av LVM-intagna var kvinnor. Motsvarande andel bland frivilligt intagna var 25 procent. Kvinnor tenderar alltså att vara överrepresenterade inom tvångsvården och särskilt gäller detta i åldrarna upp till 25 år, där hälften var kvinnor⁹.

Antalet frivilliga institutionsplaceringar *under hela året* uppgick till drygt 8 100 och antalet familjehemsplaceringar till drygt 670. Under samma tid togs knappt 890 beslut om LVM-vård, varav knappt 200 endast innebar ett s.k. omedelbart omhändertagande enligt § 13 utan att detta senare följdes av fastställd vård, medan övriga c:a 690 fick fastställt LVM enligt § 4 (med eller utan föregående omedelbart omhändertagande). Det innebär att 9,2 procent av alla heldygnsplaceringar under året görs enligt LVM, varav 7,1 procent leder till fastställd dom. Genomsnittlig vårdtid per inskrivning för frivillig institutionsvård var 79 dygn och inom familjehemsvård 124 dygn. Genomsnittlig vårdtid per LVM-utskrivning var 141

⁹ Det är svårt att inte dra slutsatsen att detta beror på att nämnderna i praktiken gör en skarpare bedömning för kvinnor i den ålder då de också föder barn i störst utsträckning – även om Sverige inte i dagsläget har något specifikt indikation som tar sikte på graviditet.

dygn. Totalt ges i hela landet ca 952 000 vårddygn i frivillig institutionsvård, 83 500 dygn i familjehemsvård och 156 000 vårddygn inom LVM, vilket motsvarar 13 procent av alla vårddygn för vuxna personer med missbruksproblem.

Tvångsvård inom psykiatri

När det gäller den psykiatriska tvångsvården – LPT och LRV – saknas fortfarande statistik både över antalet personer som årligen tvångsintars med olika diagnoser och över antalet sådana insatser som ges. I en rapport från Socialstyrelsen redovisas läget vid *en enda dag*, den 6 maj 2008 (SoS 2008). Denna typ av uppgift ger inte direkt information om hur många som omfattas av åtgärderna under året. Eftersom vårdtiderna skiljer mycket kraftigt mellan olika omhändertagna beroende på diagnos, lagrum och (vad gäller LRV) beroende på begånget brott, så speglar läget under en dag inte relationen vad gäller antalet omhändertaganden under året. Den aktuella dagen var totalt 3 066 personer inskrivna för vård enligt LPT eller LRV. Av dessa var 999 kvinnor (33 procent). LPT omfattade 1 548 personer, varav 791 kvinnor (51 procent) och LRV omfattade 1 518 personer, varav 208 kvinnor (14 procent). Båda lagarna förutsätter allvarlig psykisk störning, vilket vanligen handlar om psykotiska problem. I några fall uppges dock att missbruksrelaterad diagnos varit huvuddiagnos för intag med psykiatriskt tvång. Det som anges i utredningen är att huvuddiagnos enligt ICD-10 finns inom gruppen ”Missbruk och drogrelaterade”, men ej vilka exakta diagnoser det handlat om (beroendediagnoser, drogrelaterade psykoser etc.). Efter kontroll med Socialstyrelsen¹⁰ kan situationen beskrivas med följande tabell:

¹⁰ Claes-Göran Stefansson, personlig kommunikation

Tabell 1 Antalet intagna enligt psykiatrisk tvångsvård utan och med missbruksproblem alternativt med detta som huvuddiagnos vid intagning

	Ej missbruk	Känt missbruk totalt	Därav tidigare men ej aktuellt	Aktuellt missbruksproblem	Huvuddiagnos inom "Missbruk och drogrelaterade"
LPT	1072	476	222	254	33
LRV	539	979	624	355	72
Totalt	1611	1455	846	609	105

Känt missbruk totalt avser de som har missbruksdiagnos som första eller andra diagnos, som har ett aktivt missbruk eller tidigare har haft ett missbruk eller undergår en missbruksbehandling vid inventeringsdatum.

Dessa uppgifter kan jämföras med motsvarande ovanstående uppgifter för LVM-vårdade enligt inventering en enda dag. Antalet tvångsvårdade personer med missbruksproblem under en dag enligt psykiatrisk vårdlag är då mer än nio gånger så många som de som under en dag vårdas enligt LVM. Begränsar vi oss till *aktuellt missbruk* så är det drygt tre gånger så många och ser vi till dem med *missbruk som huvuddiagnos* är det färre än LVM-vårdade, c:a 40 procent. Men även det sista är överraskande många. Det bör påpekas att det finns betydande osäkerheter i de uppgivna diagnoserna. Sammanställningar av detta slag rymmer betydande felkällor, särskilt då denna studie endast gjorts detta år och ej ingår i en årlig rapporteringsrutin. Det saknas i dag systematisk sammanställning om dessa vårdinsatser. Det gäller såväl kartläggningar av vilka som vårdas, som studier eller rapporter om innehåll och utfall. Den omfattande psykiatriska tvångsvården av personer med missbruksproblem är alltså i huvudsak utforskad.

Psykiskt tvångsvårdade med missbruk som huvuddiagnos

De 105 som omhändertagits enligt psykiatriskt vårdtvång utifrån missbruksrelaterad huvuddiagnos undersöktes därför ytterligare för denna rapport, utifrån genomgång av en aidentifierad datafil som erhöles från Socialstyrelsen. Av de 33 som vårdades enligt LPT var 76 procent män och åldern i genomsnitt 36 år (19–70 år). Av de 72

som vårdades enligt LRV var 85 procent män och åldern i genomsnitt 43 år (21–69 år).

Samtliga dessa hade alltså som *första diagnos* vid intagning en psykisk störning/beteendestörning orsakad av psykoaktiva substanser (ICD-koder F10-F19). Av dessa gällde 51 personer blandmissbruk (19 LPT, 32 LRV), 30 alkohol (6 LPT, 24 LRV), 10 cannabis (4 LPT, 6 LRV), 7 amfetamin (2 LPT, 5 LRV), 3 opiater (1 LPT, 2 LRV) och 2 övriga droger (båda LRV).

I datafilen finns uppgift om datum för när vårdtvång hade inletts. Utifrån dessa data kan de genomsnittliga *dittillsvarande* vårdtiderna beräknas, och dessa visas i tabell 2.

Tabell 2 Antal dagar sedan vårdtvång inletts fram till inventeringen den 6 maj 2008, fördelat på lag

	n	Genomsnittligt antal dagar	Minimum	Maximum	Median
LPT	33	241	1	2372	33
LRV	72	1725	3	6906	958

Tabellen visar att många av de som tvångsvårdas med missbruksrelaterad uppgiven huvuddiagnos redan haft mycket långa tvångsvårdstider – tider som då ännu ej avslutats. Att tiderna kan vara mycket långa då det rör sig om brott kanske inte förvånar, men även på LPT då brott inte är inblandat ligger medianen på drygt en månad. Dessa 33 personer kan i sin tur delas upp i två grupper, dels 9 personer med kortare vårdtid än 1 vecka, dels 22 personer med längre (ibland betydligt längre) vårdtider. När det gäller personer med kort vårdtid förefaller det finnas regionala skillnader. Beroendekakuten i Stockholm har för oss presenterat månadsstatistik över LPT-intagna per månad som varierar mellan 81–165 och i genomsnitt uppgår till 117 per månad. Det handlar då ofta om akuta alkoholpsykosor med vårdtider på 3–4 dagar. I den mån längre vårdtid behövs så byter patienten avdelning (Johan Frank, pers. kommunikation). Från beroendekliniken i Malmö rapporteras att vårdintyg för personer av detta slag är ovanligt, högst 3–4 per år. Vi har inte närmare kunskap om dessa regionala skillnader.

Gruppen med längre vårdtider än en vecka har en median på närmare 2 månader (56 dagar). Genomsnittstiden för alla 33 LPT-patienter är åtta månader, alltså längre än den maximalt tillåtna

vårdtiden på LVM. Det är dessutom en underskattning, eftersom det rör sig om oavslutade vårdtider.

Genomgång av de *sekundära diagnoser* visade att 62 personer (17 LPT, 45 LRV) hade ytterligare diagnos utöver den primära. Bland dessa hade 21 personer personlighetsstörning (2 LPT, 19 LRV) främst antisocial och emotionellt labil. Femton (4 LPT, 11 LRV) hade ytterligare en drogutlöst psykisk störning, dvs. motsvarande den primära diagnosen fast för ytterligare en drog. Nio hade andra akuta psykoser (4 LPT, 5 LRV). Fyra led av schizofreni (2 LPT, 2 LRV), fyra av depression (3 LPT, 1 LRV), tre av utvecklingsstörning (alla LRV), två av bipolär sjukdom (1 LPT, 1 LRV). Utöver dessa led två LRV-patienter av hjärnskador, två av ångest, och en av vanföreställningssyndrom, medan en LPT-patient led av akut stressyndrom. Genomgången visar att även bland dem som tvångsintagits med missbruk eller beroende som huvuddiagnos, så finns vanligen en omfattande allvarlig psykiatrisk problematik.

Tvångsvårdade enligt LVM och psykiatriskt tvång – en jämförelse

Det är rimligt att försöka jämföra psykisk status bland dem som tvångsomhändertagits enligt psykiatrisk tvångslag med dem som tvångsintagits enligt LVM. Varje sådan jämförelse försvåras dock av osäkerheter och skillnader i diagnostiska rutiner och rapporteringssystem. Sammanställning av sex olika studier där man använt strukturerad klinisk intervju (SCID) avseende *livstidsprevalens* har presenterats av Gerdner (2004a), men ingen motsvarande studie med strukturerad metod finns från psykiatriska sidan. Tabell 3 visar sammanställning av de sex studierna.

Tabell 3 Livstidsprevalens av psykiatriska problem utöver missbruk bland 544 patienter på LVM-institutioner, utifrån strukturerade kliniska psykiatriska intervjuer (SCID). Procentuell andel

	Karlsvik (Huvud- sakligen män)	Karlsvik (Endast män)	Karlsvik (Endast män)	Runnagården (Endast kvinnor)	Nio institutioner (Båda könen)	Lunden (Endast kvinnor)
	(a)	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
N	102	179	92	49	53	69
Behandlingsår	1990–1993	1994–1997	1998–2000	1996–1997	1997	1997–2000
<i>Axel 1: Psykiatrisk sjukdom (utöver missbruk), varav</i>						
Affektiv störning (f)	62	66	59	82	EI	72
Ångeststörning	41	42	43	55	EI	16
Psykos	31	38	34	55	EI	26
Ätstörning	20	15	13	47	EI	17
Somatoform störning. (g)	0	0	1	25	EI	13
	EI	EI	EI	4	EI	EI
<i>Axel 2: Personlighets- störning, varav</i>						
Kluster A (udda)	53	38	60	53	76	62
Kluster B (utagerande)	30	12	11	20	13	5
Kluster C (neurotiska)	33	34	29	25	52	49
	26	28	27	39	11	7
<i>Psykiatrisk komorbiditet, (axel 1 utom missbruk + axel 2) (h)</i>						
	78	72	75	84	-	83

(a) Sallmén 1999; (b) Sallmén, 2004; personlig kommunikation; (c) Gerdner, Norlander & Pedersen, 2002; (d) Teglund & Nilsson 1997; (e) Jansson & Fridell (2003) samt Fridell, personlig kommunikation; (f) Affektiva störningar avser främst depression, men också mano-depressivitet och dystymi; (g) Med somatoforma störningar avses psykiatriska problem som yttrar sig i kroppsupplevelser. EI = Ej inkluderade i de strukturerade intervjuerna. (h) Inkluderar ej neurologiska skador eller neuropsykiatriska problem

Som tabellen visar varierar livstidsprevalensen mellan 72–83 procent, där de högre talen gäller för kvinnor. Siffrorna är troligen underskattningar eftersom SCID-intervjuerna ej tar upp neurologiska skador, som t.ex. demenser, och inte heller neuropsykiatriska problem som ADHD och Asbergers syndrom. Sallmén nämner att ospecificerad organisk påverkan fanns för 6 procent av männen och 19 procent av kvinnorna i 1990–1993 års klientgrupp, samt hos 8 procent av männen och 5 procent av kvinnorna i 1994–1997 års klientgrupp. För 1998–2000 nämns inte motsvarande siffror, däremot att indikationer på hjärnskador ökat drastiskt i den äldre klientgruppen, födda före 1955, till att omfatta hela 20 procent.

När det gäller *aktuell prevalens* finns få tillgängliga data även när det gäller LVM. En studie från nedlagda Salberga LVM-hem har redovisats, men i den fanns ett stort bortfall av personer som vägrade psykiatrisk undersökning (Palmstierna 1994). Jämförelse kan också göras med preliminärdiagnoser av psykiater vilka gjordes för 169 intagna på tre LVM-institutioner (Hornö, Lunden och Frösön) och som sedan låg till grund för matchning i en studie av Gerdner & Fridell (2007).

Tabell 4 Aktuell prevalens av psykiatriska problem utöver missbruk – jämförelse mellan personer intagna med tvång på olika lagrum – LPT, LRV och LVM . Procentuell andel.

	LPT med missbruksrelaterad huvuddiagnos Båda könen (a) n = 33	LRV med missbruksrelaterad huvuddiagnos Båda könen (a) n = 72	LPT + LRV med missbruksrelaterad huvuddiagnos Båda könen (a) n = 105	LVM Aktuell prevalens Salberga Män (b) n = 42	LVM Preliminärdiagnos vid intagning, Hornö Lunden, Frösön Båda könen (c) n = 169
Psykotisk sjukdom (d)	9	4	6	14	3
Drogutlöst psykisk störning + organisk psykos (e)	70	60	63	-	18
Affektiv (f)	12	1	5	2	4
Ångest (g)	3	3	3	2	31
Personlighetsstörning	6	26	20	29	6
Neuropsykiatrisk störning	-	3	2	-	8
Demens	-	3	2	2	-
Utvecklingsstörning	-	4	3	-	1
Annan	-	1	1	-	4
Ingen diagnos utöver missbruk/beroende	-	-	-	50	40

a) Enligt avidentifierad datafil från Nina Frohm, Socialstyrelsen, räkningen 6 maj 2008; b) Palmstierna 1994; 13 personer på Salberga LVM-hem vägrade att bli psykiatrisk undersökta; c) Datafil i för matchning, Gerdner & Fridell; d) schizofreni, schizoaffektiv sjukdom + paranoia; e) för LPT och LRV avser detta dem som endast uppfyller detta och ingen annan diagnos – obs att alla uppfyller detta i primär diagnos; f) depression och bipolär; g) ångest + akut stressyndrom

Tabellen visar vissa tydliga skillnader mellan LVM- och LPT/LRV-populationerna, framför allt att alla på psykiatriskt tvång har primärdiagnos drogutlöst psykisk störning, medan 40–50 procent av LVM-populationerna inte har annan diagnos än alkohol- och drogberoende. Till viss del är detta dock en chimär eftersom många inom LVM-vården initialt har vårdats på sjukhus just för drogutlösta psykoser och liknande. Dessa har helt utelämnats i fallet Salberga, pga att dessa alltid behandlats i inledande sjukhusvård.

Det finns, som nämnts, en betydande osäkerhet beroende på skillnader i diagnostiska rutiner och rapporteringsförfaranden. Det kan till del även gälla övriga LVM-institutioner. En stor osäkerhet gäller skillnader i fråga om personlighetsstörning, som kräver mer omfattande diagnostiskt förfarande. För de tre institutionerna Hornö, Lunden och Frösön avsåg data före den specialiserade psykologutredningen, vilket förklarar att siffran är mycket lägre för dessa. En mer rättvisande jämförelse avseende personlighetsstörningar är måhända de uppgifter som finns i tabell 3. Ytterligare en osäkerhet rör begreppet ångest i preliminär diagnoserna, eftersom detta inte bara innefattar ångestsjukdomar i sig, utan också ångest som akut symptom. En del skillnader sammanhänger också med att data här inte separerats för kön. Men även om vi håller dessa osäkerheter och skillnader i minnet är det ändå uppenbart att det finns en omfattande psykiatrisk komorbiditet bland personer som tvångsintagits för sitt missbruk/beroende oberoende av vilken tvångslag som tillämpas.

Andelen LVM-intagna som tidigare enligt självrapportering vårdats inom psykiatrin är 43 procent (sammanställning av DOK-intervjuer 1996–2000 i Gerdner 2004a). Sallmén (2004) som utifrån register undersökte samma fråga för Karlsviks patienter kom fram till 60 procent. Trots detta är de mycket sällan psykiatrisk utredda – varken inom psykiatrin eller inom LVM-vården. Sallmén fann att 70 procent av dem som vårdats inom psykiatrin aldrig hade genomgått diagnostisk utredning. Öjehagen och medarbetare (2008) har påpekat att var fjärde psykiatrisk patient är missbrukare av alkohol och att psykiatrin ofta blundar för detta förhållande.

Utvärdering av Rättspsykiatrisk vård

I en rapport från Socialstyrelsen från 2002, *Rättspsykiatrisk vård, utvärdering – omvärdering* studerades förloppet hos samtliga patienter som var intagna enligt LRV och hade särskild utskrivningsprövning den 27/9 1995, totalt 699 individer. Dessa följdes i olika register fram till den 24/2 1999, dvs. omkring 3,5 år. Trettiofem patienter avled (4,7 procent). Majoriteten hade en psykosdiagnos som huvuddiagnos och där schizofreni var den vanligaste (37,6 procent). Den näst största diagnosgruppen utgjordes av personlighetsstörningar (26 procent). Missbruk av alkohol och/eller

droger var huvud- eller bidiagnos i 37,9 procent av fallen. Vårdtiderna var långa, i genomsnitt 4,6 år, SD = 4,1.

Efter utskrivningen från den rättspsykiatriska vården återföll 65 av 309 (21 procent) patienter i någon form av brott, varav 33 av 309 (10,7 procent) återföll i våldsbrott. Patienter som återföll i brott var uteslutande män. Återfall i brott var inte kopplat till några vård- eller behandlingsrelaterade variabler såsom diagnos, vårdtidens längd eller den psykiatriska behandlingens utformning och innehåll. Uppföljning via psykiatrisk öppenvård eller socialtjänst minskade inte brottsåterfallen som inte heller var beroende av t.ex. boende efter utskrivningen. Återfall i brott oavsett brottsrubricering var däremot kopplat till kort tid sedan utskrivningen, antal tidigare domar registrerade i person- och belastningsregistret, låg aktuell ålder, återfall i brott under pågående vård och aktuellt missbruk vid utskrivningen. Den enda faktorn som var kopplad till *återfall i våldsbrott* var aktuellt missbruk vid utskrivningen.

Rapporten konkluderar att med undantag för aktivt missbruk hade psykiatriska eller i övrigt vård- och behandlingsrelaterade variabler ingen påvisbar effekt på återfallsrisken efter utskrivning. Ett förbättrat resultat för den rättspsykiatriska vården är sannolikt beroende av en effektivare missbruksvård.

Summering

Den sociala tvångsvården, LVM, omfattar c:a 7 procent av dem som får vårdinsatser för missbruk och beroende genom socialtjänsten. Dessa mottar ungefär 13 procent av alla vårdtygn för vuxna med missbruksproblem. Den psykiatriska tvångsvårdens patienter har också i hög utsträckning missbruksproblem och i allmänhet vid sidan av andra psykiska problem. Psykiatrisk tvångsvård av betydande tidsutsträckning ges även till personer med missbruk och beroende som huvuddiagnos men vanligen med psykiatrisk sidodiagnos. Det förefaller finnas likheter i psykiatrisk samsjuklighet mellan personer som vårdas enligt LVM och personer som vårdas med psykiatriskt tvång, men det saknas systematiskt insamlad kunskap om dessa patienter inom psykiatrin och om den vård de fått. Genomgående finns det brist på systematiska diagnostiska utredningar i båda vårdformerna, särskilt inom den psykiatriska vården.

18.5 Internationella studier av tvångsvårdens utfall och effekt

Det finns av etiska skäl ont om randomiserade effektstudier när det gäller tvångsvård. Det anses allmänt vara svårt att förena etiken med att slumpa till tvångsvård respektive till icke tvångsvård – även om sådana exempel faktiskt finns. Vanligen används därför annan design för att studera tvångsvårdens resultat. Det kan dels handla om utfallsmätningar utan kontrollgrupp, dels om kvasiexperiment där det dock är viktigt att noggrant ta i beaktande vilken typ av kontrollgrupp som används för vilka slutsatser som kan dras.

Många gånger görs jämförelse med frivilligt vårdade trots att sådan jämförelse inte svarar på frågan om tvångsvårdens effekt. Alternativet till tvångsvård är ju inte frivillig vård, utan avsaknad av vård, eftersom tvångsvård i de flesta länder kan komma i fråga först då individen vägrar underkasta sig vård. Frivilligt vårdade skiljer sig därmed systematiskt alltid från tvångsvårdade, om inte annat så genom motivation till vård. Ofta finns även andra skillnader, t.ex. social bakgrund och svårighetsgrad i beroendet. Jämförelse med frivilligt vårdade kan möjligen svara på andra frågor, t.ex. om vård med tvång kan genomföras på samma sätt som frivillig vård eller om tvång i sig är ett hinder för vårdens genomförande. Även den frågan är viktig, men det är inte samma fråga som tvångsvårdens effekt.

Ibland används andra kontrollgrupper, som är mer jämförbara, men om randomisering ej skett måste noggrann prövning göras av urvalsförfarandet och hur likhet mellan grupperna har prövats. Dessutom förekommer många studier som inte använder kontrollgrupp, utan endast mäter utfall för de tvångsvårdade. Av sådana studier kan man dock inte dra slutsats om tvångsvårdens effekt eftersom de inte kontrollerar för vad som skulle ha hänt även utan tvångsvård. Slutligen finns kontrollerade studier (med eller utan randomisering) som jämför olika grupper av tvångsvårdade, t.ex. avseende andra insatser såsom särskilda behandlings- eller eftervårdsinsatser inom ramen för tvångsvården. Dessa används då för att undersöka effekten av dessa ytterligare insatser, men inte av tvångsvården i sig.

18.5.1 Internationella översiktsstudier

Det finns några internationella översikter om utfalls- och effektstudier om tvångsvård vid missbruk. Först har vi några av äldre datum.

Äldre översikter om tvångsvård vid alkoholmissbruk

Ward (1979) presenterade en metodkritisk översikt av nio studier som på olika sätt syftade till att hantera frågan om tvångsvård för alkoholister som dömts för offentligt fylleri. Enligt Ward fanns tre studier med högre kvalitet än övriga och som alla longitudinellt jämförde tvångsvårdade med kontrollgrupp, där gruppindelningen skett med randomisering och där valida utfallsmått tillämpades. Alla dessa tre hade gjorts av Gallant och dennes kollegor. Två av dessa tycktes tala för att tvångsvård hade positiv effekt på missbruket, medan en inte fann någon skillnad. Den kritik som enligt Ward fortfarande kunde riktas mot Gallant-studierna var i ett fall att studien var liten, och i övrigt att grupperna inte dragits ur totalpopulationen personer med alkoholberoende genom sannolikhetsurval, vilket ger svårigheter att avgöra extern validitet, dvs. frågan om till vilka grupper av dessa som resultaten kan vara giltiga. En sådan invändning skulle dock drabba praktiskt taget alla RCT-studier, oavsett vad de undersöker. En fjärde studie som också tillämpat randomiserad design gjordes av Ditman m.fl. (1967). Denna bedöms av Ward ha lägre kvalitet än Gallants studier främst beroende på att utfallsvariabeln begränsade sig till registeruppgifter om arresteringar för fylleri, men inte uppgifter om missbruket i sig. Möjligheten finns att individer flyttat till annan ort och missbrukat där. De skulle då inte fångas upp av detta utfallsmått. Till dessa fyra studier återkommer vi längre fram.

Ytterligare två studier i Wards översikt hade kontrollgrupper och utfallsdata på individnivå, men där kontrollgrupperna ej randomiserats utan utgjordes av frivilliga. I båda undersöktes deltagande i öppenvårdsprogram, men inte hur missbruket förändrats efter programmets avslutning. I den första studien (Davis & Ditman, 1963), där personer med svåra alkoholproblem och sociala problem under skyddstillsyn beordrats att delta i ett öppenvårdsprogram, fanns inga skillnader i deltagande jämfört med frivilliga. Kontroll av sociala bakgrundsfaktorer visade ingen skillnad mellan

grupperna. I den andra studien (Rosenberg & Liftik, 1976) studerades deltagande i öppenvårdsprogram för rattfylleridömda. De som av domstolen beordrats att delta jämfördes med två grupper av frivilliga deltagare, hemlösa respektive de med fast bostad. Forskarna fann att de beordrade deltog mer än de frivilliga, även då jämförelsen begränsades till de frivilliga som hade fast bostad. Ward pekar emellertid på att de rattfylleridömda även jämfört med de frivilliga med fast bostad, också i något högre grad hade arbete och familj, vilket försvårar möjligheten att dra slutsats eftersom social stabilitet också kunde vara orsak till mer stabilt deltagande.

Utifrån sin genomgång menade Ward att forskningsunderlaget för slutsatser om tvångsvårdens effekt ännu var svagt, och att en gemensam svaghet för alla studierna var generaliserbarheten av fynden. Ward menade att det är troligt att tvångsvård har större utsikt att fungera för dem som har viss social stabilitet än för dem som är socialt utslagna. Vi återkommer längre fram till genomgången av de randomiserade kontrollstudierna.

Fagan och Magnusson Fagan (1982) gjorde en narrativ genomgång av 19 studier, inklusive de nio som ingick i Wards översikt. Nio studier ”saknade jämförelsegrupp” och en ”förmådde inte utnyttja den” för jämförelse¹¹. Fyra använde ”felaktig jämförelsegrupp” (frivilliga), och en hade jämförelsegrupp men ”klarade inte att genomföra en lyckad randomisering”. Enligt Fagan och Magnusson Fagan kunde endast de tidigare nämnda studierna av Gallant m.fl. ligga till grund för bedömning av tvångsvårdens effekt.

Äldre översikt om tvångsvård vid opiatmissbruk

I en antologi utgiven av NIDA redovisar Maddux (1988) en översikt av olika amerikanska utfallsstudier gällande opiatmissbrukare. Först redovisas utfall av vård som genomförts med tvångsföreskrift efter narkotikarelaterad brottslighet: Pescor (1943), Hunt och Odoroff (1962), Duvall m.fl. (1963), Vaillant (1966b) och Maddux m.fl. (1971). Ingen av studierna innehöll randomiserad kontrollgrupp utan jämför med frivilligt vårdade och i ett fall med personer som ej fått vård. De fyra första studierna undersöker en vårdform som karaktäriseras som tvångsvård av Maddux eftersom det funnits

¹¹ Det senare syftade på Ditman m.fl. (1967) om vilken Fagan & Magnusson Fagan följde Wards bedömning.

en föreskrift från domare om vård i samband med villkorlig frigivning eller övervakning. De avsåg alla deltagande i Lexington-sjukhusets narkomanvårdsprogram. Den femte studien avser endast ”legal påtryckning” under övervakning, men utan föreskrift från domare och avsåg motsvarande program i Fort Worth Hospital.

- I Pescors studie jämfördes narkomaner som var villkorligt frigivna från fängelse (*paroled*, n = 110) eller under övervakning (*under probation*, n = 491) med frivilligt vårdade (n = 1206) och med icke vårdade f.d. fångar (n = 2895). Villkorligt frigivna och övervakade hade klart högre andel med kontinuerlig drogfrihet 6 månader eller längre (31 respektive 27 procent) jämfört med frivilligt vårdade (13 procent) och icke vårdade fångar (10 procent).
- Hunt & Odoroff (1962) jämförde frivilliga (n = 1503) med tvångsvårdade (n = 378). De tvångsvårdade hade i högre grad än frivilliga varit kontinuerligt drogfria efter 1 till 4,5 år sedan utskrivning från Lexington. Skillnaden – 6 respektive 11 procent – är signifikant (chi-2: p < 0,001). Inga andra förbättringsmått angavs.
- Duvall m.fl. (1963) genomförde en liten studie med uteslutande svarta heroinister och jämförde 38 frivilligt vårdade med 24 som vårdats med föreskrift från fängelse. Här var relationerna de omvända: 11 procent av frivilliga var drogfria sex månader från utskrivning jämfört med 4 procent bland de med ”tvångsvård”. Skillnaden är dock inte signifikant. En enda ytterligare drogfri i den senare gruppen skulle ha fördubblat andelen till 8 procent.
- Vaillant (1966a och 1966b) följde upp efter 12 år – det är alltså fråga om en långtidsstudie. Fyra grupper jämfördes: a) Frivilligt vårdade (n = 270), och tre grupper som hänvisats från fängelse: b) korta fängelsestraff (< 9 mån) och ingen övervakning (n = 279); c) fängelsestraff och minimal övervakning (n = 46) samt d) fängelsestraff och minst ett års övervakning (n = 30). Alla jämfördes med avseende på andelen med minst ett års drogfrihet vid uppföljningen 12 år efter utskrivning. Skillnaderna var dramatiskt positiva till förmån för dem som haft långvarig övervakning (67 procent vs. 4 procent för frivilliga, 4 procent för fångar utan övervakning och 13 procent för fångar med minimal övervakning).

- Maddux m.fl. (1971) jämförde två grupper som vårdats frivilligt i Fort Worth, dvs. utan domares föreskrift: dels de med legal påtryckning (*legal pressure*) som stod under övervakning (n = 61) och dels de utan övervakning (n = 120). Andelen som varit kontinuerligt drogfria ett år efter utskrivning var nästan 3 ggr högre för dem som stått under övervakning jämfört med dem utan övervakning (20 procent vs. 7 procent).

Tre av studierna visade alltså att tvångsvårdade har bättre utfall än frivilligt vårdade medan en mindre studie inte visade signifikant skillnad. En studie visade att frivilliga under övervakning hade fördel framför dem utan övervakning. Maddux menar att skillnaderna i resultat tycks sammanhålla med att frivilliga avbröt vården i större utsträckning. Enligt Pescors studie hade frivillig vård inte heller bättre resultat än ingen vård alls. Vi bör dock komma ihåg att ingen studie kunde kontrollera för selektionsmekanismer eftersom randomisering ej förekom. En central faktor tycks dock vara att tvånget innefattar långvarig övervakning, och då uppnåddes stabil förbättring t.o.m. 12 år efter utskrivning.

Därefter redovisar Maddux studier om civil tvångsvård, dvs. vård som ej utdömts som påföljd för brott. Han rapporterar då att samma sjukhus som tidigare – Lexington och Fort Worth – nu hade stora svårigheter med följsamhet bland narkomanerna som vårdades med civil tvångsvård enligt Narcotic Addict Rehabilitation Act (NARA). Flertalet patienter vägrade delta i den psykodynamiskt orienterade gruppterapin, vilket ledde till att programmet bedömde dem som icke behandlingsbara och skrev ut dem. Sjukhusen valde att inte begära domstolens beslut att återföra dem som avvek. Eftersom de utskrivna och de avvikna inte hade begått brott och de därmed inte heller riskerade fängelse kunde de därmed återgå till missbruk i frihet. Maddux menar att det i praktiken fungerade som ”endast en svag påtryckning” (s. 52). Endast 35 procent av 7.353 NARA-patienter skrevs ut till planerad eftervård.

Två uppföljningsstudier för 97 respektive 200 av dessa har presenterats (Langenauer & Bowden, 1971; Stephens & Cottrell, 1972) med likartade resultat sinsemellan. Andelen kontinuerligt drogfria efter 6 månader var 13–14 procent och om de som brukat vid något tillfälle och sedan återgått till drogfrihet räknas in så levde 35 procent missbruksfria. Emellertid finns ett centralt problem med denna rapportering eftersom alla de som hoppat av före eftervården ej räknats in. Utfall bör beräknas utifrån ”intention to

treat”, dvs. alla som skrivits in. Om man antar att 65 procent avhopp också innebar fortsatt missbruk, så skulle detta innebära att mellan 12 och 13 procent av dem som ursprungligen skrevs in levde missbruksfria, inklusive 4–5 procent utan något återfall. Maddux menar att sjukhusets svårighet att engagera de tvångsvårdade i behandling var ett centralt problem för denna vård, och pekar på att det kriminalrättsliga tvånget hade fördel eftersom de intagna då kunde förvänta sig återförande, och i sista hand fängelse. Även dessa lägre utfall för de tvångsomhändertagna uppges ha varit bättre än utfallen för de frivilliga (siffrorna anges dock ej av Maddux).

Aktuell översikt – blandade grupper

En mer aktuell översikt av tvångsvård av såväl alkohol- som drogberoende, vilken dock begränsade sig till studier publicerade efter 1988, presenterades av Wild m.fl. (2002). Totalt 18 studier använde upprepade mätningar och någon form av jämförelse med kontrollgrupp – i samtliga fall icke-randomiserade kontroller. Wild och dennes medarbetare valde att hantera studierna tillsammans oberoende av jämförelsegrupp och oberoende av drogtyp. Studierna undersöker olika slags utfall. Fyra av fem studier (80 procent) om övergång till vård visar att de som hade tvångsföreskrift i högre utsträckning går in i vård än de som saknar sådan föreskrift. Sex av elva studier (55 procent) om kvarstannande i vård visar att de också fullföljer vården i högre utsträckning än de som inte har tvångsföreskrift. Men endast två av sex studier (33 procent) visar lägre återfall i brott för de tvångsvårdade medan tre inte visar någon skillnad. En enda studie visar högre andel återfall i brott för tvångsvårdade. Samma mönster finns när det gäller missbruk, där endast två av åtta studier (25 procent) visar bättre utfall för tvångsvårdade medan övriga inte visar någon skillnad mellan grupperna. Studien redovisar således två mått som handlar om vårdens genomförande (övergång till respektive kvarstannande i vård) där tendensen är till tvångsvårdens fördel samt två mått som förefaller handla om vårdens effekter efter genomförandet (brott respektive missbruk efter utskrivning) där tendensen är samma utfall av vård oberoende av tvång.

Det är viktigt att påpeka att Wild m.fl. inte renodlar studien till tvångsvård i den strikta mening som vi ovan har använt begreppet, utan inkluderar studier med annan slags påtryckning. Endast 8 av

18 studier anges gälla ”legal mandates” medan fem studier handlar om ”formal mandates” dvs. krav från arbetsgivare m.m., tre studier om ”informal mandates” som innebär krav från familj och nätverk och 2 om ”mixed mandates”, dvs. blandformer av ovan. Av de 8 med ”legal mandates” visar sig flera fall handla om s.k. drug courts. Vi har ovan redovisat att detta är en annorlunda form av homeriskt tvång, där möjligheterna till kvarhållande är begränsade eftersom låsta vårdavdelningar inom programmet saknas. Istället skrivs man vid upprepade misskötsel ut ur programmet och överförs till fängelse. Detta försvårar möjligheten att dra slutsatser till andra former av tvångsvård. Några studier är av annat slag.

Det finns även invändningar mot val av kontrollgrupp i de studier som tagits med, åtminstone i den del då tvångsföreskriftens effekt värderas. Detta problem redovisas delvis också av Wild och medarbetare, som nämner att 15 av 18 studier har använt oriktiga kontrollgrupper, vilka i själva verket var olika de tvångsvårdade i flera relevanta avseenden (socialt, missbruk). Det redovisas inte några analyser där dessa gruppskillnader kontrolleras. Många av studierna jämför tvångsvårdade med frivilligt vårdade, vilka därmed initialt skiljer sig åt även vad gäller motivation. Det innebär att översiktens resultat inte kan användas för att besvara frågan om vilka effekter man får av att ge tvångsföreskrift om vård, utan snarare belyser hur tvångsvårdades utfall är jämfört med utfallet för frivilligt vårdade. De slutsatser som möjligen kan dras av Wild's och dennes medarbetares översikt tycks därför vara att tvånget spelar en positiv roll för att få personer till vård och för att de skall genomföra vården. I denna del stämmer slutsatserna väl överens med ett par äldre studier som inte inkluderades i översikten (Collins & Alison 1983; De Leon 1988). Dessutom tycks översikten visa att skillnaderna i utfall mellan frivilligt vårdade och tvångsvårdade är små, men ingen kontroll redovisas för skillnader i problemnivå. Inga slutsatser om effekten av att ge tvångsföreskrift kan dras då jämförelsegrupperna inte var valda för att besvara den frågan.

Vi skall nedan kort presentera de åtta studier som Wild m.fl. klassificerat som ”legal mandates”. De fyra första avser olika program för heroinister, därefter tre drug court-program för personer med olika droger samt en studie om personer med kronisk alkoholism i mentalthäsovård:

- Desland och Batey (1992) jämför 47 heroinister som beordras av domstol att genomgå DACAP med 45 heroinister som själva valt att delta. DACAP (Drug & Alcohol Court Assessment Program) är inte ett behandlingsprogram utan ett utredningsprogram som genomförs under institutionsvistelse. Utredningarna – både för de beordrade och för de frivilliga – kunde därefter leda till olika vårdalternativ som dock valdes frivilligt i samtliga fall. Studien visade att grupperna var olika subpopulationer, såtillvida att de med tvångsföreskrift i högre grad var yngre, hade mindre utbildning och arbete men också mindre missbruk och kortare tid i missbruk. Högre andel av de frivilliga än av de tvångsutredda inledde därefter metadonunderhållsbehandling men båda grupperna reducerade signifikant sitt heroinbruk.
- Heale och Lang (2001) studerar CREDIT-programmet i Melbourne (Court Referral and Evaluation for Drug intervention and Treatment programme). Programmet syftar till "diversion to treatment", dvs. vård som alternativ till fängelse. Besluten om deltagande i programmet tas inom de vanliga brottmålsdomstolarna och avser en intervention som föregår domstolens handläggning av individens brott. Domstolsbeslutet om hänvisning till CREDIT förutsatte individens samtycke, dvs. det fanns inget tvång att delta. Av 1 399 som var aktuella placerades 1 199 i programmet. Dessa jämfördes med de 200 som avvisat eller ej befunnits lämpliga för programmet. Författarna nämner att motivationen var olika i de båda grupperna. Studien fann inga skillnader mellan grupperna vad gäller nya brott. Det är alltså inte fråga om någon tvångsvård utan ett utredningsprogram med samtycke syftande till vård i ett senare skede.
- Desmond och Maddux (1996) undersöker 296 personer som fått tillträde till metadonprogram samtidigt som de är underkastade övervakning och villkorlig frigång (probation and parole). De är alltså inte tvingade att genomgå metadonprogram eller annan vård, men erbjudna att delta under övervakningstiden. Denna form kallade Maddux m.fl. (1971) ovan för "legal pressure", men inte tvångsvård. De jämförs med 314 personer som går metadonprogram utan övervakning eller villkorlig frigång. Skillnaderna i missbruk och social bakgrund mellan grupperna före programmet var små. Det innebär att studien inte kan användas för att svara på om tvångsvård är effektiv eller ej, men däremot om metadonprogram kan genomföras även av dem som

är underkastade legal tvångssituation som handlar om övervakning och villkorlig frigång. Alla följdes upp ett år. De som gick programmet under övervakning hade sämre utfall vad gäller retention (kvarstannande), produktivitet och fängslande, men skillnaderna var små bortsett från fängslande. De övervakades lägre grad av retention och produktivitet kunde hänföras till att de fängslades, men de utan övervakning avbröt oftare pga. brott mot programmets regler. Författarna drar slutsatsen att studien inte ger grund till att hindra deltagande i metadonprogram pga. övervakning.

- Fugelstad m.fl. (1998) studerar 101 personer *efter avslutad tvångsvård* enligt LVM i Sverige. Studien handlar om metadonprogrammets effekt som eftervård till tvångsvård, men inte om tvångsvårdens effekt. Den presenteras mer utförligt längre fram.
- Bavon (2001) undersökte 157 personer dömda för narkotikabrott (ofta marijuana) med tvångsföreskrift från drug court om öppenvård och 107 som avböjt och istället dömts till ett kortare fängelsestraff. Av dem med tvångsföreskrift fullföljde 72 föreskriften, medan 85 misslyckades. Bavon fann att de 157 med tvångsföreskrift om vård inom ett år återföll i brott i något mindre utsträckning än de 107 som avböjt, men skillnaden nådde inte signifikans. Effektmåttet Cohens d är 0,38.
- Vito m.fl. (1998) studerade 237 personer som för första gången dömts i drug court för narkotikainnehav – huvudsakligen kokain – till 12 månaders öppenvård (community treatment) i form av ett program bestående av drogundervisning, deltagande i självhjälpgrupp samt drogtestning. Vid upprepade följsamhetsproblem – ej deltagande, fortsatt drogande m.m. – kunde domaren avbryta deltagandet och omvandla föreskriften till ett kortare fängelsestraff. Deltagarna jämfördes med 74 personer som screenades för deltagande men som valde att ej delta. Deltagarna hade i högre utsträckning tidigare vårdats för psykiska hälsoproblem. De dömdes i lägre utsträckning än jämförelsegruppen för fortsatta brott.
- Berkowitz m.fl. (1996) studerade 535 personer som fått tvångsföreskrift antingen av domstol eller av socialtjänsten – i det senare fallet med hänsyn till skydd för barnen. Dessa jämfördes med 1058 frivilliga. De med tvångsföreskrift fullföljde oftare vården. Utfallsdata efter vården saknas.

- O’Loughlin (1996) jämförde 32 personer med kroniskt alkoholberoende tvångsintagna i ett psykiatriskt sjukhus i Dublin, med lika många frivilligt intagna. Frivilligt intagna hade något bättre utfall, men de hade också i flera avseenden bättre prognos. De var i genomsnitt något yngre, hade kortare missbruk och färre tidigare vårdtillfällen.

Som framgår är det tveksamt om ens någon av de exemplifierade studierna är lämpad för att hantera frågan om tvångsvårdens effekt. En handlar om ett tvång till utredning, en handlar om erbjudande om utredning under samtycke, en handlar om erbjudande om frivilligt metadonprogram under pågående övervakning och en handlar om metadon efter avslutad tvångsvård. Två handlar om drug courts, där de med tvångsföreskrift jämförs med sådana som föredragit fängelse; en blandar denna form av tvångsföreskrift med sådana som i stället fått föreskrift med hänsyn till barnen – med implicit hot om omhändertagande om detta ej följs. En enda handlar om tvångsvård i mer paternalistisk mening liknande det som finns i Sverige, men denna har en jämförelsegrupp som är systematiskt annorlunda.

Artikeln av Wild m.fl. har i sin tur granskats i andra systematiska översikter med specifika frågeställningar, dels av ett institut på New Zealand (Broadstock m.fl. 2008) vad gäller institutionsplacerade alkohol- och drogmissbrukande personer, dels av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge (Steiro m.fl. 2009) vad gäller heroinister i tvångsvård. Båda dessa granskande utredningar kom till slutsatsen att de ingående studierna inte kunde användas för att besvara frågor om tvångsvårdens effekt – varken för personer med tungt alkoholberoende eller med tungt heroinberoende – eftersom kontrollgrupperna som använts inte hade valts för att besvara den frågan¹².

¹² Broadstock m.fl. drog slutsatserna att tvångsvård demonstrerat bättre utfall vad gäller behandlingsprocess, dels vad gäller genomförande av vård efter anvisning, dels vad gäller kvarstannande i påbörjad vård, samt att längre vårdtid var en konstant prediktor av positivt behandlingsutfall i studier av kriminella missbrukare. Inga slutsatser drogs dock om tvångets effekt i längre perspektiv.

Översikter och metaanalys inriktade på Drug Courts

Belenko har med fortlöpande uppdateringar följt utfallsstudier av drug courts, huvudsakligen i USA. I en uppdatering (Belenko 2001) redovisas 37 sådana utfallsstudier från åren 1999 till 2001. Han menar att denna översikt är konsistent med tidigare uppdateringar gjorda 1998 och 1999. I genomsnitt fullföljer 47 procent av deltagarna hela programmet, vilket påstås vara bättre än kriminellas deltagande i vanliga behandlingsprogram. Under den tid de deltar reduceras såväl droganvändning som kriminell aktivitet. Mindre är känt om deras utveckling efter programtiden. Fyra av sex studier följer återfall i brott ett år efter programmet. Fyra av dessa sex redovisar minskning i brottsaktivitet men denna reduktion varierade stort mellan olika program. Ingen av studierna följde upp droganvändning, arbete eller andra indikatorer på mer socialt fungerande liv. Tre studier hade använt randomiserade kontrollgrupper och alla fann minskning i brottsaktivitet, men ingen av dessa skiljde mellan brottsaktiviteter under programtid och utanför programtid (sedan personen avstängts eller suspenderats från programmet) och två av studierna hade mycket små urval. Flera studier adresserade det ekonomiska utfallet av drug-court-programmen och fann att kostnaderna per klient minskade jämfört med vanliga fängelsestraff, men denna skillnad minskar om programdeltagarna jämförs med lågrisk-fångar som mer liknar den aktuella populationen.

I en nyligen publicerad översikt presenterar Werb m.fl. (2007) fem studier om drug courts. Först redovisade författarna kortfattat tre RCT-studier och där hävdas att dessa är de enda RCT-studierna om drug courts och som har utfall även för åren efter programmet (Gottfredson m.fl. 2005; Lind m.fl. 2002 samt Turner m.fl. 2002). En av dessa visade positiva utfall jämfört med kontrollgrupp. Därefter granskas två större kvasiexperimentella kanadensiska studier mer kritiskt (Devlin m.fl. 2006 och Glicksman m.fl. 2004). Werb m.fl. underkänner möjligheterna att dra slutsatser från de icke-randomiserade studierna pga systematiska olikheter med jämförelsegruppen och bristande representativitet för experimentgruppen. Då de tre RCT-studierna har olika resultat konkluderar man att forskningsläget fortfarande är svagt när det gäller de mer långsiktiga effekterna av drug-court-programmen på återfall i brott och fortsatt missbruk. De efterfrågar fler RCT-studier som förutsättning för fortsatta budgetmedel till programmen. Längre fram återkommer vi till de randomiserade studierna.

En metaanalys av 54 studier och med redovisning från 66 olika Drug Court-program presenterades av Latimer m.fl. (2006). Av dessa program var 2 från Kanada, 2 från Australien och övriga från USA. Programmens längd varierade från 6 månader till 26 månader, med ett genomsnitt av 13,4 månader (stand. avv. = 4,0). Tjugo procent var helt eller huvudsakligen inriktade på förstagsbrottslingar, drygt 30 procent helt eller huvudsakligen inriktade på återfallsdömda och knappt hälften hade blandade populationer. Trettio procent avsåg enbart öppenvård, medan resten kunde avse såväl behandlingshem som öppenvård. Innehåll i vården varierade: skola (61 procent), arbetsträning (55 procent), familjefunktioner i form av kommunikation och föräldraskap (50 procent), eftervårdsuppföljning (40 procent), social träning (36 procent), kognitiv träning i form av målformulering och problemlösning (32 procent), aggressionshantering (24 procent), återfallsprevention för drogfrihet (23 procent) samt psykologisk behandling för depression, ångest och självförtroende (21 procent). Alla studierna hade kontrollgruppsdesign, varav 8 rapporterades som randomiserade. De 54 studierna hade ibland mer än en kontrollgrupp, totalt 72 jämförelsegrupper. Dessa valdes bland dem som fick påföljd i vanlig ordning (54 procent), bland dem som ej fullföljt (14 procent) eller bland dem som bedömdes lämpliga för drug court men ej deltog (32 procent). Totalt omfattade studierna 17.214 deltagare och 14.505 kontrollpersoner.

Det gemensamma utfallsmåttet var programmets betydelse för reduktion av återfall i brott. Uppföljningstiden för detta varierade från 3 till 48 månader med ett genomsnitt av 18,7 månader (stand. avv. = 11,5). Programmen minskade i snitt återfallsbrottligheten med 14 procent (95% konfidensintervall +10%, +17%). Mer konkret innebär det att 57 procent av deltagarna ej återfaller i brott medan 43 procent av kontrollerna ej gör det. Resultatet är klart signifikant ($p < 0,001$).

Metaanalysen undersökte därefter olika variablers inverkan på resultatet. Programmen tenderar att ha bättre effekt för vuxna än för ungdomar. Studier med längre uppföljningstid visar större effekt. Randomiserad design visar lägre positiv effekt än icke-randomiserad. Studier som jämför med avhoppare visar högre effekt, vilket kan förväntas eftersom avhopp visar bristande motivation eller uthållighet. Dock, där bättre kontrollgrupp användes, dvs. de som bedömts lämpliga men ej påbörjat – antingen pga eget val eller

att de ej valts – fanns ändå en positiv effekt på 11 procent. Slutligen har längre program (mer än ett år) bättre effekt än kortare program.

Vi övergår därefter till att titta närmare på kontrollstudier av god kvalitet, först fem äldre studier och sedan de tre RCT-studierna i Werbs översikt gällande drug courts.

18.5.2 Internationella kontrollstudier

RCT-studier av tvångsvård vid alkoholmissbruk

För mer än 30 år sedan genomfördes fyra olika studier med randomiserade kontrollgrupper och alla gällande tungt alkoholmissbruk. Tre utfördes av Gallant och medarbetare (Gallant 1971; Gallant m.fl. 1968a, 1968b samt 1973), medan den fjärde utfördes av Ditman m.fl. (1967).

- I den första studien (Gallant m.fl. 1968a) randomiserades 19 personer med svåra alkoholproblem som försöksutskrivits från fängelse till tvångsföreskrift om deltagande i psykoterapi eller till erbjudande om frivillig motsvarande vård. Randomiseringen var en förutsättning för försöksutskrivningen. I uppföljning ett år senare hade de tvångsvårdade klart bättre utfall vad gäller nykterhet och arbete än de som enbart fick frivilligt erbjudande. Sju av 10 tvångsvårdade var nyktra och arbetade efter ett år jämfört med ingen av de nio i kontrollgruppen.
- Den andra studien (Gallant m.fl. 1968b) omfattade 84 personer med tungt alkoholmissbruk dömda för återfall i offentligt fylleri. De slumpades genom samarbete med domstolen till fyra olika behandlingsalternativ, a) tvångsföreskrift om deltagande i gruppterapi, b) tvångsföreskrift om gruppterapi plus antabus, c) tvångsföreskrift enbart gällande antabus samt d) erbjudande om frivillig behandling. Inget av alternativen innehöll inledande avgiftning och andelen förbättrade var genomgående mycket låg (<10 procent). Man fann inga skillnader mellan grupperna.
- I den tredje studien (Gallant 1971 och 1973) studerades 210 personer med tungt alkoholmissbruk liknande dem i förra studien ("revolving-door"). De slumpades till en av följande tre grupper a) tvångsföreskrift om sex månaders öppenvård (sysselsättning plus 1,5 timme per vecka i gruppterapi), b) tvångsföreskrift om samma sak men inkluderade en månads inledande sjukhusvård,

och c) erbjöds frivilligt deltagande i gruppterapi. 153 av ursprungliga 210 (73 procent) följdes upp efter 6 månader. Andelen helnyktra och välfungerande var låg, men till tvångsvårdades fördel (a = 10 procent; b = 14 procent och c = 4 procent). Skillnaderna mellan grupp b och c närmar sig statistisk signifikans ($p < 0,10$). Grupp b hade dessutom färre arresteringar för fylleri och färre domar än de båda andra grupperna. Resultaten bedömdes som trend till fördel för dem med tvång som inkluderar inledande sjukhusvård.

- Ditman m.fl. (1967) undersökte 301 kroniska alkoholister med återkommande fylleriförseelser. Domstolen i San Diego dömde dessa till böter och ett års övervakning. De randomiserades till en av tre påföljder under övervakning: a) ingen ytterligare insats, b) delta i öppenvårdbehandling vid en alkoholklirik som skulle rapportera deltagandet till domstolen, alternativt c) delta i minst 5 AA-möten inom 30 dagar och uppvisa intyg från AA om detta. För grupp b och c gällde att utebliven rapportering om deltagande skulle personen arresteras. Ditman m.fl. fann ingen skillnad i återarresteringar för fylleri mellan de tre grupperna.

Studierna 2–4 har likartad population med svårt utslagna alkoholister, och förbättringstalen är genomgående låga i dessa jämfört med studie 1. Sammanfattningsvis tycks studierna tyda på att tvångsföreskrift kan ha positiva effekter vad gäller missbruk och social anpassning *förutsatt* att de innehåller en inledande period i slutenvård (fanns i studierna nr 1 och 3 men saknades i studierna nr 2 och 4). Vi påminner om att Ward invände att utfallsmåttet hos Ditman m.fl. var problematiskt.

Tvångsvårdade personer med heroinmissbruk i naturligt experiment

När det gäller heroinmissbruk och andra former av narkomani finns – utöver Drug-court-studierna nedan – inte några randomiserade kontrollstudier. Däremot finns en äldre kvasiexperimentell studie av hög kvalitet om personer med heroinmissbruk publicerad av National Institute on Drug Abuse (NIDA). Det rör sig om ett s.k. naturligt experiment av drogfri tvångsvård (ej metadon) vilket studerades av Anglin och medarbetare (1988). År 1962 startade USA:s första moderna tvångsvårdsprogram vid heroinmissbruk,

”The California Civil Addict Program”. Problemet var att vården inte kunde verkställas för dem som dömdes till tvångsvård under de första 18 månaderna, då institutionerna som skulle bedriva den inte hade färdigställts. Efter endast en kort tids avgiftning fick de eftergift och frigavs. De kunde fungera som kontrollgrupp, eftersom urvalsprocessen var oberoende av deras motivation och eftersom de två grupperna befanns ha mycket likartade förhållanden.

Programmet innebar tvångsföreskrift under totalt sju år, varav 18 månader i inledande institutionsvård följt av frivård med övervakning. Misskötsel under övervakningstiden resulterade i ny institutionsvård. Årliga tidsseriedata visar distinkta skillnader mellan grupperna både vad gäller dagligt missbruk och involvering i brott, även om förbättring i båda dessa avseenden under senare år ökar även i kontrollgruppen. Skillnaden mellan grupperna fanns kvar elva år efter tvångsföreskriften. Ett indexvärde beräknat på överlevnadstid i frihet och utan droganvändning skiljer signifikant mellan grupperna både under övervakningstiden och under perioden efter denna. Anglin drog slutsatsen att tvångsvård hade en dramatisk effekt med minskat dagligt heroinmissbruk och minskning av stöldbrott bland narkomaner.

Anglin upptäckte att resultaten försämrades när man släppte på de strikta förhållningsreglerna om återintag vid återfall under uppföljningstiden och när den totala vårdtiden förkortades. Han drog slutsatsen att den mest effektiva tvångsvården för heroinister krävde en inledande lång institutionsvård för att stabilisera individen, följt av övervakning i frihet under många års tid (han nämnde fem till tio år), med täta kontroller av drogbruk och andra beteenden.

RCT-studier av Drug courts

Här presenteras de tre RCT-studier som nämns hos Werb m.fl. Alla tre studierna har det gemensamt att personer som åtalats för brott och som bedömts lämpliga för programmet (bl.a. ”tungt missbruk”, inga våldsbrott och ingen smuggling av narkotika) slumpades mellan deltagande i programmet (experimentgrupp) och fängelse (kontrollgrupp). Av dessa tre bedömdes endast en studie ha givit positivt utfall enligt översikten av Werb m.fl. (se ovan). För de andra två studierna ansågs skillnaderna vara tveksamma eller obefintliga. Dessa två redovisas därför utförligare här, särskilt som

den som bedömdes vara utan effekt har omfattats av en ny uppföljning med mer avancerad analys, vilken nu anges visa effekt.

- Turner m.fl. (2002) studerade programmet i Maricopa County i Arizona. Vid uppföljning efter tre år hade 33 procent av experimentgruppen återfallit i brott jämfört med 44 procent för kontrollgruppen. Skillnaden är signifikant.
- Lind m.fl. (2002) och Shanahan m.fl. (2004) studerade programmet i New South Wales i Australien. Enligt författarna är de australiska drug-court-programmen mindre punitiva än de amerikanska och de accepterar även metadon, subutex och naltrexon i öppenvård som alternativ till drogfria program på behandlingshem. Vid regelbrott kunde domstolen döma till 1–2 veckors häkte, och vid upprepade allvarliga regelbrott skriva ut från programmet varvid resten av programtiden tillbringades i fängelse. De 308 i behandlingsgruppen jämfördes med de 160 i kontrollgruppen. I en första utfallsmätning, efter ett år, fann man inga signifikanta skillnader mellan grupperna (Lind m.fl.). Forskargruppen följde dock upp samma grupper igen efter 23 månader (Shanahan m.fl.) både vad gäller utfall och kostnads-effektivitet.

Eftersom den andra studien har mer avancerad metod redovisas den här. Utfallsvariablerna valdes utifrån domstolens mål. Centrala utfallsvariabler var tid till ny arrestering för drogrelaterade brott – dels egendomsbrott, dels innehav m.m. (men inte till brott som inte lika klart kunde relateras till drogbruk.). Dessa analyserades med Kaplan-Meijer-analyser som innebär att kurvor skapas för andel som återfallit i respektive brott vid varje enskild tidpunkt sedan programmet påbörjats. Avståndet mellan kurvorna ligger till grund på p-värdes-beräkning enligt logrank-metod. Detta är mer rättvisande än att bara ange andel som återfaller utan hänsyn till alla brottsfria dagar. Dessutom beräknades noggrant alla kostnader som var förknippade med utredning, urintestning, domstolsadministration, behandling, övervakning, fängelse och häktesvistelser etc. och dessa relaterades till varje enskild person utifrån dennes process i systemet. Dessa senare uppgifter låg till grund för analys av kostnadseffektivitet.

Behandlingsgruppen hade längre genomsnittlig tid fri från egendomsbrott (544 vs. 485 dagar; Kaplan-Meier: $p = 0,016$) och längre tid till första drogbrott (325 vs 279; Kaplan-Meier: $p = 0,005$). Genomsnittlig kostnad per dag genom hela program-

tiden var 115 dollar för behandlingsgruppen och 152 dollar för kontrollgruppen. Det innebär att behandlingsgruppen nådde bättre resultat samtidigt som kostnaderna minskade.

- Gottfredson m.fl. (2005) undersökte programmet i Baltimore. Det består av intensiv övervakning och drogtest, behandling för drogproblem samt juridiska kontroller. Behandlingskomponenterna innehåller två metadonprogram, två behandlingshem och ett halvvägshem. Dessutom erbjuds utbildning, arbetsträning, färdighetsträning och stödboende. Av 235 som bedömdes aktuella randomiserades 139 till behandling och 96 till kontrollgrupp. Ett problem i studien var att en del som tillhörde kontrollgruppen (7 procent) trots detta gick in i behandlingen och att en del i behandlingsgruppen hoppade av behandling (9 procent). Här redovisas dock utifrån ”*intention to treat*” dvs. enligt den randomiserade gruppindelningen.

Vid mätningar under den treåriga programtiden uppmättes signifikant mer positiv utveckling för behandlingsgruppen än för kontrollgruppen varje år. Tre år efter programmets avslutande intervjuades 157 personer (72 procent av behandlingsgrupp och 70 procent av kontrollgrupp). Sexton personer var döda (9 resp. 7) och 62 kunde ej nås. Utfallet räknas per *intention to treat*. Behandlingsgruppen hade senaste året färre arresterade, färre med allvarlig brottslighet och färre med allvarligt missbruk. Av dessa var dock endast skillnaden i allvarlig brottslighet signifikant sedan Bonferronis korrektion tillämpats.

18.5.3 Större multicenterstudier om tvångsvård

Ett par större amerikanska s.k. multicenterstudier har presenterats under senare år, och behandlar tvångsvård med olika infallsvinklar och olika populationer. Multicenterstudier är simultana studier av många behandlingsinstitutioner. I båda fallen rör det sig här om s.k. naturalförloppsstudier (*efficiency studies*) och inte om randomiserade kontrollstudier (*efficacy studies*). Det innebär att behandlingen inte varit tillrättalagd för experiment, utan genomförts enligt sin normala (och varierande) standard.

Straffrättsligt tvång

I den ena av dessa (Kelly, Finney & Moos 2005) studeras personer som tagits in på något av 15 olika Veteransjukhus för behandling av alkohol- och drogproblem i behandlingsprogram, vilka varade 3 eller 4 veckor. Veteransjukhusen är inriktade på f.d. soldater. Studien tar sikte på olika grad av inblandning av rättsvårdande myndigheter, nämligen föreskrift (*mandate*), övervakning och villkorlig frigivning (*probation, parole*) samt ingen inblandning av rättsvårdande myndighet.

Metod: Totalt 3 330 personer behandlades i den ursprungliga populationen. Dessa var föremål för uppföljningsintervjuer dels efter 1 år och dels efter 5 år. Fullständiga data finns för 2 595 personer och dessa utgör undersökningsgruppen i studien. Uppföljningsgruppen jämfördes med bortfall avseende ålder utbildning, etnicitet, arbete, familj, tidigare vård, arresteringar missbrukets probleminivå och psykisk hälsa. Endast en signifikant skillnad observerades, nämligen att bortfallsgruppen var något yngre. Tre grupper i uppföljningsgruppen jämfördes: 1) 141 personer som vårdats enligt straffrättslig tvångsföreskrift från domstol, 2) 235 personer som var underkastade övervakning eller villkorlig frigivning men utan tvångsföreskrift om vård, samt 3) 1 719 personer som vårdats utan tvång eller inblandning av kriminalvård. Motsvarande undersökning av dessa gruppers ingångsvärden visade att de med tvångsföreskrift var mindre motiverade, hade mindre allvariga psykiska besvär, i mindre utsträckning hade drogberoendediagnos eller upplevde sig som narkoman, och i mindre utsträckning hade vårdats tidigare. Analysen av utfallen efter 1 år respektive 5 år genomfördes därför i två steg, först genom raka jämförelser mellan grupperna och därefter med kontroll för samtliga faktorer där skillnader i bakgrundsfaktorer fanns.

Resultat: Sedan utfallen justerats för skillnader i bakgrundsfaktorer framkom att tvångsvårdade hade högre andel helt drogfria senaste kvartalet (54 procent) jämfört med grupp 2 och 3 (45 procent respektive 40 procent), högre andel missbruksfria, dvs. inkl. dem med låg och problemfri alkoholkonsumtion (61 procent, 48 procent, 44 procent), högre andel utan negativa konsekvenser av bruk, lägre andel arresterade. Alla dessa skillnader var signifikanta även när man kontrollerade för skillnader i bakgrund. Däremot fanns ingen skillnad i anställningsförhållanden mellan grupperna.

Kommentar: Att den tvångsvårdade gruppen i detta fall hade mindre problemnivå hänger samman med att tvångsföreskriften var påföljd för brott, och ej motiverades av personens allvarliga problem.

Tvångsomhändertagna kvinnor med psykiatrisk samsjuklighet

I en aktuell studie (Clark & Young, 2009) jämförs vuxna kvinnor med psykiatrisk samsjuklighet och erfarenheter av våld och övergrepp och som tvångsomhändertagits för missbruksvård med kvinnor i samma situation som genomgick frivillig vård. Dessutom jämfördes de med kvinnor som istället tvångsomhändertagits och genomgick integrerad vård (missbruk och psykiatrisk vård) i psykiatrins regi. Interaktionseffekter av tvångsvård och *integrerad* vård studerades för missbruk, mental hälsa och traumareaktioner.

Metod. I en stor amerikansk longitudinell multicenterstudie deltog 2 726 kvinnor (Women Co-occurring Disorders and Violence Study, WCDVS). Alla kvinnorna hade en eller flera substansberoendediagnoser samt en eller flera andra psykiatriska sjukdomar eller störningar (axel 1 eller axel 2) enligt DSM-IV. Trettiofem procent (n = 963) uppgav att de var tvingade att genomgå vården efter myndighetsbeslut. Bland dessa hade hälften straffrättslig föreskrift från domstol, 27 procent var tvingade enligt civil tvångslag från social myndighet, 11 procent hade föreskrift från family court och 10 procent uppgav annat myndighetstvång, ofta de tidigare nämnda i kombination. De tvångsvårdade var lika de frivilliga i huvuddelen av en mängd undersökta baslinjevariabler. Men de tvångsvårdade var något yngre, hade lägre utbildning, lägre inkomst och var oftare av latinamerikanskt ursprung. De hade också oftare varit placerade i institutionsvård (68 procent vs 43 procent). Alla deltagare följdes upp efter 5 och 12 månader när det gäller alkoholproblem, drogproblem, psykisk hälsa samt specifika symptom på traumatisk stress.

Resultat: De som genomgick tvångsvård hade vid sexmånadersuppföljningen genomgående bättre utfall än de frivilliga avseende alla fyra utfallsvariablerna. De som fick integrerad vård hade vid samma tidpunkt bättre utfall vad gäller alkohol och droger än de som hade enbart missbruksvård. Vid 12-månadersuppföljningen hade tvångsvårdade fortfarande bättre utfall än frivilliga vad gäller droger, psykiatriska problem och traumasymtom. De som genom-

gått integrerad vård hade bättre utfall på alla fyra områdena än de som enbart hade missbruksvård.

Kommentar: Studien har hög kvalitet och visar tydliga resultat till förmån för tvångsvård och för integrerad vård. Som framgått är tvångsvården av blandat slag, och skillnader i bakgrund var snarare till tvångsvårdades nackdel. Författarna presenterar inte skillnader i utfall mellan personer med olika slag av tvångsvård. Inte heller presenteras utfallen i förhållande till olika psykiatriska diagnoser.

18.5.4 Summering

Internationella studier redovisar utfall och effekt av olika former av tvångsvård. Sammanfattningsvis kan de centrala fynden av dessa summeras:

1. Tvångsvård i olika former förbättrar deltagande i och fullföljande av vård.
2. Tvångsföreskrift av domare (court order) till behandlingsprogram för personer med tungt alkoholmissbruk i öppenvård ger bättre utfall än icke tvångsföreskrift, förutsatt att vården inleds med en institutionsvistelse för avgiftning/stabilisering.
3. Föreskrift av domare om långvarig tvångsvård för heroinister där vården inleds på institution och följs av flerårig öppenvård under övervakning och återintagning på institution vid missbruk och bristande följsamhet ger långvarigt bättre utfall än icke tvångsföreskrift.
4. Homeriskt straffrättsligt tvång i form av drug courts, med bestraffning och i sista hand fängelse vid bristande följsamhet, visar positiva resultat.
5. Två stora multicenterstudier visar att tvångsvårdade har bättre utfall än frivilliga. Kvinnor med psykiatrisk samsjuklighet och traumabakgrund utöver missbruk, har bättre utfall på alkohol, droger, psykisk hälsa och trauma i tvångsvård än i frivillig vård och bättre i integrerad vård än i enbart missbruksvård.

18.6 Svenska studier av tvångsvårdens utfall och effekt

18.6.1 Mortalitetsstudier

Överdödlighet jämfört med normalbefolkning standardiserad för ålder och kön beräknas med Standardiserade Mortalitetskvoter (SMR). En SMR-kvot på 1,0 innebär att den observerade gruppen har samma dödlighet som normalbefolkning medan $SMR = 2,0$ innebär att de observerade dödsfallen är dubbelt så många som kunde ha förväntats utifrån populationens demografiska sammansättning. SMR-kvoten utgår från *förväntad dödlighet*, dvs. den dödlighet som kan utläsas i SCBs befolkningsstatistik. Det innebär att samma dödstal för kvinnor och män leder till högre SMR-kvot för kvinnor än för män. Kvinnor lever ju normalt längre. Samma dödstal för alkoholister och narkomaner leder normalt till högre SMR-kvoter för narkomaner, eftersom dessa i genomsnitt är yngre än alkoholisterna. Tre studier under 1990-talet visade att det finns en mycket stor överdödlighet bland LVM-intagna under 5–8 år efter utskrivning, mellan 6–9 gånger högre än förväntat.

- Bergmark (1994a) följde upp överlevnaden för 125 personer från fyra svenska kommuner som varit LVM-intagna 1982–1985 i snitt 4,5 år efter utskrivningen och uppger att SMR var 7,2; högre för personer som är drogberoende än för dem som är alkoholberoende (11,2 respektive 6,3) och högre för dem med utländsk härkomst än för dem med svensk härkomst (12,1 respektive 6,2).
- Gerdner och Berglund (1997) fann en SMR-kvot på 8,7 i en könsblandad patientgrupp av 116 personer, som följdes upp 8,5 år efter utskrivning från Runnagården. Trots att 8,7 är den högsta totala SMR-kvot som beräknats på LVM-patienter så hade ingen av dem avlidit året direkt efter utskrivningen från LVM.
- Möller, Gerdner och Oskarsson (1998) undersökte SMR-kvoter för 135 personer som vårdats 1991–1992 på Rällsögården och som följdes upp i snitt 5,8 år efter utskrivning. Av dessa dog 35 (26 procent) vilket motsvarar 4,5 procent per år. SMR-kvoten för hela populationen är 6,14. Även här var denna klart högre för personer som är drogberoende än för dem som är alkoholberoende (11,08 respektive 5,25).

- Fridell m.fl. (2009) undersökte drogberoende kvinnor som vårdats på Lunden 1997–2000, dvs. inklusive dem som redovisades i tabell 3, sista kolumnen. Uppföljningen gäller dels 125 kvinnor som vårdats enligt LVM, dels 99 yngre kvinnor som vårdats enligt LVU, dvs. Lagen med särskilda bestämmelser om Vård av Unga. Dessa följdes upp efter drygt 5 år. Totalt hade 19 kvinnor avlidit, med SMR = 5,3. Uppgifterna redovisas inte separat för LVM respektive LVU, utom för en psykologutredd undergrupp av 80 LVM-kvinnor och 57 LVU-kvinnor där 7 respektive 1 kvinna hade dött, vilket innebär 8,8 procent av de utredda LVM-kvinnorna (1,5 procent per år) respektive 1,8 procent av de utredda LVU-kvinnorna (0,06 procent per år). Andelen döda bland de *icke* psykologutredda var högre, 11 av 97, dvs. 11,3 procent. För dessa saknas dessvärre uppgifter om fördelningen döda bland LVM respektive LVU, och inga separata SMR-kvoter ges. Det förefaller dock sammantaget som om mortaliteten i LVM-gruppen är avgjort högre än i LVU-gruppen, vilket innebär att mortalitetskvoten för den samlade LVM-gruppen (utredda plus icke-utredda) möjligen är minst i nivå med vad som tidigare visats för drogberoende personer.

Hur skall dessa SMR-kvoter värderas? En något äldre internationell systematisk översikt över SMR-kvoter för personer som vårdats för alkoholism (Finney & Moos 1991) redovisade 11 studier med betydligt lägre SMR-kvoter, varierande mellan 1,6 och 3,7. Fridell m.fl. (2009) informerar att en svensk studie av personer vårdade vid S:t Lars Sjukhus för tungt narkotikamissbruk (blandade drogtyper) hade en SMR-kvot på 7,9. En aktuell översikt av mortalitet för amfetaminister baserad på åtta kohortstudier (Singleton m.fl. 2009) fann enbart en tjeckisk studie som angav SMR-kvot, och denna var 6,22, vilket också är lägre än de kvoter som redovisats för drogberoende personer som vårdats på LVM-institutioner. Av dessa hade män något lägre än kvinnor (5,87 respektive 7,84). Om kvinnliga narkomaner dör i samma utsträckning som män så ger detta högre SMR eftersom kvinnor normalt lever längre än män. En större italiensk studie av heroinister redovisar att SMR under metadon-underhållsbehandling är 3,9 och utanför behandling 21,4 (Davoli m.fl. 2007). I en annan artikel från samma projekt redovisas att SMR är betydligt högre för kvinnor jämfört med män (SMR = 22,8 respektive 6,7; Ferry m.fl. 2007). Överdödligheten för LVM-vårdade är alltså hög även jämfört med internationella kli-

niska studier på beroende personer, särskilt i beaktande av att LVM-studierna avser grupper med blandade drogtyper. Dock är SMR för heroinister utan underhållsbehandling ännu högre. Dessvärre finns ännu inte studier som redovisar SMR för LVM-population tydligt uppdelat på drogtyp.

För att illustrera vilken allvarlighetsgrad det handlar om kan jämförelse också göras med några andra diagnosgrupper. Forsgren m.fl. (2005) rapporterar från sju studier att personer med epilepsi har SMR varierande från 1,6 till 3,1. Nielsen m.fl. (1998) rapporterar om överdödlighet i ätstörningar (främst anorexia nervosa) uppdelat på tre åldersgrupper: SMR = 3,6 för dem under 20 år, 9,9 för dem mellan 20–29 år och 5,7 för dem över 30 år. Saha m.fl. (2007) anger att SMR bland schizofrena är 2,58 och lika för båda könen. För att jämföra med personer som är exponerade för andra gifter ser vi att asbestarbetare har en SMR-kvot på 1,44 (Dement & Brown 1994). En översikt av 27 studier gällande silikos och lungcancer visade ett sammanvägt SMR på 2,45 (varierande i enskilda studier mellan 1,37 och 6,03; Lacasse m.fl. 2005). dvs. även jämfört med dessa olika grupper har LVM-vårdens patienter en hög överdödlighet.

Förändring i SMR efter svensk tvångsvård över tid

Överdödligheten efter svensk tvångsvård har förvärrats påtagligt jämfört med vad som gällde under Nykterhetsvårdslagens tid. En studie (Dahlgren 1951) om situationen under 1940-talet (motbokstiden) visade endast något förhöjd dödsrisk jämfört med normalbefolkning (SMR = 1,5) varefter en fördubbling noterades efter motbokens avskaffande på 1960-talet (SMR = 3,0) (Norman 1979, citerad i Socialberedningens betänkande SOU 1987:22). På 1970-talet i en serie studier av Statistiska Centralbyrån (SCB S1975:16, S1975:30 och S1977:11) hade överdödligheten återigen mer än fördubblats (SMR=7,0)¹³. Problemet diskuterades i SOU 1987:22. Utredningen påpekade att den höga överdödligheten hängde nära samman med missbrukarnas svåra sociala och medicinska situation. LVM-vården har således inte lyckats nedbringa detta. De tre studi-

¹³ Möjligen kan ökningen under 70-talet delvis förklaras med att högre andel intagna i själva verket var blandmissbrukare, dvs. att narkotika fanns med i bilden även om intagningsgrunden enligt Nykterhetsvårdslagen var alkoholmissbruket.

erna under 1990-talet har visat att problemet kvarstår i samma omfattning som tidigare.

Andel döda per år efter tvångsvård

Ett annat sätt att ange mortalitet, som ej innehåller jämförelse med förväntad död, är att helt enkelt ange antalet döda per år, som också gjordes i Rällsögårdsstudien ovan. Då bör man beakta att värdena kan förväntas variera med ålder och kön, vilket innebär att andelen döda per år är mer problematiskt mått i jämförelser. I en översikt som vi återkommer till nedan redovisar Gerdner (2004a) andelen döda i 21 uppföljningsstudier av LVM-vård. Den årliga andelen döda är i genomsnitt 7 procent, varierande från noll till 19 procent. Genomsnittsåldern för deltagarna i dessa studier var då 36,8 år och andelen män 64 procent. En aktuell svensk 10-årsuppföljning från motsvarande population i landstingets beroendevård där 82 procent är män och snittåldern 48 år, anger att 33 procent dött, vilket ger ett årligt genomsnitt på 3,3 procent (Berggren m.fl. 2009). Eftersom LVM-grupperna både var yngre och hade högre andel kvinnor kunde de ha förväntats ha lägre dödlighet än vad man fann i Berggrens m.fl. studie. Istället var andelen mer än dubbelt så hög. Enligt Fridell m.fl. (2009) hade narkomanerna som vårdats vid S:t Lars Sjukhus avlidit till ett antal av 0,5 procent per år under fem år från vårdtillfället. dvs. andelen döda per år bland dem som tvångsvårdats enligt LVM är klart högre än bland dem som vårdats i landstingets beroendevård, och detta gäller både alkoholister och narkomaner.

Till stor del bör detta sammanhånga med att tvångsvården tar emot en selekterad grupp med större problem. Trots den höga dödligheten kan institutionsvistelse i sig ha en viss skyddande effekt. Ett tecken på detta är ett gammalt naturligt experiment från den norska Opstadanstalten (Amundsen & Hauge, 1978). Opstad var en hårt kritiserad s.k. arbetsanstalt som tog emot alkoholister enligt den norska lösdrivarlagen (løsgjengerloven) vilken upphävdes först 1970. Det fanns således inget egentligt vårdinnehåll där, eftersom lagen inte hade detta syfte. Men innehållet liknade de svenska alkoholistanstalterna från den tiden, vilka också var organiserade runt arbete. Anstalten stängdes som ett resultat av att lagen upphävdes. Amundsen och Hauge undersökte med tidsserieanalys hur detta påverkade dödligheten bland de alkoholister som brukade

vistas på Opstad. De två årskohorter som berördes av stängningen var 1969 och 1970 års intagna. Under fem år efter respektive utskrivning hade 23 och 25 procent dött. Detta kunde jämföras med 12 till 13 procent för dem som skrevs ut 1959 och 1964, likaledes fem år efter utskrivning. Detta var fallet trots att genomsnittsåldern för 1969–1970 års kohorter t.o.m. var något lägre än för 1959 och 1964 års kohorter. Författarna drog slutsatsen att upphävandet av lagen, som då ännu inte ersattes av annan tvångslag, medförde ökade dödsfall bland de svåra alkoholisterna.

Mortalitet i relation till kön, drogtyp och tvångsvård

Däremot finns det inget entydigt samband mellan andel döda och vardera faktorerna kön, drogtyp eller tvångsvård bland dem som vårdas på LVM-institutionerna.

- Fem studier har undersökt hur kön är relaterat till överdödlighet (Bergmark 1994a; Gerdner & Berglund 1997; samt Möller m.fl. 1998) respektive till dödsfall efter ett år (Sallmén 1999) och tre år (Pettersson 1989). Bergmark fann att kvinnor hade högre överdödlighet än män (SMR för kvinnor 19,0 respektive för män 6,2), vilket även Gerdner och Berglund fann (SMR 10,0 för kvinnor och 8,5 för män). Möller m.fl. visade dock en skillnad i motsatt riktning (något högre för män än för kvinnor, 6,26 respektive 4,65). De två resterande (Pettersson 1989 och Sallmén 1999) visade ingen skillnad.
- Ovan redovisades att både Bergmark (1994a) och Möller m.fl. (1998) rapporterade högre SMR-kvoter för narkomaner jämfört med alkoholister. Men samtidigt rapporterar de senare – att om man räknar i *antalet döda per år* – så dog alkoholister i *högre* utsträckning än narkomanerna. Att narkomanerna trots detta hade en högre överdödlighet än alkoholisterna beror på att de var yngre och därmed hade en lägre förväntad dödlighet. I multivariat analys som även tog in olika sociala faktorer fanns inga skillnader i oddskvoter för dödsfall mellan alkoholister och narkomaner.
- Två studier (Sallmén 1999; Möller m.fl. 1998) jämförde dödsfall bland frivilliga och tvångsomhändertagna som vårdats på samma institution, men inga entydiga skillnader kan konstateras. Sallmén fann ingen skillnad i andel döda per år. Möller m.fl. rap-

porterar samma SMR-kvot bland narkomanerna (11,0 för tvångsintagna respektive 11,12 för frivilliga) men bland alkoholisterna var den något lägre för tvångsintagna än för frivilligt intagna (3,57 respektive 6,88). Detta understryker att de höga dödstalen bland dem som vårdats på LVM-institutioner inte direkt kan härledas till att de tvångsvårdats, utan snarare till att LVM-institutionerna tar emot en selekterad grupp med mycket tungt missbruk.

Dödsorsaker relaterade till missbruket

I flera studier kontrollerades dödsorsakerna. I en utfallsstudie från LVM-vård i Jämtland rapporteras att direkt alkoholrelaterad död, självmord och våld stod för 100 procent av alla dödsfall under första året (Gerdner 2004b). Samma förhållande fanns i en studie från Skåne (Fridell m.fl. 2009), där alla dödsfall var drogrelaterade, inklusive en som var suicid (genom medveten överdos enligt efterlämnat brev). I studien från Rällsögården stod direkt alkohol- och drogrelaterad död, självmord och våld för cirka 50 procent av överdödligheten under 6 år (Möller m.fl. 1998). I studien från Runnagården med något lägre medelålder stod dessa dödsorsaker för mellan 80 och 90 procent av överdödligheten under 8 år (Gerdner & Berglund 1997).

I den senare studien hade dock inte ett enda dödsfall inträffat året direkt efter utskrivning, vilket antyder att institutionsvistelsen kan ha haft en skyddande effekt, men att denna effekt ej varat i längden. Studien visade också att av dem som under första året klarat av att leva helnyktra och drogfria hade samtliga överlevt hela den drygt åttaåriga uppföljningen, vilket innebär att de t.o.m. hade en bättre överlevnad än normalbefolkningen. De två andra missbruksmönstren under året efter utskrivning – oförändrat respektive minskat missbruk – hade däremot likartad överdödlighet efter åtta år (SMR = 10 respektive 11,5). Minskat missbruk men utan total avhållsamhet under första året – dvs. återfall som varar färre och kortare än förr – tycks därmed vara ett alltför instabilt förbättringsmönster för att ha positiv effekt på långtidsöverlevnad.

Pågående mortalitetsstudie

En större mortalitetsstudie av samtliga LVM-vårdade från 1996 genomförs f.n. av Jonas Larsson vid SiS FoU-enhet. Den kommer förhoppningsvis att kunna redovisa SMR-kvoternas variation över tid i olika årskohorter samt fördelat på olika grupper (t.ex. kön, ålder och olika specifika drogtyper).

18.6.2 Kohortstudie om äldre svensk tvångsvård enligt Nykterhetsvårdslagen

Bjerver (1972) studerade ett par årskohorter av alkoholister i Stockholmsområdet som tvångsvårdats 1962 och 1966 enligt Nykterhetsvårdslagen (NvL). NvL skilde sig från nuvarande LVM genom att den endast avsåg alkoholister och ej andra drogproblem, samt att tvånget varade längre (i normalfallet 1 år, och för dem som nyligen haft tvångsvård men återkommit 2 år), men av denna tid vistades man normalt endast en kortare tid på institution, och där-efter stod man under övervakning av nykterhetsnämnden (en föregångare till socialnämnden). De tvångsvårdade jämfördes med den allmänna befolkningen avseende sjukförsäkringsstatistik under 10 år (1956–1966), såväl antalet sjukdagar per år som antalet sjukskrivningar och dessas varaktighet. De tvångsvårdade hade tidigare år (före tvångsomhändertagandet) haft ungefär 4 gånger så många sjukdagar som allmän befolkning. Efter tvångsvården minskade både deras sjukdagar och antalet sjukskrivningar dramatiskt och närmade sig siffrorna för den allmänna befolkningen. Bjerver konkluderade att resultaten indikerade en förbättring som kan hänföras till tvångsvården. Det bör dock framhållas att de positiva resultaten kan bero av den övervakning som nykterhetsnämnden hade med stöd av NvL, något som saknas helt i nuvarande LVM. Även denna studie kan därför möjligen ses som indikation på att insatser under övervakning efter initial institutionsvistelse har positiva effekter.

18.6.3 Systematisk översikt av svenska utfallsstudier av LVM-vård

En systematisk översikt för LVM-utredningen (Gerdner 2004a) av utfallsstudier från det att LVM tillkom 1982 t.o.m. år 2000 omfattade sammanlagt 32 studier. Dessa utgjorde samtliga dittillsvarande

studier som innehöll eftermätningar av hur det gått för dem som skrivits ut från LVM och där något av följande tre mått fanns med: andel döda, andel förbättrade avseende missbruk, samt andelen helt nyktra och drogfria sedan utskrivning. Förändringen av dessa tre mått över tid kunde analyseras utifrån de år respektive vårdperiod ägt rum. Tiden kunde delas in i tre perioder: a) år 1982–1987, då LVM omfattade 2 månader med möjlighet till förlängning 2 månader, b) år 1988–1994, då LVM förlängts till 6 månader och kriterierna för omhändertagande förstärkts, samt c) år 1995–2000, dvs. sedan Statens institutionsstyrelse övertagit ansvaret för LVM-vården.

Skillnader i design: Den genomsnittliga uppföljningstiden för alla studierna är drygt tolv månader. De varierar från minimalt en månad till maximalt 4,5 år, men nio av tio studier hade uppföljningstider i intervallet sex till 24 månader. Studierna varierade bl a också vad gäller datakällor (registerstudier, patientintervjuer, patientenkäter, enkäter till refererande socialsekreterare etc.) och i operationalisering av förbättring. För 22 av studierna fanns dock en mer likartad design. De genomsnittliga utfallsmåtten var stabila då de beräknades både för alla tillgängliga data och då de beräknades enbart för studier med likartad design.

Resultat: Den genomsnittliga *andelen förbättrade* (31 studier), dvs. de som minskat sitt missbruk, är 30 procent. Denna andel har ökat över tid, från runt 26 procent under de två första perioderna till drygt 38 procent efter 1995. Förändringen är statistiskt säkerställd. Samma utveckling konstateras om man begränsar sig till studier med likvärdiga forskningsmetoder, och om man använder sig av vägda genomsnitt, där hänsyn tas till studiernas storlek, dvs. antal ingående personer.

Genomsnittliga *andelen helt nyktra/drogfria* (21 studier) var nio procent. Även denna andel har på ett statistiskt säkerställt sätt ökat över tid från fem procent under första perioden, åtta procent i den andra till närmare 14 procent i perioden efter 1995. Även här bekräftas utvecklingen om man begränsar sig till studier med mer likvärdiga metoder. Förbättringen framträder på samma sätt då de vägda genomsnitten används.

Andelen avlidna per ett år efter utskrivningen (30 studier) ligger runt sju procent totalt. Denna negativa siffra har endast minskat mer marginellt, från sju–åtta procent de två första perioderna, till fem procent den tredje perioden. Skillnaderna ryms inom slumpmarginalen, även då vägda genomsnitt används.

Kommentar: Vi kan konstatera att de två utfallsmått som anger olika grad av positiv förändring har utvecklats i positiv riktning under åren. Det tredje utfallsmåttet, andelen döda, är av annan karaktär. I stället för att urskilja dem som har en positiv utveckling, urskiljs här de som har den mest destruktiva utvecklingen. Detta utfallsmått har inte påverkats i samma mån. Samtidigt som fler utvecklas i positiv riktning, så har de som är mest utsatta, de med det mest destruktiva och riskfyllda missbruket, inte påtagligt berörts. LVM-vården förefaller i något större utsträckning än tidigare lyckas med dem som har en mer gynnsam prognos, men samtidigt är vården alltför otillräcklig för dem med minst gynnsam prognos.

Patientfaktorer relaterade till utfall

Sex multivariata prediktionsstudier¹⁴ om svensk LVM-vård har presenterats (Bergmark 1994a och 1994b; Möller m.fl. 1998; Gerdner m.fl. 1996 och 1997; samt Gerdner 2004b). Studierna behandlar delvis olika aspekter. Utöver dödlighet i långtidsperspektiv som redan berörts har följande utfallsfaktorer studerats: Avvikningar (rymningar) bland LVM-patienter, Fullföljande av behandling, Utfall efter vård, samt Deltagande i självhjälpgrupp efter utskrivning. Här skall enbart kort sammanfattning göras.

- **Avvikningar** (Gerdner m.fl. 1997, Möller m.fl. 1998): De som är yngre, och socialt instabila och som har psykiatriska problem avviker mer, medan relationer till det specifika behandlingshemmet – dvs. att tidigare ha vårdats just där – minskar avvikningar.
- **Fullföljande** (Möller m.fl., 1998): Ålder och social stabilitet (arbete och bostad) ökar fullföljande i behandlingsprogram på öppen avdelning, men den starkaste positiva faktorn är vårdtvång som ökar chanserna till fullföljande mer än fem gånger.
- **Missbruk efter utskrivning** (Bergmark 1994a och 1994b; Gerdner m.fl. 1996; Möller m.fl. 1998; Gerdner 2004b): Fyra studier visar att sociala nätverksfaktorer i vid mening är centrala för tillfrisknande medan en visar att social isolering är starkt nega-

¹⁴ Prediktionsstudier undersöker med multivariat regressionsanalys vilka faktorer som har inverkan på ett visst utfall. Det innebär att faktorns bidrag till utfallet beräknas statistiskt, med kontroll för andra tillgängliga variabler.

tivt. De positiva faktorerna är dels att ha familj, dels att delta i självhjälsgrupp. Omfattande institutionserfarenhet och dålig hälsa är relaterad till negativ utveckling. Varken drogtyp, arbete, ålder, kön eller vårdtvång är relaterade till utfall i någon av studierna.

- **Deltagande i självhjälsgrupp efter utskrivning** (Gerdner m.fl. 1996; Möller m.fl. 1998): Tidigare institutionsvistelser (på LVM-hem och behandlingshem respektive fängelser) bidrar till ökat deltagande i självhjälsgrupp. De med flest institutionsvistelser, med den svagaste prognosen, tycks alltså ha störst beredskap att delta, vilket i så fall förbättrar deras prognos. Författarna menar att introduktion till självhjälsgrupper under LVM-tiden kan förbättra utfallen särskilt för dem med sämst prognos.

Metaregression av vårdfaktorer relaterade till utfall

I översiktstudien (Gerdner 2004a) analyserades med metaregression vilka faktorer som kunde förklara skillnaderna i de tre måtten minskat missbruk, nykterhet/drogfrihet och död. Bland de vårdfaktorer som undersöktes var 1) om institutionen var *nystartad eller oerfaren* för sitt uppdrag; 2) om *systematisk behovsbedömning* på olika områden tillämpades generellt (t.ex. DOK, ASI eller andra instrument som fyllde motsvarande funktion); 3) om *strukturerad psykiatrisk diagnostik eller klinisk psykologutredning* genomfördes för huvuddelen av de intagna; samt 4) om *strukturerad behandling* med fokus på missbruksproblemet och relaterade problem tillämpades. Det sista bedömdes gälla om dessa strukturerade inslag omfattade minst halva dagen, minst fem dagar per vecka. Av ovan nämnda faktorer hade dock tillämpning av strukturerad behandling varit oförändrad över tid både i de studier som ingick i undersökningen och bland institutionerna i sin helhet. I regressionsmodellerna kontrollerades för variationer i intagnas sociala bakgrund, samt för metodologiska skillnader i studierna.

Resultat: Införande av strukturerad behovsbedömning är relaterat till att andelen som ett år senare minskat sitt missbruk ökar i storleksordningen 8–11 procent medan införandet av strukturerad psykiatrisk eller psykologisk bedömning är relaterat till att andelen som varit helnyktra/drogfria ökar c:a 7–8 procent och att andelen som minskat sitt missbruk ökar c:a 5–6 procent. Tillämpning av

strukturerad behandling är i sin tur relaterat till minskat antal döda i storleksordningen 4 procent.

Kommentar: Detta innebär att de två utfallsmått som handlar om förbättring påverkas av de två insatser som handlar om tillämpning av strukturerade bedömningsinsatser, där den starkare av dessa (den strukturerade psykiatriska och/eller psykologiska bedömningen) krävs för att påverka det starkare utfallsmåttet (helnykterhet/drogfrihet). Det tredje utfallsmåttet, överlevnad, är positivt relaterat till tillämpning av strukturerad behandling (en faktor som ej ändrats under åren) medan däremot bedömningsinsatserna inte påverkar mortaliteten. Man kan tänka sig att de mest uppgivna och självdestruktiva tycker att de vet – kanske alltför väl – hur illa det står till, och att de inte påverkas i positiv riktning av ökad insikt om sina problem. Deras problem skulle då inte vara brist på insikt utan snarare brist på hopp. Ett strukturerat program kan möjligen såsom en mer kraftfull behandlingsinsats vara mer verksamt i att nå fram till och engagera en del av dessa. Man kan också tänka sig att strukturerade program i högre utsträckning medverkar till att dessa deltar i eftervård och/eller självhjälpgrupper.

Översikt om eftervårdens genomförande och relation till utfall

Drygt hälften av utfallsstudierna i ovanstående översikt gav uppgift om eftervård. Gerdner (2004c) presenterade därför en separat analys av 19 studier som hade uppgifter om detta. Eftervård kan också innefatta boendeinsatser, sysselsättning m.m. Översikten handlar dock om eftervård i en snävare mening, dvs. insatser som handlar om stöd, vård och behandling med fokus på att hantera missbruket, men tar då upp såväl professionella insatser som deltagande i självhjälpgrupp efter utskrivningen.

LVM stadgar i § 27 att en intagen kan vårdas i annan form än på LVM-institutionen. Avsikten med detta var att underlätta övergång till vård som sedan skulle fortsätta i frivillig form. SiS (2002) rapporterar att 60 procent av de LVM-intagna fått en s.k. § 27-placering. En del av dessa placeringar avbryts pga återfall i missbruk och av andra skäl, och vid utskrivningen från LVM har 40 procent § 27-placering. Möller m.fl. (1998) konstaterade att 67 (42 procent) av 161 med fastställd LVM-dom åren 1988–1992 fick någon § 27-placering, men i denna grupp var det endast 19 procent som placerades på HVB-hem (endast 8 procent av alla LVM-vårdade). Fler-

talet placerades i det egna hemmet och utan några öppenvårdsinsatser. Det innebär att § 27 endast fungerade som en slags försöksutskrivning, inte som ett verktyg för att främja övergång till fortsatt frivillig vård. I en studie från Västerås pekade Edlund och Svensson (1998) ut att kommunen *i mindre än 40 procent av fallen önskade* att LVM-institutionen skulle motivera till fortsatt frivillig vård, dvs. just det som är syftet med LVM, och endast i dessa fall kom sådan vård till stånd. Detta har stor betydelse för institutionens arbete med § 27. Ett intressantare mått än andelen som fått § 27-placering är då andelen som fått § 27-placering *med preciserad vård*.

Översiktsstudien undersökte utifrån de 19 studierna a) andel som får s.k. § 27-placering med respektive utan preciserat vårdinnehåll; b) andel som deltar i eftervårdsinsatser efter utskrivning från LVM och varaktighet av denna; samt c) andelen som fortsätter i självhjälsgrupper efter utskrivning från LVM. Slutligen undersöktes samband på gruppnivå (korrelationer) mellan dessa tre insatser/stödformer och de tre utfallsmåtten andelen som minskat sitt missbruk, andelen helt nyktra och drogfria, samt andelen döda.

Resultat: Andelarna med *preciserad vård under § 27* redovisades i åtta studier, som visar att i genomsnitt 23 procent (sd = 13,2) får sådan vård. Andelarna med *eftervård efter LVM* (15 studier) var i genomsnitt 27 procent (sd = 14,8), och andelarna som fortsätter delta i *självhjälsgrupp efter LVM* (8 studier) var 17 procent (sd = 6,4). Det finns ett mycket starkt samband mellan omfattning av § 27-placeringar *med preciserad vård* och omfattning av fortsatt eftervård efter utskrivning från LVM. Men andelen sådana placeringar i sig visar inte samband med utfallet av vården. Dessa samband uppnås först med genomförd eftervård och med deltagande i självhjälsgrupper. De båda efterföljande stödformerna har starka positiva korrelationer både med varandra (dvs. de som deltar i eftervård tenderar också att delta i självhjälsgrupp och vise versa). Båda är också starkt positivt korrelerade med de tre utfallen överlevnad, minskat missbruk samt helnykterhet/drogrfrihet.

Kommentar: Ambitiösa och välplanerade § 27-placeringar tycks alltså bidra till eftervård men dessa är otillräckliga i sig själva om eftervård eller deltagande i självhjälsgrupp inte följer. En § 27-placering som ej följs av eftervård ger alltså inte positiv effekt. Eftervård och deltagande i självhjälsgrupper ger en positiv utveckling, men dessvärre fungerar detta endast för en minoritet av de LVM-intagna. Dessa problem bildade utgångspunkt för flera projekt för att stärka eftervården efter LVM, se längre ned.

18.6.4 Långtidsuppföljning av LVM-vård

Fridell m.fl. (2009) presenterade en långtidsuppföljning av kvinnor vårdade på Lunden 1997–2000. Dessa har delvis berörts ovan vad gäller psykiatriska diagnoser (Tabell 3) och vad gäller mortalitet. Lunden har en avdelning för LVM och en för LVU. Studien innehåller flera undergrupper som följs upp på olika sätt. Alla intagna, både enligt LVM och LVU, följdes upp med registerstudier. Ett urval av intagna (båda lagrummen) följdes dessutom upp med intervjuer 5 år efter utskrivning.

Population och urval: Totalt omfattas 125 kvinnor som varit intagna på LVM och 99 kvinnor som varit intagna på LVU. I vardera gruppen fanns dels kvinnor som varit delaktiga i omfattande psykologisk utredning (80 LVM och 52 LVU) dels de som ej utretts (58 LVM, 40 LVU). Utredda LVM-kvinnor var något yngre än icke utredda (26,8 år respektive 29,5 år, $p < 0,04$). I övrigt var grupperna lika då de jämfördes för 20 olika variabler avseende bl.a. uppväxt, skolgång, socialgrupp, civilstånd, kriminalitet, missbruk, tidigare vård och psykisk hälsa. De två grupperna av LVU-kvinnor var mer jämgamla (18,7 respektive 17,9 år vid intagning, ej signifikant skillnad) men uppvisade skillnader i andra variabler. De utredda hade begått fler brott, hade oftare vuxit upp med psykisk sjukdom i familjen, bodde oftare hos släkt och vänner och använde oftare opiater, medan icke utredda oftare vuxit upp med missbruk i familjen och oftare haft behandlingshem som sin bostad senaste året före intagningen.

Registerstudie: För att undersöka utveckling av vårdtyngd och brott inhämtades uppgifter om inläggningar för avgiftning, somatisk sjukvård och psykiatrisk sjukvård samt lagföringar för brott för 4 år före tvångsintagningen fram till 4 år efter tvångsintagningen.

Resultat: För alla tre vårdtyperna har vårdtyngden stegrats år från år från ganska låga nivåer 4 år tidigare och med en topp som direkt föregått intagningen i tvångsvård. För alla vårdtyperna har vårdtyngden därefter minskat, särskilt de två första åren, varefter en ny stegring inletts det tredje året.

Lagföringar för brott visar samma bild med successiv stegring i andelen lagförda och i genomsnittliga antalet brott per individ under åren som föregått intagning. Där är emellertid inte minskningen lika påtaglig under åren efteråt, särskilt inte vad gäller genomsnittligt antal brott. Separeras analysen mellan dem som

uppnår drogfrihet minst ett år och övriga, så liknar de ”drogfrias” brottsutveckling de kurvor som redovisats för vårdtyngd, medan de kontinuerligt drogande tvärtom etablerar sig med en hög brottsaktivitet som inte minskar.

Kommentar: Forskarna drar slutsatsen att kvinnorna befunnit sig i en mycket problematisk situation när tvångsvården aktualiserats och att denna troligen varit väl motiverad. Man kan tillägga att den positiva utvecklingen direkt efteråt kan tala för en avsedd effekt, men denna kan ej fastställas då jämförbar kontrollgrupp saknas. Den stegring av problemen som inträder igen det tredje året bör dock ge anledning till eftertanke om hur eftervården fungerar.

Intervjustudie: De 132 utredda i bägge grupperna (80 LVM-intagna och 52 LVU-intagna) kontaktades för uppföljningsintervjuer efter 5 år. Av dessa lyckades forskarna genomföra intervjuer med 109 personer (64 LVM-intagna och 45 LVU-intagna), vilket motsvarar totalt 82,5 procent (80 procent för LVM och 87 procent LVU). Av de utredda som man ej lyckades intervjua var sju döda (6 LVM, 1 LVU). Därmed är utfallet känt för 116 personer (totalt 88 procent, samma för LVM och LVU). Av övriga var 5 bosatta utomlands och 5 ville ej bli intervjuade. Resterande 6 kunde ej nås.

Resultat: De intervjuade redovisade sitt missbruk för de fem åren efter utskrivning med s.k. Timeline-follow-back-metod halvårsvis. Drogfrihet i olika tidsintervaller redovisades som procentuell andel av de ursprungliga 132, vilket innebär att de som man inte fått tag på då antas fortsätta med sitt missbruk. Antagandet är troligen realistiskt, men skulle kunna innebära en viss underskattning av resultaten. Andelen drogfria senaste månaden var 59 procent LVM respektive 54 procent LVU; andelen drogfria under hela senaste halvåret var 44 procent LVM och 49 procent LVU; hela senaste året 38 procent LVM och 37 procent LVU; senaste två åren eller längre 23 procent LVM och 31 procent LVU samt slutligen var 14 procent LVM och 15 procent LVU drogfria alla fem åren sedan utskrivningen.

Intervjuerna innehöll också omfattande psykologiskt testmaterial vilka bl a användes för att jämföra dem som varit drogfria minst ett år med dem som inte varit drogfria eller endast haft kortare drogfrihet. Stora och signifikanta skillnader till de drogfrias fördel uppmättes med det psykiatriska symtomskaletestet SCL-90 på samtliga delskalor (somatisering, tvångsmässighet, intern sensitivitet, depression, ångest, vrede, fobiskhet, paranoia, psykoticism samt globala problemskalan). Liknande resultat nåddes med Global

funktion (GAF), Hälsoformuläret SF-36 avseende somatisk och psykiatrisk hälsa, Känsla av sammanhang (KASAM) och samtliga av dess delskalor (begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet), social anknytnings- och integrationsformuläret ISSI avseende global skattning samt underskalor om tillgång till nätverk och tillfredsställelse med social anknytning. De två grupperna skiljer sig lika tydligt åt vad gäller egenrapporterad psykisk hälsa, kriminalitet samt ekonomiska inkomster från lön eller socialförsäkringar där de drogfria successivt normaliserats medan övriga haft manifesta problem hela femårsperioden.

Kommentar: Först bör framhållas att undersökningen ger en mer positiv bild än förväntat angående förbättring på lång sikt. Studien visar också övertygande hur viktig drogfriheten är för framgång på alla övriga områden. Problemen övervinns dock inte direkt med detta – tvärtom tar det flera år för normaliseringsprocessen. Men drogfriheten framstår som en förutsättning för denna. Forskarna framhåller att resultaten knappast kan generaliseras till tvångsvården i dess helhet. De undersökta är relativt unga kvinnor med huvudsakligen narkotikamissbruk. Även LVM-kvinnorna är yngre än genomsnittet för LVM-vården. Framtida studier får visa långtidsutveckling för män, äldre och personer med svårt alkoholberoende.

18.6.5 Kvasiexperimentella studier om LVM

Jämförelser mellan LVM-vårdade och frivilligt vårdade

Varje jämförelse mellan LVM-vårdade och andra grupper kräver ett övervägande om gruppernas jämförbarhet. Berglund (1988) undersökte patienter med alkoholberoende som vårdats inom psykiatri i Lund under åren 1949–1969. Initialt undersöktes de med ett omfattande diagnostiskt bedömningsinstrument bestående av över ett hundra variabler. Dessa följdes upp prospektivt till 1981. En grupp (n = 383) hade under denna period också erhållit tvångsvård enligt nykterhetsvårdslagen. Denna grupp jämfördes med åldersmatchade patienter som ej erhållit tvångsvård. I den första gruppen hade 168 individer avlidit, i den senare gruppen 124. Den grupp som någon gång vårdats enligt nykterhetsvårdslagen hade alltså en 35 procentig ökning av dödligheten. De som senare skulle komma att tvångsintas hade redan vid första vårdtillfället svårare

psykiatriska och sociala problem. Studien pekade ut att tvångsvårdens intagna generellt utgör en svårare drabbad grupp på många sätt jämfört med dem som endast vårdas frivilligt.

Det finns också en grupp som vårdas frivilligt inom LVM-institutionerna. Det rör sig främst om personer som tidigare varit tvångsomhändertagna och som senare återkommer frivilligt till samma institution där de tidigare vårdats med tvång. Detta gäller främst vid sådana LVM-institutioner som också har olåsta avdelningar. Till skillnad från de frivilligt vårdade som Berglund ovan jämförde med, så har dessa alltså vanligen tidigare vårdats med tvång. Man skulle kunna tänka sig att dessa därför skulle vara ganska lika de tvångsintagna på samma institution vad gäller bakgrundsfaktorer (även om motivation givetvis skiljer). Trots detta har flera studier visat att även denna grupp frivilligt vårdade har mindre allvarlig problemlnivå än de tvångsvårdade.

- Berglund & Ågren (1987) rapporterade från Ekebylund att de LVM-intagna kvinnorna var blandmissbrukare tre gånger så ofta jämfört med de frivilligt intagna kvinnorna.
- I en studie från Runnagården fanns samma skillnad: De tvångsintagna missbrukade droger vid sidan om alkohol oftare än de frivilligt vårdade (Gerdner 1998). I samma studie visades dessutom att de tvångsomhändertagna saknade utbildning över grundskolenivån i större utsträckning än de frivilliga. De saknade dessutom oftare egen bostad, eget arbete och levde oftare ensamma jämfört med de frivilliga.
- Studien från Rällsögården (Möller m.fl. 1998) visade precis som de övriga studierna att de tvångsomhändertagna i högre utsträckning var narkomaner och blandmissbrukare, och de tvångsintagna hade dessutom debuterat tidigare i missbruk, hade sämre skolunderbyggnad, sämre position på arbetsmarknaden, hade mer sällan egen bostad, och hade oftare oordnad ekonomi. Däremot fanns ingen skillnad mellan frivilliga och tvångsintagna vad gäller kriminalvårdserfarenhet eller i vilken utsträckning de levde med familj.
- Sallmén (1999) konstaterar utifrån Karlsviks patienter 1990–1993 att tvångsomhändertagna i marginellt högre utsträckning samtidigt led av en psykiatrisk axel-1-diagnos vid sidan om missbruket (68 procent jämfört med 58 procent) och att det inte förelåg några skillnader i andel med personlighetsstörningar.

De tvångsomhändertagna hade således genomgående sämre förutsättningar än de frivilliga som vårdades på samma institution. Skillnaderna i förutsättningar bör hållas i minnet då utfallen för grupperna jämförs. Det finns flera studier som jämför olika utfall för tvångsvårdade med utfallen för dem som vårdats frivilligt på LVM-institutionerna:

- **Fullföljande av vård:** Två svenska studier visar att vårdtvång ökar fullföljande av vård (Möller m.fl. 1998; Sallmén & Berglund 1996), dvs. samma slutsats som drogs i de tidigare nämnda amerikanska studierna.
- **Missbruk:** Sex av nio studier visar ingen skillnad vad gäller fortsatt missbruk mellan frivilliga och tvångsvårdade på samma institution. (För en genomgång, se Gerdner 2004a, baserat på Bergmark 1994a; Berglund & Ågren 1987; Gerdner 1986, 1988, 2000; Gerdner m.fl. 1997; Möller m.fl. 1998; Sallmén 1999. Därtill: Larsson & Segraeus 2008). Tre studier visar bättre utfall för frivilliga, men i alla dessa tre fanns skillnader i problemnivå som förklarar skillnaderna (Gerdner m.fl. 1988 & 1997; Larsson & Segraeus 2008).
- **Mortalitet:** Ett par studier har dessutom jämfört frivilliga och tvångsintagna vad gäller dödsfall efter utskrivningen och finner ingen skillnad (Möller m.fl. 1998; Sallmén & Berglund 1996). Hos personerna med alkoholmissbruk hos Möller m.fl. var dock överdödligheten något mindre bland tvångsomhändertagna jämfört med de frivilliga.

Trots att tvångsomhändertagna hade sämre förutsättningar än frivilligt intagna, så skiljer sig inte deras utfall åt. Studierna således ger inte stöd för påståendet att förekomsten av tvång i sig försämrar resultatet av vården. Ågren (1990) diskuterade det märkliga i att det inte förelåg några skillnader mellan frivilliga och tvångsintagna, trots att de tvångsintagna i allmänhet hade svårare missbruk, svårare social situation och lägre initial motivation än de frivilligt intagna. Han konstaterade att en viktig faktor kan vara att de frivilligt intagna i större utsträckning avbryter vården och skrivs ut oplanerat, vilket hindras då vården sker med tvång.

Personer med fastställt respektive avskrivet LVM

Några studier använder kontrollgrupper som *inte* genomgått vård. Ågren (1990) föreslog att jämförelse skulle göras med dem som *blivit anmälda för LVM-utredning men som avskrivits*. Vi bör dock minnas att kontrollgruppen inte har några förutsättningar att vara jämförbar. Länsrätten prövade båda grupperna och beslöt att personerna i kontrollgruppen inte uppfyllde lagens kriterier. Ett par studier har också undersökt och funnit att de med fastställd dom systematiskt har tyngre problem än de som avskrivs (Gerdner 2004b; Larsson & Segraeus 2008). Grupperna skiljer sig åt på förväntat sätt, där de med fastställd dom har betydligt allvarligare missbruksbild (med fler tillnyktringar, samt fler och längre avgiftningar) samt mer utsatt social situation (oftare hemlösa) jämfört med dem som endast varit omedelbart omhändertagna. Sex studier har jämfört utfallen mellan dem som fått sina LVM-domar fastställda och dem som avskrivits.

- Giertz har presenterat två studier (1991 och 1994). I den första fanns ingen skillnad i utfall vad gäller fortsatta problem mellan grupperna, men i den andra hade de LVM-vårdade sämre utfall än de som avskrivits. Den första av de båda studierna har dock ett problematiskt utfallsmått som kan vara alltför trubbigt.
- Ågren (1994) undersökte alkoholister och narkomaner som rapporterats för LVM, men där ungefär hälften i vardera gruppen avskrevs. Dödsfallen i respektive grupp studerades under två år efter utskrivning respektive avskrivning. Även om dödsfallen var alarmerande höga så fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna.
- Bergmark (2004) jämförde personer som omhändertogs akut men därefter avskrevs (dvs. enbart 13 § LVM) med sådana som först omhändertogs akut och därefter fick fastställd dom (13 § samt 4 § LVM) samt med dem som direkt fick fastställd dom (dvs. enbart 4 § LVM). De i § 13-gruppen var i högre grad alkoholister med egen bostad, medan de i § 4-gruppen i högre grad var narkomaner *utan* egen bostad. Gruppen med både §§ 13 och 4 är mellangrupp i dessa avseenden. Det finns inga säkerställda skillnader i andelen missbruksfria mellan de tre grupperna. Däremot påvisas skillnader i andelen döda och i andelen som fick nytt LVM. I båda dessa avseenden har de som endast varit omedelbart omhändertagna (de avskrivna) ett sämre utfall

än de båda grupperna som fått fastställd dom. Trots att de hade ett *bättre* socialt utgångsläge (fler med egen bostad) och *mindre* behov av vård för sitt missbruk (avskrevs) – så har dessa alltså sämre utfall än de med fastställd LVM-dom.

- Gerdner (2004b) fann inga skillnader mellan dem som endast var omedelbart omhändertagna och dem som fick fastställd dom dels vad gäller tid till första tillnyktring/avgiftning, dels vad gäller vårdtyngd (antal dagar i tillnyktring/avgiftning under ett år).
- Larsson och Segraeus (2008) fann inga skillnader i utfall mätt med patientintervjuer och socialsekreterarenkäter mellan dem som fått fastställd dom och dem som avskrivits.

Sammanfattningsvis fann endast en studie de skillnader som kunde förväntas utifrån problembilden, dvs. att det gick sämre för de med fastställd LVM-dom jämfört med de avskrivna (Giertz 1994). Fyra av sex studier (Giertz 1991; Ågren 1994; Gerdner 2004b och Larsson & Segraeus 2008) fann inga signifikanta skillnader mellan grupperna. En studie (Bergmark 2004) redovisar tvärtom sämre utfall för de avskrivna i två av tre mått, nämligen död respektive nytt LVM. Om vården vore helt verkningslös borde de med svårare problem (de fastställda) ha sämre utfall än de avskrivna. Detta avvisas av resultaten i fem av de sex studierna.

LVM-vårdade och icke LVM-vårdade – två kvasiexperiment

Två studier har jämfört LVM-vårdade med personer som hade motsvarande problem, men som ej aktualiserades för tvångsvård. Den gemensamma bakgrunden till studierna är att några länsstyrelser i sina granskningsrapporter hade hävdade att socialnämnderna i dessa län inte följde LVM-lagen på ett konsekvent sätt eftersom de att underlät att aktualisera LVM-ärenden utifrån lagens kriterier. Utifrån denna förutsättning, dvs. att socialtjänsten inte följer lagen som avsett, borde det vara möjligt att finna kontrollgrupper som liknar de LVM-vårdade.

- År 1994 ändrades LVM-lagen från att länsstyrelserna gjorde ansökan om LVM-vård till att socialbyråerna gjorde detta. Detta medförde en stor variation av tillämpningen av LVM jämfört med tidigare. Lindahl-Larsson och medarbetare (2009)

studerade tillämpningen av LVM i olika socialdistrikt i Malmö och fann att i två distrikt tillämpades LVM i 55 procent av anmälda fall och i två andra distrikt i 12 procent av fallen efter lagändringen från att dessförinnan haft samma nivå. Någon säker skillnad i de anmälda klienternas förlopp förelåg ej mellan de som bodde i distrikt med hög (N = 62) respektive låg (N = 56) frekvens av LVM-vård. De sju alkohol- eller drogrelaterade dödsfall som inträffade under studieperioden gällde i samtliga fall personer som ej erhöll tvångsvård. Tvång hade således samband med en lägre mortalitet men ej med ett annorlunda förlopp i övrigt.

- Gerdner (2004b) matchade fram "tvillingar" till 46 LVM-intagna ur ett register från tillnyktringsenheten (TNE). Studien genomfördes i Jämtland, där ostrukturerad stödvård tillämpades inom Frösö LVM-hem. Kontrollpersonerna var lika de LVM-vårdade i ålder, kön, typ av drog, grad av missbruksproblem (antal tillnyktringar och avgiftningar året innan) samt ort (avstånd till TNE). Trots att matchningen först tycktes fungera, visade en efterkontroll i socialtjänstakter och sjukvårdsregister att det ändå fanns systematiska skillnader mellan grupperna. LVM-gruppen hade i högre utsträckning tidigare haft LVM, annan insats från socialtjänsten, psykiatrisk vård, fler vårdtygn i sjukhusvård samt i lägre grad någon sysselsättning. Därför lades studien om så att skillnaderna i bakgrund hanterades genom multivariat analys. Tre utfallsmått från register användes: Överlevnad, antal dagar till ny tillnyktring/avgiftning på TNE samt vårdtyngd på TNE året efter utskrivning. Då skillnaderna i problembild kontrolleras multivariat, så finns inga skillnader i utfall mellan tvångsvårdade och kontroller. En skillnad jämfört med Malmö-studien var dock avsaknad av eftervård. Enligt socialtjänstakterna fick 83 procent av LVM-gruppen inte någon som helst eftervård efter LVM, vare sig på behandlingshem eller i öppenvård. Den lilla eftervård som gavs var mycket kortvarig, mindre än tre månader i snitt, och hade ingen påvisbar effekt.

18.6.6 Kvasiexperimentella studier om insatser i eller i anslutning till LVM

Effekt av strukturerat motivationsprogram – naturligt experiment

I några studier med kvasiexperimentell design har insatser som givits under LVM undersökts. Den första av dessa handlar om ett *strukturerat motivationsprogram* som infördes på en låst mottagnings- och motivationsavdelning på Runnagården omfattande 16 platser (Gerdner m.fl. 1997). Bakgrunden var att ett intensivt strukturerat 12-stepsprogram bedrevs på institutionens olåsta avdelningar som då omfattande 30 platser. Programmet hade löpande intag och där deltog man normalt 5–8 veckor. Men flera LVM-intagna på mottagningsavdelningen var ovilliga att starta i detta program utifrån oro för gruppsamtal och ”snacktork”. De dröjde sig därför ofta kvar på låst avdelning hellre än att flytta ut till programmet. Idén var nu att föra in delar av programmet till den låsta avdelningen i en form som lockade till deltagande och som inte upplevdes som skrämmande. En annan idé var att etablera en kontakt tidigt, innan en avvisande hållning till vård intagits. Därmed skulle tröskeln för att gå över i det strukturerade programmet minska. Farhågan som fanns var dock att tidigare utflyttning till olåst avdelning också riskerade att medföra ökning av antalet olovliga avvikningar.

Programinnehåll: Avdelningen betonade alkohol- och drogberoende som sjukdomstillstånd. Från första dagen fick den intagne kontakt med en alkoholordgivare som ofta själv var nykter alkoholist. Från första *nyktra* dagen erbjöds deltagande i olika gruppsamlingar för att underlätta för individen att våga delta i gruppterapi i senare läge. Dessa innehöll korta interaktiva lektioner om alkohol- och narkotikaberoende och om olika somatiska och psykiska besvär som var vanliga i detta första skede och korta gruppsamtal i ickekonfronterande stil om olika teman utifrån AA:s filosofi. Kurator på avdelningen genomförde motiverande samtal inspirerad av en tidig version av Miller (1983) samt utredde individens sociala anamnes och droghistoria. Alkoholordgivare genomförde en screening av alkoholberoendets svårighetsgrad (enligt NCA:s checklista) och gav feedback på detta. Kvällstid hölls AA-möten under ledning av en medpatient som var i slutet av sin vistelse på öppen avdelning. Deltagandet, som var frivilligt, var genomgående högt.

Metod: Utifrån registerdata undersöktes dels tiden fram till utflyttning till det mer intensiva programmet på de öppna avdelningarna (eller till annan behandling på annan institution), dels antalet avvikningar per intagen. Jämförelse gjordes med dem som intagits tidigare år, dvs. innan motivationsprogrammet införts. Eftersom det inte rörde sig om någon randomiserad gruppindelning kontrollerades resultaten också för skillnader i demografi och bakgrund genom multivariat analys.

Resultat: Utfallet visade att programmet främjade tidigare övergång till det mer intensiva tolvstegsprogrammet på de öppna avdelningarna (genomsnittliga antalet dagar minskade från 36 till 16 dagar; $p < 0,001$) samtidigt som avvikningarna under vårdtiden (som var 2 månader) tvärtemot farhågorna om kraftig ökning tenderade att minska (från 0,58 ggr per intagen till 0,31). Skillnaderna stod sig även då inverkan av bakgrundsfaktorer kontrollerades.

Kommentar: Man kan tycka att det därmed finns ett exempel på fungerande strukturerat motivationsarbete med viss evidens, och att detta kunde ha fått spridningseffekt bland LVM-institutionerna, men så har inte skett. Sedan institutionen fick förändrat uppdrag att ha specifika avdelningar för våldsamma kvinnor respektive för kvinnor med svår psykisk problematik, tillämpas motivationsprogrammet inte längre på Runnagårdens låsta mottagningsavdelning.

Effekter av psykologutredning under LVM – en matchad kontrollstudie

En studie som ännu endast presenterats på konferens (Gerdner & Fridell 2007) undersöker direkta och indirekta effekter av att genomgå kvalificerad psykologutredning under LVM-tiden. Studien tar sin utgångspunkt i de fynd som erhöles i ovanstående metaregression av vårdfaktorer relaterade till utfall (Gerdner 2004a) där strukturerad psykiatrisk bedömning eller klinisk psykologutredning visade sig vara positivt relaterade till de båda utfallen minskat drickande och helnykterhet/drogfrihet men ej till utfallet överlevnad. En frågeställning var nu om fynden kunde upprepas i en matchad kontrollstudie. En annan frågeställning var om sådana eventuella skillnader i så fall har att göra med upplevelsen av att ha genomgått utredning (dvs. direkt effekt) eller om de har att göra med att utredningen bidragit till att anpassa vård eller efter-

vård utifrån utredningens resultat (indirekt effekt) och att mer anpassade insatser då skulle svara för förändringen.

Design: Vid tre institutioner (Hornö, Lunden, Frösön) genomförde psykologer kvalificerade utredningar efter begäran från socialtjänsten. Totalt 116 patienter hade utretts under åren 2004–2005. För var och en av dessa utvaldes en ”matchad tvilling” som ej utretts av psykolog. Studien omfattar därmed 232 personer som alla varit intagna med fastställd dom jml 4 § LVM. Matchningskriterier var kön, ålder (± 5 år), samma institution samt samma preliminära psykiatriska bedömning gjord i början av vistelsen (före psykologutredning). Matchningen kontrollerades sedan även på gruppnivå för 37 olika bakgrundsvariabler, inkl. social situation, läs- och skrivproblem, missbrukets art och svårighet, vårdhistoria m.m. och visade mycket god överensstämmelse mellan utredda och kontroller. Såväl utredda som kontroller genomgick 1-2 år efter utskrivningen en omfattande strukturerad telefonintervju om vårdinsatser och eftervårdsatser, och om hur deras liv gestaltat sig efter utskrivning vad gäller såväl missbruk, hälsa och social situation. De utredda tillfrågades också om sina upplevelser av utredningen. Handläggande socialsekreterare besvarade en strukturerad enkät som i alla tillämpliga delar svarade mot frågorna i intervjun. Överensstämmelsen var mycket god mellan intervjuer och enkät-svar när det gäller missbruk och sociala förhållanden, men mindre bra vad gäller hälsa, där socialtjänsten visade sig sakna information. Socialtjänsten hade mer exakta uppgifter om tid för olika insatser i eftervård. Uppföljningsdata från intervju och/eller enkät finns för över 90 procent av deltagarna. Datamaterialet kompletterades med registeruppgifter från SiS vad gäller vårdinsatser under LVM-tiden, ev. dödsorsaker från dödsfallsregister och om brott och påföljder från BRÅ.

Resultat: De utreddas upplevelser av utredningarna var mycket positiva och slutsatserna från dem upplevdes som korrekta. En majoritet uppgav också att de lärt sig något nytt om sig själva, men samtidigt uppgav en mycket stor majoritet att utredningen inte alls hade använts för att anpassa deras vård eller eftervård. Genomgång av SiS uppgifter om vårdinsatser och socialtjänstens uppgifter om vårdinsatser, eftervårdsplanering samt genomförande av eventuell eftervård visade inga skillnader mellan grupperna. Uppgiften från de utredda om att utredningen inte använts fick alltså stöd. Trots detta kunde signifikanta skillnader mellan utredda och övriga påvisas både vad gäller missbruksproblem och vad gäller drogrelaterade brott

sedan utskrivning. Däremot fanns ingen skillnad vad gäller överlevnad i respektive grupp.

Kommentar: Studien bekräftar, med starkare design, de fynd som tidigare gjorts i metaregressionsanalyserna (Gerdner 2004a, se ovan), att genomförande av psykologutredning är relaterat till vårdens utfall. Dessutom visas att detta inte kan förklaras av att utredningarna påverkat vårdens eller eftervårdens utformning. Det tycks därmed handla om en direkt effekt, troligen genom att öka individens kunskap och motivation för förändring. Samtidigt är det naturligtvis besvärande att studien också visar att utredningarna i praktiken inte använts för att anpassa vård- och eftervårdsplaner. Där bör det finnas en stor potential för förbättring. Detta är den första studie som gjorts om effekter av psykologutredning som särskild insats.

Metadonprogram som eftervård till LVM – kvasiexperiment

En annan typ av eftervård är metadonprogrammen för personer med tungt heroinmissbruk. Fugelstad m.fl. (1998) studerade 101 heroinmissbrukande personer som hade skrivits ut från LVM, varav 56 personer inledde metadonbehandling, medan övriga fungerade som kontrollgrupp i studien. Grupperna är ej randomiserade. Deltagarna och kontrollgruppen var likvärdiga i bakgrundsdata vad gäller ålder och kön, tidigare varaktighet av heroinmissbruk samt antal arresteringar och fängelsedomar. Men deltagarna i metadonprogrammen var oftare HIV-positiva och hade fler inläggningar på sjukhus och behandlingsinstitutioner.

Design: Samtliga följdes upp sex till åtta år efter LVM-vistelsen utifrån centrala register. Eftersom många i perioder skrivits ut från metadonprogrammen på grund av misskötsamhet (i allmänhet missbruk av annan drog) kunde man jämföra dessa perioder med perioderna i programmet. Man kunde också jämföra med dem som inte alls deltog i metadonprogrammen. Vid uppföljningen undersöktes antal dödsfall, sjukhusinläggningar och arresteringar i förhållande till observationsperioderna (omräknat i personår).

Resultat: Under sin tid i programmet hade metadongruppen färre arresteringar, sjukhusinläggningar och dödsfall än vad kontrollgruppen hade motsvarande tid. Men under avbrottstiden var skillnaderna inte lika klara. Skillnaden i andelen dödsfall var visserligen inte signifikant, men där fanns en påtaglig skillnad i dödsorsaker. I metadongruppen dominerade död på grund av infektions-

sjukdomar, vilket är naturligt om det handlar om HIV/AIDS, medan överdoser och självmord dominerade som dödsorsaker i kontrollgruppen. Ingen av de 35 HIV-negativa personerna i metadongruppen avled, medan 14 av de 37 HIV-negativa i kontrollgruppen avled. Mönstret tycks därför ändå vara tydligt. Deltagande i metadonprogrammet är relaterat till minskning av direkt missbruksrelaterad död, även om den inte påverkar HIV/AIDS-relaterad död. Därtill är pågående deltagande relaterat till färre sjukhusinläggningar (men ej i avbrottsperioderna) och till färre arresteringar (gäller både under pågående program och i avbrottsperioderna).

Kommentar: Sammantaget visar studien att metadonprogram som eftervård för tidigare tvångsomhändertagna heroinister tycks innebära kraftigt förbättrade möjligheter att överleva, ha mindre allvarliga hälsoproblem samt mindre av problem med polisen. Metadonprogrammen i Sverige har emellertid en begränsningsregel som innebär att den tilltänkte patienten måste ”ha en acceptabel valfrihetssituation”, vilket brukar tolkas som att man inte får inleda metadonprogram samtidigt som man är underkastad tvångsvård eller kriminalvård. Denna praxis kan ifrågasättas med tanke på forskningsläget. Ett par internationella studier (Brecht m.fl. 1993; Desmond & Maddux 1996) visar att metadonprogram har samma positiva effekter för heroinister, vare sig dessa vid inledningen av underhållsbehandlingen stått under legal påtryckning eller ej. Det har då varit fråga om att personer som varit underkastade övervakning eller tvång att genomgå vård, fått välja om de vill delta i metadonprogram eller ej.

18.6.7 Summering

Sammanfattningsvis kan de centrala fynden av genomgången anges:

1. Mortalitetsstudier visar en kraftig överdödlighet för LVM-omhändertagna, högre än vad som är vanligt för missbrukspopulationer. Men frivilligt intagna på LVM-institutionerna har samma höga överdödlighet, vilket indikerar att tvånget i sig inte är en försvårande omständighet. De tvångsintagna är i stället en selekterad grupp med särskilt svåra problem. Intagna med narkotikamissbruk och personer med alkoholmissbruk dör i samma utsträckning, men då de förra är yngre innebär detta en högre överdödlighet i narkomangruppen.

2. Äldre studier från Nykterhetsvårdslagens tid visade att tvångsvård med övervakning hade en positiv effekt på intagnas hälsa som kvarstod flera år, och en äldre norsk studie visade att anstaltsvistelse kunde ha en skyddande effekt mot dödsfall bland tunga alkoholister.
3. Översikt av utfallsstudier av LVM-vård visar att andelen som förbättras och som lever helnyktra och drogfria har ökat sedan mitten på 1990-talet, men att dödstalen inte påtagligt minskat.
4. Sociala nätverksfaktorer – familj och självhjäpsgrupp – är centrala individuella faktorer för positivt utfall.
5. Införande av strukturerade modeller för utredning, behovsbedömning och psykiatrisk eller psykologisk utredning, tycks förbättra utfall vad gäller missbruk medan strukturerat behandlingsinnehåll synes vara relaterat till färre dödsfall.
6. Strukturerat motivationsprogram på låst avdelning kan bidra till övergång i vård på mer intensiv behandlingsavdelning på öppen avdelning utan att avvikningar för den skull ökar.
7. Medan amerikanska studier visar att tvångsvårdade har bättre utfall än frivilligt vårdade på samma institution (till följd av bättre kvarstannande) så visar svenska studier ingen skillnad mellan frivilligas och tvångsvårdades utfall.
8. Det finns ingen skillnad utfall mellan de som fått fastställt LVM och de som endast varit omedelbart omhändertagna, trots att de förra har tyngre problematik.
9. LVM-intagna som vårdas på institution med ostrukturerad tvångsvård uppvisar samma utfall som jämförbara kontroller som ej fått tvångsvård.
10. Mycket liten andel av LVM-intagna hade eftervård (före år 2004).
11. Deltagande i självhjäpsgrupper och i eftervård är relaterade till bättre utfall.
12. Deltagande i metadonprogram som eftervård till LVM är relaterat till minskning av direkt missbruksrelaterad död.

18.7 Nya behandlings- och eftervårdsstudier

18.7.1 ESS-studien – en randomiserad kontrollstudie om eftervård

Bakgrunden till studien var att det generellt förelåg stora brister i att överföra den uppgjorda behandlingsplanen på LVM-hemmen till öppenvården. Inom andra områden som kriminalvård och psykiatrisk tvångsvård hade positiva effekter av god eftervård kunnat dokumenteras. Inom dessa områden hade randomiserat kontrollerade studier (RCT) använts. Individerna fördelades slumpvis till experimentgrupp (god eftervård) och kontrollgrupp (sedvanlig behandling). Denna metod är den bästa när det gäller att dokumentera behandlingseffekter. Positiva resultat baserade på RCT-studier krävs i regel för att bedömningsinstitut som SBU skall bedöma att metoden har god evidens (visad effekt).

Forskarna inom ESS-projektet (Eftervårds-Samordnare-Studien) menade att det var viktigt att genomföra denna typ av studier (RCT) också inom LVM-området. Goda effekter av en effektiviserad och förbättrad eftervård var viktigt för att kunna motivera LVM-vårdens värde i framtiden. Den följande redogörelsen är baserad på Marianne Larsson-Lindhals presentation vid SiS-mötet i Stockholm april 2007 (Larsson-Lindhalm m.fl. 2007).

Behandlingsmetodik: Den metodik som användes var baserat på tillgången till särskilda eftervårdssamordnare vilkas uppgift var att effektivisera eftervården genom att fullfölja den individuella behandlingsplan som framtagits under institutionsvistelsen. Eftervårdssamordnaren håller kontakt under lång tid med klienten och får därför förutom sin samordnande roll också en stödjande funktion. Liknande metoder har använts bl a inom psykiatrin framför allt vid vård av psykotiska och schizofrena patienter och effekten har dokumenterats i randomiserade studier.

Det är viktigt att redovisa behandlingsmetodiken i detalj både för att de olika behandlarna i studien skall göra på samma sätt och för att andra behandlare skall kunna använda samma metod. Bäst anses vara att använda en manual (behandlingsbeskrivning) där behandlingen i detalj presenteras. I ESS-studien användes State-of-the-Art-dokumentet i Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment (TIP 27 1998) som har översatts från engelskan till svenskan och som fungerade som manual i behandlingsarbetet. I projektet utvecklades också skriftliga instruktioner för

varje del av processen från första klientinformationen till avslutning och uppföljning. Som underlag i utbildningen av eftervårdssamordnare användes också en manual (CREST) utvecklad av Delaware University för arbetet med missbrukande kriminella samt socialstyrelsens utbildningsmaterial för personliga ombud, Teser och Tips (Socialstyrelsen 2002). Eftervårdssamordnarna hade regelbundet återkommande möten tillsammans med projektledaren i syfte att likrikta sina åtgärder enligt manualen. En speciellt utvecklad checklista användes för att systematiskt dokumentera de åtgärder som vidtagits. Checklistan kontrollerades varje vecka av projektledaren som också gav muntlig och skriftlig feedback.

Studiens design: Vid intagning på LVM-hemmet genomförs en initial undersökning inkluderande ASI-bedömning. Efter 2–3 veckor randomiseras klienterna och därefter påbörjade eftervårdssamordnarna sitt arbete. Vårdtiden var i de flesta fall 3–4 månader på institution. Eftervårdssamordnarna fortsatte sitt arbete under 6 månader efter utskrivningen. En första efterundersökning genomfördes 6 månader efter utskrivningen och en andra efterundersökning 12 månader efter utskrivningen. Vid varje undersökningstillfälle intervjuades också en anhörig samt ansvarig socialsekreterare.

Tre av fyra LVM-hem i södra regionen deltog i studien (Hessleby behandlingshem, Lundens LVM-hem och Karlsviks LVM-hem). Elva enheter inom socialtjänsten deltog i projektet. Dessa betalade sedvanliga avgifter för LVM-vården. Dessutom betalades en mindre avgift för den vetenskapliga undersökningen. Alla deltagande enheter var positiva till projektet och också positiva till den avgift som togs ut för utvärderingen. Projektet genomfördes 2003–2006.

Deltaande klienter: Under studietiden var 42 klienter aktuella från de berörda kommunerna och 38 av dessa accepterade att delta i studien. En klient påbörjade stöd innan randomiseringen och uteslöts därför. Totalt randomiserades 37 klienter, 13 till case-management-gruppen och 24 till behandling som vanligt. Att det blev ett olikt antal individer i de två grupperna beror sannolikt på att en särskilt randomiseringsteknik, urn-randomisering användes, vilken är känslig för små material. Vid denna teknik tas hänsyn till flera bakgrundsfaktorer samtidigt och snedfördelning kan uppstå om små populationer används. Vid starten av studien förmodade man att betydligt fler klienter skulle kunna inkluderas i studien. Emellertid sjönk antalet intagningar generellt i Sverige under 2003

och framåt. Detta innebär att den statistiska kraften i studien blev lägre än förväntat.

Resultat: Sammanlagt 35 klienter kunde följas upp. En klient avled under uppföljningstiden och en klient avböjde uppföljning. Båda tillhörde kontrollgruppen. De två grupperna skilde sig inte åt vad gällde bakgrundsdata. Totalt var 9 av de 35 (26 procent) klienterna nyktra/drogfria under uppföljningstiden. Sex av dessa tillhörde experimentgruppen och 3 kontrollgruppen. Det innebar att 46 procent av experimentgruppens klienter och 14 procent av kontrollgruppens klienter var nyktra eller drogfria under uppföljningsperioden. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån med ensidig Chi2-test (2.98). Den standardiserade effektstorleken med Hedges korrektion är 0,73 vilket talar för en moderat effekt.

Kommentarer: Den enda studie av LVM-vård i Sverige som använt RCT-metodik. Styrkan i studien är det låga bortfallet både i rekrytering och i uppföljning, att behandlingen är manualbaserad och att information från anhöriga och socialsekreterare inhämtats. Svagheten är att det är få individer som ingått i studien. Studien visar en moderat effekt av den använda behandlingsmetodiken där samordningen av insatserna började under institutionsperioden och fullföljdes under det första halvåret efter utskrivningen.

18.7.2 Vårdkedjeprojektet

Ett projekt som var upplagt på liknande sätt som ESS-projektet men som inte var randomiserat med kontrollgrupp var SiS vårdkedjeprojekt. Det startade i april 2004 och avslutades i december 2006 (Fäldt m.fl. 2007). Syftet var att pröva en förstärkt vårdkedjemodell inom missbrukarvården och utveckla fungerande modeller för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen. I projektet deltog kommunerna Eskilstuna, Örebro och Uppsala, stadsdelarna Maria/Gamla stan och Katarina/Sofia i Stockholm och "Enheten för hemlösa" i Stockholm. Från SiS sida deltog institutionerna Hornö LVM-hem, Behandlingshemmet Rällsögården och Runnagården.

Design: När en klient togs in på något av de tre LVM-hemmen gjorde klienten, socialtjänsten och institutionen en gemensam vårdplanering för de följande tolv månaderna. Klienten fick en vårdsamordnare som arbetade gränsöverskridande mellan LVM-vården och socialtjänsten. Samordnaren deltog aktivt i alla delar av

vården bland annat genom att ha motiverande samtal med klienten. Samordnaren tog även initiativ till åtgärder till förändring utifrån behandlingsplanen.

På LVM-hemmet gjordes en individuell utredning och bedömning av vårdbehov samt en vårdplanering och skriftlig överenskommelse i samarbete med socialtjänsten och klienten. Här fördes också motiverande samtal med klienten. Vid utskrivning från LVM skedde fortsatta stödåtgärder och eftervård i samverkan enligt Socialtjänstlagen (SoL). Det handlade om hjälp med boende, sysselsättning, behandling, sociala stödinsatser, anhörigarbete, fritid, psykiatri med mera.

Institutions-/öppenvårdsinsatserna kombinerades utifrån klientens behov inom ramen för ett CRA-program (Community Reinforcement Approach), ett manualbaserat flermetodsprogram. De kommuner som ingick i projektet fick ekonomisk ersättning i form av en rabatt på § 27-placeringen. Dessutom slapp den placerande kommunen den administrativa avgiften på 450 kronor per dygn. Avgiftsreduktionen uppgick till totalt 7 miljoner kronor årligen.

Klienter: Kommunerna gjorde totalt 52 placeringar enligt 4 § LVM och 194 placeringar enligt 13 § LVM. Efter länsrätternas prövningar fastställdes 4 § LVM för 194 personer. Av dessa tackade 147 (55 kvinnor/92 män) ja till vårdkedjeprojektet. Av dessa fullföljde 105 (38 kvinnor/67 män) projektet. 44 individer var aktuella för uppföljning efter 12 månader. Av dessa intervjuades 19 (46 procent) individer. I 11 fall misslyckades uppföljarna att spåra upp klienten, 9 önskade ej delta, 4 var i för dåligt psykiskt eller fysiskt tillstånd och 1 hade avlidit.

Resultat: Av de uppföljda klienterna hade 16 procent varit nyktra/missbruksfria under uppföljningsperioden. Dessa slogs ihop med "ett kontrakt för livet" som är ett fortsättningsprojekt av vårdkedjeprojektet där 29 procent hade varit nyktra/missbruksfria och jämfördes med en kontrollgrupp av LVM-vårdade från 1999/2000. De två nya projekten hade sammantaget 26 procent nyktra/missbruksfria mot 9 procent i kontrollgruppen. Skillnaden är statistiskt signifikant på 5 procentsnivån. Totalt 134 individer ingick i jämförelserna (Segraeus och Larsson 2008).

Kommentarer: Som framgått var det endast en minoritet som Vårdkedjeprojektet lyckades intervjuas. Skillnaderna mellan ESS-projektet och Vårdkedjeprojektet var bl.a. att i ESS-projektet deltog ej eftervårdssamordnarna som behandlare på institutionen,

vilket de gjorde i Vårdkedjeprojektet. I ESS-projektet betalade kommunerna både full avgift för LVM-vården och en del av forskningskostnaderna, medan i Vårdkedjeprojektet var kostnaderna reducerade.

18.7.3 Ett kontrakt för livet

Innan Vårdkedjeprojektet hade avslutats och utvärderats föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2005 en ny satsning, Ett kontrakt för livet, för att stimulera alla kommuner i landet att aktivt medverka i vårdplaneringen (Hajjighasemi 2008). Det ekonomiska stödet skulle avse institutionsbehandlingen som gavs enligt 27 § LVM, förutsatt att det fanns en planerad eftervård. Uppdraget gick ut på att öka kommunernas deltagande i processen att förstärka vårdinnehållet i alla delar av vårdkedjan – en process som inte enbart skulle omfatta vården under och efter LVM-vistelsen utan även anskaffandet av bostad till klienten, sysselsättning, psykosocialt stöd och andra åtgärder som skulle underlätta klientens rehabilitering. Detta projekt använde inte särskilda eftervårdssamordnare.

Klienter: Drygt 1300 klienter har fått möjlighet att prova vård i annan form med stöd av 27 § LVM. Av dessa hade omkring 70 procent blivit akut omhändertagna enligt § 13. Genom en överenskommelse om sex månaders eftervårdsinsatser efter LVM får socialtjänsten subventionerad vårdavgift för § 27-vården. Åren 2004–2007 ökade antalet LVM-klienter med 26 procent, från 862 till 1086. Under 2007 övergick fler akuta placeringar till vård jml 4 § LVM jämfört med 2004. Åren 2006–2007 tecknades överenskommelse för c:a 70 procent av klienterna.

Metod: Satsningens utvärdering omfattar tre huvudsakliga datakällor: SiS eget klient- och institutionsadministrativa system (KIA), SiS bedömnings- och uppföljningsinstrument DOK samt en särskild enkät till socialsekreterarna för 770 klienter inom projektet. Klienter följdes upp 6 månader efter avslutad LVM-vård genom personliga intervjuer samt genom enkäter till refererande socialsekreterare. Täckningsgraden för uppföljningsintervjuerna med klienterna var 72 procent och för socialtjänstenkäten 78 procent, vilket ger en god tillförlitlighet i resultaten.

Resultat: Enligt socialtjänstens bedömning var 35 procent av klienterna missbruksfria sex månader efter LVM-vården. I Ett

kontrakt för livet fick dubbelt så många fortsatt strukturerad vård efter LVM jämfört med en studie av dem som LVM-vårdades 1999–2000.

18.7.4 § 27-placeringar i SiS egen regi

Både Vårdkedjeprojektet och Kontrakt för livet hade delsyftet att förbättra den vård som gavs med stöd av § 27. Ovan¹⁵ redovisades de problem som funnits. Svårigheterna med att få fungerande § 27-placeringar till stånd ledde till att SiS på försök under 2005–2008 (delvis till 2009) inrättade egna utslussningsboenden i anslutning till fyra av LVM-institutionerna (Lunden, Runnagården, Älvgården och Renforsen). Där placerades sådana som kommunen hade svårt att åstadkomma adekvata placeringar för. Detta blev dock en heterogen grupp med i vissa fall svårplacerade äldre män och i andra fall välmotiverade yngre kvinnor (dock olika utsluss). Utslussenheter hade totalt 21 vårdplatser och på dessa omsattes c:a 250 placeringar.

En uppföljning har publicerats (Hajighasemi & Billsten 2009) för 73 personer (55 kvinnor och 18 män) som varit placerade där sedan dec 2005 till senast 31 mars 2007. Uppföljning gjordes efter minst 6 månader. Av de 73 hade 5 dött (alla kvinnor). Fyrtiotre personer intervjuades (59 procent). Därtill besvarade socialsekreterare enkäter för 51 personer (71 procent). Minst en av dessa datakällor förelåg för 79 procent.

Resultat: Andelen med dokumenterad drogfrihet under minst 6 månader enligt båda dessa datakällor, beräknat utifrån alla 73 placerade, var 15 procent. Andelen drogfria senaste månaden var 66 procent.

18.7.5 Summering

Tre senare studier koncentrerar sig på eftervården och dess effekter på förloppet. Samtliga studier visar positiva behandlingsresultat. Vårdkedjeprojektet lider av stort bortfall. ESS-projektet är en randomiserad studie vilket ökar möjligheterna till slutsatser. I ESS-projektet liksom Vårdkedjeprojektet används eftervårdsamordnare för att integrera eftervården. Detta visar sig ha god effekt för för-

¹⁵ Se avsnittet ”Översikt om eftervårdens genomförande och relation till utfall”.

loppet enligt RCT-studien. *Ett kontrakt för livet* visar att en satsning på öppenvårdsförloppet ger resultat även utan eftervårdssamordnare. Studien om § 27-vård i egen regi visar behovet av vårdplatser för övergång till vård i öppnare former.

18.8 Indirekta effekter av tvångsvård på familj och närstående

Indirekta effekter av tvångsvård avser effekter på annan person än den som själv vårdas, i detta fall främst personer som lever i närhet av den som har ett svårt missbruk. En av de s.k. specialindikatorerna i LVM-lagen är ”fara för närstående”. Formuleringen syftar på den svåra situation som kan råda i familjen om t.ex. en förälder med svåra missbruksproblem agerar farligt för andra, vare sig detta handlar om våld eller om att genom oaktsamhet under ruset framkalla fara. Eftersom LVM alltså i dag bl a motiveras med att förhindra fara för närstående, så finns det anledning att ta upp frågan om studier på detta område. Här är dock det aktuella forskningsläget tunt och vi tvingas vandra i både tid och rum för att hitta studier om detta.

Det mest slående exemplet är en klassisk svensk avhandling som är 50 år gammal. Nylander (1960) skrev i ”Children of alcoholic fathers” om effekterna för 229 barn vars far – som de levde med – var alkoholist och i kontakt med Mariapolikliniken i Stockholm. Dessa barn jämfördes med en kontrollgrupp av barn som individuellt hade matchats för ålder, kön, skolklass, samt att fadern hade samma eller liknande yrke, men ej var alkoholist. Alla barn genomgick omfattande hälsoundersökningar. Barn till alkoholister hade överrepresentation av ett stort antal neurotiska problem jämfört med barn från normala hem. Närmare undersökning visade att detta inte gällde för de barn vars fäder var underkastade övervakning enligt Nykterhetsvårdslagen. Dessa liknade mer kontrollerna. Problemen återfanns dock hos barn vars fäder tidigare varit underkastade övervakning men där denna övervakning hade avslutats. Nylander drog slutsatsen att övervakningen innebar ett skydd för hela familjen och att detta visade sig i barnens psykiska hälsa.

Nylander fann också att mödrarna, dvs. hustrurna till de alkoholiserade fäderna, i signifikant högre utsträckning än kontrollbarnens mödrar led av depression och symptom på att vara utarbetade. Han antydde att de negativa effekterna på barnen kunde vara av två

slag, dels oro och otrygghet som utvecklades direkt som reaktion på faderns beteende, dels reaktion på att modern inte längre orkade fungera som familjens fasta punkt. Han studerade inte hur mödrarnas psykiska besvär förändrades med övervakning av deras män men drog slutsatsen att det är nödvändigt att även ge insatser för familjen då man överväger insatser för personer som lider av alkoholism.

En studie från USA redovisar effekter för familjen av insatser för missbrukande kvinnor under övervakning enligt beslut av s.k. Family Treatment Drug Courts (FDTC) (Worcel m.fl. 2008). Precis som vid andra drug court-program tas beslut i domstol om föreskrift om vård, och detta beslut föregås av kvinnans acceptans att delta i programmet. Skillnaden mot andra drug courts är dock att fängelse inte är ett alternativ i händelse av misskötsel. Programmet består av drogtester, behandling för missbruk samt insatser angående föräldraskap. Worcel m.fl. studerade 301 familjer där mödrarna pga missbruksproblem blivit fråntagna vårdnaden av sina barn och som varit aktuella i FDTC. De jämfördes med 1200 familjer med motsvarande missbruks- och vårdnadsproblem som tagit emot frivilliga familjeinriktade insatser. FDTC-kvinnorna hade mer positiva utfall än jämförelsegruppen. Deras barn blev i signifikant högre utsträckning återförenade med sina mödrar.

Lundens LVM-hem har mer än andra LVM-institutioner tagit emot gravida kvinnor. Ulla-Karin Nordvall och Eva Thalén sammanställde i juni 1997 erfarenheterna från arbete med totalt 17 gravida kvinnor sedan starten i december 1992 fram till april 1997. Ett omfattande arbete gjordes med dessa kvinnor för att stärka kvinnornas motivation att ta ansvar för sin graviditet och föda friska barn. Av de 17 kvinnorna gjorde en s.k. sen abort (vecka 20–21) efter tillstånd från Socialstyrelsen. En var fortfarande gravid då sammanställningen gjordes och femton födde sina barn utan påvisbara skador. Av dessa blev tre omhändertagna av sociala myndigheter enligt LVU medan 12 fortsatte att bo med sina mödrar som också fick juridisk vårdnad om sina barn. Elva av dessa kvinnor hade varit helt drogfria, fyra missbrukade aktivt och i två fall rådde tveksamhet om detta.

Utöver den studien har vi inte funnit några studier av indirekta effekter av LVM-vård för barnen eller familjerna. Däremot finns en hel del forskning om hur familjer påverkas då någon i familjen missbrukar, samt vad som händer med familjemedlemmarna då denne tillfrisknar och utvecklar stabil nykterhet/drogfrihet. Denna

forskning har sammanfattats t.ex. i ett delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:29) och i en artikel (Gerdner 1999). Studierna bekräftar de svåra problem som drabbar hela familjen. Långtidsuppföljningar visar att familjen i sin helhet tenderar att spontant må bättre då missbruket upphör, tvärtemot äldre teorier som antog att familjemedlemmarna behövde den missbrukande personen som avlastning av egen problematik. Samtidigt visas att de copingstrategier som familjemedlemmarna utvecklar spelar stor roll både för hur de själva mår och för att bistå den missbrukande individen att upprätthålla sin nykterhet. De mest framgångsrika strategierna i båda dessa avseenden kan stödjas genom familjeprogram eller nätverksarbete i anslutning till vården samt genom aktiv hänvisning till självhjälpsgrupper för anhöriga. SBU visade att involvering av familj kan bidra till att höja positiva effekter av behandlingsinsatser både vid alkohol- och narkotika-problem, men motsvarande studier finns inte i fråga om tvångsvård.

Den alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:29) föreslog för 15 år sedan att insatser skall erbjudas till familjemedlemmarna. När det gäller LVM-vården har involvering av familjen förekommit vid några institutioner, t.ex. vid Fortunagården i form av nätverksarbete och i form av familjeprogram för anhöriga på Runnagården och Rällsögården. Det finns dock inga utfallsstudier av hur dessa program påverkat familjemedlemmarna eller den LVM-intagne.

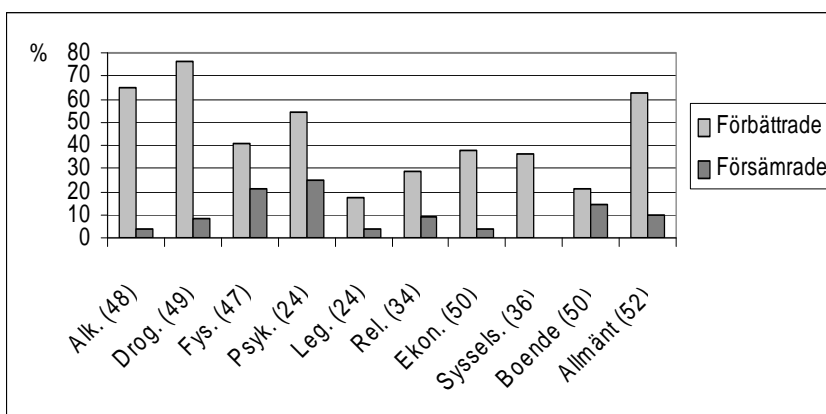
18.8.1 Summering

En äldre svensk studie av övervakning av alkoholiserade fäder visade positiva indirekta effekter för barnen. En amerikansk studie av insatser under övervakning för kvinnliga missbrukare visade positiva effekter för dem själva och för bedömningen av deras föräldraskap. En svensk studie från Lunden om insatser för gravida intagna kvinnor visade att kvinnorna födde friska barn och att en stor andel av dessa kunde anförtros vårdnaden om sina barn.

18.9 Studier om eventuella skadliga effekter av LVM-vård

Lika viktigt som det är att studera positiva effekter av LVM-vård, är det att studera eventuella skadliga effekter av sådan vård, s.k. *iatrogena* effekter. Trots det så är denna typ av studier relativt få. I s.k. före-efter-studier, dvs. där man har systematisk mätning av problemen både före och efter vården kan man normalt få tre olika slags utfall: en grupp – förhoppningsvis många – har förbättrats; en annan grupp är oförändrade jämfört med tidigare; en tredje grupp, slutligen, kan rent av ha försämrats. Det är viktigt att denna grupp redovisas separat och inte – som ofta är fallet – slås samman med de oförändrade. Exempel på hur det kan se ut då dessa särredovisas finns i en bild från studien om Lunden och Älvgården (Gerdner 2000). Där redovisas förändring i båda riktningarna för nio olika problemområden – alkohol, droger, fysisk respektive psykisk hälsa, legala problem, relationer, ekonomi, sysselsättning och boende – samt för en allmän bedömning av situationen i dess helhet. Se figur 1.

Figur 1 Andelar för vilka förbättring respektive försämring noterats på olika områden (n för respektive område inom parentes).



Källa: Gerdner (2000)

Figuren visar att antalet med förbättringar varit större än antalet med försämringar på samtliga områden. Samtidigt är antalet försämringar alarmerande högt på vissa områden såsom psykisk och

fysisk hälsa samt boende¹⁶. Förekomst av såväl förbättringar som försämringar finns i de flesta studier, oberoende av om det handlar om tvångsvård eller ej, och man kan för den skull inte sluta sig till att försämring beror på insatsen, lika lite som man kan sluta sig till att förbättring gör det. Både förbättring och försämring skulle ha kunnat ske ändå. Det är bl a just därför som kontrollgruppsstudier föredras för att mäta effekt. Men man kan använda denna typ av uppgifter för att på annat sätt närma sig frågan om insatsen i sig kan medverka till försämringar för vissa.

I en artikel om missbruksvårdens iatrogena effekter diskuterar Moos (2005) det faktum att studier återkommande rapporterar att 7–15 procent av patienterna i missbruksvård faktiskt *försämras* i behandling. Genom att undersöka hur denna siffra varierar i olika program kommer han fram till ett antal behandlingsfaktorer som tycks kunna förklara fenomenet. Han pekar särskilt *ut bristande anknytning till behandlings-programmet p.g.a. att programmen erbjuder låg grad av emotionell kontakt och för korta program, konfrontationer i form av moraliserande kritik och bestraffningar, brist på struktur och övervakning, negativa rollmodeller och klimat som präglas av hopplöshet och demoralisering*. Moos beskriver att det är vanligt att bemöta kritik genom att skylla på patienterna, dvs.. att hävda att situationen beror på att patienterna är svåra, destruktiva eller komplicerade. Men Moos menar att även om populationen är viktig så måste ansvaret ligga på vårdgivaren. Vi skall därför återkomma till frågan om tvångsvårdens vårdmiljö i avsnittet om LVM-vårdens kvalitet. En speciell förutsättning som gör frågan komplicerad är att vården bedrivs med tvång, vilket dels innebär inskränkningar i autonomi, dels påverkar relationerna mellan vårdad och vårdare. Genomförandet av tvång kan i sig också upplevas som en kränkning. I senare avsnitt kommer även intagnas upplevelser av kränkningar beröras.

Ett annat angreppssätt för att närma sig frågan om ev. skadliga effekter är då man kan peka ut specifika problem som påverkas negativt och därtill ange mekanismer genom vilka den negativa påverkan antas ske. Ågren (1994) pekade ut risken för att heroinister under LVM-vistelsen sänkt sin tolerans, och därför dog som ett resultat av att de återgick till samma doser som före intagningen utan att vara medvetna om att riskerna ökat. Han illustrerade med

¹⁶ Motsvarande fynd gjordes också i en nyligen publicerad utvärdering av § 27-vård i SiS egen regi (Hajighasemi & Billsten 2009). Områdena fysisk och psykisk hälsa samt boende hade stora förbättringar men var också de områden där störst försämringar redovisades.

siffror för narkomaner (bredare kategori) och alkoholister som antingen varit tvångsomhändertagna eller varit aktuella för LVM men inte fått tvångsdom. Som tidigare visats (Gerdner 1998) kunde inga slutsatser dras av materialet då inga skillnader nådde statistisk signifikans och då jämförelsegrupperna var problematiskt valda. Ågren undersökte narkotikamissbruk oberoende av drogtyp, vilket troligen också försvagade analysen. Om analysen hade gjorts separat för heroin kanske resultatet hade blivit ett annat. Den studien återstår dock att göra.

Sallmén (2004) pekade ut att stämningläget bland intagna på Karlsvik försämrades under vistelsetiden, dvs. att depressiva symptom ökade. Han pekade ut några möjliga förklaringar: a) symtomstegring av obehandlade psykiska besvär, b) oro inför utskrivningssituationen, c) psykodynamiska behandlingseffekter samt d) effekter av verklighetskonfrontation i avsaknad av droger. Flera av dessa fyra faktorer skulle kunna vara delförklaringar även till den ganska höga andelen vars psykiska hälsa försämrats i bilden från Lunden och Älvgården (figur 1).

En annan studie koncentrerar sig på LVM-intagnas bostadssituation vid utskrivning. Yohanes m.fl. (2002) följde i detta avseende upp 52 LVM-intagna personer i Skåne. Antalet uteliggare och på härbärgen – den mest extrema formen av hemlöshet – minskade från 10 vid inskrivning till 7 vid utskrivning. Det är allvarligt att man kan gå från institution direkt ut i total hemlöshet, men andelen hade trots allt minskat genom att några fick boendeinsatser. Vad som är t.o.m. mer anmärkningsvärt är att andelen som hade egen lägenhet minskade från inskrivning till utskrivning (21 vs. 17). Ingen person som saknade egen bostad fick sådan under LVM-tiden. Den totala hemlösheten ökade därmed för fyra personer (7,7 procent). Intervjuer visade hur detta gick till. Intagna som inte kunde betala hyran och där socialtjänsten inte trädde in under tiden blev av med sina kontrakt. Om socialtjänsten i samband med utskrivning erbjöd behandlingshem och den enskilde inte accepterade detta utan rent av ville fortsätta missbruka så kunde socialtjänsten vägra bistånd till hyra. Författarna pekar ut att detta förekom i vissa kommuner men inte i andra. Den iatrogena effekten hänger då samman med att socialtjänsten villkorar boendeinsats med att personen ställer upp på behandling.

18.9.1 Summering

Forskningsläget om skadliga effekter av LVM-vård är alltså ganska svagt. Hypoteser värda att undersöka närmare är bl a risk för överdos då tolerans för tidigare drognivå sjunkit under tiden på institution samt negativ utveckling hos vissa intagna pga obehandlade besvär, genombrott i psykologiska försvar utan att nyorientering inträder, oro inför framtiden etc. En skadlig effekt som har visats finns där socialtjänsten villkorar stöd till boende med att de måste acceptera fortsatt behandling. Frågan om kränkningar och ev. demoraliserande miljö återkommer vi till i avsnittet om vårdens kvalitet.

18.10 LVM-vårdens kvalitet

18.10.1 LVM-vården – allt mera inlåst

Då LVM infördes övergick många av de gamla nykterhetsvårdsanstalterna till att bli LVM-institutioner¹⁷. Endast fyra av dessa institutioner hade då rätt att ha låsta avdelningar. För att tillgodose ”närhetsprincipen” och främja övergången från institution till eftervård övergick LVM-vården 1983 från statligt till primär- eller landstingskommunalt huvudmannaskap. Antalet LVM-institutioner ökade, mest som en följd av att fler kommunala institutioner som tidigare varit frivilliga även fick lov att ta emot tvångsintagna. Utan att någon utvärdering av det kommunala huvudmannaskapet genomförts, återfördes LVM-vården i april 1994 till staten, nu samlat inom Statens institutionsstyrelse (SiS). År 1992, i slutet av den kommunala tiden, omfattade LVM-vården 1280 platser varav 16 procent utgjordes av platser på låst avdelning. Under denna period innebar en LVM-placering att de intagna under hela eller huvuddelen av sin LVM-period vistades på olåsta avdelningar och möjligen togs in kortare tid på låst avdelning, främst i samband med återfall. Även på de institutioner som hade låsta avdelningar så var de låsta avdelningarna i allmänhet ett litet inslag. De öppna platserna dominerade även här. Det var relativt vanligt att personer som varit intagna på tvång på sådana institutioner senare återkom dit frivilligt.

¹⁷ Detta avsnitt bygger på Gerdner 2008

En förändring av detta mönster uppstod efter en HIV-epidemi bland Stockholms narkomaner 1986/1987. Samhället krävde åtgärder och sociala myndigheter försökte i icke tidigare skådad omfattning placera injektionsmissbrukande narkomaner på institution. Det blev nu trängre om platserna. Under de första åren med LVM hade endast Runnagården tagit emot narkomaner, medan övriga institutioner tvekade. Det ledde till att nya institutioner byggdes och, efter ett misslyckat försök med en olåst institution för narkomaner mitt i Stockholm, inrättade man istället helt låsta institutioner¹⁸. Den andra förändringen för att garantera platser för narkomanerna var att staten tog över institutionerna. Då SiS bildades 1994 övertog man 941 av LVM-platserna, varav 32 procent var låsta. Men mitten av 1990-talet var också en period då statsfinansiella problem överfördes på kommunerna vars efterfrågan på institutionsplatser för personer med alkohol- och narkotikaproblem snabbt minskade. Åren efter övertagandet lade SiS därför i snabb följd ner ett antal institutioner. År 2005 hade man 327 platser varav 61,5 procent var låsta.

Det kan vara viktigt att påpeka att antalet *låsta* platser inte förändrats – 201 platser år 2005 jämfört med 204 platser år 1992. Men *andelen* låsta av samtliga LVM-platser har ökat häpnadsväckande mycket – nära en fyrdubbling i andel sedan 1992. Och andelen låsta platser styr vardagstillvaron på institutionen för den enskilde tvångsintagne. Innebörden av detta är nämligen att LVM-vistelserna i sig förändrats. Från att ha varit en verksamhet där låsta platser var undantag, vilka endast användes vid särskilda behov, har vistelse på låst avdelning numera blivit den dominerande formen för LVM-vård. Förr satt man endast på låst avdelning kortare perioder under sin LVM-tid, såsom vid tillnyktring och stabilisering samt vid påtaglig rymningsrisk. Nu tvingas många tillbringa hela eller merparten av sin institutionstid på låst avdelning.¹⁹ Det finns inte något som tyder på att de intagnas behov av låsta platser skulle ha ökat under åren beroende på att de skulle ha utvecklat tyngre problem. SiS egna DOK-rapporter visar tvärtom att intagnas profiler är påtagligt stabila år från år²⁰. Inte heller finns det något klart

¹⁸ Runnagården, som tidigare tog emot Stockholms narkomaner, hade kombinerat initial stabilisering på låst avdelning med fortsatt behandling på olåst avdelning och hade inte haft samma problem med rymningar.

¹⁹ Att en sådan stabiliseringsperiod på låst avdelning kan vara avgörande för framgång i vården illustrerades ovan i genomgången av de internationella effektstudierna. Hur lång tid detta behöver ta kan däremot variera. Utrednings- och behandlingsverksamhet som behöver föregå § 27-placering kan genomföras även på olåsta avdelningar (se ex. Sallmén 2004).

²⁰ För en genomgång av detta, se Gerdner 2004a

samband mellan LVM-intagnas problemnivå och huruvida de placeras på institution med huvudsakligen låsta platser. Utvecklingen mot allt högre inläsningsgrad har skett utan att någon av de utredningar eller propositioner som föregått revisionerna av LVM-lagen har uttryckt detta som ett behov eller ens i efterhand bedömt huruvida de anser att den är acceptabel. Den senaste LVM-utredningen (SOU 2004:3), som just hade till uppgift att granska frågan om rättssäkerhet, konstaterade att placering på låst enhet var den mest använda av de särskilda tvångsmedel som de särskilda LVM-hemmen har till förfogande, men har inte diskuterat denna utveckling med allt mer av inläsning som ett uttryck för att det främst är låsta platser som numera finns tillgängliga eller velat ange kriterier i lagen för när det är acceptabelt med placering på låst avdelning.

Man kan diskutera fördelningen mellan låsta och olåsta platser. Även om låsta platser behövs och efterfrågas initialt för många personer, innebär detta inte att låst avdelning är motiverat ända fram till § 27 eller till utskrivning. Flera institutioner saknar öppna platser och kan i praktiken inte ge annat än låst vård.

18.10.2 Oklart vårdinnehåll

LVM har aldrig innehållit något stadgande om vårdens innehåll²¹. Det enda som funnits var lagens målformulering som handlade om ”att motivera till fortsatt vård i frivilliga former”. Detta gavs dock – särskilt fram till LVM-utredningen 2004 – olika tolkningar ute på institutionerna. Flertalet institutioner uppfattade uppgiften som att de inte skulle bedriva någon egentlig behandling utan ”endast motivera”, medan en minoritet av institutionerna uppfattade uppdraget som att de skulle inleda behandling men att denna inte kunde avslutas på LVM-institutionen, utan skulle fortsätta i annan form sedan. SiS valde – fram till LVM-utredningen 2004 – att inte centralt fatta beslut om uppdraget var att motivera eller behandla. Endast en minoritet av institutionerna försökte utveckla strukturerat behandlingsinnehåll med individuella och grupporienterade inslag. Övriga institutioner har istället lagt detta ansvar individuellt på kontaktpersonerna. Motivationsarbetet tänktes då helt ske i relationen med kontaktpersonen. System med kontaktmannaskap har sedan tidigare utvecklats på alla institutioner (Billquist & Skärner 2009).

²¹ Detta avsnitt bygger på Gerdner 2008

Även om SiS länge drog sig för att gå in i frågan om vårdens innehåll har man tidigt satsat på två reformer som indirekt har haft stor betydelse. Det ena handlade om att en satsning på en behandlingsassistentutbildning för att höja den allmänna utbildningsnivån. Det andra handlade om att införa gemensamt system för dokumentation (DOK) som framför allt gav mer systematisk kunskap om de intagnas problemprofiler baserade på klientintervjuer och som legat till grund för ett antal utfallsmätningar.

Det synsätt som präglade en minoritet av institutionerna före 2004, utgår från att strukturerad behandling med fokus på missbruket är kvalificerat motivationsarbete. Runnagården tillämpar ett manualbaserat integrerat program för att samtidigt arbeta med missbruk/beroende och psykisk ohälsa. Programmet tillämpar en kombination av tolvstegsprogram och kognitiv beteendeterapi anpassad för målgruppen, dvs. kvinnor med svårare psykiatrisk samsjuklighet. Älvgården tillämpar tolvstegsbehandling med lägre intensitet för män med svåra alkoholproblem. På Rällsögården arbetar man med en kognitivt inriktad färdighetsträning för män med alkohol- och narkotikaproblem och har även av och till tillämpat ett specialiserat program för dem som utöver missbruk/beroende dessutom har kriminella problem. Fortuna som tillämpar nätverksarbete för kvinnor kan möjligen räknas hit, även om strukturerade insatser där är av lägre intensitet.

Det synsätt som gällde flertalet institutioner – *att inte behandla utan endast motivera* – kan vara svårare att få klarhet i. I två avhandlingar i socialt arbete med kvalitativ design – dels utifrån fokusgrupper med personal (Billinger 2000) dels utifrån klientintervjuer (Ekendahl 2001) – försökte forskarna hitta vad detta motivationsarbete, som inte skulle vara behandling, bestod i, men båda gick bet.²² Personalen kunde inte skilja ut några interventioner eller metoder som var inriktade på att förändra intagnas motivation, och de intagna kunde inte erinra sig att de varit med om några sådana insatser. Ändå finns skillnader mellan institutionerna – även bland dem som ej tillämpar någon strukturerad behandlingsmodell – t.ex. angående utredningar och eftervårdsplanering. Gerdner (2000) rapporterar t.ex. att Lundens arbete med gravida omhändertagna kvinnor tycktes avsätta positiva resultat även för övriga intagna i form av mer ambitiösa eftervårdsplaner, och Johansson (2000)

²² Ingen av dessa avhandlingar undersökte institutioner med strukturerat vårdinnehåll, och därmed inte heller det strukturerade motivationsprogram som hade tillämpats på Runnagården och som hade prövats kvasiexperimentellt, se ovan.

beskrev från Hornö, att dess satsning på psykologutredningar faktiskt fungerar som en form av behandlingsinsats – något som f.ö. bekräftas i studien av Gerdner och Fridell (2008), vilken redovisades ovan.

Ett annat sätt att närma sig frågan om vårdinnehåll handlar om vårdklimat. I deltagande observationsstudier har Bjurner (1992) och Svensson (2001, 2003) beskrivit hur tillvaron på motivationsinstitutioner av detta slag kunde upplevas inifrån. Fram skymtar en bild av långtråkig väntan som avbryts av olika aktiviteter, men utan fokus på den beroendeproblematik som ändå är grunden för att de är där. Svensson beskriver skillnaderna mellan två institutioner som varierade stort, från mer mänskligt stödjande till mer hårt övervakande. Nedan återkommer vi därför till studier om vårdmiljö.

Problemet att motivera eller behandla togs upp i LVM-utredningen (SOU 2004:3), som argumenterade mot att se motivationsarbete i motsättning till behandling. Ställningstagandet var att behandlingsarbetets kärna är motivationsarbete, och detta bör då ske med effektiva och välstrukturerade metoder. Målformuleringen ändrades för att uttrycka en högre ambitionsgrad, men även denna formulering är fortfarande ganska oklar. De insatser som *behövs* skall också inledas på LVM-institutionen.

Inslag av strukturerat behandlingsarbete har i ökande grad införts på fler institutioner efter LVM-utredningens ställningstagande 2004. Redan tidigare hade kurser erbjudits t.ex. om motiverande samtal (MI) och om återfallsprevention (ÅP). Detta har fortsatt och enligt uppgift från SiS skall alla nu ha fått utbildning i MI. I samband med Vårdkedjeprojektet gavs även utbildning i Community Reinforcement Approach (CRA). SiS har även engagerat sig i att översätta och ge ut manualer på svenska i dessa tre metoder. Förutom just utvärderingen av Vårdkedjeprojektet²³, saknas ännu systematiska genomgångar och studier av om och hur dessa inslag tillämpas i praktiken på institutionerna. I sin just utkomna kvalitativa studie om kontaktmannaskap på fyra institutioner anger Billquist och Skårner (2009) att MI och ÅP förekommer som ”grund” för motivations- och behandlingsarbetet. Ambitionen på de studerade LVM-institutionerna är att kontaktpersonen skall avsätta 1–2 timmar per vecka under vilka kontaktpersonen skall ha planerade samtal med sina respektive klienter, men dessa 1–2 timmar kan ofta inte genomföras enligt plan utan prioriteras bort för

²³ Se ovan, kapitlet *Nya behandlings- och eftervårdsstudier*.

avdelningsarbetet (ibid.). Det är alltså mycket tveksamt vilket utrymme MI då har i praktiken.

Betydelsen av att man medvetet arbetar inte bara med individuella processer utan även med gruppprocesser framkommer i en uppsats om kontaktmannskapet på Frösön (Hedman & Mattson 2006). Personalen som arbetade som kontaktpersoner lade ofta ned stort engagemang i de intagna som de hade ansvar för, och – precis som visades av Billquist och Skårner – så uppskattades kontaktpersonerna i allmänhet mycket av de intagna. Men personalen rapporterade samtidigt att de arbetade ”i ständig motvind” genom att patienterna tenderade att ”dra ned” varandras motivation.

SiS har förstärkt arbetet med utredningar genom att utse utredningsansvariga på alla institutioner. Målsättning har satts att alla skall erbjudas utredning. Med utredning avses i detta sammanhang en utredning med ”helhetsperspektiv” omfattande i princip de områden som ingår i DOK (eller ASI) (SiS 2006). Det anges att tester som ev. används skall vara standardiserade. Utredningen skall baseras på team med representation av olika inriktning, inklusive utredningskompetens för beroende och missbruk, området fysisk hälsa och funktion, området psykiatrisk och psykologisk utredningskompetens, och ev. ytterligare expert. I en kvalitetsrapport för 2008 uppges att hälften av intagna erbjöds utredning under 2008, till vilken drygt 80 procent tackade ja (SiS 2008a). Det innebär att c:a 40 procent genomgår någon utredning under LVM. Utredningens innehåll och kvalitet varierar dock stort. Endast 3–4 institutioner har – över tid – haft kapacitet att erbjuda psykologutredning i någon större omfattning.

Slutligen kan nämnas att SiS bildat centrala ”brukarråd” med uppgift att ”ge röst” åt de intagna. Av riktlinjerna för dessa (SiS 2008b) framgår att där ingår företrädare för olika brukarorganisationer och socialpolitiska organisationer. Dessutom skall arrangeras brukarforum på de olika institutionerna (SiS odaterat). Målsättningen är fokus på idéer, förslag och synpunkter på vistelsen i stort. Klagomål hanteras i annan ordning. En ”Brukarrevision” har genomförts vid Hornö LVM-hem, med medverkan av tre organisationer i det centrala brukarrådet. Till denna återkommer vi längre fram.

18.10.3 Våld på institution

Palmstierna (2004), har undersökt våldsincidenter på tre LVM-institutioner för kvinnor: Lunden, Rebecka och Runnagården. Alla tre tar emot kvinnor med kombinerat missbruk och psykisk störning. Lunden och Rebecka tar också emot gravida kvinnor och erbjuder motivationsarbete ”i fast struktur”. Deras 12 respektive 14 platser finns uteslutande på låsta avdelningar. Runnagården har bl.a. i uppdrag att ta emot våldsamma kvinnor som inte fungerar på andra institutioner, inkl. från Lunden och Rebecka, samt kvinnor med tyngre psykisk problematik, men bedriver också mer intensivt manualbaserat program inriktat på icke-psykotiska samsjuklighetsproblem utifrån en kombination av tolvstegsbehandling och kognitiv beteendeterapi på en icke-låst avdelning. Runnagården ha 36 platser varav 26 låsbara platser fördelade på tre olika avdelningar (plus en icke-låst). Endast intagningsavdelningen om 8 platser ingick i studien. Lundens personal är oftare kvinnlig och i snitt mer välutbildad än personalen på Runnagården, vars personal oftare är yngre, manlig och mindre välutbildad. Rebecka intar i dessa avseenden en mellanställning bland dessa två.

Metod: Under 6 månader 2001 samlades fortlöpande material om patienter, personal, våldsincidenter, riskbedömningar m.m. utifrån strukturerade instrument: Aggressionsskattning utifrån Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R), daglig skattning av individuell risk för nära förestående aggressivitet (Brøset Violence Checklist, BVC), personalens inställning till aggressivitet (Perception of Aggression Scale, POAS), självadministrerad personlighets-skattning av intagna (SCID-II) som klassificerar personlighetsstörningar, läkemedelsbehandling (särskilt bensodiazepiner som i visat sig ha paradoxala aggressiva effekter på vissa personlighetsstörda) samt patienternas sociala och demografiska bakgrund och drog- och institutionserfarenheter (DOK-intervjuerna). Dessutom samlades fortlöpande information om beläggningsläge, nyintagna etc.

Resultat: Av de 93 som var intagna under perioden stod 27 personer för 49 *allvarliga* incidenter med minst 9 poäng på skalan SOAS-R. Av dessa 27 individer var 21 våldsamma vid fler än ett tillfälle. De inträffade vanligen senare än under första veckan, vilket skiljer från vad som gäller akut intagna i psykiatrisk tvångsvård.

Multivariat regressionsanalys av *klientens bakgrundsfaktorer* visar att ”annan drog än alkohol” ökar risken för förekomst av våld

8,33 ggr²⁴, medan ”tidigare dömd till fängelse” ökar risken för multipelt våld 4,8 ggr. Andra sociala utsatthetsvariabler gav inget utfall. Då personlighet också introduceras i modellerna slår denna faktor ut andra variabler. Åtta kriterier på histrionisk personlighet predicerar närmare 86 procent av våldsincidenterna, och en cut-off av 4 poäng predicerar 75 procent, och med låg andel falskt positiva (specificitet = 88 procent).

I en stegvis *riskanlys av korttidsprediktion* utifrån dagligt varierande faktorer (t.ex. beläggning, antal nyintagna, dygnsrytm, veckorytm, medicinering, individuell risk med BVC-skattning, genomsnittlig BVC-skattning för alla intagna på avdelningen m.m.) framkommer att de starkaste faktorerna är 1) Hög individuell BVC-skattning senaste dygnet, samt 2) att behandlas med bensodiazepiner. Båda är individuella faktorer. En särskild analys av medicinering gjordes där samma individer jämfördes med och utan medicinering. Aggression är då nära knutet till medicinering. Frekvensen aggressiva dagar är 19 per tusen dygn med medicinering jämfört med 3,5 per tusen dygn utan medicinering med bensodiazepiner. Därutöver kan också miljöfaktorer påverka risken: a) drogsug hos medpatienter, b) hög BVC-nivå hos medpatienter samt 3) inskriven på Runnagården eller Rebecka (inte Lunden).

Kommentar: Författaren betonar vikten av att kunna hantera personlighetsstörda personer på rätt sätt. Användning av BVC för korttidsprevention kan leda till att allvarliga våldshandlingar förebyggs. Medicinering med bensodiazepiner måste allvarligt övervägas i ljuset av den kraftigt förhöjda risken för våld. Författaren menar att vårdmiljön i vidare mening bör övervägas, inklusive medelålder, utbildningsnivå och könssammansättning hos personalen samt risken med alltför stark skiktning av olika patientkategorier på skilda avdelningar.

18.10.4 Kvalitetsmätningar från olika perspektiv

Nedan skall redovisas tre typer av kvalitetsmätningar. Dels redovisas kvalitet mätt utifrån beställarens professionella perspektiv, dvs. socialtjänstens. Dels redovisas brukarstudier som mäter intagnas upplevelser av vården, inklusive problematiska inslag som kan kännas kränkande. Dels, slutligen redovisas ett par studier som

²⁴ I rapporten skrivs att alkohol har en oddskvot på 0,12. Inverterade värdet av 0,12, dvs. 1/0,12 är lika med 8,33.

mäter vårdklimat både från intagnas perspektiv, och utifrån personalen som arbetar på LVM-institutionerna. Huvuddelen av studierna nedan har använt strukturerade instrument.

Vårdkvalitet utifrån beställarnas perspektiv – dvs. socialtjänsten

Vårdkvaliteten vid LVM-institutionerna har undersökts ur placerande socialsekreterares perspektiv (Gerdner 1998b). Ett randomiserat urval av ett 50-tal placerande socialsekreterare (82 procent svar), vars klient skrivits ut en dryg månad tidigare, fick skatta LVM-institutionernas kvalitet i olika aktiviteter. Sammanfattningsvis var socialsekreterarna relativt nöjda när det gäller omhändertagande (inklusive sjukvårdande) och disciplinerande aktiviteter (dvs. nykterhetskontroll och förhindrande av avvikning), något mindre nöjda när det gäller motiverande och utredande aktiviteter och inte alls nöjda när det gäller behandlande och bearbetande aktiviteter av mer specifik art.

Liknande frågor ställdes i en senare enkät inför LVM-utredningen (SOU 2004:3), med den skillnaden att den nu besvarades av ansvarig inom individ- och familjeomsorgen i 93 procent av landets alla kommuner. Resultaten är mycket lika det som visats i den tidigare studien. Utgående från medianskattningar anser IFO-cheferna att LVM ”mycket väl” klarar att avbryta akut missbruk, ”ganska väl” klarar att medverka till fysisk återhämtning och erbjuda en längre nykter och drogfri period. På dessa områden är man alltså nöjda. Däremot anger man ”ganska dåligt” för utredning och bedömning av vårdbehov, för motivation till fortsatt frivillig vård, samt för behandling av missbruksproblemen.

SiS sänder sedan många år ut utvärderingsenkäter till alla placerande socialsekreterare och ger ut årliga rapporter om dessa. Den senaste är ”Socialtjänstenkät – LVM-hem 2008” (SiS 2009). Den skickades ut i samband med 266 utskrivnings- eller utflyttningsärenden och besvarades av 213 (80 procent). Genomgående uppges höga tal för andelen nöjda eller mycket nöjda – runt 80 procent – på frågor som i huvudsak begränsas till områdena omvårdnad, nykterhetskontroll, förhindrande av avvikning samt samarbete i olika former, dvs. samma områden som socialtjänsten tidigare skattade högt. Däremot saknas frågor om områden som i tidigare studier fick lägre skattning, t.ex. om kvalitet på utredningar, fokuserad behandling när det gäller missbruk, hjälp att hantera olika relate-

rade problem, och om att motivera till fortsatt behandling. Därmed kan man inte avgöra om socialtjänsten upplevt att de områden, där kritik tidigare fanns, har förbättrats efter satsningarna för att förstärka utredning och behandling.

I utvärderingen av *Ett kontrakt för livet*, fanns också en socialtjänstenkät. Ur denna redovisas svaren på en global skattningsfråga om vad man anser om satsningen. På denna svarade 88 procent att eftervårdssatsningen varit mycket positiv (Hajighasemi 2008).

Vårdkvalitet utifrån brukares perspektiv

Upplevelser av hjälp och stöd. I intervjuer drygt ett år efter utskrivning från två LVM-institutioner (Lunden och Älvgården), som skiljer sig åt såtillvida att Lunden främst har kvinnor med narkomani och Älvgården främst har män med alkoholberoende, uppgav 27 deltagare i vilken mån de fått stöd och hjälp på olika problemområden (Gerdner, 2000). Dessa svar ställdes i förhållande till vilka problem som angivits i den DOK-intervju som gjorts i inledningen av vården. Stöd och hjälp hade främst efterfrågats när det gäller missbruk och familjerelationer medan önskemål om hjälp har varit sparsamma på andra områden. På samma områden anser sig de flesta av dem som uttryckt behov också att de hade fått hjälp (7–8 av 10), medan färre av dem som uttryckt behov (4–5 av 10) med boende och med fysisk och psykisk hälsa uppgav att de fick hjälp med detta²⁵. På övriga områden förekom hjälp endast undantagsvis (arbete, ekonomi och att hantera fritid). En annan fråga är om hjälpen som hade givits också har fungerat. Det finns ingen korrelation mellan framgång vad gäller missbruk och den hjälp man ansett sig ha fått för det. Däremot finns stark korrelation mellan hjälp och framgång när det gäller relationer, psykisk och fysisk hälsa samt boende för dem som hade uppgivit dessa behov.

Upplevelser av åtgärder mot sin vilja. Två studier har använt en strukturerad intervju som tidigare använts inom psykiatriska vården för att undersöka upplevelser av att bli tvångsomhändertagna, inlåsta och föremål för andra tvingande åtgärder.

²⁵ De är samma population vars utfall presenterades tidigare i figur 1, vilken visade att anmärkningsvärt många försämrats på dessa tre områden (fysisk och psykisk hälsa samt boende).

- I en studie från Karlsvik (Sallmén m.fl. 1998) intervjuades klienterna om upplevelserna av tvång dels efter ett par veckors vård och dels 3–6 månader senare i samband med utskrivningen. Kvinnorna upplevde tvånget mer negativt än männen. Vid utskrivningen upplevde 87 procent att tvångsintagningen som sådan var kränkande. Samma siffror vid en undersökning av psykiatriska patienter som utsattes för tvång var 26 procent. Ingen av kvinnorna och 8 procent av männen kunde vid efterundersökningen acceptera det tvång de varit utsatta för vid ankomsten.
- Gerdner (2000) studerade upplevt tvång samband med uppföljning drygt ett år efter utskrivning från Lunden och Älvgården. De upplevelser som LVM-patienterna upplevt som mest problematiska var inskränkningar i sin rörelsefrihet, särskilt vistelse på låst avdelning, och olika slags kontrollinslag, medan olika obligatoriska behandlingsinslag inte upplevdes lika problematiska. De flesta åtgärder har i efterhand värderats som riktiga. I efterskott, men inte lika mycket under vårdtiden, finns även en betydande acceptans för själva tvångsomhändertagandet som sådant hos många, men att utsättas för inlåsning omvärderas inte i samma utsträckning. Det betraktas fortfarande som en kränkning av många.

Upplevelser av tvångsvården i stort. I en intervjustudie med 54 LVM-intagna redovisade Ekendahl (2001) att en majoritet accepterade tvångsvården i princip. En tredjedel kunde också se att denna var befogad i det egna fallet, men de flesta var missnöjda med tvångsvårdens innehåll när det gäller motiverande insatser. Ekendahl (2009) återkom till frågan i en mindre intervjustudie med 12 intagna som trots olika inställning till eget missbruk och behov av vård var ense i sin kritik av LVM-vårdens innehåll.

I utvärderingen av *Ett kontrakt för livet* redovisas från DOK-intervjuer vad 48 deltagare (83 procent) ansett om eftervården som de fått genom denna satsning. Hälften ansåg att denna varit bra eller mycket bra, 17 procent att den varit ”godkänd” medan en tredjedel ansåg att den varit dålig eller mycket dålig (Hajighasemi 2008).

Brukarrevision vid Hornö LVM-hem

En brukarrevision genomfördes 2009 vid Hornö LVM-hem av representanter för tre brukarorganisationer som deltar i SiS centrala brukarråd (Rainbow Sweden, Dianova och Kris City). Dessa har avgivit en rapport (SiS 2009). I förordet förklaras att brukarna inte varit brukare av eller klienter i den verksamhet som revideras, utan i den meningen är oberoende, men däremot varit brukare/klienter i liknande verksamheter och därmed kan förstå de bekymmer som målgruppen kan ha och har erfarenhet av de ojämnliska maktförhållanden som kan råda. Revisorerna uppger att de alla själva tidigare varit tvångsomhändertagna enligt LVM och LVU. Brukarrevisionen genomfördes under tre dagar samtidigt som tillsynsenheten på SiS också gjorde sin tillsyn. Tillsynsbesöket var oanmält, dvs. institutionen var inte förvarnad. I förordet anges att institutionen därmed granskades både ”uppifrån” och ”nedifrån”.

Metod: Brukarrevisionen var däremot förberedd och planerad under två år, och revisorerna hade i förberedelsearbetet haft stöd av Arne Kristiansen som mentor. Initiativet att genomföra brukarrevision kom från myndigheten, men revisorerna hade full handlingsfrihet och svarar för rapportens innehåll. Det anges att institutionen hade vissa synpunkter på innehållet men att dessa avvisades av revisorerna. Revisorerna tillbringade tre hela dagar (från frukost till och med kvällsmiddag) tillsammans med intagna på de tre avdelningar som för tillfället användes. Dessa var intagningsavdelningen där abstinensbehandling pågick, avdelning 3 som är en låst utredningsavdelning, samt den öppna avdelningen. På intagningsavdelningen (4 platser) orkade de intagna inte samtala i samma utsträckning. Totalt var 24 män i åldern 19–50 år intagna (medelålder c:a 24 år). Av dessa ville 18 medverka i samtal, dvs. 75 procent.

Resultat: De flesta, 15 av 18, hade fått bra bemötande när de anlände. Alla hade kontaktperson, men hälften uppgav att de inte kände förtroende för sin kontaktperson. På fråga om hur det kändes att vistas på Hornö svarade de flesta att det är jobbigt och en ”ville dra”. Bland övriga svar angav en att han hellre ville vara på behandlingshem, en att det var okey då han i vart fall var drogfri och en att allt var enformigt. Alla hade fått information om LVM och rätten att överklaga. De flesta hade svag kontakt med sin socialsekreterare. Alla hade rätt att kontakta anhöriga men i praktiken var kontakterna ofta svaga. De flesta kom från familjer med mycket missbruk. Angående abstinensbehandlingen var de som hade alko-

hol- och amfetaminmissbruk nöjda, men de som var opiat- och blandmissbrukare var mindre nöjda. Av de 14 som hade passerat intaget, uppgav endast 6 att de hade en behandlingsplan. Hälften av dessa 14 uppgav att de gjort en ”ADHD-utredning”²⁶. De flesta visste inte om några behandlingsmetoder som tillämpades på Hornö, men 4 (av 18) uppgav att Motiverande samtal användes. De intagna uppgav att relationerna dem emellan var bra, och utan mobbning eller hot, även om jargongen kunde vara rätt rå.

På avdelning 3 var deltagande i de omfattande utredningarna och behandlingsplanering centrala aktiviteter. På den öppna avdelningen skulle detta vara avklarat. De aktiviteter som beskrevs där hade helt inriktning på förströelse av olika slag. Då de intagna fick frågan om hur verksamheten skulle se ut om de fick bestämma efterfrågades behandling, inklusive återfallsprevention och social träning, bättre kontakt mellan klient och personal samt mer samhällsinformation. Alla fick frågan om vad de ville göra med sitt liv om de själva fick bestämma. Alla utom en svarade att de ville leva ett drogfritt liv vilket de beskrev på olika sätt och en svarade att han skulle fortsätta röka cannabis.

Revisorerna betonade i sin slutgenomgång att alla på avdelning 3 var otroligt motiverade och att stämningen var god, men att en negativ förändring inträffade på den öppna avdelningen, där passiviteten bredde ut sig och motivationen minskade. De uttryckte också stor förvåning över att både avdelning 3 och den öppna avdelningen ”såg ut och fungerade som dekadenta ungdomsgårdar”, med nerdragna gardiner, dataspel och MTV på hög volym. De pekade också på avsaknad av gemensam måltidssituation. Klienterna tog sin mat till rökrummet eller soffan. ”Alla gjorde som de själva ville”. Revisorerna föreslog mer strukturerade dagar både vad gäller mat och aktiviteter och pekade på att de flesta klienter vuxit upp i missbruksfamiljer och börjat droga tidigt samt skulle tjäna på att LVM-tiden blev mer meningsfull och lärorik.

Kommentar: Brukarrevisionen är en ny och viktig metod för kvalitetsutvärdering. Systematiskt använd kan den ge en god kompletterande uppfattning om vårdens kvalitet.

²⁶ Här avses troligen psykologutredning som har betydligt större fokus än bara ADHD, se ovan avsnittet *Effekter av psykologutredning under LVM – en matchad kontrollstudie*.

18.10.5 Studier om vårdmiljö

Community-Oriented Programs Environment Scale (COPEs, Moos 1974) skapades ursprungligen för att mäta vårdmiljö i sociala institutioner såsom terapeutiska samhällen och öppna dagvårdsprogram. Den har sin motsvarighet i Ward Atmosphere Scale (WAS) som på liknande sätt mäter vårdmiljön på sjukhus. Såväl COPEs som WAS har internationell stor spridning och har tillämpats på en mängd olika slags vårdinstitutioner, inklusive psykiatrisk tvångsvård. COPEs rymmer 100 frågor som besvaras såväl av personal som av ”deltagare” eller klienter och som analyseras separat för dessa två grupper. Det avser att mäta 10 olika dimensioner av vårdmiljö som i sin tur sorterar under tre överordnade dimensioner. De tre större dimensionerna är

- *Klimat* mäts av tre sammanhållningsfaktorer: Engagemang, Stöd, samt Spontanitet och öppenhet.
- *Avdelningens behandlingsinriktning* fångas av: Autonomi, Praktisk orientering, Personlig problemorientering samt Aggression.
- *Vårdens strukturnivå* innehåller de tre systembevarande faktorerna: Ordning och organisation, Programklarhet och Personalkontroll.

Enligt Moos utmärks en terapeutisk vårdmiljö av höga värden på alla faktorer utom två: Aggression är på medelnivå och personalkontroll klassas lågt i vårdmiljöer där patienter eller deltagare är aktiva i processen.

Idealmiljön är dock inte identisk för alla intagna. Friis (1986) visade exempelvis – från en studie av 35 psykiatriska avdelningar i Norge – att psykotiska patienter föredrar ett delvis annat klimat än icke-psykotiska patienter. Han använde WAS med alla de 10 ursprungliga skalorna och dessutom en skala där patienterna fick skatta vad de tyckte om avdelningen. Psykotiska patienter är särskilt beroende av höga nivåer av stöd, praktisk orientering samt ordning och programklarhet, men kräver *låg* aggressionsnivå. Övriga skalor kan vara medelhöga. I stort sett samma faktorer som här var viktiga för psykotiska patienter, visade sig också vara centrala för patienter med s.k. dubbla diagnoser (DD). Höga värden på engagemang, stöd, praktisk orientering, ordning och programklarhet var relaterade till positiva utfall i en studie av 15 DD-program (Moggi m.fl. 1999).

Vårdmiljö i LVM-vård

COPES distribuerades av LVM-utredningen till alla LVM-institutioner med instruktionen att formulären skulle besvaras dels av personal, dels av intagna. Totalt inkom 333 svar, varav 94 från intagna och 239 från personal. Emellertid hann dessa aldrig analyseras inom LVM-utredningen. Arne Gerdner har analyserat dem i en rapport för SiS som dock ej publicerats.

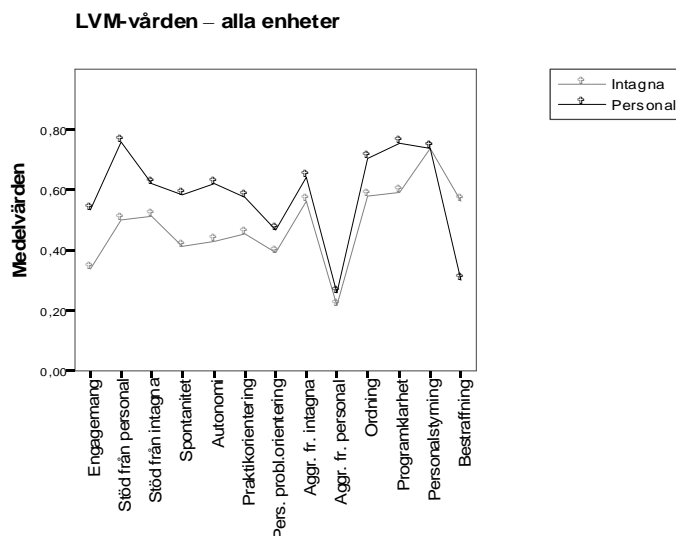
En första fråga att undersöka var om COPES som utarbetats för frivilliga sociala vårdmiljöer också fungerade som instrument inom tvångsvård, som till stor del består av låsta avdelningar. Ett antal frågor antogs inte kunna fungera och instrumentet faktoranalyserades för att pröva om frågorna kunde användas för att skapa homogena skalor med samma teoretiska innehåll som Moos beskriver. Detta resulterade i att sju av de ursprungliga tio skalorna kunde skapas, men ibland med färre frågor än ursprungligen²⁷. Tre resterande skalor var inte homogena utan måste delas upp i vardera två nya skalor. Det gällde Stöd som delades upp på ”Stöd från personal” respektive ”Stöd från intagna” och Aggression som delades upp på ”Aggression bland intagna” respektive ”Aggression bland personal”. Slutligen delades Personalkontroll upp i skalorna ”Bestraffning” respektive ”Personalstyrning”. De sex skalor som skiljer från ovan är alltså...

- *Stöd från intagna*: Mäter hur hjälpsamma och stödjande patienterna är till varandra.
- *Stöd från personal*: Mäter hur väl personalen förstår, uppmuntrar och är villiga att stödja patienterna.
- *Aggression bland intagna*: Mäter i vilken utsträckning patienterna tillåts att argumentera med andra intagna och med personal, och att öppet uttrycka sin ilska och irritation.
- *Aggression bland personal*: Mäter i vilken utsträckning personalen öppet hanterar aggressiva känslor.
- *Personalstyrning*: Mäter hur strikt personalen upprätthåller regler och scheman.
- *Bestraffning*: Mäter i vilken mån man kan förvänta sig straff vid regelbrott.

²⁷ Formuläret hade modifierats så att 5-gradiga Likertskalor av instämmande hade ersatt de ursprungliga dikotoma svaren ja och nej.

Resultaten presenteras i form av profiler utifrån medelvärden på alla skattningar. Skalorna i profilerna kan variera kontinuerligt mellan 0 och 1, vilket innebär att skattningar nära 0,50 kan tolkas som ”varken högt eller lågt” på respektive skala. I figur 2 redovisas profilerna för intagnas respektive personalens skattningar av vårdmiljön inom LVM-vården i stort, dvs. för samtliga LVM-hem tillsammans.

Figur 2 Vårdmiljöprofiler – separat för intagna och personal – för LVM-vården i stort



Överensstämmelse i skattningar mellan intagna och personal finns främst när det gäller personalstyrning (som skattas mycket hög), och aggression bland personal (som skattas mycket låg) samt i viss mån för aggression bland intagna (som skattas hög). Störst differenser finns när det gäller bestraffning (hög enligt intagna, mycket låg enligt personal), stöd från personal (mycket högt enligt personal, medel enligt intagna), autonomi (högt enligt personal, lågt enligt intagna) och engagemang (ganska högt enligt personal, mycket lågt enligt intagna).

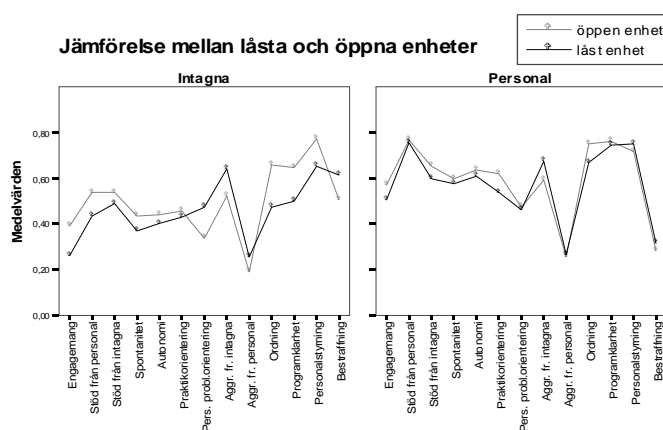
LVM-intagna tycks ge låga skattningar av klimatskalorna engagemang och spontanitet och för behandlingsskalorna autonomi,

praktisk orientering och personlig problemorientering. De skattar högt på intagnas aggressivitet och lågt på personalens. Alla systembevarande faktorer skattas högt, särskilt personalstyrning. Generellt sett framstår därmed LVM-miljön, sett från de intagnas perspektiv, som relativt otrivsamt, icke-behandlingsinriktad men desto mer kontrollerande miljö. Ur personalens perspektiv klassas de systembevarande faktorerna också mycket högt – högre än enligt intagna för ordning och organisation, programklarhet – men lågt för bestraffningar. Enligt personalen klassas även stöd högt – särskilt det stöd som förmedlas av personal. Spontanitet, autonomi och praktikorientering ligger ganska högt, men engagemang och personlig problemorientering klassas även av personalen som låga.

Låsta respektive olåsta avdelningar

I figur 3 redovisas jämförelser mellan låsta och öppna enheter med separata skattningar för intagna respektive personal.

Figur 3 Vårdmiljöprofiler – separat för intagna och personal – över låsta respektive öppna vårdenheter på LVM-institutionerna.



Som synes är skillnaderna mellan öppna och låsta enheter större i intagnas skattningar än i personalens skattningar, men riktningen i skillnaden mellan låsta och öppna enheter bedöms i huvudsak lika

mellan grupperna. Både intagna och personal ger högre skattningar för öppna enheter på engagemang, stöd från intagna, spontanitet, autonomi, praktikorientering, ordning och programklarhet och båda ger högre skattningar för låsta enheter på aggression bland intagna och för bestraffning. Intagnas skattningar av låsta enheter ger höga skattningar endast av tre faktorer: Personalstyrning, bestraffning och intagnas aggression. Förutsättningarna för behandlingsprocess är därmed i allmänhet sämre på de låsta avdelningarna än på de icke låsta.

Motsvarande studier i andra låsta vårdmiljöer.

Man kan fundera över relevansen av vårdmiljömätningar när det gäller tvångsvård som rimligen har helt andra förutsättningar än frivilliga institutioner. Moos (1972) har emellertid redovisat hur dessa faktorer verkar i andra låsta tvångsvårdsmiljöer, i detta fall rättspsykiatri. Även där varierade vårdmiljöerna starkt, inklusive en sådan faktor som upplevelse av autonomi.

Betydelse för intagnas trivsel och personliga utveckling. På en större statlig rättspsykiatrisk institution med 23 avdelningar undersökte Moos vårdmiljöns betydelse för intagnas trivsel, anpassning och utveckling. Den ”typiske patienten” var socialt utslagen, hade beteendeproblem och missbruk av alkohol och/eller droger samt därtill olika psykiatriska problem såsom depression, hallucinationer och paranoida drag. Behandlingsklimatet och behandlingsinriktningen hade stor betydelse både för trivsel och utveckling och för patienternas utveckling. På avdelningar där det finns ett varmt engagemang, mer autonomi, praktisk orientering och personlig problemorientering trivdes patienterna mer, de uppskattade personalen mer och de utvecklas mer på ett personligt plan. De systembevarande faktorerna ordning och programklarhet har positiv roll för trivsel, för uppskattning av personal och för personlig utveckling. Stark personalkontroll har däremot mer negativ betydelse för trivsel, för uppskattning av personal och för personlig utveckling. Han gjorde samma studie i 8 psykiatriska avdelningar. Fynden hade i huvudsak i samma tendenser i de båda studierna, men sambanden var genomgående starkare på de rättspsykiatriska avdelningarna.

Betydelse för aggressivt beteende. I en annan studie undersöktes förekomst av aggressivt beteende med patienter engagerade i slagsmål och/eller överfall på andra patienter eller på personal. Stu-

dien genomfördes på 143 psykiatriska avdelningar. Våldsamma incidenter inträffade mest i de avdelningar som jämfört med andra hade mindre autonomi, mindre problemorientering och mindre acceptans för att patienter uttryckte aggressiva känslor. Detta undersöktes också i de 23 rättspsykiatriska avdelningarna. Där var det brister i engagemang och spontanitet, låg praktikorientering och personlig problemorientering som medförde ökade tendenser till våldsamerhet från patienternas sida. En senare studie av Lanza m.fl. (1994) fann att patienters våld är relaterat till brister i autonomi. Det gemensamma för dessa studier tycks vara att vård med starkt begränsad autonomi i kombination med mindre betoning på behandling föder motstånd och aggressivt beteende.

LVM-vård jämfört med annan vård

I det s.k. behandlingshemsprojektet, under ledning av Bengt-Åke Armelius, har olika behandlingsenheter studerats med närmare 1500 deltagande personer. Behandlingsenheterna hör till sju olika grupper: LVU-hem, LVM-hem²⁸, psykiatriska behandlingshem, psykiatriska avdelningar, en rättspsykiatrisk klinik, kommunala team för färdigbehandlade psykiatripatienter samt ett par privata behandlingshem för missbruk. I projektet har omfattande arbete lagts ned på att studera behandlingshemmens vårdmiljö med ett batteri av olika instrument som besvarats av personal, men inte av patienter eller motsvarande. Jeanneau (2002) redovisar jämförelser mellan SiS-institutioner och övriga enheter. Studien har ett brett angreppssätt och redovisar mätningar av arbetsmiljö, utbrändhet, känslor inför arbetet, arbetsgruppens psykologiska klimat, behandlingssideologi, känslor inför patienter/klienter, och personalens självbild.

Alla instrument riktades till personal, inte till patienter. Detta gällde även COPEs. I korthet visar studien att det finns relativt tydliga skillnader mellan de olika vårdmiljöerna som bekräftas med flera olika instrument. Här skall främst skillnader mellan LVM-enheterna och övriga fokuseras.

- Arbetsstillfredsställelse: Personalen på LVM-enheterna och LVU-enheterna kände visserligen *mindre allmän leda* än personalen på alla övriga enheter, men de skattade *högt på depersona-*

²⁸ Frösön, Hessleby, Gudhemsgården och Rällsögården.

lisering, vilket innebär svårigheter att relatera till intagna som personer. Personalen hade låg arbetstillfredsställelse – endast personal inom rättspsykiatri låg lägre.

- Känslor inför arbetet: Personalen på LVM-enheterna är både *mer stressade* och *mer uppgivna* än personalen på andra enheter.
- Arbetsgruppsklimat: Personalen på LVM-enheterna är *mer flyktbenägna* än på andra enheter. De har *låg sammanhållning* och är samtidigt *mer osjälvständiga i sin yrkesroll*.
- Psykosocial vårdatmosfär (COPEs): Jämfört med genomsnittet på alla enheter låg LVM-enheterna *lägre på stöd och engagemang* (tillsammans med psykiatri och kommunala team), *lägre på öppenhet och tal om känslor* (tillsammans med rättspsykiatri och kommunala team), *lägre på autonomi och social planering* (tillsammans med rättspsykiatri, psykiatri och kommunala team), men närmare snittet på *klarhet och ordning*, och *högre på repression och konfrontation* (tillsammans med rättspsykiatri).
- Behandlingsideologin präglas framförallt av *”ingen behandling alls”*. Man ligger *lägre än alla andra enheter när det gäller tro på samarbete och arbetsallians*.
- Självbild respektive Känslor inför patienter: Personalen vid LVM-institutionerna skiljer sig i dessa båda avseenden inte från personalen i andra institutioner.

18.10.6 Summering

Avsnittet om LVM-vårdens kvalitet kan summeras i följande:

1. LVM-vården har utvecklats till att bli allt mera separerad från behandling av frivilliga och alltmera inlåst. Den starka ökningen av andelen låsta platser har inte diskuterats i någon utredning och inte motiverats utifrån förändringar i intagnas problembild. Detta påverkar institutionernas vardag och de intagnas normala LVM-vistelser tillbringas i allt större utsträckning på låst avdelning.
2. Lagen ställer inga tydliga krav på vårdens innehåll, endast att ”behövliga insatser” skall ges. Sedan tidigare har en minoritet av institutionerna tillämpat strukturerade behandlingsmodeller, inklusive tolvstegsbehandling. Bredare satsningar har nu

genomförts för att utbilda personal i främst motiverande samtal och återfallsprevention.

3. Flertalet intagna erbjuds numera utredningar ”med helhetsperspektiv”, och alltfler sådana genomförs. Några institutioner erbjuder kvalificerade psykologiska utredningar om socialtjänsten beställer sådan. I tidigare avsnitt visades att dessa utredningar dock ej används optimalt för att anpassa vård och eftervård.
4. En studie om våld bland kvinnor på institution understryker vikten av adekvat utredning och bemötande. Studien pekar också på betydelsen av konsekvent användande av riskskattning samt att medicinering med bensodiazepiner kan vara mycket problematiskt i många fall.
5. I ett par studier visas att socialtjänsten är nöjda med LVM-vårdens omhändertagande och disciplinerande aktiviteter, men inte nöjda när det gäller utredande och motiverande aktiviteter och mest missnöjda när det gäller behandlande och bearbetande aktiviteter. Senare enkäter bekräftar positiv attityd till omhändertagande och disciplinering, men saknar frågor om de satsningar som gjorts vad gäller att utveckla utredningar och behandling.
6. Intagna uppger att de fått hjälp att hantera sina missbruksproblem och sina relationsproblem. Knappt hälften hade fått hjälp och stöd att hantera sina problem med boende, fysisk och psykisk hälsa, samt endast en mindre andel hade fått hjälp med andra slags problem. Alla andelar utgår från dem som hade problemen i fråga.
7. Brukarundersökningar rapporterar negativa upplevelser av tvångsomhändertagandet och av inlåsning. En studie visar att denna upplevelse är kvar även vid slutet av vårdtiden. En annan studie visar att en omvärdering skett efter något år när det gäller tvångsomhändertagandet som sådant, men vistelse på låst avdelning upplevs fortfarande i hög grad som kränkande. En majoritet av deltagarna i eftervårdssatsningen Ett kontrakt för livet skattar denna från ”godkänt” till ”mycket bra”.
8. Brukarrevision är en nyligen införd utvärderingsmetod som genomförts framgångsrikt. Den gav vid en institution en positiv bild av individernas långsiktiga motivation att nå drogfrihet.

Samtidigt efterfrågades mer struktur samt mer behandlingsinslag för att undvika att motivationen minskar under tider av passivitet.

9. Vårdmiljömätningar visar att miljön präglas mer av disciplinering än av behandling, och att klimatet präglas av en stark aggression bland intagna. Behandlingsklimatet är generellt sett mer problematiskt på låsta avdelningar än på olåsta.

18.11 Diskussion

Översikten har från tillgänglig forskning visat att lagstiftning om tvångsvård är internationellt utbredd och att den typ av civil tvångslag med rehabiliterande syfte som finns i Sverige på intet sätt är unik, utan snarare är i linje med vad som är vanligt i länder av vår typ samt att det inte finns någon internationell trend att avveckla denna vårdform. Vi har också visat att det i Sverige, vid sidan om vår sociala tvångsvård i LVM, förekommer en psykiatrisk tvångsvård av personer med missbruk som huvuddiagnos och psykisk sjukdom som ytterligare diagnos av icke obetydlig omfattning i antal och tidslängd.

Såväl internationell som svensk forskning visar att tvångsvård bidrar till fullföljande av vård för grupper som annars inte skulle ha fått någon vård. De internationella kontrollstudier som har högst kvalitet visar att tvångsvård i olika juridisk form och för olika populationer av personer med missbruksproblem har effekt jämfört med kontrollgrupper.

Översikten redovisar ett flertal studier om insatser som på olika sätt tycks vara relaterade till mer framgångsrikt utfall. Det handlar om kvalificerade utredningar, om strukturerat behandlingsinnehåll med fokus på såväl missbruk/beroende som relaterade problem, samt om långsiktig och kvalificerad eftervård.

Kvalificerade diagnostiska och psykologiska utredningar är nödvändiga för att utveckla anpassad vård- och eftervårdsplanering. Strukturerat vårdinnehåll med fokus på missbruk och beroende samt relaterade problem har visat sig vara gemensamma faktorer för evidensbaserade insatser när det gäller frivillig vård och insatser som involverar anhöriga tenderar att förstärka positiva resultat (SBU 2001). De studier som redovisats antyder att motsvarande skulle kunna gälla även för vård som bedrivs med stöd av tvångslag.

Sedan LVM-utredningen 2004 slog fast att strukturerad behandling ligger inom LVM-vårdens uppdrag har sådana initiativ tagits. Det är viktigt att implementeringen av dessa studeras och rapporteras – inklusive studier med kontrollgruppsdesign. Tydligt fokus på behandling bör kunna minska tendenser till normbrytande beteenden. Genom strukturerade insatser tidigt efter intagning kan motivationen att delta i fortsatt och mer fokuserad vård stärkas.

En långsiktig och välplanerad eftervård som utformas individuellt baserat på diagnostisk utredning och som bygger vidare på strukturerade insatser under institutionsvården bör erbjudas alla som underkastats tvångsvård. Internationella studier visar att öppenvård efter kortare inledande institutionsvistelse också kan genomföras med stöd av tvångsföreskrift och att sådan föreskrift bidrar till långsiktig positiv effekt.

Förstärkning av vårdens kvalitet har stor betydelse för dess legitimitet. Tvång är i sig en kränkning av individens autonomi. Den kan dock motiveras om den faktiskt kan bidra till individens tillfrisknande. Samtidigt måste vården i sig utformas så att den under tiden kan kännas meningsfull för den enskilde. Utveckling av vårdinnehåll och förbättring av vårdmiljön hör till de viktigaste inslagen i satsning på högre kvalitet i institutionsvården. Vårdmiljömätningar ur både intagnas och personalens perspektiv kan ge viktig feedback till respektive institution och avdelning. Inskränkningar i individens rörelsefrihet, kontroller av olika slag, bör användas då så är motiverat. Men placering på låst avdelning är en så allvarlig inskränkning i individens autonomi att den bör begränsas till där detta krävs för vårdens genomförande.

De initiativ som tagits inom SiS när det gäller brukarforum, brukarråd och brukarrevision för att stärka brukarnas ställning inom tvångsvården är positiva och bör följas noga. Tillsammans med forskning och tillsyn bör de kunna bidra till ökad transparens i tvångsvården.

Referenser

- Amundsen, Arvid & Hauge, Ragnar (1978). Dødeligheten blant løslatte fra Opstad. *Tidskrift om Edruskapsspørsmål* (2): 6–7, 18.
- Anglin, M. Douglas (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction. In: Leukefeld, Carl G. & Tims, Frank M. (eds.): *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.
- Baas, N.J. (1998). *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*. Haag: Ministerie van Justitie.
- Bavon, A. (2001). The effect of the Tarrant county drug court project on recidivism. *Evaluation and Program Planning* 24: 13–22.
- Berggren, Ulf; Fahlke, Claudia; Berglund, Kristina J.; Wadell, Kathleen; Zetterberg, Henrik; Blennow, Kaj; Thelle, Dag & Balldin, Jan (2009). Dopamine D2 receptor genotype is associated with increased mortality at a 10-year follow-up of alcohol-dependent individuals. *Alcohol & Alcoholism*: 1–5.
- Berglund, Edda & Ågren, Gunnar (1987). *Behandlingshemmet Ekebylund – En studie av 157 gäster inskrivna januari 1984 – juni 1985*. Forsknings- och Utvecklingsbyrån, Rapport nr 78. Stockholms socialförvaltning.
- Berglund, Mats (1988). Alcoholics committed to treatment: A prospective long-term study of behavioral characteristics, mortality and social adjustment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2(1): 19–24.
- Bergmark, Anders (2004). *Tvångsvårdens utfall – en uppföljning av missbrukare vårdade med stöd av LVM*. I: Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande, Tvång och förändring, Statens offentliga utredningar (SOU 2004:3), s. 477–487.
- Bergmark, Åke (1994a). *Institutionsvård av missbrukare. En studie av Älvgårdens behandlingshem*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms Universitet.
- Bergmark, Åke (1994b). Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Socialmedicinsk tidskrift*, 10: 474–479.

- Berkowitz, Gale; Brindis, Claire; Clayson, Zoe; & Peterson, Sara (1996). Options for recovery: Promoting Success among women mandated to treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 28(1): 31–38.
- Billinger, Kajsa (2000). *Få dem att vilja – motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan. (Doktorsavhandling.)
- Billquist, Leila & Skårner, Anette (2009). *En påtvingad relation? Kontaktmannaskapets utövande och villkor inom LVM-vården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, Forskningsrapport nr 4.
- Bjerver, Kjell (1972). An evaluation of compulsive treatment programs for alcoholic patients in Stockholm with particular reference to longitudinal development, epidemiological aspects and patient morbidity. *Obscure Medica*, suppl. 25.
- Bjurner, Kristin (1992). *Kvinnliga narkomaner i tvångsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bobrova, Natalia; Rugnikov, Urij; Neifeld, Elena; Rhodes, Tim; Alcorn, Ron; Kirichenko, Sergej & Power Robert (2008). Challenges in providing drug user treatment services in Russia: Providers views. *Substance Use & Misuse* 43:1770–1784.
- Brecht, Mary-Lynn; Anglin, M. Douglas & Wang, Jung-Chi (1993). Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 19: 89–106.
- Broadstock, Marita; Brinson, David; Weston, Adele (2008). *The effectiveness of compulsory, residential treatment of chronic alcohol or drug addiction in non-offenders. A systematic review of the literature*. HSAC Report 2008:1. University of Canterbury, New Zealand: Health Services Assessment Collaboration (HSAC)
- Brown, Barry S. (1988). Civil commitment – international issues. In: Leukefeld CG & Tims FM (Eds.) *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. Washington DC: National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research monograph series 86: pp.192–208.
- BRÅ (2008). *Kriminalstatistik 2007*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet, Rapport 2008:17.

- BRÅ (2009). *Kriminalstatistik 2008*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet, Rapport 2009:17.
- Collins, James J. & Alison, Margaret (1983). Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 34: 1145–1149.
- Clark, Colleen & Young, M. Scott (2009): Outcomes of mandated treatment for women with histories of abuse and co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37: 346–352.
- Dahlgren, Karl-Gustaf (1951). On death rates and causes of death in alcohol addicts. *Acta Psychiatrica et neurologica Scandinavica* 26(3–4): 297–311.
- Davis, F.M. & Ditman, Keith S. (1963). The effect of court referral and disulfiram on motivation of alcoholism: A preliminary report. *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism* 2: 276–279.
- Davoli, Marina; Bargagli, Anna M.; Perucci, Carlo A.; Schifano, Patrizia; Belleudi, Valeria; Hickman, Matthew; Salamina, Guiseppe; Diecidue, Roberto; Vigna-Taglianti, Federica & Faggiano, Fabrizio (2007). Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: The VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction* 102: 1954–1959.
- De Leon, George (1988). Legal pressure in therapeutic communities. In: Carl G. Leukefeld & Frank M. Tims (Eds.) *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research monograph series, 86: 160–177. Washington DC. US Government Printing Office.
- Dement J.M. & Brown D.P. (1994). Lung cancer mortality among asbestos textile workers: a review and update. *Annual of Occupational Hygiene* 38(4): 525–532.
- Desland, Malcolm L. & Batey, Robert G. (1992). A 12-month prospective comparison of court-diverted with self-referred heroin users. *Drug and Alcohol Review* 11: 121–129.
- Desmond, David P. & Maddux, James F. (1996). Compulsory supervision and methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13: 79–83
- Devlin, M. m.fl. (2006). *Drug Treatment Court of Vancouver Program Evaluation: Final Evaluation Report*. National Crime Prevention Centre.

- Ditman, Keith S.; Crawford, George G.; Forgy, Edward W.; Moskowitz, Herbert & MacAndrew, Craig (1967). A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrests. *American Journal of Psychiatry* 124(2): 160–163.
- Duvall, Henrietta J.; Locke, Ben Z. & Brill, Leon (1963). Follow-up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization. *Public Health Report* 78: 185–193.
- Edlund, Håkan & Svensson, Lars (1998). *Situationen 6–18 månader efter avslutad LVM-vård. En uppföljning av de 28 personer som dömts till vård enligt LVM under 1995–96 i Västerås*. Utvärderingsrapport nr 4/98. Västerås: Västerås stad, Individ och familjenämnden.
- Edman, Johan (2005). Treatment of what? Class, gender and work ethics within the compulsory institutional care of alcohol abusers in Sweden during the 20th century. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* 22: 45–61 (English supplement).
- Ekendahl, Mats (2001). *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Stockholm: Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan. (Doktorsavhandling.)
- Ekendahl, Mats (2009). Alcohol abuse, compulsory treatment and successive aftercare: A qualitative study of client perspectives. *International Journal of Social Work* 17(3): 260–269.
- Elekes, Zsuzsanna (1987). Legislative arrangements relevant to alcohol treatment in Hungary. *Contemporary Drug Problems* 1987; 14: 113–23.
- Elmér, Åke (1993). Vad nytt under solen? Om missbrukarvården i ett historiskt perspektiv. *Socialt Perspektiv* 72(4): 4–13.
- Engelsman, E.L. (1989). Dutch policy on the management of drug-related problems. *British Journal of Addiction*, 84: 211–218.
- Eriksson, Lars D. (1967). *Varning för vård. En bok om frihetsberövanden, vårdanstalter och vårdideologi*. Helsingfors: Söderström & C:o Förlags AB.
- Fagan, Ronald W. & Magnusson Fagan, Nancy (1982). The impact of legal coercion on the treatment of alcoholism. *Journal of Drug Issues* 12: 103–114.
- Ferri M, Bargagli AM, Faggiano F, Belleudi V, Salamina G, Vignataglianti F, Davoli M, Perucci CA; Gruppo di studio VEdeTTE

- (2007) [Mortality of drug users attending public treatment centers in Italy 1998–2001: a cohort study] (Abstract; artikeln på italienska). *Epidemiol Prev.* 31(5): 276–282.
- Finney, John W. & Moos, Rudolf H. (1991). The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol* 52: 44–54.
- Forsgren, Lars; Hauser, Allen; Olafsson, Elias; Sander, J.W.A.S.; Sillanpää, Matti & Tomson, Torbjörn (2005). Mortality of epilepsy in developed countries: A review. *Epilepsia* 46 (Supplement 11): 18–27.
- Fridell, Mats; Billsten, Johan; Jansson, Iréne & Amylon, Rickard (2009). *Femårsuppföljning – Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse, Forskningsrapport nr 1.
- Friis, Svein (1986). Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74: 469–473.
- Fugelstad, Anna; Ågren, Gunnar & Romelsjö, Anders (1998). Changes in mortality, arrests, and hospitalizations in nonvoluntarily treated heroin addicts in relation to methadone treatment. *Substance Use & Misuse* 33(14): 2803–2817.
- Fäldt, Johannes; Storbjörk, Jessica; Palm, Jessica; Oscarsson, Lars & Stenius, Kerstin (2007). *Vårdkedjeprojektet – tre utvärderingsperspektiv*. Forskningsrapport nr 2. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse (SiS).
- Gallant, Donald M.; Faulkner, Mary Ann; Stoy, D.; Bishop, Melvin D. & Langdon, D. (1968a). Enforced clinic treatment of paroled criminal alcoholics: A pilot evaluation. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 25:77–83.
- Gallant, Donald M.; Bishop, Melvin D.; Faulkner, Mary Ann; Simpson, L.; Cooper, A. & Lathrop, D. (1968b). A comparative evaluation of compulsory (group therapy and/or Antabuse) and voluntary treatment of the chronic alcoholic municipal court offender. *Psychosomatics* 9:306–310.
- Gallant, Donald M. (1971). Evaluation of compulsory treatment of the alcoholic municipal court offender. In: Mello, N.K. & Mendelson, J.H. (eds.): *Recent advances in studies of alcoholism*, pp. 806–823. Washington DC: US Government Printing Office.

- Gallant, Donald M.; Bishop, Melvin D.; Mouldoux, A.; Faulkner, Mary Ann; Bricolara, Ashton & Swanson, William A. (1973). The revolving-door alcoholic: An impasse in the treatment of the chronic alcoholic. *Archives of General Psychiatry* 28:633–635.
- Gerdner, Arne (1986). *Uppföljning av Runnagårdens 5-veckors-program. 1984 års patienter ett halvår efter utskrivning*. Örebro: Runnagården.
- Gerdner, Arne (1998a). *Compulsory treatment for alcohol use disorders – Clinical and methodological studies of treatment outcome*. Malmö: Avdelningen för klinisk alkoholforskning, Lunds universitet. (Doktorsavhandling.)
- Gerdner, Arne (1998b). *LVM-vården kvalitet enligt socialtjänstens bedömning*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse, rapport nr 1.
- Gerdner, Arne (1999). Problem kring begreppet “medberoende”. Kritisk granskning av ett omstritt begrepp utifrån forskning och behandlingserfarenhet. *Socionomen* 4: 53–63.
- Gerdner, Arne (2000). *Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar 3/00.
- Gerdner, Arne (2004a). *Utfall av LVM-vård – Översikt och syntes av bitillsvarande studier*. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande ”Tvång och förändring”, SOU 2004:3, Socialdepartementet, s. 303–414.
- Gerdner, Arne (2004b). *LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – En kontrollerad registerstudie i Jämtland*. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande ”Tvång och förändring”, SOU 2004:3, Socialdepartementet, s. 415–476.
- Gerdner, Arne (2004c). Eftervården eftersatt! En genomgång av studier om fortsatt vård efter LVM. *Alkohol & Narkotika*, 98(45): 17–20.
- Gerdner, Arne (2005). Tvångsvårdens utfall och effekt. I: Jan Arlebrink & Marianne Kronberg (red.). *Tvångsvård av missbrukare – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, s. 217–254.
- Gerdner, Arne (2008). Från “tvångologins” horisont. Forskning om tvångsvård vid tungt missbruk. I: J. Arlebrink (red.). *Från*

- teori och randomisering till klinik. Festskrift till Mats Berglund.* Lund: Medicinska fakulteten, Lunds universitet, s. 233–252.
- Gerdner, Arne & Berglund, Mats (1997). Mortality of treated alcoholics after eight years in relation to short-term outcome. *Alcohol & Alcoholism* 32(5): 573–579.
- Gerdner Arne; Bodin Lennart & Söderfeldt Björn (1988). *Behandling som hjälp till självhjälp. Minnesotamodellen tillämpad på ett svensk LVM-hem, Runnagården – Bakgrundsfaktorer och resultat.* Örebro: Örebro Läns Landsting & Örebro Universitet, Rapport nr 47.
- Gerdner, Arne; Furuholm, Per-Eric & Berglund, Mats (1997). Abscondence and length of treatment in locked wards for compulsorily committed alcoholics in relation to treatment program and legal changes. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6: 310–316.
- Gerdner, Arne & Fridell, Mats (2007). *Effects of psychologists' assessments of patients within compulsory care – A matched-control trial.* 50th International ICAA Conference on Dependences, Stockholm, June
- Gerdner, Arne, Nordlander, Torsten & Pedersen, Therese (2001). Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Substance Use & Misuse* 37(1): 1–18.
- Giertz, Anders (1991). *LVM i praktiken, En uppföljning av tvångs-åtgärder vid missbruk, Malmöhus län 1989.* Länsstyrelsen i Malmöhus län., Sociala enheten.
- Giertz, Anders (1994a). *Anmäld enligt LVM. Del 1. Missbrukare som vårdats enligt LVM.* Rapport 1994:4. Sociala enheten, Länsstyrelsen i Malmöhus län.
- Giertz, Anders (1994b). *Anmäld enligt LVM. Del 2. Missbrukare som vårdats enligt SoL.* Rapport 1994:5. Sociala enheten, Länsstyrelsen i Malmöhus län.
- Glicksman L. m.fl. (2004). *Toronto Drug Treatment Court Evaluation Project Final Report.* National Crime Prevention Centre.
- Goffman, Erving (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* Middlesex, England: Penguin books Ltd, reprinted 1982.

- Gottfredson, Denise; Brook, W. Kearly; Najaka, Stacy S. & Rocha, Carlos M. (2005). The Baltimore City Drug Treatment Court: 3-year self-report outcome study. *Evaluation Review* 29(1): 42–64.
- Hajjighasemi, Ali (2008). *Ett kontrakt för livet. Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården*. SiS följer upp och utvecklar 3/08. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse (SiS).
- Hajjighasemi, Ali & Billsten, Johan (2009). *Utvärdering av SiS § 27-vård i SiS regi*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, Allmän SiS-rapport 2009:5.
- Heale, P. & Lang, E. (2001). A process evaluation of the CREDIT (Court Referral and Evaluation for Drug Intervention and Treatment) pilot programme. *Drug and Alcohol Review* 20(2):223–230.
- Hedman, Jaana & Mattsson, Elisabeth (2006). *Upplevelsen av motivationsarbete – en studie ur klienters och kontaktpersoners perspektiv på Frösö LVM-hem*. Östersund: Mittuniversitetet, Institutionen för socialt arbete.
- Hunt, G. Halsey & Odoroff, Maurice E. (1962). Followup study of narcotic drug addicts after hospitalization. *Public Health Report* 77: 41–54.
- Huss, Magnus (1849). *Alcoholismus Chronicus*. Stockholm: J. Beckmann.
- Israelsson, Magnus & Gerdner, Arne (2010). Compulsory commitment to care of substance misusers – A worldwide comparative analysis of legislations. *The Open Addiction Journal* 3, 117–130.
- Jansson, Iréne & Fridell, Mats (2003). *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*. SiS följer upp och utvecklar 1/03. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Jeanneau, Madeleine (2002). *Arbetsmiljö och behandlingskultur. Jämförelse mellan SiS-institutioner och andra vårdmiljöer*. Forskningsrapport nr 2/2002. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Johansson, Göran (2000). *Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst – exemplet Hornö*. Forskningsrapport nr 1/2000. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.

- Jonsson, R. (1972). *Missbruk och återfall, några aspekter på alkoholmissbruk.* (Doktorsavhandling) Sociologiska institutionen, Uppsala Universitet.
- Klingemann, Harald (1987). From controlling a wayward life to controlled therapeutic measures? Changes in Swiss commitment laws. *Contemporary Drug Problems* 14: 51–77.
- Kronberg, Marianne; Berglund, Mats & Thornqvist, K (2001). *LVM-vårdens effektivitet. En studie av 4 socialdistrikt med hög respektive låg frekvens av LVM-vård efter lagändringen 1994.* Malmö: Avdelningen för klinisk alkoholforskning, Lunds Universitet, Universitetssjukhuset MAS
- Lacasse, Yves; Martin, Sylvie; Simard, Serge & Desmeules, Marc (2005). Meta-analysis of silicosis and lung cancer. *Scandinavian Journal of Work Environment Health* 31(6): 450–458.
- Langenauer, Bernard J. & Bowden, Charles L. (1971). A follow-up study of narcotic addicts in the NARA program. *American Journal of Psychiatry* 128: 41–46.
- Lanza, Marilyn Lewis; Kayne, Herbert L.; Hicks, Carol & Milner, Joan (1994). Environmental characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing* 15: 319–35.
- Larsson, Jonas & Segraeus, Vera (2008). Tvångsvårdade och frivilligt vårdade män – en komparativ studie vid fem SiS-institutioner. *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift* 25: 187–204.
- Larsson-Lindahl, Marianne; Bokander, Bertil & Berglund, Mats (2007). *ESS – eftervård i SiS södra region.* Vetenskapligt möte SiS, Stockholm.
- Larsson-Lindahl, Marianne; Öjehagen, Agneta & Berglund, Mats (2009). The 2-year outcome of a quasi-experimental study of referral to coercive treatment for substance use disorders. Pending revision. *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Latimer, Jeff; Morton-Bourgon, Kelly & Chrétien, Jo-Anne (2006). *A Meta-Analytic Examination of Drug Treatment Courts: Do They Reduce Recidivism?* Toronto: Canada Department of Justice, Research and Statistics Division
- Lind, Bronwyn; Weatherburn, Don, & Chen, Shuling (2002). *New South Wales Drug Court Evaluation Program: Cost-Effectiveness.* New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research.

- Maddux, James F. (1988). Clinical experience with civil commitment. In: Leukefeld C.G. & Tims F.M. (Eds.) *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.
- Maddux, James F.; Berliner, A. & Bates, W.F. (1971). *Engaging Opioid Addicts in a continuum of services*. Behavioural Science Monographs. Forth Worth, TX: Texas Christian University Press.
- McGlothlin, William H. (1980). The Singapore heroin control programme. *Bulletin on Narcotics* 22: pp.1–14.
- Miller, William R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11: 147–172.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2002, 2nd ed.). *Motivational interviewing – Preparing people for change*. New York & London: Guilford Press.
- Moggi, Franz; Ouimette, Paige Crosby, Finney, John W. & Moos, Rudolf H. (1999). Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 60 (6): 856–866.
- Moos, Rudolf H. (1974). *Evaluating treatment environments – A social ecological approach*. New York, London, Sydney, Toronto: John Wiley & Sons, Inc.
- Moos, Rudolf H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction* 100(5):595–604.
- Möller, Kerstin; Gerdner, Arne & Oscarsson, Anita. (1998). *Rällsögården – 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar 1/98.
- Nordvall, Ulla-Karin & Thalén, Eva (1997). *Uppföljning av LVM-hemmet Lundens gravida missbrukare*. Lund: Lunden (Stencil).
- Nylander, Ingvar (1960). Children of alcoholic fathers. *Acta Paediatrica*, Suppl 121 (49).
- Oberlaender, Franklin A.; Platz, Werner E.; Mengerling, F. (1995). German mental health legislation and alcoholism treatment: results of a retrospective long-term study in a Berlin state

- mental health hospital. *Drug and Alcohol Dependence* 40: 165-171.
- O'Loughlin, F. & Webb, M. (1996). Controlled assessment of alcoholics admitted involuntarily to a general psychiatric hospital. *Irish Journal of Psychological Medicine* 13: 140-143.
- Palmstierna, Tom (1994). Tvång mot psykiskt sjuka inom missbrukarvården. *Socialmedicinsk Tidskrift* nr 10: 471-473.
- Palmstierna, Tom (2004). *Kvinnliga LVM-klienters våld på institution – En studie vid Lunden, Rebecka och Runnagården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar 3/04.
- Pescor, M.J. (1943). Follow-up study of treated narcotic drug addicts. *Public Health Report* (Supplement) 170.
- Porter, Lane; Arif, Awni E., & Curran, William J. (1986). *The law and the treatment of drug- and alcohol-dependent persons – A comparative study of existing legislation*. Geneva: World Health Organisation.
- Porter, Lane; Argandoña, Mario & Curran, William J. (1999). *Drug and alcohol dependence policies, legislation and programmes for treatment and rehabilitation*. Geneva: World Health Organisation, Substance abuse department, social change and mental health.
- Rindal Lundeberg, Ingrid; Mjåland, Kristian; Søvig, Karl Harald; Nilssen, Even & Ravneberg, Bodil (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sociale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Bergen: Rokkansenteret.
- Rosenberg, Chaim M. & Liftik, Joseph (1976). Use of coercion in the outpatient treatment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 37(1): 58-65.
- Saha, Suhanta; Chant, David & McGrath, John (2007). A systematic review off mortality in Schizofrenia. Is the differential mortality gap worsening over time? *Archive of Genetic Psychiatry* 64(10): 1123-1131.
- Sallmén, Björn (1999). *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. (Akademisk avhandling) Departments of Clinical Alcohol research and Psychology. University of Lund.

- Sallmén, Björn (2004). *Institutionsbaserad LVM-forskning – 12 år av forskning, utredning och utveckling vid Karlsvik*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar 4/04
- Sallmén, Björn & Berglund, Mats (1996). Eighteen-months follow-up of alcoholics in a coerced care setting. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 20(2): 77.
- Sallmén, Björn; Berglund, Mats; Bokander, Bertil. (1998). Perceived coercion related to psychiatric comorbidity and locus of control in institutionalized alcoholics. *Medicine and Law* 17: 381–391.
- SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, del 1 och del 2.
- Shanahan, Marian; Lancsar, Emily; Haas, Marion; Lind, Bronwyn; Wetherburn, Don & Chen, Sjuling (2004). Cost-effectiveness analysis of the New South Wales Adult Drug Court Program. *Evaluation Review* 28 (1): 3–27.
- Singleton, Jessica; Degenhardt, Louisa; Hall, Wayne & Zabransky, Tomas (2009). Mortality among amphetamine users: A systematic review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence* 105: 1–8.
- SiS (2002). *LVM-hem 2002, Regionindelning*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- SiS (2006). *Råd och anvisningar för SiS utredningar inom LVM-vården*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, Dnr 10-486-06
- SiS (2008a). *SiS kvalitetsrapporter 2008, en sammanfattning*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- SiS (2008b) *Riktlinjer för SiS samarbete med myndighetens brukarråd*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse. Daterat 2008-03-10
- SiS (2009). *Brukarrevision av Hornö LVM-hem*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- SiS (odaterat). *Med dialog och kartor som kompass höjs vårens kvalitet*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- SoS (2002). *Rättspsykiatrisk vård. Utvärdering – omvärdering*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SoS (2008). *Tvångsvården 2008 – Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SoS (2009). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1987:22). *Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget*. Slutbetänkande av Socialberedningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar, Socialdepartementet
- SOU (1994:29). *Barn, föräldrar, alkohol*. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Stockholm: Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar.
- SOU (2004:3). *Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Betänkande från LVM-utredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar, Socialdepartementet och Fritzes.
- Steiro, Asbjørn; Dalsbø, Therese Kristine; Ringerike, Tove; Hammerstrøm, Karianne Thune; Hofman, Bjørn (2009). *Tvangsbehandling av opioidavhengige*. Rapport nr 16. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Stenius, Kerstin (2008). Synliggör tvånget inom psykiatrin! *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift* 5: 335–336.
- Stephens, Richard & Cottrell, Emely (1972). A followup study of 200 narcotic addicts committed for treatment under the Narcotic Addict Rehabilitation Act (NARA). *British Journal of Addictions* 67: 45–53.
- Svensson, Bengt (2001). *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1, 2001. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Svensson, Bengt (2003). *Knarkare & plitar – Tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Teglund, Dan & Nilsson, Mats (1997). *Personlighet, psykisk störning och sociala bakgrundsfaktorer hos missbrukare på LVM-hem*. Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds Universitet. (Examensarbete, psykologlinjen)
- Turner, Susan; Longshore, Douglas; Wenzel, Suzanne; Deschenes, Elisabeth; Greenwood, Peter; Fain, Terry; Harrel, Adele; Morral, Andrew; Taxman, Faye; Iguchi, Martin; Greene, Judith & McBride Duane (2002). A decade of drug treatment court research. *Substance Use & Misuse* 37(12/13): 1489–1527.
- Tännsjö, Torbjörn (1994). *Tvång i vården*. Stockholm: Thales

- Vaillant, Georg E. (1966a). A twelve-year follow-up of New York addicts: 1. The relation of treatment to outcome. *American Journal of Psychiatry* 122: 727–737.
- Vaillant, Georg E. (1966b). The role of compulsory supervision in the treatment of addiction. *Federal Probation* 30: 53–59.
- Vito, Gennaro F. & Tewksbury, Richard A. (1998). The impact of treatment: The Jefferson county (Kentucky) drug court program. *Federal Probation* 62: 46–51.
- Wang, Wen (1999). Illegal drug abuse and the community camp strategy in China. *Journal of Drug Education* 29(2): 97–114.
- Ward, David A. (1979). The use of legal coercion in the treatment of alcoholism: a methodological review. *Journal of Drug Issues* 9: 387–398.
- Werb, Daniel; Elliot, Richard; Fischer, Benedict; Wood, Evan; Montaner; Julio & Kerr, Thomas (2007). Drug treatment courts in Canada: an evidenced-based review. *HIV/AIDS Policy & Law Review* 12 (2/3): 12–17.
- Wild, T. Cameron; Roberts, Amanda B. & Cooper, Erin L. (2002). Compulsory Substance Abuse Treatment: An overview of recent findings and issues. *European Addiction Research* 8: 84–93.
- WHO (1967). *Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs. Fourteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health*. Technical report series, No. 363. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2001). *Non-voluntary treatment of alcohol and drug dependence – a European perspective*. Report of the meeting in Moscow, Russia 22–23 April 1999. Copenhagen: World Health Organisation, Regional office for Europe.
- Worcel, Sonia D.; Furrer, Carrie, J.; Green, Beth L.; Burros, Scott W.M. & Michael W Finigan (2008). Effects of Family Treatment Drug Courts on Substance Abuse and Child Welfare Outcomes. *Child Abuse Review* 17: 427–443.
- Yohanes, Lena; Angelin, Lena; Giertz, Anders & Sward, Hans (2002). ”De kommer ut fräscha och fina” – Om tvång och hemlöshet. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, Forskningsrapport nr 4.

- Ågren, Gunnar (1990). Hur ser de LVM-vårdade missbrukarna ut? – Och hur förändras deras situation i samband med vården. I: *LVM-gruppen: Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården*. Delegationen för social forskning: 49–62. Socialdepartementet, Stockholm.
- Ågren, Gunnar (1994). *LVM-vård i Stockholm*. FoU-byrån. Stockholm: Stockholms socialförvaltning. (Stencil).
- Öjehagen, Agneta; Nordström, Annika; Nordström, Göran; Cruce, Gunilla, Eberhard, Sophia & Nehlin Gordh, Christina. (2008). *Var fjärde psykiatripatient är missbrukare av alkohol*. Dagens Nyheter, Opinion den 2008-12-04. Inhämtat från <http://www.dn.se/opinion/var-fjarde-psykiatripatient-ar-missbrukare-av-alkohol-1.471221>.

19 Missbrukets ekonomiska börda i Sverige

*Anna Häger Glenngård, doktorand och projektledare
Johanna Svensson, biträdande projektledare
Ulf Persson, fil. dr och verkställande direktör
Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi¹*

Sammanfattning

Denna översikt ger en sammanställning av samhällets kostnader på grund av missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning. De kostnader som alkoholmissbruk medför är relativt väl belysta i olika studier både i Sverige och internationellt. Vad gäller narkotikamissbrukets kostnader finns enstaka studier över specifika missbrukarpopulationer, medan sådana saknas helt för läkemedel- och dopningsmissbruk. Vi har gått igenom publicerad litteratur och sammanställt den ekonomiska bördan av missbruk med en så kallad top-down metod, det vill säga en sammanställning av aggregerade kostnader. Då publicerade studier saknas eller innehåller bristfällig information har vi kompletterat med uppgifter ur ”grå” litteratur, offentlig statistik och egna antaganden. På grund av bristfällig information var det inte möjligt att skatta kostnaderna till följd av läkemedels- och dopningsmissbruk. Missbruk av alkohol skattades till ca 49,3 miljarder kronor år 2008. Indirekta kostnader (produktionsbortfall vid sjukskrivning och för tidig död) står för ca 28 miljarder (57 procent). Statliga myndigheter bär ca 7 miljarder (14 procent) för bland annat rättsväsendet och förebyggande arbete. Socialtjänst och sjukvård bär ca 8 (16 procent) respektive 5 miljarder kronor (10 procent) av kostnaden. Missbruk av narkotika kostade ca 23,6 miljarder kronor. Denna kostnad fördelar sig på socialtjänst och sjukvård på samma sätt som för alkohol medan 27 procent av kostnaderna faller på statliga myndigheter och 42 procent utgörs av indirekta kostnader.

¹ Hans Wiklund och Mikael Sandlund i Missbruksutredningen dir. 2008:48 vid Socialdepartementet har bistått med värdefulla kommentarer och medicinsk expertis.

19.1 Bakgrund och syfte

Missbruksutredningen gör på regeringens uppdrag en översyn av den svenska missbruks- och beroendevården. I uppdraget ingår att pröva hur ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen kan tydliggöras och eventuellt förändras. Med missbruk avses i utredningen riskbruk, missbruk (skadligt bruk) eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning.

Kostnadsansvaret för de insatser som görs till individer med missbruksproblem bärs i Sverige av tre huvudmän. Grovt indelat är det kommunerna som bär kostnaden för socialtjänsten, och därmed för viss vård och behandling samt boende och sysselsättning. Landstingen bär kostnaden för hälso- och sjukvårdens insatser i form av vård och behandling. Staten bär kostnaden för Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse och Polisen. Dock är det kommunerna som bär kostnaden för vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), vilken staten bedriver genom Statens institutionsstyrelse. Forskning och arbete med förebyggande insatser (prevention) sker på alla nivåer. Vidare drabbar kostnader relaterade till missbruk individer och företag indirekt i termer av minskad produktion på grund av ökad sjuklighet och dödlighet till följd av missbruk.

I tidigare studier har kostnaden för olika typer av missbruk i Sverige kartlagts från olika utgångspunkter. Olika skattningar av samhällets kostnader relaterat till missbruk av alkohol har gjorts där resultaten skiljer sig kraftigt – mellan 20 och 156 miljarder kronor år 2002 i olika studier (Johansson m.fl. 2006; Jarl m.fl. 2006; Johnson 2006). Vad gäller narkotikamissbruk finns det skattningar för utgifter relaterat till olika typer av insatser och även uppskattningar av storleken på utgifter per enskild individ i aktivt missbruk vilka varierar beroende på typ av missbruk och kön. Till exempel beräknades en kvinna med tungt alkoholmissbruk kosta cirka 600 000 kronor år 2006 medan en man med heroinmissbruk kostade cirka 2 miljoner kronor samma år (Nilsson & Wadeskog 2006; Nilsson & Wadeskog 2008).

Uppgifter om kostnader relaterade till olika former av missbruk finns även att hämta i offentliga register. Socialstyrelsen redovisar till exempel i en årlig rapport statistik över kommunernas vård, stöd och behandling för målgrupperna vuxna med missbruksproblem och övriga vuxna inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg, baserat på statistiken från Sveriges officiella

statistik (SOS). Ovan nämnda studier och register redovisar olika delar av de totala kostnaderna relaterade till olika typer av missbruk i Sverige. Det finns dock inte någon rapport eller studie eller något register som redovisar en samlad bild av samhällets alla kostnader för missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel i Sverige. Kunskap om hela den ekonomiska bördan av missbruk i Sverige liksom i de flesta andra länder är därmed okänd.

19.1.1 Syfte

Syftet med föreliggande studie är att göra en översikt av den ekonomiska bördan av missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel i Sverige, baserat på tillgänglig litteratur och statistik. Mer specifikt är syftet att:

- sammanställa befintlig litteratur inom området baserat på en litteraturgenomgång av svensk och internationell litteratur;
- skatta den årliga ekonomiska bördan av missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel i Sverige uppdelat på olika huvudmän genom både en top-down och en bottom-up metod;
- skatta den förväntade kostnaden för ett antal typfall av individer med missbruk; samt
- identifiera de luckor i tillgänglig information som behöver fyllas för att kunna göra en fullständig översikt av samhällets kostnader för missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning.

19.1.2 Antal personer i missbruk

Det finns inte någon heltäckande statistik över antalet missbrukare av narkotika, alkohol, dopning och läkemedel i Sverige. I tabell 1 redovisas de senaste uppgifterna vad gäller antal missbrukare enligt Missbruksutredningen (2010). Enligt tidigare sammanställningar finns uppgifter om att omkring 26 000 individer är tunga narkotikamissbrukare (SOU 2005:82). För alkohol anges i olika källor att mellan 300 000 och 400 000 har ett missbruk av alkohol och att mellan 100 000 och 200 000 individer har ett högriskbruk (SOU 2005:82; Johansson m.fl. 2006).

Tabell 1 Prevalens, missbruk och beroende i Sverige

Typ av missbruk	Andel	Antal
Alkohol		
Riskabel konsumtion		900 000
Skadligt bruk		700 000
Beroende		330 000
Narkotika		
Riskabel konsumtion		77 000
Beroende		29 500
Läkemedel		
Skadligt bruk		65 000
Dopningsmedel		
Riskabel konsumtion någon gång	1 procent	
Skadligt bruk och beroende		10 000
Blandmissbruk		
Tungt narkotika och alkohol	40 procent	

Källa: Missbruksutredningen 2010

19.2 Metod, data och avgränsningar

Ett brett samhällsligt perspektiv antas i studien varvid ett försök görs att inkludera alla kostnader relaterade till missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning, oavsett vem som betalar. I sjukdomskostnadskalkyler (Cost of Illness – COI) delas kostnaderna upp i direkta, indirekta och intangibla kostnader. Vanligen avgränsas beräkningarna till att endast inkludera kostnader som kan uppskattas med hjälp av existerande enhetspriser, det vill säga intangibla kostnader exkluderas (Schmidt & Andersson 2008).

Direkta kostnader inkluderar direkta medicinska kostnader för sluten och öppen vård, läkemedel samt direkta icke-medicinska kostnader. Vanligen antas en prevalensansats för de direkta kostnaderna, varvid dessa beräknas för en period av ett år. För att kostnadsberäkna vårdtillfällen från nationella register har vi ibland behövt göra antaganden om vilken typ av vård det rört sig om eller hur stor andel som kan tillskrivas alkohol, narkotika, läkemedel respektive dopningsmissbruket. I de fall där ett register både innehåller uppgifter för alkohol och narkotika (till exempel statistik över socialtjänstens insatser) har vi delat upp kostnaden mellan de

båda missbruksslagen genom att anta att 65 procent kan hänföras till missbruk av alkohol och 35 procent till narkotika, enligt den skattning som gjorts i Jarl m.fl. (2008). Mäns och kvinnors missbruk skiljer sig i fråga om kostnader, resursutnyttjande och antal. I de fall vi har bedömt det befogat har vi därför viktat kostnadsberäkningarna efter kön.

Om ett samhällsperspektiv antas i studien ska indirekta kostnader inkluderas. Dessa omfattar alternativkostnaden för den tid som individer förlorar till följd av morbiditet och mortalitet på grund av den studerade sjukdomen (dödsfall, sjukskrivning, förtidspensionering). Att individers tid är en begränsad resurs för vilken det finns en alternativkostnad är allmänt accepterat inom ekonomisk teori (Schulper 2001). Denna alternativkostnad utgörs i COI studier vanligen av produktionsbortfallet, det vill säga av en värdering av den produktion av varor och tjänster som en individ skulle kunna ha producerat om individen hade varit frisk. Kostnader för transfereringar som sker inom socialförsäkringen (arbetslöshetsersättning, sjukersättning etc.) inkluderas inte eftersom det skulle medföra en dubbelräkning av kostnaderna då dessa ingår i skattningen av produktionsbortfallet. Värderingen av de indirekta kostnaderna vid för tidig död eller förtidspension beräknas som nuvärdet av det framtida produktionsbortfallet som antas uppstå under återstoden av en persons livstid. Vid ett utträde ur arbetskraften som inte är permanent, såsom vid sjukskrivning eller fängelsevistelse beräknas värdet på de indirekta kostnaderna för den aktuella perioden.

Vid redovisningen av de förväntade kostnaderna för ett antal typfall beräknas kostnaderna för den återstående livstiden för en man eller kvinna med ett visst missbruk (till exempel alkohol, heroin, eller dopning) i en viss ålder. I denna redovisning används således en incidensansats där de framtida förväntade kostnaderna relaterade till missbruk diskonteras över personens återstående livstid.

19.2.1 Data

Data inhämtas från publicerade rapporter och artiklar samt offentliga register och databaser.

19.2.2 Avgränsningar och definitioner

Sammanställningen av den ekonomiska bördan av missbruk baseras uteslutande på befintlig information om resursförbrukning relaterat till missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning i Sverige. Inga primärdata samlas in inom ramen för rapporten. Vidare är sammanställningen baserad på information om *missbruk* av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Missbruk används här som ett samlingsbegrepp för riskbruk, missbruk (skadligt bruk) och beroende (jfr Missbruksutredningen 2009, s. 43–48). Inga positiva hälsoeffekter förknippade med intag av alkohol eller läkemedel beaktas i studien.

19.3 Resultat av litteraturgenomgång

19.3.1 Internationella studier

Resultatet från litteraturgenomgången presenteras i tabell 2 och 3. I tabell 2 redovisas alla publicerade forskningsöversikter och i tabell 3 redovisas alla publicerade originalstudier. Endast studier som är skrivna på engelska finns med i tabellerna. Litteratursökningen är främst gjord i PubMed, med en kompletterande litteratursökning i CINAHL och Psycinfo.

Tabell 2 Publicerade litteraturgenomgångar avseende kostnader för missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel

Land	Författare	År	Typ av missbruk
USA	French, Martin	1996	Narkotika
Europa	Andlin-Sobocki, Rehm	2005	Alkohol och narkotika
Internationell	Simon m.fl.	2005	Alkohol
Internationell	Baumberg	2006	Alkohol
Internationell	Cartwright	2008	Alkohol
Internationell	Rehm m.fl.	2009	Alkohol
USA	Strassels	2009	Läkemedel – opioider
Internationell	Thavorncharoensap m.fl.	2009	Alkohol

Litteratursökning 2009-11-05 samt 2010-02-16

19.3.2 Sökstrategi

Som söktermer användes begreppen ”cost of illness”, ”economic burden”, ”societal cost” samt ”cost of” i kombination med ”alcoholism”, ”illicit drug abuse”, ”narcotic drug abuse”, ”prescription drug abuse”, ”opioids”, ”heroin”, ”cannabis abuse”, ”amphetamine”, ”cocaine” samt ”doping”.

Det mesta av den existerande litteraturen om samhällets kostnader för missbruk handlar om alkohol och alkoholism. Vi hittade inte en enda studie om de samhällsekonomiska konsekvenserna av dopning eller andra läkemedel än smärtstillande (opioider).

Tabell 3 Publicerade originalartiklar avseende kostnader för missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel

Land	Författare	År	Typ av missbruk	Kostnadsperspektiv	Resultat	Valuta	% av BNP
Japan	Nakamura m.fl.	1993	Alkohol	Samhällskostnader	4 257 miljarder	JPY 87	1,2
USA	Rice	1993	Alkohol	Samhällskostnader	98,6 miljarder	USD 1990	1,7
Finland	Salomaa	1995	Alkohol	Samhällskostnader	12,8–21,9 miljarder	FIM 90	19,3
UK	McKenna m.fl.	1996	Alkohol	Hälsa- och sjukvårdskostnader	1 134/patient	GDP 94	
Västtyskland	Brecht m.fl.	1996	Alkohol	Samhällskostnader	5 975 miljoner	DM 90	0,5
Nya Zeeland	Devlin m.fl.	1997	Alkohol	Samhällskostnader	1–4 miljoner	NZ 91	0,003
UK	Coyle m.fl.	1997	Opioider	Budget (klinik-baserad studie)	944/patient	GDP 92/93	
		1997	Alkohol		335/patient	GDP 92/93	
		1997	Stimulantia		435/patient	GDP 92/93	
		1997	Bensodiazepiner		707/patient	GDP 92/93	
		1997	Cannabis		208/patient	GDP 92/93	
		1997	Lösningssmedel		455/patient	GDP 92/93	
		1997	Entaktogener		325/patient	GDP 92/93	
USA	Harwood m.fl.	1998	Alkohol	Samhällskostnader	162 246 miljoner	USD 92	2,6
UK	Healey m.fl.	1998	Narkotika	Direkta samhällskostnader	11 404 miljoner	GDP 95/96	1,6
Canada	Single m.fl.	1998	Alkohol	Samhällskostnader	7 522 miljoner	CAD 92	1,1
			Narkotika		1 371 miljoner	CAD 92	0,2
Ontario, Canada	Xie m.fl.	1998	Alkohol	Samhällskostnader	2 261 miljoner	USD 92	1,0

USA	Cartwright	1999	Narkotika	Samhällskostnader	109 832 miljoner	USD 95	1,5
USA	Harwood m.fl.	1999	Alkohol	Samhällskostnader	148 miljarder	USD 92	2,4
		1999	Droger		97,6 miljarder	USD 92	1,6
USA	Cartwright	2000	Kokain	Samhällskostnader	45 469 miljoner	USD 95	0,6
USA	Mark m.fl.	2001	Heroin	Samhällskostnader	21 872 miljoner	USD 96	0,3
Frankrike	Reynaud m.fl.	2001	Alkohol	Hälso- och sjukvårdskostnader	2 297–2 736 miljoner	USD 96	1
Scotland	Varney, Guest	2002	Alkohol	Samhällskostnader	1 071 miljoner	GDP 02	0,1
Spanien	Garcia-Altes m.fl.	2002	Narkotika	Samhällskostnader	468 miljoner	USD 97	14,1
Frankrike	Fenoglio m.fl.	2003	Alkohol	Samhällskostnader	115 421 miljoner	FF 97	9,1
		2003	Narkotika		13 350 miljoner	FF 97	1,1
USA	White m.fl.	2005	Läkemedel – opioider	Hälso- och sjukvårdskostnader	15 884/beroende	USD 03	
USA	Birnbaum m.fl.	2006	Läkemedel – opioider	Samhällskostnader	8,6 miljarder	USD 01	0,1
Sverige	Jarl m.fl.	2006	Alkohol	Samhällskostnader	29 miljarder	SEK 02	1,2
Sverige	Ramstedt	2006	Droger	Direkta samhällskostnader	737 miljoner	EUR 02	0,3
Tyskland	Konnopka, König	2007	Alkohol	Samhällskostnader	24 398 miljoner	EUR 02	1,1
Kanada	Rehm m.fl.	2007	Alkohol	Samhällskostnader	14,8 miljarder	CAD 02	1,3
		2007	Droger		8 miljarder	CAD 02	0,7
Kalifornien, USA	Rosen m.fl.	2008	Alkohol	Samhällskostnader	38,5 miljarder	USD 05	2,4
Estland	Saar	2009	Alkohol	Samhällskostnader	200 miljoner	EUR 06	1,6

För kolumnen % av BNP har resultatet (i förekommande fall omräknat till landets valuta) delats med jämförelseårets BNP mätt i lokal valuta. Uppgifter om nominell BNP tas från OECD Health Data 2009, från Bureau of Economic Analysis – Regional Economic Accounts samt från, Litteratursökning 2009-11-05 samt 2010-02-16

19.3.3 Resultat från tidigare svenska studier

Kostnader förknippade med missbruk i Sverige har studerats ur olika perspektiv i ett flertal rapporter. I detta avsnitt presenterar vi ett antal studier mer detaljerat då skattningarna i kapitel 4 och 5 till stor del bygger på dessa resultat.

Nilsson och Wadeskog (2008) redovisar aktörsvisa årliga utgifter för individer med olika typer av missbruk. De totala utgifterna varierar beroende på typ av missbruk och kön, från

knappt 600 000 för en kvinna med alkoholmissbruk till knappt 2 miljoner för en man med heroinmissbruk. Endast direkta kostnader inkluderas, det vill säga produktionsbortfall till följd av dödlighet och sjuklighet inkluderas inte. Däremot inkluderas en del av de utgifter som ingår i socialförsäkringen, nämligen kostnader för försäkringskassa och arbetsförmedling. Studien fokuserar på kostnader för individer med dokumenterat tungt missbruk av heroin, amfetamin och alkohol.

Tabell 4 Aktörsvisa årskostnader (kronor) för olika sorters missbruk 2006

	Heroin man	Heroin kvinna	Amfetamin man	Amfetamin kvinna	Alkohol man	Alkohol kvinna
Arbetsförmedling	32 056	26 667	21 278	67 833	19 667	38 667
Försäkringskassa	77 167	164 333	67 833	146 000	98 333	125 000
Kommun	138 500	385 667	192 883	389 917	191 000	228 500
Landsting	66 567	75 300	53 400	58 667	115 167	93 000
Rättsväsende	945 853	601 185	534 890	523 430	184 583	87 015
Övriga	720 000	373 333	800 000	266 667	26 667	0
	1 980 143	1 626 485	1 670 235	1 414 180	635 417	572 182

Källa: Nilsson och Wadeskog 2008.

I ett par rapporter från SoRAD vid Stockholms universitet redovisas samhällets totala kostnader för alkohol på två sätt, dels netto där alkoholens positiva hälsoeffekter beaktas och dels brutto där de positiva hälsoeffekterna inte beaktas (se Johansson m.fl. 2006 samt Jarl m.fl. 2008). Nettokostnaden beräknas vara 20 330 miljoner kronor år 2002. Socialtjänstens kostnader inkluderar såväl vård av vuxna med missbruksproblem som kostnader för barn och unga orsakade av föräldrars missbruk. Alkoholmissbruk medför en större risk att insjukna i, samt dö av vissa sjukdomar. SoRAD beräknar sjukvårdskostnader genom att utifrån dessa ökade risker beräkna "alcohol attributable fractions" av sjukvårdsresurserna. På liknande sätt applicerades den relativa risken för att dö i förtid i respektive diagnos på grund av missbruk av alkohol på antalet avlidna i respektive diagnos för år 2002 då antalet dödsfall beräknas. Produktionsbortfallsberäkningarna är avgränsade till att inkludera värdet av förvärvsarbete och därmed inte inkludera något värde för hemarbete.

Tabell 5 Alkoholens totala kostnad 2002, miljoner kronor

	Kostnader	
	Netto	Brutto
Hälsa- och sjukvård	2 189	3 292
Sociala myndigheter	4 364	4 364
Kriminalitet exkl. produktionsbortfall	2 850	2 850
Forskning och förebyggande	479	479
<i>Produktionsbortfall på grund av</i>		
Dödsfall	3 069	8 520
Förtidspensionering	2 423	3 177
Brottslighet	614	614
Lång sjukfrånvaro	3 167	4 908
Kort sjukfrånvaro	1 175	1 175
Totalt	20 330	29 379

Källa: Johansson m.fl. 2006.

I en rapport från Socialstyrelsen (2010) redovisas samhällets direkta kostnader för alkohol och narkotika skattade till 29 621 miljoner kronor år 2003, se tabell 6. I beräkningarna beaktas därmed inte de indirekta kostnaderna för produktionsbortfall. Transfereringar såsom ekonomiskt bistånd och sjukpenning ingår inte heller i beräkningarna, däremot ingår kostnader för administration av ekonomiskt bistånd och sjukpenning för försäkringskassan och arbetsförmedlingen. För kommunerna redovisas kostnader för insatser inom socialtjänsten, skolverksamheten samt räddningstjänsten. För landstingen redovisas kostnader för öppen och sluten vård samt tandvård och övriga verksamheter. För staten redovisas olika myndigheters kostnader för förebyggande arbete och brottslighet förknippat med missbruk av alkohol och narkotika. Kostnader för förebyggande insatser redovisas för Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Brottsförebyggande rådet, Vägverket, länsstyrelserna och Regeringskansliet. Kostnader för brottslighet och vård enligt LVU, LVM och SoL redovisas för Statens institutionsstyrelse, Brottsoffermyndigheten, Domstolsväsendet, Kriminalvården, Polisen, Rättsmedicinalverket och Åklagarväsendet.

Tabell 6 Samhällets direkta kostnader för alkohol och narkotika 2003, miljoner kronor

	Kostnader
Kommunerna totalt	10 066
Socialtjänst inklusive ekonomiskt bistånd	7 995
Skolverksamhet	1 061
Räddningstjänst	1 010
Landstingen totalt	4 516
Specialiserad slutenvård	1 960
Specialiserad öppenvård och primärvård	2 050
Tandvård & övriga verksamheter	506
Staten totalt	12 413
Försäkringskassan	1 358
Arbetsförmedlingen	965
Brottslighet och vård/omvårdnad	9 224
Förebyggande insatser	320
Tull och räddningsverk	546
Privata sektorn totalt	2 626
Försäkringar	2 485
Frivilligorganisationer	274
Företagshälsovård	67
Totalt	29 621

Källa: Socialstyrelsen 2010.

Ramstedt (2002) redovisar en sammanställning av samhällets utgifter för narkotika (drug policy expenditures). Eftersom det råder en del osäkerhet i de data som beräkningarna baseras på redovisas förutom en baslinjeskattning även en låg och en hög skattning. Utgifterna beräknas till mellan 4 och 10 miljarder, varav utgiften för rättsväsendet utgör den största delen (se tabell 7). Då transfereringar från arbetsförmedlingen och försäkringskassan inkluderas beräknas kostnaden till mellan 6 och 12 miljarder per år. Utgiftsberäkningen för socialtjänstens insatser är avgränsad till att inkludera vård av vuxna med missbruksproblem. Därmed exkluderas utgifter för barn och unga orsakade av föräldrars missbruk.

Tabell 7 Skattning av utgifter för narkotika (drug policy expenditures) 2002, miljoner kronor

	Utgifter, baseline	Låg skattning	Hög skattning
Socialtjänst & Hälso- och sjukvård	1 618	1 136	2 091
Rättsväsende	5 000	2 864	7 182
Förebyggande insatser	73	73	73
Skademinimiering	9	9	9
Totalt exklusive transfereringar	6 700	4 091	9 355

Källa: Ramstedt 2002.

Vi har inte hittat några publicerade svenska studier om samhällets kostnader till följd av läkemedelsberoende. Däremot har Elisabeth Fritz beräknat kostnader för ett urval av de patienter som behandlats inom TUB-projektet vid sjukhuset i Varberg 1995–1998 (se tabell 8).

Tabell 8 Skattning av kostnader (kronor) per patient i behandling för läkemedelsberoende 1995–1998

	Året före behandling	Under behandling	Året efter behandling
Hälso- och sjukvård	530 200	60 100	900
Produktionsbortfall	315 800	249 500	45 100
Totalt	846 000	309 700	46 100

Källa: Fritz 1999.

I dagens penningvärde motsvarar den totala kostnaden för året före behandling, under behandling och efter behandling 986 600, 361 000 respektive 53 700 kr. Detta kan jämföras med kostnadsberäkningarna på en fallstudie som gjordes av Jan Albinsson och Lena Westin 1996. De har ingående intervjuat en av patienterna om hans sjukvårdskonsumtion och arbetssituation under det år då han behandlades och de fyra föregående åren. I rapporten påpekar de även att denne patient inte kan anses representativ för läkemedelsberoende i allmänhet då de flesta är kvinnor, något äldre och har varit beroende av läkemedel i fler år. Efter avgiftningen uppges patienten ha gått tillbaka till heltid på jobbet. Sjukvårdskostnaderna bestod i huvudsak av kontakter med psykiatrin som upphört efter avgiftningen. I tabell 9 presenteras resultaten, rensade för transfereringar i 1995 års penningvärde. I 2008 års penningvärde motsvaras

den totala kostnaden för ett av hans år i beroende cirka 337 500 och avgiftningstiden cirka 444 600 kronor.

Tabell 9 Kostnader för en av patienterna vid KILEN (kronor, 1995), per år som beroende och under cirka ett år med avgiftning

	Genomsnitt av fyra sista åren som beroende	Avgiftningstiden
Hälso- och sjukvård	123 780	252 500
Produktionsbortfall	163 215	125 636
Totalt	286 995	378 136

Källa: Albinsson och Westin 1996.

Vi har inte hittat några studier som behandlar kostnader till följd av dopningsmissbruk för Sverige eller internationellt.

19.4 Kostnader för missbruk i Sverige

Samhällets kostnader relaterade till missbruk av alkohol, narkotika, dopning och läkemedel fördelar sig på olika huvudmän. Kommunerna bär kostnaden för socialtjänstens insatser för vård- och stödinsatser till alkohol- och narkotikamissbrukare samt kostnader för barn och unga orsakade av missbruk. Landstingen bär hälso- och sjukvårdskostnaden för behandling av missbrukare. Staten bär kostnaden för rättsväsende avseende brott relaterat till missbruk. Kostnaden för forskning kring missbruk och dess konsekvenser fördelar sig på samtliga huvudmän. Identifierade kostnader som bärs privat av företag och individer är främst kostnader för företagshälsovård och privata försäkringar. Vidare bär kommuner, landsting och staten tillsammans kostnaderna för det produktionsbortfall som sker till följd av dödlighet och sjuklighet förknippat med missbruk.

Vid beräkningar eller sammanställningar över samhällets totala kostnader på något område finns det två huvudmetoder, dels en så kallad "top-down" ansats och dels en så kallad "bottom-up" ansats. Den första ansatsen innebär att aggregerad data över resurskonsumtion samlas från olika offentliga register och sedan fördelas på olika grupper. Den andra ansatsen innebär att man utgår direkt från de aktuella patienterna och sedan multiplicerar kostnaden per individ med det totala antalet aktuella individer eller patienter.

Det finns olika metoder för att skatta samhällets kostnader till följd av missbruk. Som framgår av litteraturoversikten i kapitel 3 finns det stora skillnader i möjligheten att på ett precist sätt skatta kostnader för de olika missbruksslagen. För alkoholmissbruk finns flera publicerade studier som detaljerat beskriver sjuklighetsrisker, kostnader och resursutnyttjande medan det inte finns en enda kostnadsstudie för dopning som vi kan använda oss av. På grund av den begränsade litteraturen kring dopningens och läkemedelsmissbrukets kostnader kommer tyngdpunkten ligga på alkoholens och narkotikans kostnader. I den här studien strävar vi efter att använda en metod som går att applicera på både kostnader till följd av alkohol och narkotika.

19.4.1 Kostnader med en top-down ansats

I tabell 10 redovisas en sammanställning av de olika kostnaderna förknippade med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel i Sverige som är möjliga att redovisa baserat på befintlig litteratur, information i register samt kompletterande egna antaganden.

I sammanställningen över alkohol och narkotika används en top-down ansats baserat på information i offentliga register och tidigare publiceringar samt egna antaganden där information saknades. Dock fann vi inte tillräckligt med information för att kunna göra en liknande sammanställning för läkemedel och dopning. I vissa register ingår dopning och läkemedel i definitionen av narkotika, vilket indikeras i tabellen. Källor och antaganden som ligger till grund för sammanställningen redovisas under tabellen samt i styckena ”Socialtjänstens kostnader”, ”Sjukvårdens kostnader”, ”Kostnader för rättsväsende och forskning” samt ”Kostnader för produktionsbortfall”. Redovisningen är baserad på kostnader i 2008 års prisnivå med undantaget för produktionsbortfall där kostnaden är uppräknad till 2008 från 2005 års prisnivå med BNP-index.

Som framgår av tabell 10 faller den ekonomiska bördan för missbruk i Sverige i ungefär lika stor utsträckning på kommunerna som på de statliga myndigheterna vad gäller alkohol medan landstingens kostnader är betydligt mindre. För narkotika är kostnaden för statliga myndigheter dubbelt så stor som kostnaden för kommunerna, vilken i sin tur är dubbelt så stor som kostnaderna

för landstingen. Den största kostnadsposten är den för produktionsbortfall på grund av mortalitet, morbiditet och brott för både alkohol och narkotika. Notera att de stora kostnaderna för produktionsbortfall till viss del beror på att livstidskostnader nuvärdesberäknats för förtidspension och för tidig död. Vad som också kan noteras är att kostnaderna för de resurser som läggs på förebyggande insatser är en bråkdel av de resurser som tas i anspråk för vård och omvårdnad inom socialtjänsten, sjukvården och rättsväsendet.

Kostnaderna som redovisas i tabell 10 är vår sammanställning av samhällets bruttokostnader för missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning med top-down ansats.

Tabell 10 Kostnader för missbruk av alkohol, narkotika, dopning och läkemedel (miljarder SEK 2008)

	Alkohol	Narkotika	Dopning	Läkemedel
Socialtjänstens kostnader, totalt	8,01	4,05		
Socialtjänst, vuxna	4,03	2,17	Ingår i narkotika	Ingår i narkotika
varav institutionsvård/boende	1,75	0,95		
varav öppna insatser	2,28	1,23		
Socialtjänst, barn & ungdom	3,06	1,65	Ingår i narkotika	Ingår i narkotika
varav institutionsvård/boende	2,20	1,18		
varav öppna insatser	0,86	0,46		
Skolverksamhet	0,92	0,23	Okänt	Okänt
varav förebyggande insatser	0,43	0,11		
varav elevvård	0,49	0,12		
Sjukvårdens kostnader, totalt	4,97	1,90		
Läkemedel vid beroende	0,03	0,14	Okänt	Okänt
Primärvård	0,55	0,14	Okänt	Okänt
Specialiserad öppen vård	1,31	0,37	Okänt	Okänt
Specialiserad sluten vård	3,08	1,28	Okänt	Ingår i narkotika
Statliga myndigheter, totalt	6,93	6,48		
Försäkringskassa	1,17	0,29	Okänt	Okänt
Arbetsförmedling	0,83	0,21	Okänt	Okänt
Tull och räddningsverk	0,30	0,30	Okänt	Okänt
Forskning och förebyggande	0,17	0,17	Okänt	Okänt
Rättsväsende (brott & vård/omvårdnad)	4,46	5,51	Okänt	Okänt

Privat sektor, totalt	1,30	1,26		
Försäkringar	1,24	1,24	Okänt	Okänt
Företagshälsovård	0,06	0,01	Okänt	Okänt
Indirekta kostnader, totalt	28,07	9,91		
Dödsfall	17,39	6,00	Okänt	Okänt
Förtidspensionering	3,73	1,28	Okänt	Okänt
Sjukskrivning	6,29	1,57	Okänt	Okänt
Brott/fängelse (gärningsmän)	0,66	1,06	Okänt	Okänt
Summa/totalt	49,3	23,6		

Socialtjänstens och sjukvårdens kostnader enligt uppgifter under rubrikerna "socialtjänstens kostnader" och "sjukvårdens kostnader". Skolverksamhet enligt Socialstyrelsen 2010 för år 2003 uppräknat med KPI till 2008, antagit 80 procent alkohol och 20 procent narkotika eftersom relationen antal alkoholmissbrukare/narkotikamissbrukare är cirka 4:1 (se stycket "Antal personer i missbruk").

Läkemedel vid alkoholberoende (disulfiram, akamprosat, naltrexon) och narkotikaberoende (metadon, buprenorfin, subuxone) enligt Apotekets läkemedelsstatistik 2008.

Statliga myndigheters insatser enligt Socialstyrelsen 2010 för år 2003 (se tabell 6), uppräknat med KPI till 2008.

Antagit 80 procent alkohol och 20 procent narkotika för arbetsförmedling och försäkringskassa som ovan. Antagit rättsväsende för narkotika enligt Ramstedt 2002 uppräknat med KPI till 2008 och resterande del alkohol. Antagit 50 procent narkotika och 50 procent alkohol för förebyggande insatser och tull & räddningsverk i enlighet med fördelningen för rättsväsende.

Privat sektor enligt Socialstyrelsen 2010 för år 2003 (se tabell 6) uppräknat med KPI, antagit 50 procent narkotika och 50 procent alkohol för försäkringskostnader och 80 procent alkohol och 20 procent narkotika för företagshälsovård.

Produktionsbortfall, alkohol på grund av mortalitet, förtidspensionering och brott enligt tabell 14; sjukskrivning enligt Johansson m.fl. 2006, uppräknat med BNP-index till 2008.

Produktionsbortfall, narkotika på grund av mortalitet, förtidspensionering och brott enligt tabell 14. Sjukskrivningar narkotika, antar 25 procent av siffran för alkohol eftersom relationen antal alkoholmissbrukare/narkotikamissbrukare är cirka 4:1.

19.4.2 Socialtjänstens kostnader

Missbruk kan orsaka kostnader för socialtjänsten dels genom insatser riktade mot missbrukaren själv, och dels genom insatser för missbrukarens familj på grund av missbruket. Socialtjänstens kostnader för vård av vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare uppgick till 6,2 miljarder 2008 (enligt Kommunernas räkenskaps-sammandrag 2008). Socialtjänstens kostnader för barn och unga uppgick år 2008 till 14 miljarder. Av kostnaderna för barn och unga kan 28 procent antas vara orsakade av missbruk av alkohol och narkotika (Johansson m.fl. 2006). I statistiken är kostnaderna inte uppdelade på missbruksslag. SoRAD (Johansson m.fl. 2006) antar att 65 procent av kostnaderna kan tillskrivas alkoholmissbruk och resterande 35 procent narkotikamissbruk, ett antagande vi även använder i denna skattning.

I registerdata över socialtjänstens frivilliga insatser mot missbruk ingår dopning och läkemedelsberoende i definitionen av missbruk tillsammans med alkohol och narkotika. I register över socialtjänstens tvångsvård ingår dopning och läkemedel i narkotikabegreppet. Vi har däremot inte hittat några skattningar på hur stor del av socialtjänstens resurser vid missbruk som orsakas av dopningsmissbruk respektive läkemedelsmissbruk. Utifrån beskrivningar av klinisk praxis vid behandling av personer med läkemedelsberoende hanteras de vanligtvis inom ramen för sjukvården. Svårare fall av läkemedelsberoende kan dock behöva institutionsbehandling genom socialtjänstens försorg (jfr. Missbruksutredningen 2010, rapport, arbetsgruppen läkemedelsberoende).

19.4.3 Sjukvårdens kostnader

Missbruk kan behandlas med vissa läkemedel, såsom Akamprosat och Metadon. Då missbruk är den enda godkända indikationen för dessa läkemedel kan hela kostnaden för dem tillräknas missbruket. Det är dock möjligt att bruk av andra läkemedel ökar på grund av missbruk vilket innebär en underskattning av kostnaderna för läkemedel till följd av missbruk.

Information om sjukvårdens resurser för vård av missbrukare i Sverige finns i Socialstyrelsens slutenvårdsregister (medelvårdtid, antal vårdtillfällen). Enhetspriser tas från SKL:s statistik över genomsnittskostnader för besök i primär- och öppenvård samt vårdtillfälle i slutenvården, se tabell 11. Med vårdtillfälle inom slutenvården avses inskrivning i slutenvården bestående av ett visst antal vård dagar.

Tabell 11 Enhetskostnader för hälso- och sjukvården, SEK 2008.

Typ av vård	Kostnad, SEK 2008
Specialiserad somatisk öppenvård	2 636 per vårdkontakt
Specialiserad psykiatrisk öppenvård	3 786 per vårdkontakt
Primärvårdsbesök allmänläkare	1 201 per vårdkontakt
Specialiserad somatisk slutenvård	43 562 per tillfälle
Specialiserad psykiatrisk slutenvård	92 437 per tillfälle

Källor: Statistik om hälso- och sjukvården samt regional utveckling 2008 Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, SKL 2009 samt samtal med Siv-Mari Lindquist, SKL.

Alkohol- och narkotikaindex är en del av slutenvårdsregistret där diagnoser tydligt orsakade av missbruk samlas. Notera att det troligtvis innebär en betydande underskattning av de sanna kostnaderna att använda endast dessa register då endast direkt missbruksrelaterade diagnoser finns med trots att missbruket ger ökad risk för andra sjukdomar såsom vissa former av cancer. I sammanställningen i tabell 12 är kostnaderna för slutenvård uppdelade på fall med diagnosen alkoholindex och narkotikaindex (medicinska och psykiatriska sjukdomar till följd av missbruket) och akuta skador (trauman till följd av missbruket, till exempel fall- och trafikolyckor). En liknande uppdelning görs i SoRADs rapport om kostnader till följd av alkohol (Johansson m.fl. 2006). I Socialstyrelsens slutenvårdsregister där alkohol- och narkotikaindex ingår som två diagnoser avses *medicinsk* vård (10–15 procent av vårdtillfällena) och *psykiatrisk* vård (85–90 procent av vårdtillfällena). Skador (trauma) till följd av missbruk ingår inte i statistiken. Enligt Socialstyrelsen (2010), SoRAD (Johansson m.fl. 2006) samt en genomgång av de olika diagnoserna som ingår i narkotika- och alkoholindex utgörs vårdtillfällena på grund av *skador och trauma* av mellan 5 och 15 procent av somatisk vård och resterande del av psykiatrisk. Eftersom statistik över kostnaden per vårddygn i slutna psykiatrisk vård saknas har vi viktat kostnaden per slutenvårdstillfälle (tabell 12) enligt kostnaden per vårdtillfälle för somatisk (15 procent) respektive psykiatrisk (85 procent) vård.

Vi har antagit samma fördelning mellan somatisk och psykiatrisk vård även i den specialiserade öppna vården. För den slutna vården har vi vidare minskat kostnaden per vårdtillfälle för alkoholindex med 40 procent eftersom den genomsnittliga vårdtiden för alkoholindex är 40 procent lägre än för narkotikaindex. För primärvården finns inga uppgifter om antal besök för narkotikamissbrukare men vi antar att de har samma antal primär- som öppenvårdsbesök.

Tabell 12 Kostnad per slutenvårdstillfälle för alkohol och narkotika, SEK 2008

	Alkoholindex	Alkohol, skador ¹	Narkotikaindex	Narkotika skador ¹
Kostnad per tillfälle slutenvård	51 063	43 562	85 106	43 562

¹Antar kostnad enligt genomsnittligt tillfälle somatisk vård.

Tabell 13 Sjukvårdskostnader exklusive läkemedel förknippat med alkohol och narkotika

	Alkohol		Narkotika	
	Tusen tillfällen	Kostnad tkr, 2008	Tusen tillfällen	Kostnad tkr, 2008
Primärvård, somatik & psykiatri	459,2	551 499	58,3	69 958
Primärvård, skador	0,7	841	58,3	69 958
Öppenvård, somatik & psykiatri	256,1	1 003 669	58,3	220 724
Öppenvård, skador	116,9	308 148	58,3	153 547
Slutenvård, somatik & psykiatri	49,2	2 512 300	11,7	994 740
Slutenvård, skador	13	566 306	5,8	252 660
Sjukvården totalt exkl. läkemedel	895,1	4 942 763	250,5	1 761 587

Antaganden för alkohol: antal tillfällen enligt Johansson m.fl. 2006, kostnader enligt enhetspriser i tabell 11 och 12.

Antaganden för narkotika: Slutenvård, medicin enligt socialstyrelsens slutenvårdsregister (narkotikaindex).

Slutenvård, skador: antalet vårdtillfällen för olyckor är hälften så många som antalet vårdtillfällen för medicinska orsaker, öppen vård: för varje besök i den slutna specialiserade vården görs 5 besök i den öppna specialiserade vården för medicinska orsaker och 10 för trauma, primärvård: det görs lika många primärvårdsbesök som besök i den specialiserade öppna vården (egna antaganden). Enhetspriser enligt tabell 11 och 12.

I narkotikaindex ingår slutenvård med diagnosen läkemedelsberoende. Det är dock vanligt att läkemedelsberoende inte får rätt diagnos då de söker vård för biverkningar av missbruket (Jonasson och Jonasson 2006). Därför kan narkotikaindex inte förväntas reflektera den sanna kostnaden för läkemedelsberoendes sjukvård. Inte heller för dopning finns det tillförlitliga uppgifter att basera en skattning av sjukvårdens kostnader på.

19.4.4 Kostnader för statliga myndigheter

Kostnader för statliga myndigheters insatser för missbruk av alkohol och narkotika baseras främst på en rapport från Socialstyrelsen (2010) (se tabell 6). I den rapporten redovisas kostnader för alkohol och narkotika sammanslaget och vi har fördelat kostnaderna mellan dessa två typer av missbruk baserat på storleken på missbrukarpopulationerna (missbruk av narkotika: 20 procent, alkohol: 80 procent se tabell 1). Vad gäller kostnader för rättsväsende förknippat med missbruk av narkotika hänvisas även till Ramstedt (2002). I de kostnader som inkluderas för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ingår administration av trans-

fereringar men inte själva transfereringarna inom socialförsäkringen (Socialstyrelsen 2010).

Vi har inte funnit någon information att basera uträkningar kring kostnader för statliga myndigheter förknippat med dopning och läkemedelsberoende. Kriminalitet är dock ovanligt i samband med läkemedelsberoende. All icke-medicinsk hantering av dopningspreparat är kriminell och regleras i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. Vidare finns det finns ett samband mellan dopningsbruk och våldsbrott. Det är dock omdiskuterat i vilken utsträckning de dopades kriminalitet och aggressivitet går att hänvisa till själva dopningsanvändandet då även andra psykosociala faktorer kan spela in (Folkhälsoinstitutet 2009).

För lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB) är information om kostnader bristfällig. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, publicerar statistik över antalet omhändertagna. År 2008 omhändertogs 61 166 personer enligt LOB (CAN 2009). Däremot har vi inte hittat någon skattning på genomsnittskostnad per LOB fall. SoRAD (Johansson m.fl. 2006) använder sig av en genomsnittskostnad beräknad på brittiska data i brist på svensk skattning. Vi antar att av dem som omhändertas enligt LOB får majoriteten hjälp att ta sig hem och resterande del får tillbringa ett antal timmar i antingen arrest eller i sjukvården. Den kostnad som belastar sjukvården ingår redan i beräkningarna genom alkoholindex. Dock finns ingen möjlighet att bedöma hur stor del av alkoholindex som kan tillskrivas LOB. Det som kvarstår är kostnad för transport (hem, till sjukhus eller till poliscell) samt kostnad för förvaring i poliscell. Hur berusade personer omhändertas varierar lokalt och kan bestå av en enkel poliscell eller en mer specialiserad verksamhet med medicinskt kompetent personal på plats. Det finns ingen publicerad genomsnittskostnad och inget enkelt sätt att beräkna en genomsnittskostnad på för ett omhändertagande enligt LOB. Antar vi att förvaringen kostar som en dag i ett häkte, 2 300 kr (Kriminalvården, se tabell 18) och att tillnyktring i polisförvaring är aktuellt för en fjärdedel av de omhändertagna uppgår denna kostnad till cirka 35 miljoner kronor. Om transport (vilket antas vara aktuellt för samtliga omhändertaganden) består av en timmes lön för en polis och bensinkostnad 5 km tillkommer ytterligare cirka 15 miljoner kronor. Timlönen för en polis inklusive sociala avgifter är 237,72 kronor (SCB statistikdatabas) och kostnaden per kilometer är 1,85 kr (Skatteverket). Detta räkneexempel illustrerar

hur kostnaden för förvaring (och sannolikt för vård) driver kostnaderna för omhändertagande enligt LOB. Eftersom skattningarna är så osäkra har vi valt att inte redovisa kostnader för LOB i sammanställningen av samhällets kostnader för missbruk (tabell 10).

19.4.5 Kostnader för produktionsbortfall

Eftersom ett samhällsperspektiv antas i den här studien inkluderas indirekta kostnader. Dessa omfattar alternativkostnaden för den tid som individer förlorar till följd av morbiditet och mortalitet på grund av missbruk och eventuella följsjukdomar (dödsfall, sjukskrivning, förtidspensionering). I den här sammanställningen inkluderas även det produktionsbortfall som uppkommer i samband med fängelsevistelser relaterade till missbruk. Vi använder oss av två sätt att beräkna produktionsbortfall. Vid dödsfall eller förtidspension är utträdet ur arbetskraften permanent och därför består kostnaden av nuvärdet av den förlorade framtida produktionen. Vid sjukskrivning eller vid fängelsestraff finns däremot möjlighet att återgå till arbete, varvid endast produktionsbortfallet under tiden i sjukskrivning eller fängelse tas med i beräkningarna. I tabell 14 redovisas i detalj det produktionsbortfall på grund av mortalitet, förtidspensionering och brott förknippat med missbruk av alkohol och narkotika som sammanfattas i tabell 10. Antaganden och källor för beräkningarna redovisas under tabellen. Produktionsbortfall förknippat med sjukskrivningar redovisas direkt i tabell 10, baserat på uppgifter från Johansson m.fl. 2006.

Tabell 14 Kostnader för produktionsbortfall på grund av mortalitet, förtidspensionering och brott förknippat med missbruk av alkohol och narkotika, SEK 2008

	Alkohol		Narkotika	
	Antal fall	Kostnad/fall	Antal fall	Kostnad/fall
Produktionsbortfall på grund av				
Mortalitet, medicin, kvinnor	484	4 944 241	93	7 584 080
Mortalitet, medicin, män	1 708	4 383 064	302	10 423 703
Mortalitet, olyckor, kvinnor	211	7 584 080	41	10 034 560
Mortalitet, olyckor, män	780	7 574 178	139	12 498 635
Förtidspensionering, medicin, kvinnor	264	2 818 381	51	4 460 188
Förtidspensionering, medicin, män	610	3 721 516	108	7 524 118
Förtidspensionering, olyckor, kvinnor	84	2 818 381	16	4 460 188
Förtidspensionering, olyckor, män	128	3 721 516	23	7 524 118
Brott (antal månader)	17 535	37 633	28 124	37 633

Produktionsbortfall: kronor/ individ enligt tabell 15 uppräknat med BNP-index till 2008 års prisnivå. Kostnaden för mortalitet och brott inkluderar värde av förlorat förvärsarbete och hemarbete. Kostnaden för förtidspensionering inkluderar endast värdet av förlorat förvärsarbete.

Mortalitet, medicin, alkohol och narkotika: antal fall enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister år 2007 (alkoholindex och narkotikaindex).

Mortalitet, skador, alkohol: antal fall beräknat som en andel (26 procent för kvinnor, 35 procent för män (Allebeck m.fl. 2006) av alla dödsfall orsakade av yttre orsaker enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister för individer yngre än 80 år (811 kvinnor, 2 228 män).

Mortalitet, skador, narkotika: antal fall enligt antagande om samma relation mellan medicin och skador som för alkohol.

Genomsnittlig ålder vid tidpunkten för dödsfallet: Kvinnor och män, alkoholindex: 55–59 år, kvinnor narkotikaindex: 45–49 år, män narkotikaindex: 35–39 år, Kvinnor och män, yttre orsaker: 45–49 år (not: olyckor rensat för individer äldre än 80 år) (Socialstyrelsens dödsorsaksregister). Kvinnor och män, narkotika, olyckor: 10 år yngre än för dödsfall narkotikaindex (eget antagande).

Förtidspensionering, medicin och olyckor, alkohol: antal fall enligt Johansson m.fl. 2006.

Förtidspensionering, medicin och olyckor, narkotika: samma relation mellan mortalitet och förtidspensionering som för alkohol (eget antagande).

Genomsnittlig ålder för förtidspensionering: Alkohol och narkotika, medicin: 5 år yngre än för dödsfall, Alkohol och narkotika, olyckor: samma ålder som för dödsfall (eget antagande).

Brott: antal månader enligt Johansson m.fl. 2006 för alkohol och enligt tabell 16 för narkotika. Antagit 90 procent män och 10 procent kvinnor.

I tabell 15 redovisas kostnaden för produktionsbortfall för resterande livstid för individer som skadas eller avlider i olika åldersintervall, vilka ligger till grund för beräkningarna av produktionsbortfallet för mortalitet och förtidspensionering. Både kostnaden för förvärsarbete och hemarbete inkluderas i beräkningen av produktionsbortfall. Värdet av hemarbetet skattas som värdet av motsvarande arbetsuppgifter på den betalda arbetsmarknaden. Inkomst från arbete inklusive sociala avgifter samt värdet av hemarbete justerat för andel av populationen i olika åldrar år 2005 var i genomsnitt 402 657 (33 555/mån) för kvinnor och 420 734 (35 061/mån) för män (Olofsson 2009).

Tabell 15 Produktionsbortfall per individ vid invalidiserande skada eller dödsfall i olika åldersintervall, SEK 2005

Ålder vid skada/död	Männens produktionsbortfall			Kvinnornas produktionsbortfall		
	Förvärvsarbete	Hemarbete	Totalt	Förvärvsarbete	Hemarbete	Totalt
0-9	4 723 686	3 144 732	7 868 418	3 533 944	4 105 812	7 639 756
10-19	6 337 589	4 219 167	10 556 755	4 738 547	5 505 345	10 243 893
20-24	7 370 495	4 795 804	12 166 299	5 502 466	6 301 127	11 803 594
25-34	6 979 701	4 614 580	11 594 281	5 184 576	5 997 715	11 182 291
35-44	5 532 362	4 137 121	9 669 483	4 137 466	5 171 031	9 308 497
45-54	3 452 241	3 573 898	7 026 139	2 614 454	4 420 871	7 035 325
55-64	1 103 894	2 962 027	4 065 922	829 830	3 756 664	4 586 494
65-74	0	2 046 491	2 046 491	0	2 627 424	2 627 424
75-84	0	857 940	857 940	0	1 009 980	1 009 980

Källa: Olofsson 2009; Berglöf m.fl. 2008.

Enligt statistik från Kriminalvården dömdes 2 280 personer för narkotikabrott (varav 203 var kvinnor) till varierande strafftid år 2006, statistik för 2008 finns inte ännu (Kriminalvården 2007). I tabell 16 redovisas antalet dömda till respektive strafftid, ett konservativt antagande om faktisk tid som tillbringas i fängelse och det totala antalet månader i fängelse som en produkt av antalet dömda multiplicerat med antalet antagna månader i fängelse per fall.

Tabell 16 Fängelsedömda för narkotikabrott/smuggling år 2006

Strafftid	Antal dömda	Månader i fängelse (antagande)	Antal fall * antal mån
<2 mån	362	1	362
2-6 mån	728	3	2 184
6-12 mån	537	6	3 222
1-2 år	213	12	2 556
2-4 år	193	24	4 632
4-10 år	201	48	9 648
>10 år	46	120	5 520
	2 280	214	28 124

Information saknas för att kunna göra beräkningar av produktionsbortfall förknippat med missbruk av läkemedel och dopning. Dock finns det ett samband mellan sjukskrivning och läkemedelsberoende. Ett scenario är att en individ får en psykiatrisk diagnos eller en sjukdom i rörelseorganen, vilken behandlas med lugnande eller smärtstillande läkemedel samtidigt som individen blir sjuk-

skriven. Läkemedelsbehandlingen utvecklas till ett beroende och individen mår allt sämre och får allt svårare att gå tillbaka till arbetet. Läkemedelsberoende är alltså inte nödvändigtvis orsaken till den initiala sjukskrivningen men beroendet kan försämra möjligheten att komma tillbaka i arbete. Erfarenheter från behandling av läkemedelsberoende säger att många patienter har kunna börja arbeta igen efter lyckad rehabilitering (Albinsson och Westin 1996).

19.4.6 Luckor i skattningarna

I vissa fall har statistik eller kostnadsskattningar inte identifierats av författarna. Det är rimligt att anta att en del av den vård som bedrivs inom ramen för lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) kan tillskrivas olika former av missbruk. Kostnader för LPT och LRV faller på både stat (rättsväsendet), landsting (hälso- och sjukvården), och kommun (samordning, med mera). Sedan år 2009 innefattas LPT och LRV i patientregistret, men före dess är statistiken över såväl omfattning som kostnader av LPT och LRV bristfällig. Vidare är det svårt att skatta hur stor andel av dessa kostnader som beror på missbruk. Denna rapport innehåller på grund av bristande statistik och svårigheter att avgöra hur stor del av kostnaden som orsakas av missbruk ingen skattning av kostnaderna för LPT och LRV. Därmed inte sagt att dessa kostnader är helt utelämnade. Eftersom flera olika instanser bär kostnader för LPT och LRV kommer delar av samhällets kostnad för LPT och LRV med i våra skattningar. Till exempel har Socialstyrelsen (2010) inkluderat Rättsmedicinalverkets kostnader för missbruksrelaterade fall. Rättsmedicinalverket hanterar rättspsykiatriska utredningar och bär därför delar av kostnaden för LRV.

19.4.7 Kostnader med en bottom-up ansats

För dopningsmissbruk och läkemedelsberoende har inga totala kostnader skattats eftersom heltäckande data kring kostnaderna för socialtjänst, sjukvård, rättsväsende, forskning och produktionsbortfall förknippat med dessa båda missbruk saknas. Bottom-up ansatsen innebär att man utgår från uppgifter om resursförbrukning

och kostnader för de aktuella individerna och sedan multiplicerar kostnaden per individ med det totala antalet aktuella individer eller patienter. Ett problem med denna ansats är att hitta skattningar för individer som kan antas vara representativa för hela populationen. För dopning saknas skattningar även på individnivå. Det finns dock skattningar på individnivå för läkemedelsmissbrukare även om representativiteten i dessa skattningar för hela populationen av läkemedelsberoende kan ifrågasättas. Det finns också tidigare skattningar av kostnader för tungt missbruk av alkohol, amfetamin och heroin per individ på årsbasis.

I tabell 17 redovisas en skattning av aktörsvisa årskostnader för individer med tungt missbruk av alkohol, narkotika (antar 50 procent heroin och 50 procent amfetamin) och läkemedel baserat på uppgifterna i tabell 4 (narkotika och alkohol) och 8 (läkemedel). Kostnaderna skiljer sig mellan män och kvinnor. Då könsfördelningen i missbrukspopulationen (se tabell 1) är okänd gör vi ett antagande att 30 procent är kvinnor och 70 procent är män bland alkoholmissbrukare, samt att 35 procent är kvinnor och 65 procent är män bland narkotikamissbrukare enligt fördelningen mellan män och kvinnor i antal vårdade personer i Socialstyrelsens alkohol- och narkotika index. Då vi inte vet hur tungt missbruket är bland de 70 000 som antas vara beroende av läkemedel i Sverige har vi använt oss av den lägre skattningen av kostnad per patient (jämför tabell 7 och 8). För narkotika och alkohol har kostnaderna i tabell 4 för transfereringar inom socialförsäkringen exkluderats och kostnader för produktionsbortfall inkluderats. Eftersom det är individer med tungt missbruk har vi antagit att de är helt utanför arbetsmarknaden.

Tabell 17 Aktörsvisa årskostnader för individer med tungt missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel SEK 2008

	Alkohol	Narkotika	Läkemedel
Kommun	213 896	257 352	
Landsting	114 719	65 977	145 600
Rättsväsende (stat)	164 202	716 864	
Övrigt	28 230	640 737	
Produktionsbortfall (1 år)	447 370	446 292	191 900
	0,97 miljoner	2,13 miljoner	0,3 miljoner

Av de 320 000 med alkoholberoende bedöms cirka en fjärdedel eller 80 000 personer ha ett betydande behov av vård och stöd. Denna proportion mellan beroende och behov av vård och stöd är i linje med den bedömning som Alkoholpolitiska kommissionen gjorde 1994 att cirka 300 000 personer har alkoholmissbruk, varav mellan 50 000 och 100 000 har behov av vård och stöd (SOU 1994:27). Den är också i linje med den skattning av personer med tungt alkoholmissbruk, utifrån behov av specialiserad hälso- och sjukvård för missbruk eller beroende, som Socialstyrelsen låtit göra på uppdrag av Missbruksutredningen. Enligt nämnda skattning uppgår antalet personer med tungt alkoholmissbruk till totalt 80 000 personer (Socialstyrelsen 2010).

Multiplieras de aktörsvisa genomsnittliga årskostnaderna per individ med antalet individer med tungt missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel enligt tabell 1 genereras en skattning av de totala kostnaderna för alla individer med tungt missbruk med en bottom-up ansats.

Resultatet blir 66 miljarder för alkohol (80 000 personer minskat med 12 000 personer för att justera för blandmissbruk), 62 miljarder för narkotika (29 000 personer) och 20 miljarder för läkemedelsberoende (65 000 personer).

19.5 Exempel – fallbeskrivningar

I det här avsnittet redovisar vi kostnadsskattningar av missbruk för fyra exempel med olika missbruk. Det är de merkostnader för sjukvård och sjukskrivning som missbruket antas leda till som redovisas för varje fall. Därför behövs information om förväntad sjukvårdskonsumtion och omfattning av sjukskrivning om individen inte skulle ha varit i ett aktivt missbruk samt enhetspriser eller kostnader förknippade med dessa resurser. Kostnaderna beräknas baserat på enhetspriserna för sjukvården, socialtjänsten, statliga myndigheter och för produktionsbortfall enligt tabell 18.

Tabell 18 Enhetskostnader för insatser från landsting, kommuner, statliga myndigheter samt värde av produktionsbortfall, SEK 2008

Direkta kostnader	
Landstinget/regionen – sjukvård	
Primärvård, per vårdkontakt	1 201
Öppen specialiserad somatisk vård, per vårdkontakt	2 636
Öppen specialiserad psykiatrisk vård, per vårdkontakt	3 786
Sluten vård, per tillfälle för narkotikaindex	85 106
Sluten vård, per tillfälle för alkoholindex	51 063
Sluten vård, per tillfälle för olyckor	43 562
Sluten vård, per dygn	8 137
Kommunen – socialtjänst	
Boende per dygn	440
Institutionsvård per dygn	3 200
Familjehemsvård per dygn	1 300
Socialtjänsten, per utredning avseende försörjningsstöd	3 000
Socialtjänsten, per utredning avseende missbruk	8 000
Staten	
Anstalt/Fängelse, per dygn	2 000
Häkte, per dygn	2 300
Frivård, per dygn	200
Försäkringskassan, per handläggning om sjukpenning	1 800
Arbetsgivaren	
Korttidssjukskrivning, produktionsbortfall, per dag, män	1 750
Korttidssjukskrivning, produktionsbortfall, per dag, kvinnor	1 700
Indirekta kostnader	
Produktionsbortfall per månad, män	37 500
Produktionsbortfall per månad, kvinnor	35 000

Källor: SKL 2009, Mossler 2010. Kriminalvårdens hemsida: www.kriminalvarden.se;

19.6 Resultat från tidigare svenska studier

Baserat på information från Sveriges kommuner och landsting samt SCB har den förväntade sjukvårdskonsumtionen (primärvård, öppen vård och sluten vård) samt omfattningen av sjukskrivningar i normalbefolkningen skattats (tabell 19). Den förväntade kostnaden för primärvården är omkring 1 400 kronor och för den specialiserade öppna vården omkring 2 000 kronor per år för män mellan 30 och 50 år. För kvinnor mellan 30 och 50 år är den förväntade kostnaden för primärvården omkring 1 900 kronor och för den

specialiserade öppna vården omkring 2 800 kronor per år. Samhällets förväntade årliga kostnad för somatisk och psykiatrisk öppen och sluten vård och primärvård samt värdet av produktionsbortfall pga. sjukskrivning skattas till omkring 14 000 kronor för en 30-årig man, omkring 16 000 kronor för en 50-årig man och omkring 58 000 för en 70-årig man. För kvinnor är motsvarande siffror omkring 20 000 kronor för en 30-åring, omkring 19 000 kronor för en 50-åring och omkring 55 000 kronor för en 70-åring. Vidare är kostnaden för socialtjänsten omkring 800 kronor per invånare. Det är en ganska grov skattning där genomsnitt av individer mellan 18 och 65 har använts för såväl inkomst som sjukskrivningsdagar, besök i öppenvården och kostnader för socialtjänsten. För slutenvård är tillgänglig statistik något mer detaljerad vad gäller åldersintervall (5-årsintervall).

Det förväntade årliga värdet av en individs produktion är omkring 450 000 för en man i åldern 18–65 år och omkring 430 000 för en kvinna i åldern 18–65 år. Det diskonterade förväntade värdet av produktion under en återstående livstid är enligt tabell 15 mellan 11 och 12 miljoner för en 30-åring, omkring 7 miljoner för en 50-åring och mellan 2 och 3 miljoner för en 70-åring. I förväntad produktion ingår både förvärvsarbete och hemarbete.

Tabell 19 Förväntad sjukvårdskonsumtion uppdelad på kön och ålder

	Man 30 år	Man 50 år	Man 70 år	Kvinna 30 år	Kvinna 50 år	Kvinna 70 år
Förväntad:						
Primärvård	1,13 besök	1,13 besök	15,63 besök	1,59 besök	1,59 besök	15,43 besök
Öppenvård, somatik	0,55 besök	0,55 besök	7,62 besök	0,77 besök	0,77 besök	7,51 besök
Öppenvård, psykiatri	0,13 besök	0,13 besök	1,84 besök	0,19 besök	0,19 besök	1,82 besök
Slutenvård	0,5 dagar	0,75 dagar	1,5 dagar	0,75 dagar	0,6 dagar	1,2 dagar
Sjukskrivning	3,7 dagar	3,7 dagar	0	5,5 dagar	5,5 dagar	0

Källor: SKL 2009, SCB 2006.

19.6.1 Definition av och resursåtgång för fyra olika fall

Fallen (tabell 20–23) har definierats i termer av kön och ålder, social förankring samt typ av missbruk och antaganden om vilka konsekvenser missbruket leder till samt om de får en lätt, måttlig eller stor intervention tidigt eller sent under sitt missbruk (tabell 20–23). Av de 4 typfallen är 2 för alkoholberoende män, varav det ena där mannen antas ha god social förankring och det andra där

mannen inte antas ha god social förankring. I det fall (fall 2) där mannen har god social förankring inledningsvis antas att detta medför att han inte hamnar utanför arbetsmarknaden i lika stor utsträckning och heller inte behöver hjälp med boende genom socialtjänsten såsom i fallet med dålig social förankring. De andra 2 fallen avser heroinberoende – en kvinna och en man. I fallen med heroinberoende antas att missbruket leder till socialt utanförskap oavsett vilken social förankring individen hade inledningsvis och där antas kön vara en viktigare faktor för hur missbruket och resursförbrukningen utvecklas.

Resursförbrukningen som anges är de resurser som förbrukas utöver vad som skulle förbrukas hos en individ i samma ålder i normalbefolkningen (utan missbruksproblematik). Baserat på antaganden om vilken omfattning av produktionsbortfall och sjukvårdskonsumtion samt insatser från socialtjänsten som individens missbruk kan tänkas leda till och enhetskostnader för olika insatser samt värdet av produktionsbortfall beräknas kostnader för individens missbruk. Kostnaden för primärvård och specialiserad öppenvård definieras i termer av lika mycket som för normalbefolkningen (*1), dubbelt så mycket som för normalbefolkningen (*2) och tre gånger så mycket som för normalbefolkningen (*3). Skillnader i kostnader förknippade med om en viss intervention sätts in jämfört med ingen intervention eller en lättare intervention beräknas baserat på antaganden om att interventionen ska leda minskade insatser från sjukvården och socialtjänsten och minskat produktionsbortfall. De interventioner som kan göras kategoriseras som:

- Lätt intervention. Tre besök hos företagshälsovården eller hos en primärvårdsläkare (3 600 kronor) samt fem besök i psykiatrisk öppenvård (19 000 kronor).
- Måttlig intervention. Tre besök hos företagshälsovården eller hos en primärvårdsläkare (3 600 kronor) samt utredning (8 000 kronor) avgiftning, 18 dagar á 8 000 kronor (146 000 kronor) och behandling, 35 dagar á 3 200 (112 000 kronor). Därefter fem besök i psykiatrisk öppenvård (19 000 kronor).
- Stor intervention. Utredning (8 000 kronor), avgiftning, 18 dagar á 8 000 kronor (146 000 kronor) och behandling, 90 dagar á 3 200 kronor (288 000 kronor). Därefter livslång substitutionsbehandling (150 000 kronor per år).

Tabell 20 Fall 1 – man, 30 år, med alkoholberoende utan social förankring, får måttlig intervention sent som inte lyckas respektive tidigare lätt och måttlig intervention som lyckas

	Senare intervention		Tidigare intervention	
	Intervention	Andra resurser	Intervention	Andra resurser
År 1–5		Primärvård*2 Lite produktionsbortfall	Lätt	Primärvård*2 Lite produktionsbortfall
År 6–10		Primärvård*2 Halvt produktionsbortfall Inget boendestöd	Måttlig	Primärvård*2 Lite produktionsbortfall Inget boendestöd
År 11–15		Primärvård*3 och öppenvård*2 Halvt produktionsbortfall Halvt boendestöd		Primärvård*2 Inget produktionsbortfall Inget boendestöd
År 16–20	Måttlig	Primärvård*3 och öppenvård*3 Slutenvård, alkoholindex, 3 tlf Häkte och Frivård (2 mån), 2 tlf Helt produktionsbortfall Helt boendestöd		Primärvård*1 Ingen extra slutenvård Ingen kriminalitet Inget produktionsbortfall Inget boendestöd

Tabell 21 Fall 2 – man, 30 år, alkoholberoende med god social förankring, får måttlig intervention sent som inte lyckas respektive tidigare lätt intervention som lyckas

	Senare intervention		Tidigare intervention	
	Intervention	Andra resurser	Intervention	Andra resurser
År 1–5		Primärvård*2 Lite produktionsbortfall	Lätt	Primärvård*2 Lite produktionsbortfall
År 6–10		Primärvård*2 och öppenvård*2 Lite produktionsbortfall Inget boendestöd		Primärvård*2 Lite produktionsbortfall Inget boendestöd
År 11–15		Primärvård*3 och öppenvård*2 Halvt produktionsbortfall Inget boendestöd		Primärvård*2 Inget produktionsbortfall Inget boendestöd
År 16–20	Måttlig	Primärvård*4 och öppenvård*3 Slutenvård, alkoholindex, 2 tlf Halvt produktionsbortfall Inget boendestöd		Primärvård*2 Ingen extra slutenvård Inget produktionsbortfall Inget boendestöd

Tabell 22 Fall 3 – man 20 år, heroinberoende, får interventioner i liten omfattning som inte lyckas respektive interventioner i stor omfattning som lyckas

	Liten omfattning av interventioner		Stor omfattning av interventioner	
	Resurs, intervention	Andra resurser	Resurs, intervention	Andra resurser
År 1–5		Primärvård*2 och öppenvård*2 Halvt produktionsbortfall	Måttlig	Primärvård*2 och öppenvård*2 Halvt produktionsbortfall
År 6–10	Lätt	Primärvård*3 och öppenvård*3 Slutenvård, narkotikaindex, 3 tlf Häkte och Frivård (2 mån), 2 tlf Helt boendestöd Helt produktionsbortfall	Stor	Primärvård och öppenvård Slutenvård, 1 tlf Häkte och frivård, 1 tlf Helt boendestöd Halvt produktionsbortfall
År 11–15	Måttlig	Primärvård*2 och öppenvård*2 Slutenvård, narkotikaindex, 3 tlf Häkte och Fängelse, 2,5 år Helt boendestöd, 2,5 år Helt produktionsbortfall	Fortsatt substitutionsbeh.	Primärvård*2 och öppenvård*2 Ingen extra slutenvård Ingen kriminalitet Halvt boendestöd Halvt produktionsbortfall
År 16–20		Avlider – 1 slutenvårdstillfälle Avliden – 1 års boendestöd Helt produktionsbortfall livstid	Fortsatt substitutionsbeh.	Primärvård*2 och öppenvård*2 Inget boendestöd Halvt produktionsbortfall

Tabell 23 Fall 4 – kvinna 20 år, heroinberoende, får interventioner i liten omfattning som inte lyckas respektive interventioner i stor omfattning som lyckas

	Liten omfattning av interventioner		Stor omfattning av interventioner	
	Resurs, intervention	Andra resurser	Resurs, intervention	Andra resurser
År 1–5		Primärvård*2 och öppenvård*2 Lite produktionsbortfall	Måttlig	Primärvård*2 och öppenvård*2 Lite produktionsbortfall
År 6–10	Lätt	Primärvård*3 och öppenvård*3 Slutenvård, narkotikaindex, 3 tlf Helt boendestöd Halvt produktionsbortfall	Stor	Primärvård*2 och öppenvård*2 Slutenvård, 1 tlf Helt boendestöd Halvt produktionsbortfall
År 11–15	Lätt	Primärvård*4 och öppenvård*3 Slutenvård, narkotikaindex, 4 tlf Helt boendestöd Helt produktionsbortfall	Fortsatt substitutionsbeh.	Primärvård*2 och öppenvård*2 Ingen slutenvård Halvt boendestöd Halvt produktionsbortfall
År 16–20	Måttlig	Primärvård*3 och öppenvård*2 Slutenvård, narkotikaindex, 7 tlf Helt boendestöd Helt produktionsbortfall	Fortsatt substitutionsbeh.	Primärvård*2 och öppenvård*2 Ingen slutenvård Inget boendestöd Halv produktionsbortfall

I tabell 24–27 redovisas kostnader för själva interventionen, samt för sjukvården, påföljd för kriminalitet, socialtjänsten och produktionsbortfall för respektive fall baserat på antagandena i tabell 20–23 och enhetskostnader i tabell 18. Kostnaderna redovisas för 5-årsintervall och utan diskontering (undantaget framtida produktionsbortfall vid förtida död).

I fall 1 och 2 (tabell 24 och 25) illustreras kostnaden för alkoholberoende hos en 30-årig man med och utan social förankring. I fall 1, där det antas att mannen inte har god social förankring inledningsvis, illustreras att det är kostsamt för samhället om ett missbruk leder till socialt utanförskap då individen hamnar utanför arbetsmarknaden och behöver hjälp med boende. I fall 2 antas att mannen har god social förankring inledningsvis vilket medför att han inte hamnar utanför arbetsmarknaden i lika stor utsträckning och heller inte behöver hjälp med boende genom socialtjänsten. Därmed blir kostnaderna för produktionsbortfall och hjälp med boende inte lika stora även om missbruket pågår länge.

Tabell 24 Kostnader för fall 1 – man 30 år, alkoholberoende, utan social förankring, får sen måttlig intervention som inte lyckas jämfört med tidigare måttlig intervention som lyckas

Man alkohol, 30 år, utan social förankring	År 1–5	År 6–10	År 11–15	År 16–20
Senare intervention				
Intervention	0	0	0	270 000
Sjukvård	7 000	14 000	24 000	187 000
Kriminalitet			0	164 000
Socialtjänst	0	0	400 000	800 000
Produktionsbortfall	350 000	1 050 000	1 050 000	2 100 000
Tidigare intervention				
Intervention	23 000	270 000	0	0
Sjukvård	7 000	7 000	7 000	7 000
Kriminalitet	0	0	0	0
Socialtjänst	0	0	0	0
Produktionsbortfall	350 000	350 000	0	0

Tabell 25 Kostnader för fall 2 – man 30 år, alkoholberoende, med social förankring får sen måttlig intervention som inte lyckas jämfört med tidigare liten intervention som lyckas

Man alkohol, 30 år, med social förankring	År 1–5	År 6–10	År 11–15	År 16–20
Senare intervention				
Intervention	0	0	0	270 000
Sjukvård	7 000	7 000	24 000	142 000
Kriminalitet	0	0	0	0
Socialtjänst	0	0	0	0
Produktionsbortfall	350 000	350 000	1 125 000	1 125 000
Tidigare intervention				
Intervention	23 000	0	0	0
Sjukvård	7 000	7 000	7 000	7 000
Kriminalitet	0	0	0	0
Socialtjänst	0	0	0	0
Produktionsbortfall	350 000	350 000	0	0

I fallen med heroinberoende (tabell 26 och 27) antas själva missbruket leda till social utslagning oavsett vilken social förankring individen har inledningsvis. Här antas kön ha en större påverkan på kostnaden förknippat med missbruket än vad som antas vara fallet vid alkoholberoende i enlighet med tidigare studier av Nilsson och Wadeskog (2008). I fall 3 jämförs en mindre omfattning av interventioner som kommer sent med en större omfattning av interventioner som kommer tidigare under missbruksperioden för en heroinberoende man. Den större omfattningen av interventioner antas kosta omkring 10 gånger mer än den mindre omfattningen av interventioner under de 20 år som vi redovisar kostnader för. Dock blir den totala kostnaden för samhället lägre med den större omfattningen av interventioner eftersom kostnaden för sjukvård, påföljd av brott, boendestöd samt produktionsbortfall antas bli mycket högre i det fall individen inte får en behandling som lyckas. Eftersom vi antar att mannen avlider tidigt under den sista 5-årsperioden beräknar vi värdet av det framtida produktionsbortfallet vid denna tidpunkt. Enligt exemplet blir kostnaden för interventionerna omkring 3 miljoner kronor jämfört med omkring 300 000 medan värdet av produktionsbortfallet blir omkring 4,5 miljoner jämfört med 14,6 miljoner och för påföljd av brott blir värdet omkring 2 miljoner jämfört med 100 000 kronor. I fallet med en mindre omfattning av interventioner som inte lyckas blir sjukvårdens kostnader för vård mer än dubbelt så stora som kostnaden för interventionerna medan i fallet med en stor omfattning av interventioner som lyckas blir sjukvårdens kostnader för vård mindre än 10 procent av kostnaden för interventionerna.

Tabell 26 Kostnader för fall 3 – man, 20 år, heroinberoende, får interventioner i liten omfattning som inte lyckas respektive interventioner i stor omfattning som lyckas

Man heroin, 20 år	År 1–5	År 6–10	År 11–15	År 16–20
Liten omfattning av interventioner				
Intervention	0	23 000	270 000	0
Sjukvård	17 000	289 000	272 000	85 000
Kriminalitet	0	164 000	1 530 000	0
Socialtjänst		800 000	400 000	160 000
Produktionsbortfall	1 125 000	2 250 000	2 250 000	9 000 000
Stor omfattning av interventioner				
Intervention	270 000	940 000	750 000	750 000
Sjukvård	17 000	119 000	17 000	17 000
Kriminalitet	0	82 000	0	0
Socialtjänst	0	800 000	400 000	0
Produktionsbortfall	1 125 000	1 125 000	1 125 000	1 125 000

Även i fall 4 jämförs en mindre omfattning av interventioner som kommer sent med en större omfattning av interventioner som kommer tidigare under missbruksperioden fast för en heroinberoende kvinna. På samma sätt som i fall 3 antas den större omfattningen av interventioner kosta omkring 10 gånger mer än den mindre omfattningen av interventioner under de 20 år som kostnader redovisas för. Dock blir den totala kostnaden för samhället lägre med den större omfattningen eftersom kostnaden för sjukvård, boendestöd och förlorad produktion antas bli mycket högre i det fall individen inte får en behandling som lyckas. Skillnaden är dock inte lika stor i detta fall som i fallet med heroinberoende man eftersom vi antar att mannen avlider tidigt under den sista 5-årsperioden medan vi antar att kvinnan överlever. Enligt exemplet blir kostnaden för interventionerna omkring 3 miljoner kronor jämfört med omkring 300 000 medan värdet av produktionsbortfallet blir omkring 3,3 miljoner jämfört med 5,3 miljoner. I fallet med en mindre omfattning av interventioner som inte lyckas blir sjukvårdens kostnader för vård mer än dubbelt så stora som kostnaden för interventionerna medan i fallet med en stor omfattning av interventioner som lyckas blir sjukvårdens kostnader för vård mindre än 10 procent av kostnaden för interventionerna.

Tabell 27 Kostnader för fall 4 – kvinna, 20 år, heroinberoende, får interventioner i liten omfattning som inte lyckas respektive interventioner i stor omfattning som lyckas

Kvinnor heroin, 20 år	År 1–5	År 6–10	År 11–15	År 16–20
Liten omfattning av interventioner				
Intervention	0	23 000	23 000	270 000
Sjukvård	23 500	302 000	396 500	628 000
Kriminalitet	0	0	0	0
Socialtjänst	0	800 000	800 000	800 000
Produktionsbortfall	335 000	1 075 000	2 150 000	2 150 000
Stor omfattning av interventioner				
Intervention	270 000	940 000	750 000	750 000
Sjukvård	23 500	108 500	23 500	23 500
Kriminalitet	0	0	0	0
Socialtjänst	0	800 000	400 000	0
Produktionsbortfall	335 000	1 150 000	1 150 000	1 150 000

19.7 Diskussion

Baserat på befintlig information kompletterad med egna antagande gjorde vi en grov skattning av samhällets kostnader för alkohol och narkotika med både en top-down ansats och en bottom-up ansats. Sammanställningen är baserad på information om *missbruk* av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel och inga positiva hälsoeffekter förknippade med intag av alkohol eller läkemedel beaktas i studien. Vid bottom-up ansatsen undersöks en begränsad grupp av individer eller typfall och sedan extrapoleras resultaten till en mycket större grupp, i det här fallet alla individer med tungt missbruk. Vid top-down ansatsen utgår man istället från uppgifter om alla de resurser som går åt till vård och omsorg i hela landet, till exempel från register, och fördelar sedan dessa på olika grupper. En nackdel vid top-down ansatsen är att det kan vara svårt att få fram alla relevanta siffror vilket medför en underskattning av kostnaderna. Vad gäller bottom-up ansatsen ligger svårigheten främst i hur representativa typfallen kan antas vara och med denna ansats tenderar kostnaderna ofta att överskattas. Föreliggande studie utgör inte något undantag avseende skillnaderna i beräkningar med de olika ansatserna.

Beräkningarna med bottom-up ansats (cirka 66 miljarder för alkohol, 62 miljarder för narkotika och 31 miljarder för läkemedel) blev betydligt högre än med en top-down ansats (cirka 49 miljarder för alkohol och 24 miljarder för narkotika). För läkemedel och dopning saknas information för att kunna göra skattningar med top-down ansats. För dopning saknas information även för att kunna göra en bottom-up skattning.

Resultaten i studien är i linje med tidigare skattningar (Johansson m.fl. 2006, Socialstyrelsen 2010). Därmed ligger också stora delar av resultaten i den här studien i linje med dessa båda studier. Skattningen av kostnaderna för kommunernas insatser i den här studien ligger i linje med SoRADs skattningar men är något lägre än Socialstyrelsens skattningar vilket kan förklaras av Socialstyrelsen inkluderar kostnader för administration av ekonomiskt bistånd. I rapporten från Socialstyrelsen är beräkningarna av kostnader för olika myndigheters insatser gjorda med större precision än i någon annan sammanställning som hänvisas till i den här rapporten. Det bedöms vi vara den huvudsakliga förklaringen till varför kostnaderna för statens insatser är större i Socialstyrelsens rapport jämfört med SoRAD (Johansson m.fl. 2006).

Skattningen av samhällets ekonomiska börda av missbruk ligger högre i den här rapporten än i Socialstyrelsens rapport vilket främst kan förklaras av att vi inkluderar kostnaden för mortalitet och morbiditet i termer av värdet av framtida produktionsbortfall på samma sätt som i SoRAD (Johansson m.fl. 2006) medan rapporten från Socialstyrelsen endast omfattar samhällets direkta kostnader. Dock omfattar rapporten från SoRAD endast kostnader förknippade med missbruk av alkohol medan vi i innevarande studie har försökt inkludera kostnader förknippade med missbruk av såväl alkohol, narkotika, dopning och läkemedelsmissbruk.

Eftersom studien baseras uteslutande på sekundär data är resultaten beroende av tillförlitligheten i dessa. Osäkerheten i de redovisade resultaten varierar för olika kostnadsposter och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. För narkotika, dopning och läkemedelsmissbruk fann vi att heltäckande publicerade studier saknades helt för Sverige. Vad gäller socialtjänstens kostnader fann vi att tillgänglig statistik är överlappande mellan de olika missbruksgrupperna.

Den information som använts för att redovisa socialtjänstens kostnader för vuxna i missbruk kan betraktas som säker. Den omfattar alla kommuners arbete med vård av vuxna alkohol- och narkotikaberoende. Dock finns inte kostnader för de olika sorternas missbruk särredovisade utan måste delas upp med hjälp av antaganden. Vad gäller socialtjänstens kostnader för barn och unga relaterat till missbruk är den något mer osäker eftersom de inte särredovisas. Antaganden måste göras om hur stor andel av socialtjänstens kostnader för barn och unga som är kan härröras till missbruk. Vidare måste ytterligare antaganden göras för att dela upp kostnaden för barn och unga förknippade med missbruk på de olika sorternas missbruk.

För att skatta sjukvårdens kostnader finns det heltäckande statistik i Socialstyrelsens slutenvårdsregister över slutenvård för missbruk av alkohol och narkotika, som till viss del även innefattar slutenvård av läkemedelsberoende och dopning. Där kan man utläsa vilka resurser som tas i anspråk på grund av medicinska och psykiatriska orsaker förknippat med missbruk. För att skatta resursåtgång för skador och olyckor orsakade av missbruk måste antaganden göras om andelen av alla skador som orsakas av missbruk. Dock saknas heltäckande information om primärvård och öppenvård i offentliga register för alla de olika missbruksgrupperna. Som tidigare nämnt utgör alkohol och narkotika

en riskfaktor för ett antal sjukdomar. I denna rapport har vi dock inte hittat underlag för att inkludera kostnader för samsjuklighet för både alkohol och narkotika. Detta innebär en underskattning av sjukvårdens kostnader.

Omfattningen av sjukskrivningar, förtidspensionering och förtida dödsfall relaterat till missbruk behövs för att kunna skatta produktionsbortfallet för detsamma. Information om dödlighet finns i Socialstyrelsens dödsorsaksregister och där kan man utläsa antalet dödsfall på grund av medicinska orsaker förknippade med missbruk. För att skatta dödsfall för skador och olyckor orsakade av missbruk måste dock antaganden göras om andelen av alla skador som orsakas av missbruk på samma sätt som för den slutna vården. Heltäckande statistik för sjukskrivningar och förtidspensionering saknas.

Nedan redovisas identifierade luckor som behöver fyllas för att kunna göra en mindre osäker översikt över samhällets ekonomiska börda av missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning uppdelat på olika huvudmän:

- För alkohol – information om resursförbrukning avseende primärvård förknippad med medicinska orsaker och olyckor, specialiserad öppen vård förknippad med olyckor, slutenvård förknippad med olyckor, omfattningen av förtidspensionering och sjukskrivningar. Vidare saknas information om kostnaden för omhändertagande enligt LOB.
- För narkotika – information om resursförbrukning av specialiserad öppen vård och primärvård, slutenvård för olyckor, omfattningen av förtidspensionering, mortalitet och sjukskrivningar, samt andel brott orsakade av narkotikamissbruk utöver själva hanteringen av narkotika.
- Information saknas om resursförbrukning och ekonomiska konsekvenser av den vård som bedrivs inom ramen för LPT och LRV kan tillskrivas olika former av missbruk.
- För dopning och läkemedelsmissbruk finns kostnader för socialtjänsten inkluderade i den totala kostnaden för vård av vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare samt kostnader för barn och unga. Dock finns ingen särredovisning av andelen kostnader som kan härröras till dopning och läkemedelsmissbruk. Det saknas information om försäkringskostnader och kostnader för företagshälsovård förknippat med dopning och

läkemedelsmissbruk. Information för att kunna göra en skattning av kostnaderna för sjukvård, rättsväsende och produktionsbortfall saknas också.

Referenser

- Albinsson J, Westin L. (1996) Till priset av vad? Om kostnader och konsekvenser av läkemedelsberoende. KILEN, institut för läkemedelsberoende: Stockholm. Opublicerat material.
- Allebeck P, Morahdi T, and Jacobson A, (2006) Sjukdomsbördan i Sverige. Svensk tillämpning av WHO:s ”DALY-metod” för beräkning av sjukdomsbörda och riskfaktorer. Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
- Apotekets läkemedelsstatistik 2008.
- Berglöf J, Jonsson A, Jonsson H, Olofsson S, Ryen L. (2008) Bränders samhällsekonomiska kostnader – Beräkningar. NCO 2008:6B, Räddningsverket.
- Bureau of Economic Analysis – Regional Economic Accounts. <http://www.bea.gov/regional/gsp/>
- CAN (2009) ”Drogutvecklingen i Sverige 2009” CAN rapport 117, 2009: Stockholm.
- Folkhälsoinstitutet. (2009) Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder. Statens Folkhälsoinstitut rapport 2009:15, Östersund.
- Fritz E. (1999) Redogörelse för TUB-projektet 1995–1998. Sjukhuset i Varberg. Opublicerat material.
- Johansson P, Jarl J, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham U, Hemström Ö, Hradilova-Selin K, Lenke L, Ramstedt M, Room R. (2006). The Social Costs of Alcohol in Sweden 2002. SoRAD Forskningsrapport nr 36. Stockholms universitet, Stockholm.
- Johnsson A. (2006). Miljarder! Alkoholens samhällsekonomiska kostnad – en jämförelse av två studier. IOGT-NTO, Sober förlag, Stockholm.
- Jonasson U, Jonasson B. (2006) Beroendeskapande läkemedel – ett folkhälsoproblem som ökar. Statens Folkhälsoinstitut rapport 2006:05, Östersund.

- Kriminalvården (2007). Kriminalvård och statistik 2006. Kriminalvården Huvudkontoret, Utvecklingsenheten, Norrköping.
- Leifman H, Rehnman C. (2008) Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat. STAD Rapport nr 34 2008, Stockholm.
- Mossler, K (2010). Ekonomiska aspekter på socialt arbete. Socialstyrelsen.
- Missbruksutredningen. (2010) Bättre vård och stöd för individen – Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. Diskussionspromemoria. Stockholm: Missbruksutredningen, 2010.
- Nilsson I & Wadeskog A. (2006). Det sociala företaget och samhället – socioekonomiska bokslut för Basta & Vägen ut!. Nutek, Stockholm & Institutet för socialekologisk ekonomi, Järna.
- Nilsson I & Wadeskog A. (2008). Varje drogfri dag en framgång – Socioekonomiskt bokslut för metadonprogrammet i Stockholm. Institutet för socialekologisk ekonomi, Järna.
- Olofsson S. (2009) Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor – Beräkningar. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
- Ramstedt M. (2006) What drug policies cost. Estimating drug policy expenditures in Sweden. *Addiction* 101:330–338.
- SCB statistikdatabas. Uttag ur Lönstrukturstatistik, Lön efter yrke 2008. Uttaget gjort 2010-07-16.
- Schmidt A & Andersson A. (2008) “Östgötars samhällskostnader för ohälsa fördelat på sjukdomsgrupper – 2006” CMT rapport 2008:2.
- Schulper M. (2001) The role and estimation of productivity costs in economic evaluation. I Drummond M & McGuier A (red). *Economic evaluation in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Skatteverket. Skattefri bilersättning för egen bil 2008, <http://www.skatteverket.se/privat/skatter/belopp procent/2008.4.19b9f599116a9e8ef3680001800.html#Bilersattning>
- Socialstyrelsen. (2010) Kostnader för alkohol och narkotika – Beräkning av samhällets direkta kostnader 2003. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (2005:82) Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.

SOU (1994:27) Vård av alkoholmissbrukare.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2009) Statistik om hälso-och sjukvård samt regional utveckling 2008. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner.

Kommunernas räkenskapssammandrag på socialstyrelsens hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se/ekonomiskaanalyser/ekonomiskstatistik/kostnaderforsocialtjanst/missbrukochberoende>.

Statistiska Centralbyrån (2006). Levnadsförhållanden rapport 113 – Ohälsa och sjukvård 1980–2005.

Studier som ingår i tabell 2 och 3

Andlin-Sobocki P, Rehm J. (2005) Cost of addiction in Europe. *Eur J Neurol*, 12 (Suppl 1):28–33.

Baumberg B. (2006) The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug Alcohol Rev*, 25(6):537-51.

Birnbaum HG, White AG, Reynolds JL, Greenberg PE, Zhang M, Vallow S, Schein JR, Katz NP. (2006) Estimated costs of prescription opioid analgesic abuse in the United States in 2001: a societal perspective. *Clin J Pain*, 22(8):667-76.

Brecht JG, Poldrugo F, Schädlich PK. (1996) Alcoholism. The cost of illness in the Federal Republic of Germany. *Pharmacoeconomics*. 10(5):484-93.

Cartwright WS. (2008) Economic costs of drug abuse: financial, cost of illness, and services. *J Subst Abuse Treat*. 34(2):224-33.

Cartwright WS. (2000) Cocaine medications, cocaine consumption and societal costs. *Pharmacoeconomics*. 18(4):405-13.

Cartwright WS. (1999) Costs of drug abuse to society. *J Ment Health Policy Econ*. 2(3):133–134.

Coyle D, Godfrey C, Hardman G, Raistrick D. (1997) Costing substance misuse services. *Addiction*, 92(8):1007–1015.

Devlin N, Scuffham P, Bunt L. (1997) The social costs of alcohol abuse in New Zealand. *Addiction* 92(11):1591–1505.

- Fenoglio P, Parel V, Kopp P. (2003) The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997. *Eur Addict Res.* 9(1):18–28.
- French MT, Martin RF. (1996) The costs of drug abuse consequences: a summary of research findings. *J Subst Abuse Treat.* 13(6):453-66.
- García-Altés A, Ollé JM, Antoñanzas F, Colom J. (2002) The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction.* 97(9):1145-53. Erratum in: *Addiction.* 2004 Apr;99(4): following 527.
- Harwood HJ, Fountain D, Livermore G. (1998) Economic costs of alcohol abuse and alcoholism. *Recent Dev Alcohol.* 14:307-30.
- Harwood HJ, Fountain D, Fountain G. (1999) Economic cost of alcohol and drug abuse in the United States, 1992: a report. *Addiction.* 94(5):631-5.
- Healey A, Knapp M, Astin J, Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Godfrey C. (1998) Economic burden of drug dependency. Social costs incurred by drug users at intake to the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry.* 173:160-5.
- Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemström O, Selin KH, Lenke L, Ramstedt M, Room R. (2008) The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *Eur J Health Econ.* 9(4):351-60.
- Johnson A. (2006) Miljarder! Alkoholens samhällsekonomiska kostnad – en jämförelse mellan två studier. IOGT-NTO, Stockholm.
- Konnopka A, König HH. (2007) Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics.* 25(7):605-18.
- Mark TL, Woody GE, Juday T, Kleber HD. (2001) The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug Alcohol Depend.* 61(2):195–206.
- McKenna M, Chick J, Buxton M, Howlett H, Patience D, Ritson B. (1996) The SECCAT survey: I. The costs and consequences of alcoholism. *Alcohol Alcohol.* 31(6):565-76.

- Nakamura K, Tanaka A, Takano T. (1993) The social cost of alcohol abuse in Japan. *J Stud Alcohol*. 54(5):618-25.
- Ramstedt M. (2006) What drug policies cost: estimating drug policy expenditures in Sweden. *Addiction*. 101(3):330-8.
- Rehm J, Gnam W, Popova S, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Patra J, Sarnocinska-Hart A, Taylor B. (2007) The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002. *J Stud Alcohol Drugs*. 68(6):886-95.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 373(9682):2223-33.
- Reynaud M, Gaudin-Colombel AF, Le Pen C. (2001) Two methods of estimating health costs linked to alcoholism in France (with a note on social costs). *Alcohol Alcohol*. 36(1):89-95.
- Rice DP. (1993) The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence: 1990. *Alcohol Health and Research World*. 17(1):10-11.
- Rosen S, Miller T, Simon M. (2008) The cost of Alcohol in California. *Alcohol Clin Exp Res*. 32(11):1925-36.
- Salomaa J. (1995) The costs of the detrimental effects of alcohol abuse have grown faster than alcohol consumption in Finland. *Addiction*. 90(4):525-37.
- Simon J, Patel A, Sneed M. (2005) The costs of alcoholism. *J Ment Health*. 14(4): 321-330.
- Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. (1998) The economic cost of alcohol, tobacco, and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction*. 93(7):991-1006.
- Strassels SA. (2009) Economic burden of prescription opioid misuse and abuse. *J Manag Care Pharm*. 15(7):556-62.
- Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U. (2009) The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 4(20).
- Varney SJ, Guest JF. (2002) The annual societal cost of alcohol misuse in Scotland. *Pharmacoeconomics*. 20(13):891-907.
- White AG, Birnbaum HG, Mareva MN, Daher M, Vallow S, Schein J, Katz N. (2005) Direct costs of opioid abuse in an insured

population in the United States. *J Manag Care Pharm.* 11(6):469-79.

Xie X, Rehm J, Single E, Robson L, Paul J. (1998) The economic costs of illicit drug use in Ontario, 1992. *Health Econ.* 7(1):81-5.

Statens offentliga utredningar 2011

Kronologisk förteckning

1. Svart på vitt – om jämställdhet i akademien.
U.
2. Välfärdsstaten i arbete. Inkomstrygghet och omfördelning med incitament till arbete. Fi.
3. Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. S.
4. Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. N.
5. Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. A.
6. Missbruket, Kunskapen, Vården.
Missbruksutredningens forskningsbilaga.
S.

Statens offentliga utredningar 2011

Systematisk förteckning

Socialdepartementet

Sanktionsavgifter på trygghetsområdet. [3]

Missbruket, Kunskapen, Vården.

Missbruksutredningens forskningsbilaga.

[6]

Finansdepartementet

Välfärdsstaten i arbete.

Inkomstrygghet och omfördelning med incitament till arbete. [2]

Utbildningsdepartementet

Svart på vitt – om jämställdhet i akademien. [1]

Näringsdepartementet

Genomförande av EU:s regelverk om inre vattenvägar i svensk rätt. [4]

Arbetsmarknadsdepartementet

Bemanningsdirektivets genomförande i Sverige. [5]